

คู่มือ

ที่ ศก ๐๐๓๒.๓๐๑/๑๑๖๓

โรงพยาบาลพยุห์
อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ
๓๓๒๓๐

๓๐ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอส่งแผนการดำเนินงานงบประมาณค่าเสื่อมประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มรายการแผนงบค่าเสื่อม ๗๐% ระดับ Cup จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบฟอร์มรายการแผนงบค่าเสื่อม ๒๐% ระดับจังหวัด จำนวน ๑ ฉบับ

โรงพยาบาลพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ขอส่งแผนการดำเนินงานงบประมาณค่าเสื่อม สังกัด สปสธ. (ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เพื่อนำเสนอนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเห็นชอบและนำส่งให้ อปสข. พิจารณานุมัติแผนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และ ๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

15

(นายเชิดชาติ วิฑูรภรณ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพยุห์

กลุ่มงานบริหารทั่วไป (งานพัสดุ)

โทรศัพท์. ๐ ๔๕๖๐ ๗๑๑๒ ต่อ ๑๐๙

โทรสาร. ๐ ๔๕๖๐ ๗๑๑๒

30 กย. ๒๕๖๓

ร่าง.....
พิมพ์.....
ทาน.....
ตรวจ.....

แบบฟอร์มรายการแผนงค่าเสื่อม สังกัด สปสธ. (ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน)

ปีงบประมาณ 2564 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.....

คู่ฉบับ

แหล่งงบที่จัดสรร

1 20% บริหารจัดการ ระดับจังหวัด

แหล่งงบประมาณ

ลำดับ	รหัสหน่วยบริหาร (แม่ข่าย)	ชื่อหน่วยบริการ (แม่ลูกข่าย)	รหัสหน่วยบริการ (ลูกข่าย)	ชื่อหน่วยบริการ (ลูกข่าย)	รายการ	เลขครุภัณฑ์ทดแทน หรือ เลขรหัสอาคารเดิม	จำนวน (หน่วย)	ราคาต่อหน่วย	เงินจัดสรรUC (บาท)	เงินสมทบ (บาท)	รวมจำนวนเงิน
1	28014	รพ.พยุห์	3512	รพ.สท.พยุห์	ซ่อมแซมปรับปรุงห้องให้บริการผู้ป่วยนอก	8170/36	1	100,000.00	100,000.00		100,000.00
2	28014	รพ.พยุห์	3514	รพ.สท.โนนสว่าง	ซ่อมแซมปรับปรุงห้องให้บริการผู้ป่วยนอก	8170/36	1	142,000.00	142,000.00		142,000.00
3	28014	รพ.พยุห์	28014	รพ.พยุห์	เครื่องช่วยกระบวนกรบีบและฟื้นคืนชีพผู้ป่วย	6515-027-0046/ รพ.พยุห์/2559-002	1	1,000,000.00	995,502.11	4,497.89	1,000,000.00
4	28014	รพ.พยุห์	28014	รพ.พยุห์	เครื่องให้ออกซิเจนด้วยอัตราการไหลสูง	6525-004-0001/001	1	250,000.00	250,000.00		250,000.00
5	28014	รพ.พยุห์	28014	รพ.พยุห์	เครื่องส่องตรวจทางเดินหายใจระบบวิถีทัศน์ รุ่นเล็ก ไข่มองผ่านเลนส์โดยตรง หรือดูจากจอภาพขนาดเล็กที่ติดอยู่ เคลื่อนย้ายได้ง่าย น้ำหนักเบา	6515-022/รพ.พยุห์/ 2560-001, 6515-033/รพ.พยุห์/ 2561-001	2	100,000.00	200,000.00		200,000.00
6	28014	รพ.พยุห์	28014	รพ.พยุห์	ตู้ isolator สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	6525-002-0002/รพ. พยุห์/C04-001/56, 6525-002-0002/รพ. พยุห์/C04-002/56	2	180,000.00	360,000.00		360,000.00
7	28014	รพ.พยุห์	28014	รพ.พยุห์	เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพร้อมระบบประมวลผลชนิดสามารถจัดเก็บภาพในระบบเครือข่าย	6525-005-0009/รพ. พยุห์/C04-001/56-09	1	150,000.00	150,000.00		150,000.00
รวมทั้งสิ้น									2,197,502.11	4,497.89	2,202,000.00

ขอรับรองว่า ได้ดำเนินการจัดทำรายการแผนตามหลักเกณฑ์ค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่าย ที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ.2559 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุมัติ

(นายธีรยุทธ ยิ่งใจกล้า)

ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไป

วันที่ 29 เดือนกันยายน พ.ศ.2563

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบ

(นายเชิดชาติ วิฑูรภรณ์)

ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพยุห์

วันที่ 29 เดือนกันยายน พ.ศ.2563

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คู่มือ

แบบฟอร์มรายการแผนงบค่าเสื่อม สังกัด สปสธ. (ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน)

ปีงบประมาณ 2564 ของเครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลพยุห์.....

แหล่งงบที่จัดสรร

70% บริหารจัดการ ระดับCUP

แหล่งงบประมาณ

ลำดับ	รหัส หน่วย บริหาร (แม่ข่าย)	ชื่อหน่วยบริการ (แม่ลูกข่าย)	รหัส หน่วย บริหาร (ลูกข่าย)	ชื่อหน่วยบริการ (ลูกข่าย)	รายการ	เลขครุภัณฑ์ทดแทน หรือ เลขรหัสอาคารเดิม	จำนวน (หน่วย)	ราคาต่อหน่วย	แหล่งงบประมาณ		รวมจำนวนเงิน
									เงินจัดสรรUC (บาท)	เงินสมทบ (บาท)	
1	28014	รพ.พยุห์	28014	รพ.พยุห์	ปรับปรุงระบบก๊าซทางการแพทย์	แบบห้องเก็บ ออกซิเจน โรงพยาบาลพยุห์	1	1,600,000.00	934,981.92	665,018.08	1,600,000.00
2	28014	รพ.พยุห์	3517	รพ.สต.หนองคำ	เครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วน ชนิด ตั้งพื้นหรือชนิดแขวน (มีระบบฟอก อากาศ) ขนาด20,000 บีทียู	4120-001-0004/1 4120-001-0004/2 4120-001-0004/3	3	30,600.00	91,800.00		91,800.00
3	28014	รพ.พยุห์	3512	รพ.สต.พยุห์	เครื่องวัดความดันโลหิตแบบตั้งพื้น	6515-044-0005/1 6515-044-0005/2 6515-044-0005/3	3	7,900.00	23,700.00		23,700.00
4	28014	รพ.พยุห์	3512	รพ.สต.พยุห์	เครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วน ชนิด ตั้งพื้นหรือชนิดแขวน (มีระบบฟอก อากาศ) ขนาด18,000 บีทียู	4120-001-0003/1 4120-001-0003/2 4120-001-0003/3	3	28,600.00	85,800.00		85,800.00
5	28014	รพ.พยุห์	3512	รพ.สต.พยุห์	จอร์รับภาพ ชนิดมอเตอร์ไฟฟ้าขนาด เส้นทะแยงมุม 100 นิ้ว	6730-002-0001	1	9,500.00	9,500.00		9,500.00
6	28014	รพ.พยุห์	3512	รพ.สต.พยุห์	เครื่องมัลติมีเดียโปรเจคเตอร์ระดับ XGA ขนาด2,500 ANSI Lumens	6730-001-0003	1	27,700.00	27,700.00		27,700.00
7	28014	รพ.พยุห์	3512	รพ.สต.พยุห์	รถเข็นชนิดนั่ง	3920-005-0002	1	6,900.00	6,900.00		6,900.00

แบบฟอร์มรายการแผนงค่าเสื่อม สังกัด สปสธ. (ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน)

ปีงบประมาณ 2564 ของเครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลพยุห์.....

แหล่งงบที่จัดสรร

/ 70% บริหารจัดการ ระดับCUP

แหล่งงบประมาณ

ลำดับ	รหัส หน่วย บริหาร (แม่ข่าย)	ชื่อหน่วยบริการ (แม่ลูกข่าย)	รหัส หน่วย บริหาร (ลูกข่าย)	ชื่อหน่วยบริการ (ลูกข่าย)	รายการ	เลขครุภัณฑ์ทดแทน หรือ เลขรหัสอาคารเดิม	จำนวน (หน่วย)	ราคาต่อหน่วย	เงินจัดสรรUC (บาท)	เงินสมทบ (บาท)	รวมจำนวนเงิน
8	28014	รพ.พยุห์	3516	รพ.สต.โพธิ์ศรี	เครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วน ชนิด ตั้งพื้นหรือชนิดแขวน (มีระบบฟอก อากาศ) ขนาด18,000 บีทียู	4120-004-0002/1 4120-004-0002/2 4120-004-0002/3 4120-004-0002/4	4	28,600.00	114,400.00	-	114,400.00
9	28014	รพ.พยุห์	3516	รพ.สต.โพธิ์ศรี	เครื่องมัลติมีเดียโปรเจคเตอร์ระดับ XGA ขนาด2,500 ANSI Lumens	6730-001-0002	1	27,700.00	24,870.00	2,830.00	27,700.00
10	28014	รพ.พยุห์	3515	รพ.สต.กระแซง	โครงการปรับปรุงซ่อมแซมห้องคลีนิงยา เวชภัณฑ์ รพ.สต.กระแซง	8170/36	1	182,000.00	180,000.00	2,000.00	182,000.00
11	28014	รพ.พยุห์	3513	รพ.สต.สำโรง	โครงการปรับปรุงห้องให้บริการผู้ป่วย รพ.สต.สำโรง	8170/36	1	350,000.00	207,946.13	142,053.87	350,000.00
รวมทั้งสิ้น									1,707,598.05	811,901.95	2,519,500.00

ขอรับรองว่า ได้ดำเนินการจัดทำรายการแผนตามหลักเกณฑ์ค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และ
รายการของค่าใช้จ่าย ที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ.2559 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....**16**.....ผู้ขออนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....**15**.....ผู้เห็นชอบ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....