

**แบบจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.โนนสำราญ รหัส กปท. L4844**

**อำเภอ กันทรลักษ์ จังหวัด ศรีสะเกษ**

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ข้อ 16 (2) “ให้พิจารณาอนุมัติโครงการ หรือกิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนตามข้อ 10”

อาศัยอำนาจของประกาศ ฯ ข้อ 10 “เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ 7 วรรคหนึ่ง ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ” จึงได้จัดทำแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ประจำปีงบประมาณ 2566 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

✓ **สอดคล้องกับแผนสุขภาพชุมชน ของ กปท.** ไข้เลือดออก

**1.ชื่อโครงการ**

โครงการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก รพ.สต.โนนสำราญ

**2.ชื่อ หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.**

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสำราญ

**3.หลักการเหตุผล**

 โรคไข้เลือดออกนับเป็นปัญหาสาธารณสุขไทยมาตลอด เพราะเป็นโรคติดต่อที่ทำให้เกิดความสูญเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งๆทีี่ทุกหน่วยงานภาคส่วนที่ส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันรณรงค์มาโดยตลอด แต่ก็ยังพบว่ามีการระบาดของโรคมาโดยตลอดและยังคงเป็นปัญหาของประเทศที่ต้องแก้ไขเรื่อยมา การรณรงค์ให้ประชาชนร่วมกันกำจัดยุงลายโดยการทำลายแหล่งเพาะพันธ์ยุงลายก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคได้ ไม่ว่าจะเป็นการทำลายภาชนะที่มีนำ้ขัง การใส่ทรายกำจดลูกน้ำหรือการพ่นหมอกควัน สำหรับบทบาทในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสำราญ ซึ่งดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนในพื้นที่และการป้องกันดูแลไม่ให่เกิดโรคระบาด ซึ่งในปัจจุบันการแพร่ระบาดของเชื้อโรคเกิดขึ้นได้ทุกฤดูกาลจึงจำเป็นต้องมีการเริ่มดำเนินการให้รวดเร็ว ให้ทันต่อสภาวการณ์แพร่ระบาดของโรค แต่จากการดำเนินงานควบคุมโรคนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสำราญ ยังขาดอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานคือเครื่องพ่นหมอกควันเพื่อกำจัดยุงลากและกำจัดเชื้อโรคติดต่อต่างๆ ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่ง และเพื่อพัฒนาศักยภาพ ทักษะส่วนบุคคลและชุมชนให้เกิดความพร้อมในการควบคุมโรคติดต่ออย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

**4.วัตถุประสงค์** (เพื่อการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพ และรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก รวมถึงการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค)

1. เพื่อให้แกนนำมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและเพิ่มศักยภาพแกนนำให้สามารถควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้อย่างทันเวลาและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อความรวดเร็วในการปฏิบัติงานการควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของทีมเคลื่อนที่เร็ว
3. เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนและภาคีเครือข่ายตลอดจนการทำงานเป็นทีมในการควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่

**5.วิธีดำเนินการ** (ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามข้อ 4)

1. จัดประชุมเครือข่ายเชิงปฏิบัติการแกนนำเครื่อข่ายควบคุมและป้องกันดรคไข้เลือดออก

**6.กลุ่มเป้าหมาย และกิจกรรม**

**(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)**

**✓ 6.8.กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน 54 คน** ✓ 6.8.4.การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

**7.ระยะเวลาดำเนินการ** (ควรระบุตามการดำเนินงานจริง)

วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566

**8.สถานที่ดำเนินการ**

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสำราญ ตำบลโนนสำราญ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

**9.งบประมาณ** (ให้สอดคล้องกับวิธีดำเนินการ ที่ตั้งไว้ตามข้อ 5)

จำนวน 64,900.00 บาท รายละเอียด ดังนี้

- ค่าอาหารและเครื่องดื่ม เป็นเงิน 2,700.00 บาท
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม เป็นเงิน 2,700.00 บาท
- ค่าป้ายไวนิล เป็นเงิน 500.00 บาท
- ค่าครุภัณฑ์ (เครื่องพ่นหมอกควัน) เป็นเงิน 59,000.00 บาท

**10.ผลที่คาดว่าจะได้รับ** (ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามข้อ 4)

1. สามารถป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างต่อเนื่องและทันเวลา
2. อัตราการป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง
3. มีการจัดตั้งทีมหน่วยปฏิบัติการสอบสวน/ควบคุมโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)
4. มีวัสดุ/อุปกรณ์ในการดำเนินงาน

**11.คำรับรองความซ้ำซ้อนของงบประมาณ**

ข้าพเจ้า นายธวัชชัย ธรรมสัตย์ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสำราญ หมายเลขโทรศัพท์ 0972872676 ในฐานะของผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ขอรับรองว่า แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในครั้งนี้

✓ ไม่ได้ซ้ำซ้อนกับงบประมาณที่ได้รับจากแหล่งอื่น

✓ รับทราบถึงกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และวิธีการดำเนินงานตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม แล้ว

ลงชื่อ ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

( )

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

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

* เห็นชอบ
* ให้เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ลงชื่อ หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน

( )

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

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