

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๒๓๓.๐๒/๑๐๕๖



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

๔ ถนนอธิบดี จังหวัดอุดรธานี ๔๑๐๐๐

๒๓

เมษายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอสำรวจค่าใช้จ่ายค่าตอบแทนตามหลักเกณฑ์ฯ ฉบับ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๙ ให้แก่เจ้าหน้าที่ ข้อ ๑๑.๔.๑ (๕)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘

อ้างถึง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน แนนท่ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๔ (ฉบับ ๑๑) พ.ศ. ๒๕๕๙ และ (ฉบับ ๑๒) พ.ศ. ๒๕๕๙

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจค่าใช้จ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่มีสิทธิได้รับค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ตามหลักเกณฑ์ฯ (ฉบับที่ ๑๑) พ.ศ. ๒๕๕๙ ข้อ ๑๑.๔.๑ (๕) ผู้ที่ปฏิบัติงานให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพและคุ้มครองผู้บริโภคหรือให้บริการแก่ผู้ป่วย (สายสนับสนุน) จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ กระทรวงสาธารณสุข ได้แจ้งเวียนหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน แนนท่ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๔ (ฉบับ ๑๑) พ.ศ. ๒๕๕๙ และ (ฉบับ ๑๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ นั้น

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จึงใคร่ขอ สำรวจค่าใช้จ่ายค่าตอบแทนตามหลักเกณฑ์ฯ ฉบับ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่จ่ายให้แก่เจ้าหน้าที่ ข้อ ๑๑.๔.๑ (๕) ผู้ที่ปฏิบัติงานให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพและคุ้มครองผู้บริโภคหรือให้บริการแก่ผู้ป่วย (สายสนับสนุน) ของหน่วยบริการทุกแห่ง (รพ.สต. และ รพช.) ในเขต ๘ ตามแบบสำรวจที่ส่งมาด้วยนี้ ซึ่งสามารถ Download ได้จากหน้าข่าวประชาสัมพันธ์ www.r4way.moph.go.th และขอความกรุณาเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทุกจังหวัด รวบรวม เป็นภาพจังหวัด ส่ง กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ทาง E-mail ที่ r4way@gmail.com ภายในวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ เพื่อรวบรวมและนำเข้าพิจารณาในการประชุมคณะกรรมการบริหารจัดการและพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลัง (CFO) ระดับเขต เขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๑ วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายศรีศักดิ์ ตั้งจิตธรรม)

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

ผู้ประสาน : นางรุ่งทิพย์ เอกพงษ์ โทร ๐๘๑-๘๗๒๔๒๗๒

แบบสำรวจค่าใช้จ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่มีสิทธิได้รับค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางไปมาตามหลักเกณฑ์ (ฉบับที่ 11) พ.ศ. 2559

ข้อ 11.4.1 (5) ผู้ปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพและคุ้มครองผู้บริโภคหรือให้บริการแก่ผู้ป่วย (สายสนับสนุน)

ของ รพ.สต. / รพช.อำเภอ.....จังหวัด.....

ลำดับ	ชื่อ รพ.สต. / รพช.	1. จ่ายให้ใคร (แยกรายวิชาชีพ ระบุ...)	2. เริ่มจ่ายเมื่อไร (ระบุ วันเดือนปีที่ เริ่มจ่าย)	3. ใช้เงินเท่าไร (ประมาณการทั้งปี 2561) (บาท)	4. แหล่งเงินจากไหน		
					4.1 จากงบประมาณ (บาท)	4.2 จากเงินนำจ่าย	4.2.2 เบิกจากเงินนำจ่าย รพ. (บาท)
		1				4.2.1 ของ รพ.สต.เอง (บาท)	
		2					
		3					
		4					
		5					
		6					
		7					
		8					
		9					
		10					

ชื่อผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
รับ/เดือน/ปี ที่รายงาน.....
เบอร์ติดต่อ.....

แบบสำรวจค่าใช้จ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่มีสิทธิได้รับค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ตามหลักเกณฑ์ (ฉบับที่ 11) พ.ศ. 2559

ข้อ 11.4.1 (5) ผู้ปฏิบัติงานในบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพและคุ้มครองผู้บริโภคหรือให้บริการแก่ผู้ป่วย (สายสนับสนุน)

ภาพรวม รพ.สต. และ รพช. อำเภอ.....จังหวัด.....

ลำดับ	ชื่อ อำเภอ	1. รายได้ในไตร (แยกรายวิชาชีพ ระบ...)	2. เริ่มจ่ายเมื่อไร (ระบุ วัน เดือนปีที่เริ่มจ่าย)	3. ใช้เงินเท่าไร (ประมาณการทั้งปี 2561) (บาท)	4. แหล่งเงินจากไหน		
					งบประมาณ (บาท)	เงินปำรุ่ง	
						ของ รพ.สต.เอง (บาท)	เบิกจากเงินปำรุ่ง รพ. (บาท)
1		1					
		2					
		3					
		4					
		5					
		6					
		7					
		8					
		9					
		10					
2		1					
		2					
		3					
		4					
		5					
		6					
		7					
		8					
		9					
		10					
3		1					
		2					
		3					
		4					
		5					
		6					
		7					
		8					
		9					
		10					

แบบสำรวจค่าใช้จ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่มีสิทธิได้รับค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ตามหลักเกณฑ์ (ฉบับที่ 11) พ.ศ. 2559

ข้อ 11.4.1 (5) ผู้ปฏิบัติงานให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพและคุ้มครองผู้บริโภคหรือให้บริการแก่ผู้ป่วย (สายสนับสนุน)

ภาพรวม รพ.สต. และ รพช. อำเภอ.....จังหวัด.....

ลำดับ	ชื่อ อำเภอ	1.จ่ายให้ใคร (แยกรายวิชาชีพ ระบุ...)	2. เริ่มจ่ายเมื่อไร (ระบุ วัน เดือนปีที่เริ่มจ่าย)	3. ใช้เงินทำอะไร (ประมาณการทั้งปี 2561) (บาท)	4. แหล่งเงินจากไหน		
					งบประมาณ (บาท)	เงินปำรุง	
						ของ รพ.สต.เอง (บาท)	เบิกจากเงินปำรุง รพ. (บาท)
รวมจังหวัด.....							

ส่ง สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ส่วน ภายในวันที่ 1 พฤษภาคม 2561 ก่อนเวลา 16.30 น. ส่งทาง เมล์ที่ r8waycfo@gmail.com
ผู้ประสาน นางรุ่งทิพย์ เอกพงษ์ โทร 042-222356