

รับที่.....	2344
วันที่.....	03 ต.ค. 2563
เวลา.....	
ผู้รับ.....	กช

ที่ สปสช. 5.41/ว.4346

30 กรกฎาคม 2563

เรื่อง แจ้งวงเงินจัดสรรงบค่าเสื่อม บึงบประมาณ 2564 และ เร่งรัดการจัดทำแผน

เรียน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่10, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ในเขตพื้นที่ทุกแห่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอ ในเขตพื้นที่ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ตารางวงเงินจัดสรรงบค่าเสื่อม ปี2564

1 ชุด

2. กรอบระยะเวลาดำเนินงานงบค่าเสื่อม ปี2564

1 แผ่น

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : คำนวณวงเงินจัดสรรงบค่าเสื่อม(งบค่าบริการทางการแพทย์ ที่เบิกจ่ายในลักษณะลงทุน) ปี 2564 หน่วยบริการสังกัด สป.สธ.แล้วนั้น และตาม ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 ตามคำสั่งคสช.37/2559 ซึ่งได้กำหนดแนวทางการใช้จ่ายงบค่าเสื่อม ให้ใช้สำหรับซื้อทดแทนหรือซ่อมแซม ครุภัณฑ์/สิ่งก่อสร้างในสิ่งที่มีอยู่เดิมซึ่งใช้ให้บริการหรือสนับสนุนการจัดบริการ และ ต้องไม่ใช่เพื่อซื้อหรือสร้างใหม่ในสิ่งที่ไม่เคยมีหรือไม่นำไปใช้สำหรับสวัสดิการหรือจัดบริการให้เจ้าหน้าที่ ซึ่งในประกาศฯ ได้กำหนดให้ไปใช้งบลงทุนของกระทรวงสาธารณสุข แทนงบค่าเสื่อม จาก สปสช.

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี จึงขอแจ้ง วงเงินจัดสรรงบค่าบริการทางการแพทย์ ที่เบิกจ่ายในลักษณะลงทุน(งบค่าเสื่อม) ปี2564 ให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี , สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด,โรงพยาบาลแม่ข่ายและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในสังกัด สป.สธ. ทุกแห่ง ได้ดำเนินการจัดทำแผนงบค่าเสื่อมตามวงเงินที่ได้รับจัดสรร โดยให้ยึดกรอบการจัดทำ ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อจัดทำแผนเสร็จให้บันทึกการแผนเข้าโปรแกรมงบค่าเสื่อม ภายใน 7 สิงหาคม 2563 เพื่อให้ผู้รับผิดชอบ สสจ.ตรวจสอบและยืนยันรายการ ก่อนที่หน่วยบริการจะพิมพ์แผนให้ผู้บริหารลงนาม และ ส่งผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อตรวจสอบและรวบรวมส่งให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี ทั้งนี้ให้ ส่งแผนภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2563 เพื่อที่เขตจะได้รวบรวมและประชุมคณะทำงานงบค่าเสื่อม วันที่ 11 กันยายน 2563 ก่อนนำเข้าพิจารณาอนุมัติ โดย สปสช. ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการต่อไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์

เพื่อโปรดทราบ/.....

ขอแสดงความนับถือ



(นายวุฒิชัย ลำดวน)

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี

ผู้ประสานงาน นางโพนัน เพ็ญพิมพ์ โทร. 084-751-2773

Line ID: เขต10งบค่าเสื่อม

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง



ตารางวงเงินแจ้งจัดสรรงบประมาณ สปสช.เขต10 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2564

จังหวัด	วงเงิน10% ระดับเขต	วงเงิน20% ระดับจังหวัด	วงเงิน70% ระดับCUP	รวมงบค่าเสื่อม สังกัด สป.สธ.
ศรีสะเกษ	13,387,401.04	26,774,802.11	93,711,807.38	133,874,010.53
อุบลราชธานี	19,107,221.71	38,214,443.49	133,750,552.24	191,072,217.44
ยโสธร	4,879,567.79	9,759,135.65	34,156,974.74	48,795,678.18
อำนาจเจริญ	3,276,566.69	6,553,133.38	22,935,966.83	32,765,666.90
มุกดาหาร	3,308,586.57	6,617,173.18	23,160,106.13	33,085,865.88
รวม	43,959,343.80	87,918,687.81	307,715,407.32	439,593,438.93

ตารางวงเงินจัดสรรงบประมาณ ปี2564 ระดับหน่วยบริการ(CUP) วงเงิน 70%
ของหน่วยบริการในสังกัด สป.สร. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ลำดับ	รหัส	ชื่อหน่วยบริการ	งบค่าเสื่อมUC(บาท)
1	03398	รพ.สต. บ้านพรานเหนือ	433,379.30
2	10700	รพ.ศรีสะเกษ	26,679,622.95
3	10927	รพ.ยางชุมน้อย	1,743,344.62
4	10928	รพ.กันทรารมย์	5,060,175.30
5	10929	รพ.กันทรลักษ์	10,652,820.37
6	10930	รพ.ขุขันธ์	7,220,698.69
7	10931	รพ.ไพรบึง	2,346,061.42
8	10932	รพ.ปรางค์กู่	3,500,312.47
9	10933	รพ.ขุนหาญ	4,880,119.01
10	10934	รพ.ราชโศภิต	4,192,229.27
11	10935	รพ.อุทุมพรพิสัย	5,713,298.15
12	10936	รพ.บึงบูรพ์	496,724.10
13	10937	รพ.ห้วยทับทัน	1963,469.86
14	10938	รพ.โนนคูณ	2,035,969.35
15	10939	รพ.ศรีรัตนะ	2,818,203.82
16	10940	รพ.วังหิน	2,377,569.00
17	10941	รพ.น้ำเกลี้ยง	2,259,484.22
18	10942	รพ.ภูสิงห์	2,684,137.16
19	10943	รพ.เมืองจันทร์	1,010,259.94
20	23125	รพ.เบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา	1,794,075.56
21	28014	รพ.พยุห์	1,707,598.05
22	28015	รพ.โพธิ์ศรีสุวรรณ	1,198,855.80
23	28016	รพ.ศีลาลาด	943,398.97
รวม			93,711,807.38

แบบฟอร์มรายการแผนงบค่าเสื่อม สังกัด สปสธ. (ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน)

ปีงบประมาณ 2564 ของเครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลเมืองจันทร์

แหล่งงบที่จัดสรร

/

 70% บริหารจัดการ ระดับCUP

									แหล่งงบประมาณ		
ลำดับ	รหัสหน่วย บริหาร (แม่ข่าย)	ชื่อหน่วยบริการ (แม่ลูกข่าย)	รหัสหน่วย บริหาร (ลูกข่าย)	ชื่อหน่วยบริการ (ลูกข่าย)	รายการ	เลขครุภัณฑ์ทดแทน หรือ เลขรหัสอาคารเดิม	จำนวน (หน่วย)	ราคาต่อหน่วย	เงินจัดสรรUC (บาท)	เงินสมทบ (บาท)	รวมจำนวนเงิน
1	10943	รพ.เมืองจันทร์	10943	รพ.เมืองจันทร์	ซ่อมแซมถนนคอนกรีตโรงพยาบาล เมืองจันทร์ พื้นที่ 735 ตร.ม. ความหนา 0.15 ม.		1	499,000.00	499,000.00		499,000.00
2	10943	รพ.เมืองจันทร์	10943	รพ.เมืองจันทร์	ปรับปรุงระบบคอมพิวเตอร์เครือข่าย	7440-013- 0001/1,2,3,4,5,6	6	27,750.00	166,259.94	240.06	166,500.00
4	10943	รพ.เมืองจันทร์	10943	รพ.เมืองจันทร์	ตู้เก็บน้ำยา Blood Bank	6515-038-2301/1	1	230,000.00	230,000.00		230,000.00
5	10943	รพ.เมืองจันทร์	10943	รพ.เมืองจันทร์	เครื่องพิมพ์ดอทเมตริกซ์	7440-303-0001/1	1	14,000.00	14,000.00		14,000.00
6	10943	รพ.เมืองจันทร์	10943	รพ.เมืองจันทร์	ชุดตรวจหู Otoscope	6515-022-1104/1	1	20,000.00	20,000.00		20,000.00
7	10943	รพ.เมืองจันทร์	10943	รพ.เมืองจันทร์	เครื่องควบคุมการให้สารละลายทาง หลอดเลือดดำผ่านกระบอกฉีดยา Syringe Driver	6515-047-0025/1	3	27,000.00	81,000.00		81,000.00
รวมทั้งสิ้น									1,010,259.94	240.06	1,010,500.00

ขอรับรองว่า ได้ดำเนินการจัดทำรายการแผนตามหลักเกณฑ์ค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และ
เงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่าย ที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ.2559 เป็นที่
เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แบบฟอร์มรายการแผนงบค่าเสื่อม สังกัด สปสช. (ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน)

ปีงบประมาณ 2564 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ

แหล่งงบประมาณ									แหล่งงบประมาณ		
ลำดับ	รหัสหน่วย บริหาร (แม่ข่าย)	ชื่อหน่วยบริการ (แม่ลูกข่าย)	รหัสหน่วย บริหาร (ลูกข่าย)	ชื่อหน่วยบริการ (ลูกข่าย)	รายการ	เลขครุภัณฑ์ทดแทน หรือ เลขรหัสอาคารเดิม	จำนวน (หน่วย)	ราคาต่อหน่วย	เงินจัดสรรUC (บาท)	เงินสมทบ (บาท)	รวมจำนวนเงิน
1	10943	รพ.เมืองจันทร์	10943	รพ.เมืองจันทร์	เครื่องติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบเคลื่อนที่	6515-027-2001/1	1	120,000.00	120,000.00		120,000.00
2	10943	รพ.เมืองจันทร์	10943	รพ.เมืองจันทร์	เครื่องให้การรักษาด้วยคลื่นอัลตราซาวด์	6530-004-1105/1	1	150,000.00	150,000.00		150,000.00
3	10943	รพ.เมืองจันทร์	10943	รพ.เมืองจันทร์	เครื่องเฝ้าระวังและติดตามสัญญาณชีพ พร้อมภาควัดความดันโลหิตและค่าความ อิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด	6515-059-0011/1,3	2	200,000.00	400,000.00		400,000.00
4	10943	รพ.เมืองจันทร์	10943	รพ.เมืองจันทร์	ชุดทันตกรรมเคลื่อนที่พร้อมเก้าอี้สนาม และคอมพิวเตอร์	6520-001-0001/1,2	2	100,000.00	200,000.00		200,000.00
5	10943	รพ.เมืองจันทร์	10943	รพ.เมืองจันทร์	เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด	6515-026- 1002/1,2,3,4,5	5	20,000.00	100,000.00		100,000.00
6	10943	รพ.เมืองจันทร์	10943	รพ.เมืองจันทร์	เครื่องซักผ้า ขนาด 60 ปอนด์	3510-012-0001/1	1	300,000.00	300,000.00		300,000.00
รวมทั้งสิ้น									1,270,000.00	-	1,270,000.00

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

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจราชการ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจราชการ

แบบฟอร์มรายการแผนงบค่าเสื่อม สังกัด สปสธ. (ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน)

ปีงบประมาณ 2564 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ

แหล่งงบที่จัดสรร ☒ 20% บริหารจัดการ ระดับจังหวัด

									แหล่งงบประมาณ		
ลำดับ	รหัสหน่วย บริหาร (แม่ข่าย)	ชื่อหน่วยบริการ (แม่ลูกข่าย)	รหัส หน่วย บริหาร (ลูกข่าย)	ชื่อหน่วยบริการ (ลูกข่าย)	รายการ	เลขครุภัณฑ์ทดแทน หรือ เลขรหัสอาคารเดิม	จำนวน (หน่วย)	ราคาต่อหน่วย	เงินจัดสรรUC (บาท)	เงินสมทบ (บาท)	รวมจำนวนเงิน
1	10943	รพ.เมืองจันทร์	10943	รพ.เมืองจันทร์	ยูนิตทันตกรรม(Dental Master Unit)	6520-007-0001/2	1	460,000.00	460,000.00		460,000.00
2	10943	รพ.เมืองจันทร์	03503	รพ.สต.ตาโกน	ปรับปรุงห้องบริการแพทย์แผนไทย	8170/36	1	228,000.00	228,000.00		228,000.00
รวมทั้งสิ้น									688,000.00	-	688,000.00

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

ลงชื่อ.....นายแพทย์ สสจ.

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....นพ.สสจ.