

ขั้นตอนการเสนอโครงการเพื่อขออนุมัติ และขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1
(หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน)

หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน

1. หนังสือนำเสนอโครงการ
2. โครงการฉบับจริงที่ผ่านการเห็นชอบจากประธานคณะกรรมการ (6 คณะ) ที่เกี่ยวข้องแล้ว (จำนวน 2 ชุด)
3. ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของโครงการจาก
 - 3.1 กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข (สสจ.) / กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน (รพ.)
ตรวจสอบความถูกต้อง ของรูปแบบการเขียนโครงการ, ตัวชี้วัด, งบประมาณ ฯลฯ **พร้อมลงนามกำกับในโครงการทุกหน้า** และลงนามในแบบตรวจสอบโครงการจากหน่วยงานที่ขอรับสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการ (เอกสารแนบ)
 - 3.2 กลุ่มงานบริหารทั่วไป งานการเงินและการบัญชี (สสจ.) / กลุ่มงานการเงิน (รพ.)
ตรวจสอบความถูกต้องตามระเบียบการเบิกจ่ายกระทรวงการคลัง **ลงนามกำกับท้ายงบประมาณในตัวโครงการ** และลงนามในแบบตรวจสอบโครงการจากหน่วยงานที่ขอรับสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการ (เอกสารแนบ)
4. แบบคำขอรับสนับสนุนเงินบำรุงต่างสถานบริการ (รายละเอียดตามเอกสารแนบ)
5. สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคาร
6. แบบบันทึกข้อมูล KTB Corporate)

กลุ่มงานอำนวยการ (งานธุรการ) สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1

- ส่งใบปะหน้าโครงการ ผ่านระบบ Smart Office ให้กลุ่มงานบริหารการเงินการคลัง สนง.เขตสุขภาพที่ 1
- ส่งโครงการฉบับจริง (จำนวน 2 ชุด) ให้กลุ่มงานบริหารการเงินการคลัง สนง.เขตสุขภาพที่ 1

กลุ่มงานบริหารการเงินการคลัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1

- ตรวจสอบรายละเอียดงบประมาณโครงการ/แหล่งงบประมาณ

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1

- ตรวจสอบความถูกต้อง ของรูปแบบการเขียนโครงการ, ตัวชี้วัด, งบประมาณ ฯลฯ
- ติดตามโครงการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1
- เกษียนหนังสือแจ้งกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง รับทราบโครงการ / แก้ไขโครงการ

ผ่าน

ส่งแก้ไข

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1
เสนอโครงการ

1. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 เพื่อเห็นชอบ
2. ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เพื่ออนุมัติ

1. กลุ่มงานที่เกี่ยวข้องประสานหน่วยงานภายนอกที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ ทำหนังสือแจ้งหน่วยงานที่ได้รับงบประมาณ

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1

1. ทำหนังสือส่งคืนโครงการที่ได้รับอนุมัติฉบับจริง 1 ฉบับ
2. เอกสารเบิก และโครงการฉบับจริงส่งกลุ่มงานอำนวยการ (งานการเงิน)
3. สำเนาโครงการเก็บกลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1
4. สำเนาโครงการให้กลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มอำนวยการ (งานการเงิน)

1. ดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณ พร้อมลงลายมือชื่อ
2. แจ้งการโอนงบประมาณ

ส่งคืนโครงการเพื่อแก้ไข

๑. ชื่อโครงการ

(ชื่อโครงการ สื่อความหมายชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์)

๒. ความสอดคล้องของยุทธศาสตร์และแผนขับเคลื่อนการปฏิรูป

๒.๑ ยุทธศาสตร์ระดับกระทรวง

๒.๒ ยุทธศาสตร์ระดับเขตสุขภาพ.....

๓. หลักการและเหตุผล

วรรค ๑ เกริ่นนา ระบุสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น และแนวคิดที่มีต่อสภาพปัญหาโดยรวม

วรรค ๒ ระบุนว่าการแก้ปัญหาดังกล่าวควรทำโดยวิธีใด

วรรค ๓ จุดมุ่งหมายของโครงการอาจกล่าวถึงผลที่จะเกิดขึ้นเพื่อแก้ปัญหา

๔. วัตถุประสงค์

(เพื่อ + กริยา + สิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้น + กลุ่มเป้าหมาย)

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

๕.๑ เชิงปริมาณ

.....

๕.๒ เชิงคุณภาพ

.....

๖. กลุ่มเป้าหมาย

ให้ระบุให้ชัดเจน ทั้งผู้เข้าร่วมประชุม ผู้จัดประชุม และวิทยากร (หากมีวิทยากรในการประชุม / อบรม)

๗. สถานที่ดำเนินการ

ระบุสถานที่ดำเนินโครงการ เช่น ตำบล อำเภอ หรืออาคารสถานที่ ห้องประชุมสำนักงาน โรงแรม ที่จัดงาน

๘. ระยะเวลาดำเนินการ

ระบุวัน เดือน ปี ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดโครงการ

๙. วิธีดำเนินการ/แผนปฏิบัติงาน

ระบุงานหรือกิจกรรมที่กำหนดขึ้นเป็นขั้นตอนตามลำดับก่อนหลัง เพื่อใช้ปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ (เพิ่มตาราง Gantt chart)

[illegible]

๑๐. งบประมาณที่ขอรับการสนับสนุน

งบประมาณจาก..... เป็นจำนวนเงิน บาท (.....)
 โดยมีรายละเอียดงบประมาณ ดังนี้
 (หากเป็นจัดซื้อจัดจ้าง ครุภัณฑ์ วัสดุคอมพิวเตอร์ หรืออื่นๆ ให้แนบราคากลาง)

๑๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

(ระบุชื่อตำแหน่งบุคคลหรือชื่อหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ)

๑๒. ผลผลิตโครงการ (มีสอดคล้องกับวัตถุประสงค์โครงการและสามารถวัดผลได้)

ลงชื่อ.....ผู้เขียนโครงการ
 ()

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ
 ()

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ
 ()

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ
 ()

หมายเหตุ :

ความสอดคล้องของยุทธศาสตร์และแผนขับเคลื่อนการปฏิรูป

๑. ยุทธศาสตร์ระดับกระทรวง

ระบุเฉพาะยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ยกระดับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ
๒. ยกระดับระบบบริการรองรับสังคมสูงวัย และลดอัตราการตายโรคสำคัญ
๓. ผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล
๔. ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพ
๕. ส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพนานาชาติ
๖. พัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น

๒. ยุทธศาสตร์ระดับเขตสุขภาพ.....

ระบุให้สอดคล้องกับแผนขับเคลื่อนการปฏิรูป ดังนี้

๑. Big rock ๑: การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติ และโรคอุบัติใหม่ เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ
๒. Big rock ๒: การปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกัน และดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ สำหรับประชาชนและผู้ป่วย
๓. Big rock ๓: การปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการบริบาล การรักษาพยาบาลที่บ้าน/ ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเองในระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรม
๔. Big rock ๔: การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพและกองทุนที่เกี่ยวข้อง ให้มีความเป็นเอกภาพบูรณาการ เป็นธรรม ทัวถึง เพียงพอและยั่งยืนด้านการเงินการคลัง
๕. Big rock ๕: การปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการ คล่องตัว และการร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานและท้องถิ่น
๖. Big rock ๖: ๓๐ บาท รักษาทุกที่
๗. Big rock ๗: สุขภาพจิต

แบบคำขอรับการสนับสนุนเงินบำรุงจากหน่วยบริการอื่น

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วย.....**หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุนฯ**.....ซึ่งมีสำนักงานตั้งอยู่เลขที่.....
.....มีความประสงค์ขอรับการสนับสนุนเงินบำรุงจาก.....**หน่วยงานที่สนับสนุนฯ**
โดยมีวัตถุประสงค์ของการนำเงินไปใช้สนับสนุนโครงการ.....
.....

อนึ่ง การขอรับการสนับสนุนดังกล่าว จะขอรับการสนับสนุนในลักษณะ

(๑) การจ่ายขาด จำนวน.....บาท (.....)

(๒) การยืม จำนวน.....บาท (.....) ซึ่งชำระคืนให้เสร็จ
สิ้นภายในวันที่.....หรือโดยการผ่อนชำระให้เป็นงวด ๆ ละเท่า ๆ กัน
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

พร้อมกับคำขอนี้.....ได้จัดส่งเอกสารซึ่งแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับ
การขอรับการสนับสนุน มาเพื่อประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว ดังนี้

() วัตถุประสงค์ของการนำเงินไป

() จำนวนเงินที่ต้องการขอรับการสนับสนุน

() ภาระหนี้สิน เงินบำรุงคงเหลือ และวัสดุคงคลัง ณ วันที่เสนอขอรับการสนับสนุน

() ระยะเวลาและวิธีการที่จะชดใช้เงินคืนกรณีขอรับการสนับสนุนในลักษณะยืม

() ข้อเท็จจริงอื่นๆ (ถ้ามี) ระบุ.....

ดังปรากฏรายละเอียดแนบท้ายคำขอนี้

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

แบบตรวจสอบโครงการจากหน่วยงานที่ขอรับสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1

ชื่อโครงการ.....

หน่วยงาน.....

ลำดับ	รายการ	ผลการตรวจสอบ	
		กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์ สาธารณสุข (สสจ.) / กลุ่มงานยุทธศาสตร์ และแผนงาน (รพ.)	กลุ่มงานบริหารทั่วไป งานการเงินและการ บัญชี (สสจ.) / กลุ่มงานการเงิน (รพ.)
1	ชื่อโครงการ		
2	ความสอดคล้องของยุทธศาสตร์และแผนขับเคลื่อนการปฏิรูป		
3	หลักการและเหตุผล		
4	วัตถุประสงค์		
5	ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ		
6	กลุ่มเป้าหมาย		
7	สถานที่ดำเนินการ		
8	ระยะเวลาดำเนินการ		
9	วิธีดำเนินการ/แผนปฏิบัติงาน		
10	งบประมาณที่ขอรับการสนับสนุน		
11	หน่วยงานที่รับผิดชอบ		
12	ผลผลิตโครงการ		
ลงนามผู้ตรวจสอบ			

ผู้ตรวจสอบโครงการ

1. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข (สสจ.) / กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน (รพ.)

ชื่อ..... ตำแหน่ง.....

2. กลุ่มงานบริหารทั่วไป งานการเงินและการบัญชี (สสจ.) / กลุ่มงานการเงิน (รพ.)

ชื่อ..... ตำแหน่ง.....

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน

ข้าพเจ้า

ตำแหน่ง

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

สำนัก/กอง/ศูนย์ สังกัดกรม

กระทรวง.....

อยู่บ้านเลขที่..... ซอย หมู่ที่

ถนน ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

เบอร์โทรศัพท์(มือถือ)

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร มาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

☐ กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน

บัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา.....

ประเภท..... เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น ตามที่ (หัวหน้าส่วนราชการผู้เบิก) อนุญาต

บัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา.....

ประเภท..... เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร

☐ กรณีเป็นบุคคลภายนอกเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา.....

ประเภท..... เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อ โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูล การโอนเงินผ่านช่องทาง

☐ ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....

☐ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address.....

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลขกำกับเรียง กันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน