

F
๑๖๑๑

โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา
เลขที่รับ 3340
รับวันที่ 11 ก.ย. 2560
เวลา.....น.



ที่ สข ๐๐๓๒.๐๑๐.๒/ ๑ ๒๕๖๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
๑๖๑/๑ ถนนรามวิถี ตำบลบ่อยาง
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๐๐๐

๘ กันยายน ๒๕๖๐

เรื่อง การจัดทำแผนงบประมาณบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ระดับหน่วยบริการ
ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาล, สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. การจัดสรรงบประมาณบริการทางการแพทย์ฯ ระดับหน่วยบริการ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒. แบบฟอร์มการรายงานแผนเงินค่าบริการทางการแพทย์ฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรงบประมาณบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่าย
ในลักษณะงบลงทุน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างของ
หน่วยบริการ โดยให้ดำเนินการจัดทำแผนงบประมาณบริการทางการแพทย์ฯ เพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและ
ครุภัณฑ์ ตามแนวทางประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การ
จ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริม
การจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ หมวดที่ ๔ ค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้าง
และครุภัณฑ์ข้อ ๒๐-ข้อ ๒๔ และบทเฉพาะกาล ข้อ ๓๓

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา แจกการจัดสรรงบประมาณบริการทางการแพทย์ฯ
ระดับหน่วยบริการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ให้เครือข่ายหน่วยบริการจัดทำแผนงบประมาณบริการทางการแพทย์ฯ
ระดับหน่วยบริการ ตามวงเงินที่ได้รับจัดสรร ในภาพรวมของเครือข่ายฯ โดยให้คณะกรรมการประสานงาน
สาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.) เป็นผู้พิจารณาแผนการจัดหาฯ และอปสข.พิจารณาอนุมัติ โดยใช้แบบฟอร์ม
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ จัดทำตารางExcel และปริ๊นท์ให้ผู้บริหารลงนาม ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ทางE-mail : uc_songkhla@hotmail.com ภายในวันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๐ เพื่อพิจารณาเบื้องต้นและ
รวบรวมส่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑๒ สงขลา วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๐ เสนอที่ประชุม
อปสข.วันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๐

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งผู้รับผิดชอบดำเนินการต่อไป

Handwritten signatures and notes:
kmo wa
- 1/10/2020
- ๑๖๑/๑๑.๑/๑๑
๑๖๑/๑๑

ขอแสดงความนับถือ

Handwritten signature

(นายวิเศษ สิริทรโสภณ)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ศึกษาราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา

กลุ่มงานประกันสุขภาพ
โทร. ,โทรสาร ๐ ๙๔๓๒ ๖๐๕๑

Handwritten signature

Handwritten mark

การจัดสรรงบประมาณค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน
ปีงบประมาณ 2561 จังหวัดสงขลา

ลำดับ	เครือข่ายหน่วยบริการ	จำนวนเงินที่จัดสรร(บาท) ระดับหน่วยบริการ 90%
1	รพศ.หาดใหญ่	31,120,434.86
2	รพท.สงขลา	17,053,936.16
3	รพช.สทิงพระ	2,088,458.25
4	รพช.จะนะ	4,955,140.99
5	รพช.สมเด็จฯ นาทวี	4,676,028.69
6	รพช.เทพา	4,093,998.52
7	รพช.สะบ้าย้อย	3,967,079.65
8	รพช.ระโนด	3,327,110.41
9	รพช.กระแสสินธุ์	665,406.60
10	รพช.รัตภูมิ	3,566,736.49
11	รพช.สะเดา	3,590,663.67
12	รพช.นาหม่อม	1,112,380.56
13	รพช.ควนเนียง	1,610,685.52
14	รพช.ปาดังเบซาร์	2,059,297.18
15	รพช.บางกล่ำ	1,326,593.50
16	รพช.สิงหนคร	2,250,378.00
17	รพช.คลองหอยโข่ง	1,265,052.79
รวมทั้งหมด		88,729,381.84

แบบฟอร์มการรายงานแผนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน(ค่าเสื่อม) ปีงบประมาณ 2561

จังหวัดโรงพยาบาล.....

แหล่งงบที่จัดสรร () ระดับเขต10% () ระดับจังหวัด20% ()ระดับหน่วยบริการ 70%

ประเภทครุภัณฑ์

ลำดับ	รหัสหน่วยบริการ	สถานบริการแม่ข่าย	สถานบริการลูกข่าย	รหัสกลุ่มครุภัณฑ์	รายการครุภัณฑ์ (ระบุ SPEC)	จำนวน (หน่วย)	ราคาต่อหน่วย (บาท)	รวมจำนวนเงิน (บาท)	งบประมาณ		ระบุเลขที่อ้างอิงครุภัณฑ์เดิม	แหล่งอ้างอิงราคากลาง
									งบสนับสนุนจาก สปสช. (บาท)	เงินสมทบ (บาท)		
รวมทั้งสิ้น												

ทั้งนี้ ขอรับรองว่าดำเนินการจัดทำแผนตามหลักเกณฑ์ค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่าย ที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ.2559 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ผู้เสนอแผน
 ลงชื่อ.....ผู้บริหารหน่วยบริการ
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้เห็นชอบ
 ลงชื่อ.....สสจ.
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

ผู้อนุมัติ
 ลงชื่อ.....สปสช.
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

แบบฟอร์มการรายงานแผนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน(ค่าเสื่อม) ปีงบประมาณ 2561

จังหวัดโรงพยาบาล.....

แหล่งงบประมาณที่จัดสรร () ระดับเขต10% () ระดับจังหวัด20% () ระดับหน่วยบริการ 70%

ประเภทสิ่งก่อสร้าง

ลำดับ	รหัสหน่วย บริหาร(แม่ ข่าย)	ชื่อหน่วยบริการ (แม่ข่าย)	รหัสหน่วย บริการ (ลูก ข่าย)	ชื่อหน่วย บริการ (ลูก ข่าย)	รายการสิ่งก่อสร้าง	จำนวน (หน่วย)	ราคาต่อหน่วย (บาท)	รวมจำนวนเงิน (บาท)	งบประมาณ		ภาพถ่ายก่อน ดำเนินการ	ประมาณการ ราคา/ปร.4,5
									งบสนับสนุน จาก สปสช. (บาท)	เงินสมทบ (บาท)		
รวมทั้งสิ้น												

ทั้งนี้ ขอรับรองว่าดำเนินการจัดทำแผนตามหลักเกณฑ์ค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่าย ที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ.2559 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ผู้เสนอแผน
 ลงชื่อ.....ผู้บริหารหน่วยบริการ
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้เห็นชอบ
 ลงชื่อ.....สสจ.
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

ผู้อนุมัติ
 ลงชื่อ.....สปสช.
 (.....)
 ตำแหน่ง.....