

ที่ อบ.0632.19/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนรัง

ตำบลโนนรัง อำเภอเขื่องใน

จังหวัดอุบลราชธานี 34320

22 สิงหาคม 2560

เรื่อง รายงานผลการดำเนินงานโครงการรณรงค์ตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลโนนรัง

อ้างถึง หนังสือกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลโนนรัง

ที่ สปสช.อบต.โนนรัง / ว.013 ลงวันที่ 7 สิงหาคม 2560

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารสรุปโครงการ จำนวน 1 ชุด

ตามที่อ้างถึงหนังสือกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.โนนรัง แจ้งการติดตามผลการดำเนินงานที่ขอรับงบประมาณสนับสนุนจากหนังสือกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลโนนรัง ตามความที่แจ้งแล้วนั้น

บัดนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนรัง ได้ดำเนินงานตามโครงการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการดำเนินงาน ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

# ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ บุญถูก)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนรัง

งานบริหาร รพ.สต.โนนรัง

087-2500980 , 089-8494597



**รายงานผลการดำเนินงาน**

**โครงการรณรงค์ตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป**

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนรัง**

**สำนักงานสารณสุขอำเภอเขื่องใน**

**จังหวัดอุบลราชธานี**

**บันทึกข้อความ**

 **ส่วนราชการ** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนรัง

**ที่** อบ 0632.19/ วันที่ 22 สิงหาคม 2560

**เรื่อง** รายงานผลการดำเนินงานโครงการรณรงค์ตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลโนนรัง

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารสรุปโครงการ จำนวน 1 ชุด

ตามที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนรัง ได้รับจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.โนนรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนรังได้มอบหมายให้ข้าพเจ้านางขัติยาภรณื เหนือเกาะหวาย เป็นผู้รับผิดชอบงานโครงการรณรงค์ตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ตามรายละเอียดที่แจ้งแล้ว

บัดนี้ การดำเนินกิจกรรม/โครงการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนรัง ได้ดำเนินงานตามโครงการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการดำเนินงาน ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ) ผู้รับผิดชอบโครงการ

(นางขัติยาภรณ์ เหนือเกาะหวาย)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

# ความเห็นผู้บังคับบัญชา

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

(ลงชื่อ)

(นายณรงค์ บุญถูก)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนรัง

**สรุปผลการดำเนิน/โครงการ/จัดกิจกรรม**

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนรัง**

**โครงการรณรงค์ตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป**

**วัน เดือน ปี ที่ดำเนินการ** 6 ตุลาคม 2559- 31 กรกฎาคม 2560

**วัตถุประสงค์ (ของโครงการ)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.เพื่อเฝ้าระวังและค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้ได้รับการรักษาที่ ทันท่วงที |  |
| 2.เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง (อายุ 15 ปีขึ้นไป ) ได้รับการตรวจเบาหวานและความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ | |
| 3.เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคำแนะนำและการดูแลอย่างต่อเนื่อง |  |
| 4.เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สามารถปฏิบัติตนและดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง | |
| 5.เพื่อลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง |  |

**เป้าหมาย**

**ด้านคุณภาพ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.ประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจหาเบาหวานและวัดความดันโลหิต | |
| 2.ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจตามเกณฑ์มาตรฐาน |  |
| 3.ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับยาและการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ | |

**ด้านปริมาณ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.ประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจหาเบาหวานและวัดความดันโลหิต ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 | |
| 2.ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100 |  |
| 3.ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับยาและการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ ร้อยละ 100 | |

**ผลการดำเนินงาน**

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนรัง ได้จัดบริการออกตรวจสุขภาพประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ โดยมีการให้บริการ ตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือด ตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน ตรวจวัดสายตา ตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า ตรวจคัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรควัณโรค พร้อมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำการดูแลสุขภาพตนเอง และให้บริการจัดส่งต่อผู้ป่วยที่ตรวจพบภาวะเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคตาต้อกระจกในผู้สูงอายุ เข้าตรวจรับการรักษาที่โรงพยาบาลเขื่องในต่อไป

ปัญหา/ อุปสรรค

* ไม่มี

**ข้อเสนอแนะ**

-ไม่มี

**จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| วัน เดือน ปี | หมู่ที่ | จำนวนผู้รับบริการ | หมายเหตุ |
| 13 มกราคม 2560 | 1 | 121 |  |
| 4 กุมภาพันธ์ 2560 | 2 | 250 |  |
| 9 กุมภาพันธ์ 2560 | 3 | 186 |  |
| 18 มกราคม 2560 | 4 | 217 |  |
| 25 มกราคม 2560 | 5 | 144 |  |
| 14 ตุลาคม 2559 | 6 | 85 |  |
| 13 มกราคม 2560 | 7 | 197 |  |
|  |  |  |  |

**รายละเอียดการใช้จ่ายงบประมาณ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ที่ | กิจกรรม/รายการ | เงินงบประมาณ | | | | เงินนอกงบประมาณ | รวม |
| ตอบแทน | ใช้สอย | วัสดุ | รวม |  |  |
| 1 | ประชุมวางแผนดำเนินงาน | - | - | - | - | - | - |
| 2 | แต่งตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบ | - | - | - | - | - | - |
| 3 | จัดกิจกรรมตามโครงการ | - | 30,000 | - | 30,000 | - |  |
| 4 | สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน | - | - | - |  | - | - |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | รวม |  | 30,000 |  | 30,000 | - | - |

**ภาคผนวก**

**ภาพกิจกรรม**

****

****

****

****

****

****



**ภาพกิจกรรม**

**อาหารเช้า/อาหารว่างสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรม**





**บันทึกตกลงจ้าง**

เลขที่ ๓ /๒๕๖๐

ข้อตกลงฉบับบนี้จัดทำขึ้น ณ.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนรัง ตำบลโนนรัง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๐ ระหว่าง รพ.สต.โนนรัง โดย นางขัติยาภรณ์เหนือเกาะหวายตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ซึ่งต่อไปข้อตกลงนี้ “ผู้ว่าจ้าง” อีกฝ่ายหนึ่ง เรียกว่า “ผู้รับจ้าง”

**ข้อ ๑.** ผู้ว่าจ้างและผู้รับจ้างตกลง จ้างเพื่อทำอาหาร(ข้าวต้มพร้อมเครื่องดื่ม)เพื่อรองรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมตรวจสุขภาพใน โครงการรณรงค์ตรวจสุขภาพประชาชนอายุ 15ปีขึ้นไป

ในวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๐ ดังนี้

๑.๑ จ้าง นางคำพลอย แสงใส สำหรับทำอาหาร(ข้าวต้ม พร้อมเครื่องดื่ม)เพื่อรองรับผู้เข้าร่วมตรวจ-สุขภาพใน โครงการรณรงค์ตรวจสุขภาพประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน ๑ วัน เป็นเงิน ๔,๙๒๕บาท

(สี่พันเก้าร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน)ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม......บาท ตลอดจนภาษีอื่นๆและค่าใช้จ่ายทั้งปวงด้วยแล้วโดยกำหนดทำงานจ้างให้แล้วเสร็จสมบูรณ์ ในวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๐

**ข้อ ๒.** หากผู้รับจ้างทำงานไม่แล้วเสร็จภายในกำหนดตาม ข้อ ๑. ผู้รับจ้างจะต้องเสียค่าปรับเป็นรายวันๆละ๑๐๐ บาท(หนึ่งร้อยบาทถ้วน) จนถึงวันส่งมอบงานจ้าง

**ข้อ ๓.** เมื่อผู้ว่าจ้างได้รับมอบงานแล้วหากมีเหตุชำรุดเสียหายเกิดแก่งานจ้างในกำหนด ๑ ปี นับจากวันที่ได้รับมอบงาน ซึ่งเกิดความชำรุดบกพร่องหรือเสียหายนั้นเกิดจากความบกพร่องของผู้รับจ้างเป็นโดยทำไว้ไม่เรียบร้อยหรือใช้สิงของที่ไม่ได้หรือทำไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการก็ตามผู้รับจ้างจะต้องทำการแก้ไขให้เป้นที่เรียบร้อยในระยะเวลาที่ว่าจ้างกำหนดโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

**ข้อ ๔.** ในระหว่างขณะทำบันทึกตกลงจ้างนี้ ผุ้รับจ้างได้นำหลักประกันเป็นเงินจำนวน ๑,๐๐๐ บาท(หนึ่งพันบาทถ้วน) มามอบไว้ก่ผู้ว่าจ้างเพื่อเป้นหลักประกันการปฏิบัติตามข้อตกลง หากผู้ว่าจ้างไม่ปฏิบัติตามบันทึกข้อตกลงข้อใดข้อหนึ่ง ผู้รับจ้างยินยอมให้ผู้ว่าจ้างยึดหลักการประกันจำนวนดังกล่าว

อนึ่งหลักประกันที่ผู้รับจ้างนำมามอบให้ตาม วรรคหนึ่ง(ข้อ ๔) ผู้ว่าจ้างจะคืนให้แก่ผู้รับจ้างพ้นจากข้อมูลผูกพันตามบันทึกข้อตกลงนี้แล้ว

บันทึกตกลงนี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับ ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอด จึงลงลายมือชื่อ พร้อมประทับตรา(ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานและแต่งยึดถือไว้ฝ่ายละฉบับ

ลงชื่อ...............................ผู้ว่าจ้าง ลงชื่อ............................................ผู้รับจ้าง

(นางขัติยาภรณ์ เหนือเกาะหวาย) (นางคำพลอย แสงใส)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ................................พยาน ลงชื่อ.................................พยาน

(นางลักษณาภรณ์ บุญโกศล) (นางสาวนงค์ลักษณ์ ทับทิมหิน

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุข ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

**รูป9**

**ใบเสร็จรับเงิน**

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนรัง

๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

ข้าพเจ้านางคำพลอย แสงใส อยู่บ้านเลขที่ ๕๐ ม.๗ ตำบลโนนรัง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

ได้รับเงินค่าจ้างเหมาประกอบอาหารตามโครงการรณรงค์ตรวจสุขภาพประชาชนอายุ 15ปีขึ้นไป จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนรัง

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| รายการ | จำนวนเงิน | |
| 1.ค่าจ้างเหมาประกอบอาหารโครงการรณรงค์ตรวจสุขภาพประชาชนอายุ 15ปีขึ้นไป  วันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๐ | บาท | สตางค์ |
| **๔,๙๒๕** | **-** |
| **รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (สี่พันเก้าร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน)** | **๔,๙๒๕** | **-** |

(ลงชื่อ) .....................................ผู้รับเงิน

(นางคำพลอย แสงใส)

(ลงชื่อ)......................................ผู้จ่ายเงิน

(นายณรงค์ บุญถูก**)**

**รายชื่อผู้เข้าร่วมตรวจสุขภาพ**

**โครงการรณรงค์ตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป**

**วันที่ เดือน พ.ศ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที | ชื่อ -สกุล | บ้านเลขที่/หมู่ที่ | อายุ | ลายมือชื่อ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**บันทึกตกลงจ้าง**

เลขที่ ๐๘ /๒๕๖๐

ข้อตกลงฉบับนี้จัดทำขึ้น ณ.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนรัง ตำบลโนนรัง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๑ ระหว่าง รพ.สต.โนนรัง โดย นางขัติยาภรณ์ เหนือเกาะหวาย ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ซึ่งต่อไปข้อตกลงนี้ “ผู้ว่าจ้าง” อีกฝ่ายหนึ่ง เรียกว่า “ผู้รับจ้าง”

**ข้อ ๑.** ผู้ว่าจ้างและผู้รับจ้างตกลง จ้างเพื่อทำอาหารกลางวันพร้อมเครื่องดื่ม เพื่อรองรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมโครงการลดพุง ลดโรค ในวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๑ ดังนี้

๑.๑ จ้าง นางพรเพียร บุ้งทอง สำหรับทำอาหารกลางวันพร้อมเครื่องดื่มเพื่อรองรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมใน โครงการลดพุง ลดโรค จำนวน ๑ วัน เป็นเงิน ๑๐,๐๐๐บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)ซึ่งได้รวม ภาษีมูลค่าเพิ่ม.-....บาท ตลอดจนภาษีอื่นๆและค่าใช้จ่ายทั้งปวงด้วยแล้วโดยกำหนดทำงานจ้างให้แล้วเสร็จสมบูรณ์

ในวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๑

**ข้อ ๒.** หากผู้รับจ้างทำงานไม่แล้วเสร็จภายในกำหนดตาม ข้อ ๑. ผู้รับจ้างจะต้องเสียค่าปรับเป็นรายวันๆละ๑๐๐ บาท(หนึ่งร้อยบาทถ้วน) จนถึงวันส่งมอบงานจ้าง

**ข้อ ๓.** เมื่อผู้ว่าจ้างได้รับมอบงานแล้วหากมีเหตุชำรุดเสียหายเกิดแก่งานจ้างในกำหนด ๑ ปี นับจากวันที่ได้รับมอบงาน ซึ่งเกิดความชำรุดบกพร่องหรือเสียหายนั้นเกิดจากความบกพร่องของผู้รับจ้างเป็นโดยทำไว้ไม่เรียบร้อยหรือใช้สิงของที่ไม่ได้หรือทำไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการก็ตามผู้รับจ้างจะต้องทำการแก้ไขให้เป็นที่เรียบร้อยในระยะเวลาที่ว่าจ้างกำหนดโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

**ข้อ ๔.** ในระหว่างขณะทำบันทึกตกลงจ้างนี้ ผู้รับจ้างได้นำหลักประกันเป็นเงินจำนวน ๑,๐๐๐ บาท(หนึ่งพันบาทถ้วน) มามอบไว้แก่ผู้ว่าจ้างเพื่อเป็นหลักประกันการปฏิบัติตามข้อตกลง หากผู้ว่าจ้างไม่ปฏิบัติตามบันทึกข้อตกลงข้อใดข้อหนึ่ง ผู้รับจ้างยินยอมให้ผู้ว่าจ้างยึดหลักการประกันจำนวนดังกล่าว

อนึ่งหลักประกันที่ผู้รับจ้างนำมามอบให้ตาม วรรคหนึ่ง(ข้อ ๔) ผู้ว่าจ้างจะคืนให้แก่ผู้รับจ้างพ้นจากข้อมูลผูกพันตามบันทึกข้อตกลงนี้แล้ว

บันทึกตกลงนี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับ ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอด จึงลงลายมือชื่อ พร้อมประทับตรา(ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานและแต่งยึดถือไว้ฝ่ายละฉบับ

ลงชื่อ...............................ผู้ว่าจ้าง ลงชื่อ............................................ผู้รับจ้าง

(นางขัติยาภรณ์ เหนือเกาะหวาย) (นางพรเพียร บุ้งทอง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ................................พยาน ลงชื่อ.................................พยาน

(นางลักษณาภรณ์ บุญโกศล) (นางสาวนงค์ลักษณ์ ทับทิมหิน

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุข ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

**รูป9**

**ใบเสร็จรับเงิน**

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนรัง

๒๕ กันยายน ๒๕๖๑

ข้าพเจ้านางพรเพียร บุ้งทอง อยู่บ้านเลขที่ ๗๙ ม.๒ ตำบลโนนรัง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

ได้รับเงินค่าจ้างเหมาประกอบอาหารตามโครงการลดพุง ลดโรค จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนรัง

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| รายการ | จำนวนเงิน | |
| 1.ค่าจ้างเหมาประกอบอาหารโครงการลดพุง ลดโรค วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๑ | บาท | สตางค์ |
| **๑๐,๐๐๐** | **-** |
| **รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)** | **๑๐,๐๐๐** | **-** |

(ลงชื่อ) .....................................ผู้รับเงิน

(นางพรเพียร บุ้งทอง)

(ลงชื่อ)......................................ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวนงค์ลักษณ์ ทับทิมหิน)