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

**ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม** โครงการบริหารจัดการและพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการและอนุกรรมการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลปากพะยูน ประจำปีงบประมาณ 2566.

**1. ผลการดำเนินงาน**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลปากพะยูน ได้ดำเนินงานตามโครงการ ดังนี้**

1. จัดประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลปากพะยูน จำนวน 3 ครั้ง

* เพื่อสรุปผลการดำเนินงานกองทุนฯในปีงบประมาณ 2565 และอนุมัติแผนการเงินประจำปีประมาณ 2566
* เพื่อคัดเลือกและแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว ฯ และคณะอนุกรรมการกองทุนฯหรือคณะทำงาน
* พิจารณาอนุมัติแผนงานโครงการประจำปี 2566 จำนวน 16 โครงการ

1. จัดประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ จำนวน 2 ครั้ง

* อนุมัติโครงการการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ สนับสนุนงบประมาณให้ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูฯ จำนวน 2 โครงการ ผู้สูงอายุฯ เข้าร่วมโครงการรวม 36 คน

1. จัดประชุมหน่วยงาน ภาคประชาชน ที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำแผนสุขภาพชุมชนประจำปี 2566

* มีแผนงานโครงการที่จะดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ในปี 2566

1. จัดประชุมอนุกรรมการพิจารณากลั่นกรองแผนงาน/โครงการ จำนวน 1 ครั้ง

* พิจารณากลั่นกรองโครงการที่เสนอเพื่อขอรับทุนจากกองทุนฯ ก่อนเข้าที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนฯเพื่ออนุมัติงบประมาณ

1. จัดซื้อวัสดุสำนักงาน จำนวน 5,303 บาท

- ได้แก่ กระดาษ A4 ซองน้ำตาลไม่ขยายข้าง ซองขาวมีครุฑ หมึกเติมเครื่องพิมพ์เอกสาร ฯลฯ

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

🗹 บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ .

.

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .

* ประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ จำนวน 19 คน
* ประชุมคณะอนุกรรมการการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ จำนวน 13 คน
* ประชุมอนุกรรมการพิจารณากลั่นกรองจำนวน 8 คน
* จัดทำแผนสุขภาพชุมชน จำนวน 50 คน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ..58,000... บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง  39,603 บาท คิดเป็นร้อยละ 68.28 .

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ 18,397 บาท คิดเป็นร้อยละ 31.72 .

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

🗹 ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)............................................................................................................................

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

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

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

**ข้อเสนอแนะ**

……………………………………………………………………….………………………………………………………………………

ลงชื่อ ผู้รายงาน

( อรุณ คงชู )

ผู้รับผิดชอบโครงการ

วันที่-เดือน-พ.ศ. .

**ภาพถ่ายการดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก**

**กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลปากพะยูน**

 

 

**ภาพถ่ายการดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก**

**กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลปากพะยูน**

 

 

**ภาพถ่ายการดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก**

**กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลปากพะยูน**

 

 