



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบึง ไทรศัพท ๐๔๔-๐๘๑๑๗๔
ที่ นม ๗๙๘๐๑/ วันที่ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง รายงานผลการดำเนินงานโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขตามมติ
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสนับสนุนสิทธิประโยชน์ผ้าอ้อมผู้ใหญ่จาก
งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบึง) ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ.๒๕๖๖

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบึง

เรื่องเดิม

ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบึง ได้อนุมัติงบประมาณให้
สำนักปลัด ดำเนินโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขตามมติคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสนับสนุนสิทธิประโยชน์ผ้าอ้อมผู้ใหญ่จากงบประมาณกองทุนหลักประกัน
สุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบึง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ งบประมาณที่อนุมัติ ๗,๗๘๐.๕๐-
บาท (เจ็ดพันเจ็ดร้อยแปดสิบบาทห้าสิบสตางค์) นั้น

ข้อเท็จจริง

บัดนี้ สำนักปลัด ได้ดำเนินโครงการดังกล่าวเสร็จสิ้นและได้ดำเนินการรายงานผลการ
ดำเนินงานโครงการตามแบบ กปท.๑๐ รายละเอียดแนบท้ายนี้

ข้อกฎหมาย

- ๑.แผนกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบึง ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖
- ๒.ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
พ.ศ.๒๕๖๑

ข้อเสนอแนะ

เห็นควรทราบและเก็บรวบรวมเอกสารไว้ตรวจสอบต่อไป

ลงชื่อ.....

(นางสาวกฤติยา จิตจุเหลื่อม)

ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ/คณะอนุกรรมการฯ

ความเห็นของหัวหน้าสำนักปลัด/กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการฯ

นางสาวกฤติยา จิตจุเหลื่อม

ลงชื่อ.....

(นางพัชรีย์ ปรียาภรณ์มารวิช)

หัวหน้าสำนักปลัด/กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการฯ

ความเห็นของปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบึง/กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ

นางสาวกฤติยา จิตจุเหลื่อม

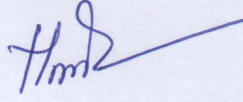
(ลงชื่อ)

(นางนิรันดร์ พินโรสง)

ตำแหน่ง รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล รักษาการแทน
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบึง /กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ

ความเห็นของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบึง/ประธานกรรมการกองทุนฯ

(ลงชื่อ



(นางมลวิทย์ เศษกลาง)

ตำแหน่ง รองนายกอบต. รักษาการแทนนายกอบต./ประธานกรรมการกองทุนฯ



**แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบึง รหัส กปท L1981
อำเภอ โนนสูง จังหวัด นครราชสีมา**

1. ชื่อ ☐ แผนงาน ☒ โครงการ ☐ กิจกรรม

โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

2. ผลการดำเนินงาน

๑. ดำเนินการจัดซื้อผ้าอ้อม ครั้งที่ ๑ วันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๖ จำนวน ๒๑๐ ชิ้น และได้ดำเนินการมอบให้ นางอุทัย กระชับกลาง จำนวน ๑๒๐ ชิ้น นางจิต ชุตกลาง จำนวน ๙๐ ชิ้น ในวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๖ เนื่องจากผู้รับจ้างมีสินค้าไม่เพียงพอจึงได้ไม่ครบตามจำนวนที่สั่งซื้อ ประกอบกับนางยัง จิพิมา ยอาการดีขึ้นลูกหลานไม่ต้องการให้ใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ CG จึงต้องดำเนินการประเมินหาบุคคลแทน (แต่ยังหาไม่ได้)

๒. ดำเนินการมอบผ้าอ้อมให้นายเหรียญ เขยกลาง จำนวน ๑๒๐ ชุด ในวันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ (ผ้าอ้อมระบบ LTC) เนื่องจาก CG ประเมินให้นางอุทัย กระชับกลาง เข้า LTC จึงให้นายเหรียญ เขยกลาง แทนนางอุทัย กระชับกลาง

๓. ต่อมา นายเหรียญ เขยกลาง ได้เสียชีวิต CG ประเมินให้นางสาวเงิน กรองกลาง ม.๒ แทน

๔. GC ประเมินหาบุคคลแทนนางยัง จิพิมา คือนางหวาน ขอบทองหลาง

๕. ดำเนินการจัดซื้อผ้าอ้อม ครั้งที่ ๒ จำนวน ๕๔๐ ชิ้น

๖. ดำเนินการจัดซื้อผ้าอ้อม ครั้งที่ ๓ จำนวน ๖๐ ชิ้น

๗. รวมการจัดซื้อผ้าอ้อม จำนวน $210 + 540 + 60 = 810$ ชิ้น ยอดตามโครงการจำนวน ๘๑๙ ชิ้น เศษ ๙ ชิ้น ผู้รับจ้างไม่แบ่งขาย จึงใคร่คืนเงิน จำนวน ๘๕.๕๐ บาท (๙x๙.๕๐ บาท) คืนเงินตามใบเสร็จรับเงิน เลขที่...../๒๕๖๖

๘. ดำเนินการมอบผ้าอ้อม ให้ นางจิต ชุตกลาง จำนวน ๑๘๓ ชิ้น นางสาวเงิน กรองกลาง จำนวน ๒๐๙ ชิ้น นางหวาน ขอบทองหลาง จำนวน ๒๐๘ ชิ้น ในวันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๖

3. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

- ☒ บรรลุตามวัตถุประสงค์
☐ ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

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



4.การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ๗,๗๘๐.๕๐.- บาท
 งบประมาณเบิกจ่ายจริง ๗,๖๙๕.- บาท คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๙๐.....
 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน ๘๕.๕๐.- บาท คิดเป็นร้อยละ ๑.๐๙.....

5.ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

☐ ไม่มี☒ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)การจัดหาซื้อผ้าอ้อมผู้ใหญ่ตามประกาศ สปสช.ในราคา ๙.๕๐ บาท
 ผู้รับจ้างไม่ค่อยมีสินค้า ต้องรอเป็นเวลานาน.....
 แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

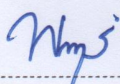
6.เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

- ☒ สำเนาหลักฐานการจ่ายเงิน (กรณีคณะกรรมการ กปท.ต้องการทราบรายละเอียด)
☒ ภาพถ่ายหรือวีดิทัศน์ภาพการดำเนินการจริง
☐ อื่น ๆ

7.บุคคลอ้างอิง/ตัวแทนผู้รับประโยชน์จากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (อย่างน้อย 3 คน ขึ้นไป)

- | | | |
|-----------------------------|-----------------|------------|
| 1. ชื่อ นางจิต ชุตกลาง | หมายเลขโทรศัพท์ | 0968855210 |
| 2. ชื่อ นางสาวเงิน กรองกลาง | หมายเลขโทรศัพท์ | |
| 3. ชื่อนางหวาน ขอบทองหลาง | หมายเลขโทรศัพท์ | |

ลงชื่อ



หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน

(นางพัชรีย์ ปริยาภรณ์มารวิข)

ตำแหน่ง หัวหน้าสำนักปลัด

วันที่-เดือน-พ.ศ. 18/9/66







