

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

๑. ชื่อแผนงาน / โครงการ / กิจกรรม

โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๒. ผลดำเนินงาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งยาว ตำบลโคกชะงาย อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง ได้จัดทำโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการ เพื่อลดอัตราการป่วยโรคไข้เลือดออกไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี และไม่ให้มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก พร้อมส่งเสริมให้ประชาชน มีส่วนร่วมในการจัดการลูกน้ำและแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และสนับสนุนให้ทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว มีความรู้และปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในการควบคุมการระบาดของโรคที่เกิดจากยุงเป็นภาหะนำโรค

๒.๑ ประชาชน มีส่วนร่วมในการจัดการลูกน้ำยุงลายทุกหลังคาเรือน

๒.๒ ทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว มีความรู้และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๓ พบว่าอัตราการป่วยโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ตำบลโคกชะงายลดลงมากกว่าร้อยละ ๒๐ ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต

๓. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

(...../.....) การบรรลุตามวัตถุประสงค์

๑. ประชาชน มีส่วนร่วมในการจัดการลูกน้ำยุงลายทุกหลังคาเรือน

๒. ทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว มีความรู้และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. อัตราการป่วยโรคไข้เลือดออกไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี

(.....) ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

๔. จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ๑,๓๐๐ คน

๕. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ๑๒๙,๖๕๐ บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง ๑๐๗,๕๕๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๙๕

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ๒๒๑๐๐.-..... บาท คิดเป็นร้อยละ...-๑๗.๐๕...

๖. ขอสงัใช้เงินสงคืนกองทุน ฯ จำนวน.....๒๒,๑๐๐.-..... บาท ดังรายการต่อไปนี้

- น้ำมันเบนซิลสำหรับพ่นหมอกควัน ๕๐ ลิตร ๆ ละ ๓๐ บาท จำนวน ๑,๕๐๐ บาท
- น้ำมันดีเซลสำหรับพ่นหมอกควัน ๒๐๐ ลิตร ๆ ละ ๒๘ บาท จำนวน ๕,๖๐๐ บาท
- ค่าจ้างเหมาพ่น ๕ ครั้ง/รายๆ ละ ๑๕๐๐ บาท ผู้ป่วย ๑๐ ราย จำนวน ๑๕,๐๐๐ บาท

เนื่องจาก ...ยังไม่มีควมจำเป็นต้องเบิกใช้ และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งอื่นทดแทน..

๗. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

(...../.....) ไม่มี

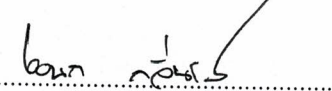
(.....) มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

.....
.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

.....
.....

ลงชื่อ  ผู้รายงาน

(นายเอนก กลิ่นรส)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งยาว

๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๓