

ด่วนที่สุด

ที่ สร ๐๐๓๒.๐๐๗/๖ ๑๓๙๖



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์  
ถนนกรุงศรีนอก อำเภอเมืองสุรินทร์  
จังหวัดสุรินทร์ ๓๒๐๐๐

๔ สิงหาคม ๒๕๖๐

เรื่อง การรายงานใช้จ่ายงบประมาณ งบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น เพื่อขุดเคาะการ  
จัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปราสาท  
และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบรายงานการใช้จ่ายเงินงบประมาณ

จำนวน ๑ แผ่น

ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๐ อนุมัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี  
งบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ งบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น เพื่อขุดเคาะการจัดบริการ  
สาธารณสุขของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เป็นค่าใช้จ่ายบริการสำหรับ  
ผู้ป่วยใน รวมบริการสำหรับเด็กเกิดใหม่ จำนวน ๓,๓๗๖,๓๖๔,๕๐๐ บาท โดยสำนักงานปลัดกระทรวง  
สาธารณสุข พิจารณาแล้ว เห็นควรแจ้งแนวทางการบริหารงบประมาณดังกล่าวให้หน่วยบริการ เพื่อให้เป็นไป  
ตามระเบียบว่าด้วยการบริหารงบประมาณรายจ่ายงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น  
พ.ศ.๒๕๖๐ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการโอนเงินจัดสรรงบกลางดังกล่าว ให้  
หน่วยบริการเมื่อวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐ นั้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ขอแจ้งให้หน่วยบริการจัดทำแบบรายงานการใช้จ่ายเงิน  
งบประมาณฯ (ใหม่) รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ส่งกลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
สุรินทร์ ทุกวันสิ้นเดือน ยกเว้นเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๐ ส่งภายในวันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๐ สำหรับโรงพยาบาล  
สุรินทร์ และโรงพยาบาลปราสาท ส่งไปยังกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงาน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมสำเนาส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายวรวิฑูร์ จินตา)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)  
รักษาราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

กลุ่มงานประกันสุขภาพ

โทร ๐ ๔๔๕๑ ๔๖๑๔

โทรสาร ๐ ๔๔๕๑ ๔๖๑๔

“รู้หน้าที่ มีน้ำใจ ใส่ใจส่วนรวม”

แบบรายงานการใช้จ่ายเงินงบประมาณ

งบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น เพื่อชดเชยการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ  
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 เป็นค่าใช้จ่ายบริการสำหรับผู้ป่วยใน รวมบริการสำหรับเด็กเกิดใหม่  
จำนวน 3,376,364,500 บาท

หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

งบประมาณที่ได้รับจัดสรรจำนวน..... บาท

ประจำเดือน..... พ.ศ. .... (ส่งภายในวันที่ 7 ส.ค. 60)

| ลำดับ | รายการ                                                                                 | งบประมาณ (บาท) |       |         | ปัญหา/<br>ข้อเสนอแนะ |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|---------|----------------------|
|       |                                                                                        | จำนวน          | ใช้ไป | คงเหลือ |                      |
| 1.    | ชำระหนี้การค้ำจากกรให้บริการผู้ป่วย                                                    |                |       |         |                      |
|       | - เป็นหนี้องค์การเภสัชกรรม รวม                                                         |                |       |         |                      |
|       | - ชำระหนี้องค์การเภสัชกรรม                                                             |                |       |         |                      |
|       | - เป็นหนี้การค้ำอื่น ๆ รวม                                                             |                |       |         |                      |
|       | - ชำระหนี้การค้ำอื่น ๆ                                                                 |                |       |         |                      |
| 2.    | ชำระหนี้ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับ<br>หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข |                |       |         |                      |
|       | - เป็นหนี้ค่าตอบแทนฯ รวม                                                               |                |       |         |                      |
|       | - ชำระหนี้ค่าตอบแทนฯ                                                                   |                |       |         |                      |
|       | -                                                                                      |                |       |         |                      |
| 3.    | ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เพื่อแก้ปัญหาวิกฤตทางการเงินของ<br>หน่วยบริการ                         |                |       |         |                      |
|       | -                                                                                      |                |       |         |                      |
|       | -                                                                                      |                |       |         |                      |
|       | -                                                                                      |                |       |         |                      |
|       | -                                                                                      |                |       |         |                      |
|       | รวม                                                                                    |                |       |         |                      |

.....ผู้รายงาน  
(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

วันที่ .....

ข้อมูลการเบิกจ่าย ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2560