**โครงการ** **การส่งเสริมและประเมินติดตามพัฒนาการเด็กปฐมวัย**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............................**

**อำเภอ.......................จังหวัด................................**

**หลักการและเหตุผล**

ช่วงอายุแรกเกิดถึง 5 ปี เป็น “โอกาสทอง” ที่เด็กมีการเจริญเติบโตด้านร่างกายและพัฒนาการด้านต่าง ๆ สูงที่สุด เด็กจะมีพัฒนาการด้านต่าง ๆเต็มตามศักยภาพ ถ้าเด็กได้รับการเลี้ยงดูที่ดี โดยเริ่มต้นจากพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญในการกระตุ้นส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยครูผู้ดูแลเด็กจึงมีบทบาทสำคัญที่ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าพ่อแม่/ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูกระตุ้นส่งเสริมให้เด็กเล็กที่พ่อแม่/ผู้ปกครองนำมาฝากไว้มีพัฒนาการสมวัย อย่างไรก็ตาม จากการเลี้ยงดูและการเอาใจใส่ที่แตกต่างกัน เช่น ขาดสารอาหาร สุขภาพไม่สมบูรณ์ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ขาดสิ่งกระตุ้นพัฒนาการ ขาดการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ขาดการกระตุ้นการตอบสนอง และอยู่ในสภาพที่ไม่ปลอดภัย ทำให้เด็กเล็กจำนวนหนึ่งมีพัฒนาการต่ำกว่าระดับศักยภาพปกติ การ ประเมินติดตามพัฒนาการเป็นประจำ จะทำให้พบเด็กเล็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเร็วขึ้น เพิ่มโอกาสในการพัฒนากระตุ้นแก้ไข ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.................มีเด็กเล็กที่อยู่ในความดูแล จำนวน...........คน จึงจัดทำโครงการการส่งเสริมและประเมินติดตามพัฒนาการเด็กปฐมวัยขึ้น

**1. วัตถุประสงค์**

เพื่อให้เด็กปฐมวัย มีพัฒนาการสมวัยและพบเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า

**2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

เด็กปฐมวัย อายุ 2-5 ปี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.............. จำนวน.............คน

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

* 1. การประเมินพัฒนาการ
		1. ครูผู้ดูแลเด็กเฝ้าระวังพัฒนาการ โดยการติดตามสังเกต ทดสอบ พฤติกรรมพัฒนาการตามวัย และส่งเสริมพัฒนาการในแต่ละพฤติกรรม ครบทุกด้าน ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย หากพบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าให้ทำการประเมินทันที ถึงแม้ไม่ใช่ช่วงอายุที่จะต้องตรวจประเมิน
		2. ครูผู้ดูแลเด็กประเมินพัฒนาการเด็กทุกคนในศูนย์ฯ ที่อายุ 30 และ 42 เดือน หรืออย่างน้อยเทอมละ 1 ครั้ง ด้วยอุปกรณ์ประเมินตามคู่มือ DSPM ครบทุกข้อตามช่วงอายุ และประเมินผลพัฒนาการเด็กในครั้งแรกที่ได้ประเมินพัฒนาการ
		3. หากพบเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า ให้แจ้งเตือนพ่อแม่ ผู้ปกครอง และร่วมมือช่วยกันกระตุ้นพัฒนาการ และตรวจประเมินซ้ำภายใน 1 เดือน หากยังล่าช้า ให้ส่งต่อไปยัง รพ.สต.หรือส่งตรงหน่วยบริการทุติยภูมิ ที่มีแพทย์ หรือกุมารแพทย์เพื่อประเมินและฟื้นฟู
	2. การส่งเสริมพัฒนาการ
		1. จัดเวลาปล่อยให้เด็กได้เล่นอย่างอิสระทั้งในร่มและกลางแจ้ง (สนามเด็กเล่นสร้างปัญญา) โดยดูแลความปลอดภัยอย่างใกล้ชิด พร้อมฝึกวินัย อดทน รอคอย
		2. อ่านหรือเล่านิทานให้เด็กฟังทุกวัน และให้เด็กนอนกลางวันตามความต้องการของร่างกาย
	3. จัดหาอุปกรณ์ประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ของเล่น/อุปกรณ์เครื่องเล่น หนังสือนิทาน หากยังไม่มี
	4. จัดทำทะเบียนเด็กและข้อมูลพัฒนาการที่เกี่ยวข้อง
	5. สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมทะเบียนหรือบัญชีรายชื่อ (ภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ..................................

***หมายเหตุ*** *ครูผู้ดูแลเด็ก ควรได้รับการอบรมเรื่องการประเมินและวิธีใช้อุปกรณ์ประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)*

*ของเล่น/อุปกรณ์เครื่องเล่น อุปกรณ์ประเมินพัฒนาการฯ สนใจติดต่อ มูลนิธิสถาบันพัฒนาการเด็ก*

*ราชนครินทร์ 196 หมู่ 10 ต.ดอนแก้ว อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ 50180 โทร.053-890-238-44 ต่อ 1214*

*ทั้งนื้ ท้องถิ่นควรจัดให้มีสนามเด็กเล่นสร้างปัญญา เพื่อให้เด็กได้เล่นและเรียนรู้*

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

 วันที่.......เดือน.......พ.ศ........- วันที่.......เดือน.......พ.ศ......

**5. งบประมาณ**

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............. จำนวนทั้งสิ้น.......................บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้ .....ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม เช่น

- อุปกรณ์ประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) 1 ชุด

- ของเล่น/อุปกรณ์เครื่องเล่น จำนวน..............ชิ้น(ชุด)

- หนังสือนิทาน จำนวน..............เล่ม

ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

 - ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือกองการศึกษา ตามข้อ 10(3)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

เด็กเล็ก ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการ เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการแก้ไข และส่งต่อ

**8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว
โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น )**

**8.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม*** **(ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

**ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่ม*ประชาชน)*.........................................................................................**

 🖵 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

 🖵 2. หน่วยงานสาธารณสุข เช่น อปท. [ข้อ 10 (1)]

 🖵 3. หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. [ข้อ 10 (1)]

 🖵 4. หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน [ข้อ 10 (2)]

 🖵 5. องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

 🖵 6. ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ 10 (3)]

 🖵 7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) [ข้อ 10 (4)]

**8.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

🖵 1. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงาน
 สาธารณสุข [ข้อ 10 (1)]

🖵 2. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของ
 องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

🖵 3. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ
 (เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ 10 (3)]

 🖵 4. สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

 🖵 5. สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10 (5)]

**8.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก**

 🖵 1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด จำนวน คน

 🖵 2. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน คน

 🖵 3. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน จำนวน คน

 🖵 4. กลุ่มวัยทำงาน จำนวน คน

 🖵 5. กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน คน

 🖵 6. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน คน

 🖵 7. กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ จำนวน คน

 🖵 8. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน คน

 🖵 9. สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

🖵 10. กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ) จำนวน คน

**8.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 🖵 **8.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 🖵 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 🖵 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 🖵 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 🖵 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 🖵 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 🖵 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.4 กลุ่มวัยทำงาน**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม
ในการทำงาน

 🖵 6. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 🖵 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 🖵 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.5 กลุ่มผู้สูงอายุ**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 🖵 8. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.7 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.8 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

 🖵 6. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.9 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]**

 🖵 1. ค่าใช้จ่ายในการประชุม

 🖵 2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

 🖵 3. ค่าใช้จ่ายในการอบรม/พัฒนาศักยภาพ

 🖵 4. ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์

 🖵 5. ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบุ) .....................................................................................................

🖵 **8.4.10 กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ).................................................................**

 🖵 1. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

**ภาคผนวก –ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ**

แบบรายงานการประเมินเฝ้าระวังพัฒนาการ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ/สกุล | ชื่อ สกุล (พ่อแม่) | ที่อยู่ | อายุ(เดือน) | การประเมินเฝ้าระวัง ครั้งที่ (ปกติ/ล่าช้า) | ส่งต่อ |
| 1 | 2 | 3 | ... |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

แบบสรุปผลการประเมินพัฒนาการ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ครั้งที่ | จำนวนเด็กที่ประเมินพัฒนาการ | ปกติ | สงสัยล่าช้า | กระตุ้น 1 เดือน | ส่งต่อ |
| กล้ามเนื้อมัดใหญ่ | กล้ามเนื้อมัดเล็ก | รับรู้/เข้าใจ | ใช้ภาษา | ช่วยตนเอง/เข้าสังคม |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

( )

 ตำแหน่ง ............................................................

 วันที่-เดือน-พ.ศ. ..................................................

**ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ................................................................
ครั้งที่ / 25 เมื่อวันที่ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

🖵 **งบประมาณที่เสนอ** จำนวน บาท

🖵 **อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน บาท

 เพราะ .............................................................................................................................................

 .........................................................................................................................................

 🖵 **ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

 เพราะ ............................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................

 หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ........................................................................................................................
..............................................................................................................................................................................
..............................................................................................................................................................................

 🖵 ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม **(ส่วนที่ 3)** ภายในวันที่ ………………………………………………….........

ลงชื่อ ....................................................................

 ( )

ตำแหน่ง ................................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....................................................

**ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ......................................................................................................................................

**1. ผลการดำเนินงาน**

 ................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 บรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ ...................................................................................................

............................................................................................................................................................................

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม คน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

 งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ บาท

 งบประมาณเบิกจ่ายจริง บาท คิดเป็นร้อยละ .................

 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ บาท คิดเป็นร้อยละ ..................

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 🞎 ไม่มี

 🞎 มีปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

 แนวทางการแก้ไข (ระบุ) .........................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

ลงชื่อ....................................................................ผู้รายงาน

  ( )

ตำแหน่ง ................................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....................................................

**โครงการ** **พัฒนาขีดความสามารถพ่อแม่ผู้ปกครองในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล็ก**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............................**

**อำเภอ.......................จังหวัด................................**

**หลักการและเหตุผล**

 ช่วงอายุแรกเกิดถึง 5 ปี เป็น “โอกาสทอง” ที่เด็กมีการเจริญเติบโตด้านร่างกายและพัฒนาการด้านต่าง ๆ สูงที่สุด เด็กจะมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ เต็มตามศักยภาพ ถ้าเด็กได้รับการเลี้ยงดูที่ดี โดยเริ่มต้นจากพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญในการกระตุ้นส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ มีการวิจัยมากมายเกี่ยวกับการกระตุ้นพัฒนาการของทารกและเด็กปฐมวัยพบว่า การเลี้ยงดูอย่างอบอุ่นและการกระตุ้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กเล็กกับพ่อแม่ และผู้เลี้ยงดู สามารถช่วยเสริมสร้างความสามารถในการเรียนรู้เชิงบวกได้อย่างถาวร อีกทั้งอาจจะช่วยเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองเด็กไปตลอดชีวิต ดังนั้น เพื่อให้พ่อแม่ ผู้ปกครองตระหนัก มีความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดู ทั้งด้านโภชนาการ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก............. จึงจัดทำโครงการพัฒนาขีดความสามารถพ่อแม่ผู้ปกครองในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล็ก ขึ้น

**1. วัตถุประสงค์**

 เพื่อให้พ่อแม่/ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องพัฒนาการ พฤติกรรม และสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างเหมาะสมกับวัยของเด็ก

**2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

 พ่อแม่/ผู้ปกครองซึ่งฝากเด็กปฐมวัยที่ศูนย์ฯ จำนวน.............คน

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

3.1 เชิญพ่อแม่หรือผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยจัดในวันหยุดราชการ 4 ครั้ง ๆ ละไม่เกิน 3 ชั่วโมง

3.2 อบรมให้ความรู้ และฝึกทักษะ โดยวิทยากร มีหัวข้อ ดังนี้

ครั้งที่ 1 เรื่อง พัฒนาการและการประเมินเฝ้าระวัง

ครั้งที่ 2 เรื่อง การเจริญเติบโตและโภชนาการ

ครั้งที่ 3 เรื่อง พัฒนา IQEQ ด้วย 2 ก 2 ล (กิน กอด เล่น เล่า)

ครั้งที่ 4 เรื่อง ดูแลสุขภาพช่องปาก

ครั้งที่ 5 เรื่อง .............................

* 1. มอบแบบบันทึกกิจกรรม 2 ก 2 ล ให้พ่อแม่/ผู้ปกครองบันทึก ทำ/ไม่ได้ทำ 1 สัปดาห์/เดือน ทุกเดือน เพื่อกระตุ้นเตือน และส่งให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
	2. สรุปและคืนข้อมูลย้อนกลับให้กับพ่อแม่/ผู้ปกครองเป็นรายครอบครัว

 3.5 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงาน (ภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกัน

สุขภาพ..................................

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

 วันที่.......เดือน.......พ.ศ........- วันที่.......เดือน.......พ.ศ......

**5. งบประมาณ**

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............. จำนวนทั้งสิ้น.......................บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้ ...ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ...

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือกองการศึกษา ตามข้อ 10(3)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

พ่อแม่/ผู้ปกครองร้อยละ 80 เข้าร่วมโครงการ และมีความรู้และสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้

**8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว
โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น )**

**8.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม* (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

**ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่ม*ประชาชน)*.........................................................................................**

 🖵 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

 🖵 2. หน่วยงานสาธารณสุข เช่น อปท. [ข้อ 10 (1)]

 🖵 3. หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. [ข้อ 10 (1)]

 🖵 4. หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน [ข้อ 10 (2)]

 🖵 5. องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

 🖵 6. ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ 10 (3)]

 🖵 7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) [ข้อ 10 (4)]

**8.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

🖵 1. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงาน
 สาธารณสุข [ข้อ 10 (1)]

🖵 2. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของ
 องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

🖵 3. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ
 (เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ 10 (3)]

 🖵 4. สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

 🖵 5. สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10 (5)]

**8.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก**

 🖵 1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด จำนวน คน

 🖵 2. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน คน

 🖵 3. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน จำนวน คน

 🖵 4. กลุ่มวัยทำงาน จำนวน คน

 🖵 5. กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน คน

 🖵 6. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน คน

 🖵 7. กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ จำนวน คน

 🖵 8. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน คน

 🖵 9. สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

🖵 10. กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ) จำนวน คน

**8.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 🖵 **8.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 🖵 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 🖵 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 🖵 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 🖵 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 🖵 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 🖵 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.4 กลุ่มวัยทำงาน**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม
ในการทำงาน

 🖵 6. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 🖵 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 🖵 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.5 กลุ่มผู้สูงอายุ**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 🖵 8. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.7 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.8 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

 🖵 6. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.9 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]**

 🖵 1. ค่าใช้จ่ายในการประชุม

 🖵 2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

 🖵 3. ค่าใช้จ่ายในการอบรม/พัฒนาศักยภาพ

 🖵 4. ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์

 🖵 5. ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบุ) .....................................................................................................

🖵 **8.4.10 กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ).................................................................**

 🖵 1. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

**ภาคผนวก –ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ**

**แบบรายงานพ่อ/แม่ที่เข้ารับการอบรม**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ/นามสกุล (แม่/พ่อ) | ที่อยู่ | โทรศัพท์ | เข้าอบรม (ครั้งที่..) | ส่งแบบบันทึก(ครั้ง) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | … |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ ผู้เสนอโครงการ/กิจกรรม

 ( )

 ตำแหน่ง ........................................................

 วันที่-เดือน-พ.ศ. ..................................................

**ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ................................................................
ครั้งที่ / 25 เมื่อวันที่ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

🖵 **งบประมาณที่เสนอ** จำนวน บาท

🖵 **อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน บาท

 เพราะ .............................................................................................................................................

 .........................................................................................................................................

 🖵 **ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

 เพราะ ............................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................

 หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ........................................................................................................................
..............................................................................................................................................................................
..............................................................................................................................................................................

 🖵 ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม **(ส่วนที่ 3)** ภายในวันที่ ………………………………………………….........

ลงชื่อ ....................................................................

 ( )

ตำแหน่ง ................................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....................................................

**ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ......................................................................................................................................

**1. ผลการดำเนินงาน**

 ................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 บรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ ...................................................................................................

............................................................................................................................................................................

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม คน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

 งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ บาท

 งบประมาณเบิกจ่ายจริง บาท คิดเป็นร้อยละ .................

 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ บาท คิดเป็นร้อยละ ..................

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 🞎 ไม่มี

 🞎 มีปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

 แนวทางการแก้ไข (ระบุ) .........................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

ลงชื่อ....................................................................ผู้รายงาน

  ( )

ตำแหน่ง ................................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....................................................