

แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการป้องกันและแก้ไขโรคโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็ก**

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน(ระบุชื่อ) **อปท.** มีความประสงค์จะทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

โครงการป้องกันและแก้ไขโรคโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็ก ในปีงบประมาณ.....

..... โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ..... เป็น

เงิน..... บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

หลักการเหตุผลภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก คือ ภาวะที่ร่างกายมีการขาดหรือพร่องธาตุเหล็ก ซึ่งทำให้มีปริมาณธาตุเหล็กไม่เพียงพอ ที่จะนำไปสร้างเม็ดเลือดแดงได้เป็นผลให้ร่างกายมีจำนวนเม็ดเลือดแดง หรือความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเลือดต่ำกว่าปกติ จะพบว่ามีอาการซีดของเล็บและเปลือกตาภายในด้วย

จากการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยอายุ 6 เดือน – 12 ปี ระหว่างปีพ.ศ. 2553-2555 ภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey (SENUTS) เด็กไทยกลุ่มปฐมวัยมีความชุกโลหิตจางสูงในเขตชนบท ถึงร้อยละ 41.7 และเขตเมืองมีความชุกร้อยละ 26 โลหิตจางในเด็กมีสาเหตุหลักมาจาก 1) การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอในขณะที่ร่างกายเด็กกำลังเจริญเติบโตจึงต้องการธาตุเหล็กมากขึ้น และ 2) สาเหตุจากการเสียเลือด อาจเกิดเฉียบพลัน เช่น เลือดออกจากแผลอุบัติเหตุต่างๆ หรือจากเลือดออกเรื้อรัง เช่น พยาธิปากขอ มีแผลในกระเพาะอาหาร และการเสียเลือดจากประจำเดือนในเด็กหญิงวัยเจริญพันธุ์ เป็นต้น ทั้งนี้ การขาด/พร่องธาตุเหล็กเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดที่ก่อให้เกิดโลหิตจางในเด็ก และเป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดของภาวะขาดสารอาหาร ธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบสำคัญของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ธาตุเหล็กมีมากในสมองเป็นส่วนประกอบของไมอีลินชีท นิวโรทรานสมิตเตอร์ และมีส่วนสำคัญในการป้องกันเชื้อโรค ดังนั้นการขาดธาตุเหล็กจึงส่งผลเสียต่อการทำงานด้านกายภาพ 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. เพื่อให้เด็กไทยช่วงอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก
2. เพื่อให้เด็กไทยช่วงอายุ 6-12 เดือน และ 3-5 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง

กลุ่มเป้าหมาย เด็กไทย ช่วงอายุ 6-12 เดือน และ 3-5 ปี ที่อาศัยอยู่ที่บ้าน/ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและในโรงเรียน
อนุบาล ในเขตเทศบาล/อบต.....จำนวน.....คน

2. วิธีดำเนินการ

1. ผู้บริหารท้องถิ่นตกลงเงื่อนไขและค่าใช้จ่ายบริการยาเสริมธาตุเหล็กและการตรวจคัดกรอง และรักษา ภาวะการขาดธาตุเหล็กของเด็ก กับหน่วยบริการและเครือข่ายของหน่วยบริการนั้น
2. ประชาสัมพันธ์โครงการให้กับประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบและเชิญชวน พ่อแม่ หรือผู้ปกครองของเด็ก เด็กไทยช่วงอายุ 6 เดือน – 5 ปี เข้าร่วมโครงการและลงทะเบียน
3. ท้องถิ่นจัดทำทะเบียนบริการแจกแจงรายชื่อเด็กไทยช่วงอายุ 6 เดือน – 5 ปี ตามที่อยู่ ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล เพื่อสะดวกต่อการบริการ (กรณีเด็กยังอยู่ที่บ้าน ให้ จนท.ไปให้บริการที่บ้าน กรณีอยู่ศูนย์เด็กเล็ก หรือโรงเรียนอนุบาลในเขตพื้นที่ จนท.ให้บริการ ณ สถานที่ดังกล่าว) ทั้งนี้ประสานความร่วมมือกับศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียนอนุบาลให้เข้าร่วมโครงการ
4. จนท. สาธารณสุขของหน่วยบริการหรือหน่วยบริการเครือข่ายออกชุมชน เพื่อให้ยาเสริมธาตุเหล็กแก่ เด็กเป็นรายคนทุกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 52 ครั้งต่อปีและหรือตรวจคัดกรองโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน และ 3-5 ปี
5. พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กหรือครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล ลงชื่อในทะเบียนบริการเมื่อเด็ก ได้รับบริการยาเสริมธาตุเหล็กเป็นรายคนทุกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 52 ครั้งต่อปีและหรือตรวจคัดกรองโลหิตจาง
6. กรณีตรวจคัดกรอง หากพบว่าเด็กมีภาวะโลหิตจาง จนท. สาธารณสุขจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กให้การรักษา อย่างน้อย **3 เดือน**หรือแล้วแต่กรณี และบันทึกในทะเบียนบริการ พร้อมให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองลงชื่อ
7. หน่วยบริการส่งหนังสือพร้อมทะเบียนบริการเรียกเก็บเงินจากท้องถิ่น
8. ท้องถิ่นตรวจสอบทะเบียนบริการเทียบกับรายชื่อที่ลงทะเบียน และทำเรื่องเบิกค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ พร้อมขอหลักฐานใบสำคัญรับเงิน
9. สรุปและติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส และสรุปผลเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ

แผนการดำเนินงาน

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4		
1. การเจรจาตกลงกับหน่วยบริการ						
2. การประชาสัมพันธ์โครงการ						
3. การทำทะเบียนเข้าร่วมโครงการ						

และทะเบียนบริการ						
4.จนท.ออกชุมชนให้บริการ						
5.หน่วยบริการส่งผลงานทุกไตรมาส						
6.ตรวจสอบทะเบียนบริการและเบิกจ่าย พร้อมลงบัญชี						
7.ติดตามและสรุปผลรายไตรมาสและเสนอที่ประชุมฯ						
8.ประเมินและสรุปผลการดำเนินงาน –สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือแบบสอบถาม						

3. ระยะเวลาดำเนินการ.....

4. สถานที่ดำเนินการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล ชุมชนในเขตเทศบาล/อบต...../หน่วยบริการ.....

5. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ

จำนวนบาท รายละเอียด ดังนี้

1. ค่าวัสดุสำนักงาน จัดทำทะเบียนเป็นเงิน
บาท

2. ค่าจ้างเหมาทำป้ายประชาสัมพันธ์เป็นเงิน
บาท

3. ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์สำหรับซื้อยาเสริมธาตุเหล็กแก่เด็ก อายุ 6 เดือน – 5 ปี คนละ 52 ครั้ง
ต่อปี ครั้งละ(2-5หรือ 5-7) บาท จำนวน.....คน จำนวน.....ครั้งเป็นเงิน.....บาท

4. ค่าจ้างเหมาบริการตรวจคัดกรองโลหิตจาง คนละ (20-30) บาท จำนวน.....คนเป็นเงิน.....
บาท

5. ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ สำหรับการสัมภาษณ์.....
บาท

(ทุกรายการถ้วนเฉลี่ยจ่าย)

การประเมินผล

ความสำเร็จของโครงการ พิจารณาจาก

1. จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ที่เข้าร่วมโครงการเปรียบเทียบกับจำนวนเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบโดยคิดเป็นร้อยละ (เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ที่เข้าร่วมโครงการได้จากทะเบียนและ เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบได้จากการสำรวจหรือทะเบียนราษฎร)
2. จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เปรียบเทียบกับจำนวนเด็ก อายุ 6 เดือน–2 ปี ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมดโดยคิดเป็นร้อยละ (ตรวจสอบจากทะเบียนบริการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และทะเบียนเข้าร่วมโครงการ)
3. จำนวนเด็กอายุ 6– 12 เดือน ที่มีระดับ Hct หรือ Hb อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เปรียบเทียบกับจำนวนเด็ก อายุ 6– 12 เดือน ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมดโดยคิดเป็นร้อยละ
4. จำนวนเด็กอายุ 3-5 ปี ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เปรียบเทียบกับจำนวนเด็กอายุ 2-5 ปี ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมดโดยคิดเป็นร้อยละ (ตรวจสอบจากทะเบียนบริการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และทะเบียนเข้าร่วมโครงการ)
5. จำนวนเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีระดับ Hct หรือ Hb อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เปรียบเทียบกับจำนวนเด็กอายุ 2- 5 ปี ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมดโดยคิดเป็นร้อยละ
6. จากการสำรวจความพึงพอใจของพ่อแม่หรือผู้ปกครองหรือครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล โดยคิดเป็นร้อยละ (ดำเนินการสอบถามตามแบบที่กำหนดทางโทรศัพท์)

6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เด็กไทยช่วงอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางและยาเสริมธาตุเหล็กได้อย่างทั่วถึง

7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อบท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)

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)

☒ 7.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

☒ 7.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

☒ 7.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

ภาคผนวก

เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมกับหน่วยบริการ

-หน่วยบริการให้การดูแลตามคู่มือแนวทาง การควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของ
สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

-หน่วยบริการจัดส่ง จันท.สาธารณสุข ออกชุมชน ให้บริการยาเสริมธาตุเหล็กและหรือตรวจคัดกรองโลหิต
จาง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กหรือครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล ลงชื่อใน
ทะเบียนบริการ(ที่ท้องถิ่นจัดเตรียมให้) เมื่อเด็กได้รับการยาเสริมธาตุเหล็กและหรือตรวจคัดกรองโลหิตจาง

-หน่วยบริการให้การรักษากรณีที่นักเรียนมีภาวะโลหิตจางและหรือวินิจฉัยสาเหตุ

-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 และกรดโฟลิก 2,800 ไมโครกรัม สัปดาห์ละครั้ง

ค่า Hct หรือ Hb ปกติ (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

ทะเบียนเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี(ทำในรูปแบบไฟล์ excel และขยายช่องมากกว่าที่แสดงได้ เช่น เพิ่มช่องการ
เรียกเก็บจากหน่วยบริการ เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ข้อมูลส่วนหนึ่งได้มาจากการตั้งฐานข้อมูล
ทะเบียนราษฎรโดยตรง)

ลำดับ	ชื่อนามสกุล	ชื่อ	อายุ/	ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้
-------	-------------	------	-------	-----------------------------

	แม่หรือพ่อ	นามสกุล เด็ก	เดือน	เลขที่	ถนน	หมู่	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด	โทรศัพท์

ทะเบียนบริการส่งให้หน่วยบริการหรือหน่วยบริการเครือข่าย

ทะเบียนบริการยาฯ เริ่มวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ให้ทำเป็น 3 แบบแยกกัน- กลุ่มบริการที่บ้าน/กลุ่มบริการที่ศูนย์เด็กเล็ก/กลุ่มบริการที่โรงเรียนอนุบาล- เรียงลำดับอายุ)

ลำดับ	ชื่อ นามสกุล เด็ก	อายุ/ เดือน	ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้							สำเนาที่ /ลงลายมือชื่อพ่อ/ แม่/ครูพี่เลี้ยง							
			เลข ที่	ถนน	หมู่	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด	โทรศัพท์	1	2	3	4	5	6	7	8

ทะเบียนตรวจคัดกรองโลหิตจาง เริ่มวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ให้ทำเป็น 3 แบบแยกกัน- กลุ่มบริการที่บ้าน/กลุ่มบริการที่ศูนย์เด็กเล็ก/กลุ่มบริการที่โรงเรียนอนุบาล- เรียงลำดับอายุ)

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

การสำรวจความพึงพอใจ

โดยใช้แบบสอบถาม ให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองหรือครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาลตอบด้วยตนเองหรือ
สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

ตัวอย่างข้อความแบบสั้น

ตามที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....ได้จัดทำโครงการ.....เพื่ออำนวยความสะดวกแก่

ท่าน

ในการเข้าถึงบริการยาเสริมธาตุเหล็กและตรวจคัดกรองโลหิตจางในเด็กอายุ 6 เดือน -5 ปีและคุณ.....

เป็นผู้ปกครองหรือครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาลที่เข้าร่วมในโครงการนั้น เพื่อเป็นการพัฒนาปรับปรุง

บริการของโครงการ จึงขอความกรุณาจากท่านได้ให้คะแนนความพึงพอใจ โดยกาเครื่องหมายหน้าหมายเลขหรือ

บอกเลขที่แสดงระดับความพึงพอใจนั้น

- ☐ 1หมายความว่า พึงพอใจน้อยที่สุด
- ☐ 2 หมายความว่า พึงพอใจน้อย
- ☐ 3 หมายความว่า พึงพอใจปานกลาง
- ☐ 4 หมายความว่า พึงพอใจมาก
- ☐ 5 หมายความว่า พึงพอใจมากที่สุด

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง.....