

แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการป้องกันและแก้ไขโรคโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียน**

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน(ระบุชื่อ) **อปท.** มีความประสงค์จะทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการป้องกันและแก้ไขโรคโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียน** ในงบประมาณ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นเงิน บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

ส่วนที่ 1: รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)

หลักการเหตุผล ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก คือ ภาวะที่ร่างกายมีการขาดหรือพร่องธาตุเหล็ก ซึ่งทำให้มีปริมาณธาตุเหล็กไม่เพียงพอ ที่จะนำไปสร้างเม็ดเลือดแดงได้เป็นผลให้ร่างกายมีจำนวนเม็ดเลือดแดง หรือความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเลือดต่ำกว่าปกติ จะพบว่ามีอาการซีดของเล็บและเปลือกตาด้านในด้วย

จากการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยอายุ 6 เดือน – 12 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555 ภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey (SENUITS) เด็กไทยกลุ่มปฐมวัยมีความชุกโลหิตจางสูงในเขตชนบท ถึงร้อยละ 41.7 และเขตเมืองมีความชุกร้อยละ 26 โลหิตจางในเด็กมีสาเหตุหลักมาจาก 1) การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอในขณะที่ร่างกายเด็กกำลังเจริญเติบโตจึงต้องการธาตุเหล็กมากขึ้น และ 2) สาเหตุจากการเสียเลือด อาจเกิดเฉียบพลัน เช่น เลือดออกจากแผลอุบัติเหตุต่างๆ หรือจากเลือดออกเรื้อรัง เช่น พยาธิปากขอ มีแผลในกระเพาะอาหาร และการเสียเลือดจากประจำเดือนในเด็กหญิงวัยเจริญพันธุ์ เป็นต้น ทั้งนี้ การขาด/พร่องธาตุเหล็กเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดที่ก่อ ให้เกิดโลหิตจางในเด็ก และเป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดของภาวะขาดสารอาหาร ธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบสำคัญของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ธาตุเหล็กมีมากในสมองเป็นส่วนประกอบของไมอีลินชีทในวิธโรทรานสมิตเตอร์ และมีส่วนสำคัญในการป้องกันเชื้อโรค ดังนั้นการขาดธาตุเหล็กจึงส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านกายภาพ การสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันการเจ็บป่วย และพัฒนาการของสมองของเด็กก่อนวัยเรียน โดยเฉพาะเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 2 ปีอีกทั้งส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการเรียนรู้ตามศักยภาพอย่างถาวร ลดประสิทธิภาพในการเรียนของเด็กวัยเรียน และอาจมีความรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยได้แนะนำให้จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก แก่เด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี และยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กวัยเรียน อายุ 6-12 ปี และหญิงวัยเจริญพันธุ์ นอกจากนั้นยังแนะนำให้ตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง เมื่อเด็กอายุ 6-12 เดือน 3-6 ปีและคัดกรองเพิ่มเติมสำหรับวัยรุ่นหญิงที่เริ่มมีประจำเดือน ทั้งนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดเป็นสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มวัยเด็กและเยาวชน และหญิงวัยเจริญพันธุ์ ดังนั้นการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำโครงการป้องกันและแก้ไขโรคโลหิตจางที่เกิดจากธาตุเหล็กในเด็ก(จ่ายเพิ่มเติม) จะช่วยกระตุ้นการเข้าถึงบริการป้องกันโลหิตจางของเด็กปฐมวัยและเด็กโตให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

1. เพื่อให้เด็กนักเรียน ป.1-6 (และ ม.1-6ถ้ามีระดับมัธยม) ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก
2. เพื่อให้เด็กนักเรียน ป.1 (และ ม.1ถ้ามีระดับมัธยม) ได้รับการตรวจคัดกรองโลหิตจาง

กลุ่มเป้าหมาย : เด็กนักเรียนชั้นป.1-6 ในโรงเรียน.....จำนวน.....คน

เด็กนักเรียนชั้น ม. 1-6ในโรงเรียนจำนวน.....คน

ตัวชี้วัด1.ร้อยละ.....ของเด็กนักเรียน ป.1-6 (และ ม.1-6ถ้ามีระดับมัธยม) ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก

2.ร้อยละ.....ของเด็กนักเรียน ป.1 (และ ม.1ถ้ามีระดับมัธยม) ได้รับการตรวจคัดกรองโลหิตจาง

2. วิธีดำเนินการ

- 1.ผู้บริหารท้องถิ่นตกลงเงื่อนไขและค่าใช้จ่ายบริการยาเสริมธาตุเหล็กและการตรวจคัดกรอง และรักษาภาวะการขาดธาตุเหล็กของนักเรียน กับหน่วยบริการและหน่วยบริการเครือข่าย
- 2.ประชาสัมพันธ์โครงการให้กับประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบและเชิญชวน พ่อแม่ หรือผู้ปกครอง อนุญาตให้นักเรียน เข้าร่วมโครงการ
- 3.ประสานความร่วมมือกับโรงเรียนเพื่อให้ให้นักเรียนได้รับบริการยาเสริมธาตุเหล็ก การตรวจคัดกรองโลหิตจาง และรับการรักษาหากมีภาวะโลหิตจาง
- 4.ท้องถิ่นร่วมกับโรงเรียนจัดทำทะเบียนเข้าร่วมโครงการและทะเบียนบริการแจกจ่ายรายชื่อนักเรียน ป. 1-6 (และ ม.1-6 ถ้ามีระดับมัธยม) เพื่อสะดวกต่อการบริการและบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่
- 5.จนท.สาธารณสุขของหน่วยบริการหรือหน่วยบริการเครือข่ายออกดำเนินการที่โรงเรียน เพื่อให้ยาเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กเป็นรายคนทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1ครั้งรวม52ครั้งต่อปี
- 6.จนท.สาธารณสุขของหน่วยบริการหรือหน่วยบริการเครือข่ายออกดำเนินการที่โรงเรียน เพื่อตรวจคัดกรองโลหิตจางนักเรียน ป.1 (และม.1)
- 7.ครูประจำชั้นหรือนักเรียน ลงชื่อในทะเบียนบริการ เมื่อนักเรียนได้รับบริการยาเสริมธาตุเหล็กและหรือตรวจคัดกรองโลหิตจาง
- 8.กรณีหากตรวจคัดกรองพบว่านักเรียนมีภาวะโลหิตจาง จนท.สาธารณสุขจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กให้การรักษายอย่างน้อย 3 เดือนหรือแล้วแต่กรณี และบันทึกในทะเบียนบริการ พร้อมให้ครูประจำชั้นหรือนักเรียนลงชื่อ
- 9.หน่วยบริการส่งหนังสือพร้อมทะเบียนบริการเรียกเก็บเงินจากท้องถิ่น
- 10.ท้องถิ่นตรวจสอบทะเบียนบริการเทียบกับรายชื่อนักเรียนเข้าร่วมโครงการ และทำเรื่องเบิกค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการพร้อมขอหลักฐานใบสำคัญรับเงิน
- 11.สรุปและติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส และสรุปผลเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4		
1.การเจรจาตกลงกับหน่วยบริการ						
2.ประสานความร่วมมือกับ รร.						
3.การประชุมสัมพันธ์โครงการ						
4.การทำทะเบียนเข้าร่วมโครงการ และทะเบียนบริการ						
5.จนท.ออกให้บริการที่ร.						
6.หน่วยบริการส่งผลงานทุกไตรมาส						
7.ตรวจสอบทะเบียนบริการและ เบิกจ่าย พร้อมลงบัญชี						
8.ติดตามและสรุปผลรายไตรมาส และเสนอที่ประชุมฯ						
9.ประเมินและสรุปผลการ ดำเนินงาน –สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ หรือแบบสอบถาม						

3. ระยะเวลาดำเนินการ

4. สถานที่ดำเนินการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/หน่วยบริการ

5. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ

จำนวนบาท รายละเอียด ดังนี้

1. ค่าวัสดุสำนักงาน (ทำทะเบียน) เป็นเงิน.....บาท

2. ค่าจ้างเหมาจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ เป็นเงิน

บาท

3. ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์สำหรับยาเสริมธาตุเหล็กแก่เด็ก ป. 1-6 (และ ม.1-6 ถ้ามีระดับมัธยม)

คนละ 52 ครั้งต่อปี ครั้งละ 2-5(หรือ 5-7) บาท จำนวน.....คน จำนวน.....ครั้ง เป็นเงิน

.....บาท

4. ค่าจ้างเหมาตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็กชั้นป.1 (และม.1) และรักษา จำนวน..... คนๆละ

(20-30) บาท เป็นเงิน.....บาท

5. ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เพื่อ สัมภาษณ์.....บาท

(ทุกรายการถ้วนเฉลี่ยจ่าย)

การประเมินผล

ความสำเร็จของโครงการ พิจารณาจาก

1. จำนวนเด็ก ป. 1-6 (และ ม. 1-6 ถ้ามีระดับมัธยม) ที่เข้าร่วมโครงการเปรียบเทียบกับจำนวนเด็ก ป. 1-6 (และ ม. 1-6 ถ้ามีระดับมัธยม) ทั้งหมดในรร.โดยคิดเป็นร้อยละ(เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ที่เข้าร่วมโครงการได้จาก ทะเบียนและ เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ทั้งหมดในรร.ได้จากการทะเบียนของ รร.)

2.จำนวนเด็ก ป. 1-6 (และ ม. 1-6 ถ้ามีระดับมัธยม) ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เปรียบเทียบกับจำนวน เด็ก ป. 1-6 (และ ม. 1-6 ถ้ามีระดับมัธยม) ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมดโดยคิดเป็นร้อยละ(ตรวจสอบจากทะเบียน บริการ ที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และทะเบียนเข้าร่วมโครงการ)

3. จำนวนเด็ก ป.1 (และม.1) ที่มีระดับHctหรือHb อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เปรียบเทียบกับจำนวนเด็ก ป. 1 (และม.1) ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมดโดยคิดเป็นร้อยละ

4. จากการสำรวจความพึงพอใจของพ่อแม่หรือผู้ปกครองและครูประจำชั้น โดยคิดเป็นร้อยละ (ดำเนินการ สอบถามตามแบบที่กำหนดทางโทรศัพท์)

6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เด็กนักเรียนได้รับการตรวจคัดกรองโลหิตจางและยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อพัฒนาการที่ดีเหมาะสมตามวัย

7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อบท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับ อนุมัติแล้ว)

7.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน อบท.

☒ 7.1.2หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อบท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

7.2 ประเภทการสนับสนุน(ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)

☒ 7.2.1สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 7(1)]

7.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2557)

☒ 7.4.3กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

☒ 7.4.3กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

☒ 7.4.3.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

ภาคผนวก

เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมกับหน่วยบริการ

- หน่วยบริการให้การดูแลตามคู่มือแนวทาง การควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของ สำนักโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- หน่วยบริการจัดส่ง จันท.สาธารณสุข ไปที่ รร. ให้บริการยาเสริมธาตุเหล็กและหรือตรวจคัดกรองโลหิตจาง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยให้ครูประจำชั้นหรือนักเรียน ลงชื่อในทะเบียนบริการ(ที่ท้องถิ่นจัดเตรียมให้) เมื่อเด็ก ได้รับบริการยาเสริมธาตุเหล็กและหรือตรวจคัดกรองโลหิตจาง
- หน่วยบริการให้การรักษากรณีที่นักเรียนมีภาวะโลหิตจางและหรือวินิจฉัยหาสาเหตุ
- หน่วยบริการบันทึกรายละเอียดเพิ่มเติมในทะเบียนบริการและเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากท้องถิ่น
- อื่นๆตามที่เห็นชอบร่วมกัน

แนวทางการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก

กลุ่ม	ปริมาณยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจาง
1.เด็กน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม	12.5 มิลลิกรัม ทุกวัน เริ่มตั้งแต่อายุ 2 เดือนขึ้นไป
2.เด็กอายุ 6 เดือน –2 ปี	12.5 มิลลิกรัม สัปดาห์ละครั้ง
3.เด็กอายุ 2 –5 ปี	25 มิลลิกรัม สัปดาห์ละครั้ง
4.เด็กอายุ 5 –12 ปี	60 มิลลิกรัม สัปดาห์ละครั้ง
5.หญิงวัยเจริญพันธุ์	60 มิลลิกรัม และกรดโฟลิก2,800 ไมโครกรัม สัปดาห์ละครั้ง

ค่า Hctหรือ Hbปกติ (ถ้าค่าน้อยกว่าที่กำหนดในตาราง ถือว่าเป็นโลหิตจาง)

อายุหรือเพศ	ฮีโมโกลบิน (Hb: กรัม/เดซิลิตร)	ฮีมาโตคริต (Hct:%)
1.เด็กอายุ 6 เดือน –5 ปี	11	33
2.เด็กอายุ 5-11 ปี	11.5	34
3.เด็กอายุ 12-14 ปี	12	36
4.หญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15 ปีขึ้นไป)	12	36

ทะเบียนเด็ก ป. 1-6 (และ ม. 1-6 ถ้ามีระดับมัธยม)ที่เข้าร่วมโครงการ เรียงตามระดับชั้น(ทำในรูปแบบไฟล์ excel และขยายช่องมากกว่าที่แสดงได้ เช่น เพิ่มช่องการเรียกเก็บจากหน่วยบริการ เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วย ข้อมูลส่วนหนึ่งได้มาจากฐานข้อมูล รร./การดึงฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร)

โรงเรียน.....ชั้น ป.....ห้อง.....

ลำดับ	ชื่อนามสกุล เด็ก	ชื่อนามสกุล (พ่อแม่)	ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้						
			เลขที่	ถนน	หมู่	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด	โทรศัพท์(พ่อแม่)

ทะเบียนบริการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก(ส่งให้หน่วยบริการหรือหน่วยบริการเครือข่าย)

โรงเรียน.....ชั้น ป.....ห้อง.....

ลำดับ	ชื่อ นามสกุล เด็ก	ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้							สัปดาห์ที่ /ลงลายมือชื่อนักเรียน หรือครูประจำชั้น								
		เลขที่	ถนน	หมู่	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด	โทรศัพท์	1	2	3	4	5	6	7	8	9

ทะเบียนบริการคัดกรองโลหิตจาง(ส่งให้หน่วยบริการหรือหน่วยบริการเครือข่าย)

โรงเรียน.....ชั้น ป.....ห้อง.....

ลำดับ	ชื่อ นามสกุล เด็ก	ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้							ลงลายมือชื่อนักเรียนหรือครูประจำชั้น		
		เลขที่	ถนน	หมู่	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด	โทรศัพท์	คัดกรอง	ผล (ปกติ/ ผิดปกติ)	รักษา

การสำรวจความพึงพอใจ

โดยใช้แบบสอบถาม ให้พ่อแม่หรือผู้ปกครอง ครูประจำชั้น ตอบด้วยตนเองหรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

ตัวอย่างข้อความแบบสั้น

ตามท้องที่ปกครองส่วนท้องถิ่น.....ได้จัดทำโครงการ.....เพื่ออำนวยความสะดวกแก่

บุตรหลานของท่านในการเข้าถึงบริการยาเสริมธาตุเหล็กและตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็ก ป. 1-6 (และ ม.

1-6 ถ้ามีระดับมัธยม) และคุณ.....เป็นผู้ปกครองหรือครูประจำชั้น ที่เข้าร่วมในโครงการนั้น เพื่อเป็น

การพัฒนาปรับปรุงบริการของโครงการ จึงขอความกรุณาจากท่านได้ให้คะแนนความพึงพอใจ โดยกาเครื่องหมาย

หน้าหมายเลขหรือบอกเลขที่แสดงระดับความพึงพอใจนั้น

- ☐1หมายความว่า ฟังพอใจน้อยที่สุด
- ☐2 หมายความว่า ฟังพอใจน้อย
- ☐3 หมายความว่า ฟังพอใจปานกลาง
- ☐4 หมายความว่า ฟังพอใจมาก
- ☐5 หมายความว่า ฟังพอใจมากที่สุด

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง.....