

ระเบียบปฏิบัติ
เรื่อง การจัดทำโครงการ ประจำปี ๒๕๖๒

๑. งบประมาณที่ใช้

- ๑.๑ งบประมาณบำรุง (โรงพยาบาล) ใช้สำหรับโครงการอบรม জনท./พัฒนาคุณภาพ
- ๑.๒ งบส่งเสริมป้องกันโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับจัดสรรในแต่ละปี
- ๑.๓ งบอื่นๆ ตามที่ได้รับการจัดสรร/ขอสนับสนุน

๒. กำหนดหลักเกณฑ์ค่าใช้จ่ายในการจัดทำโครงการ

- ๒.๑ ค่าอาหารกลางวัน **ไม่เกิน ๕๐ บาท/คน/มื้อ** (ให้เบิกเฉพาะการอบรมที่มีบุคคลภายนอกเข้าร่วม) การอบรมเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาลไม่ให้เบิก ยกเว้นโครงการปฐมนิเทศ, โครงการเกษียณฯ และอยู่ในดุลพินิจผู้อำนวยการ กรณีอบรมครึ่งวันไม่ให้เบิก
- ๒.๒ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม **ไม่เกิน ๒๐ บาท/คน/มื้อ**
- ๒.๓ ค่าตอบแทนวิทยากร ข้าราชการไม่เกิน ๖๐๐ บาท/คน/ชั่วโมง, เอกชนไม่เกิน ๑,๒๐๐ บาท/คน/ชั่วโมง และ กรณีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเป็นวิทยากร/กรรมการต่างๆ ไม่ให้เบิก
- ๒.๔ **ค่าวัสดุ** เบิกตามความเหมาะสมแต่ละโครงการโดยเบิกจากพัสดุ และกรณีจำเป็นขออนุมัติจัดซื้อจัดจ้าง อยู่ในดุลพินิจผู้อำนวยการ
- ๒.๕ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เบิกตามระเบียบกระทรวงการคลังกำหนด (ดูที่ฝ่ายการเงิน)

๓. ขั้นตอนการเสนอโครงการเพื่อขออนุมัติ (ผ่าน สสจ. ทุกโครงการ)

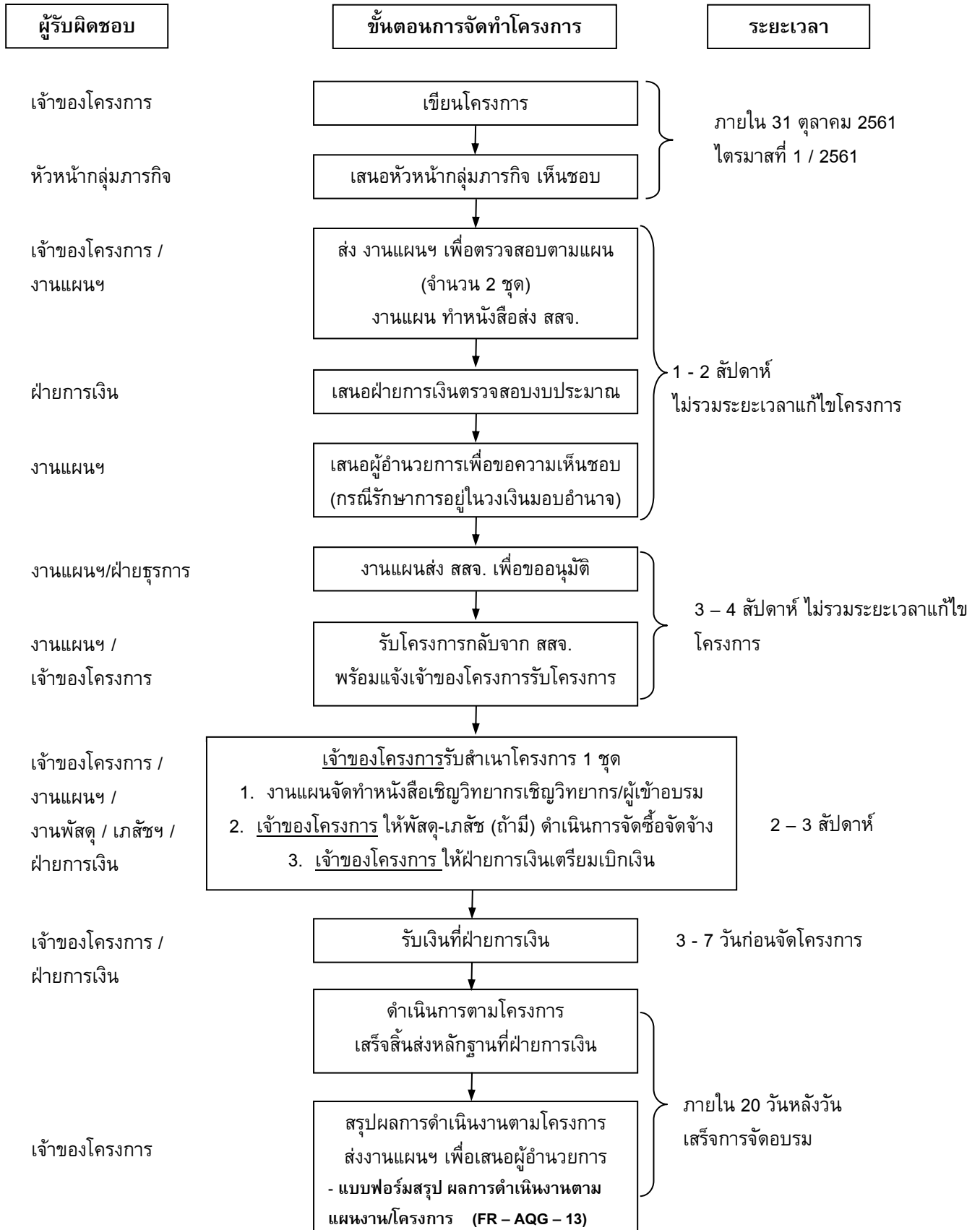
- ๓.๑ เสนอผ่านหัวหน้ากลุ่มภารกิจเป็นผู้เสนอโครงการ (จัดทำโครงการ ๒ ชุด)
- ๓.๒ ส่งงานแผนตรวจสอบว่าอยู่ในแผนหรือไม่ พร้อมทำหนังสือเสนอ สสจ.
- ๓.๓ เสนอฝ่ายการเงินตรวจสอบงบประมาณ
- ๓.๔ เสนอผู้อำนวยการเห็นชอบโครงการผ่านรองฯบริหาร
- ๓.๕ เสนอโครงการไปยัง สสจ. เพื่อขออนุมัติ

๔. กรณีเป็น งบประมาณอื่นๆ ให้เบิกตามระเบียบกระทรวงการคลัง หรือตามแหล่งงบประมาณที่สนับสนุน

๕. ให้เขียนโครงการ จำนวน ๒ ชุด ตามแบบฟอร์ม อย่างถูกต้องครบถ้วน พร้อมนำมาตรวจสอบที่งานแผนก่อนลงนาม

๖. กรณี โครงการมีการประชุม/อบรม(ที่มีค่าวิทยากรชัดเจน)และจัดกิจกรรมร่วมกัน ให้เขียนโครงการ แยก กัน คือโครงการอบรม และ โครงการจัดกิจกรรม

๗. แนบกำหนดการโครงการด้วยทุกโครงการ



แบบฟอร์มที่ใช้ในการจัดทำโครงการ

- | | |
|---|---|
| - ใบทะเบียนการฝึกอบรมภายใน (FR - AQG - 09) | - แบบประเมินผลการจัดการฝึกอบรมภายใน (FR - AQG - 11) |
| - แบบฟอร์มสรุปผลการจัดการฝึกอบรมภายใน (FR - AQG - 12) | - แบบฟอร์มสรุป ผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ |
| - บันทึกข้อความ (ขออนุมัติเปลี่ยนแปลงการจัดทำโครงการ) | (FR - AQG - 13) |

แบบเสนอโครงการประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

โรงพยาบาลสุหิงโก-ลก

ย่อหน้าตรงกันตามระเบียบสารบรรณ

3 ช.ม. โดยประมาณ

2 ช.ม. โดยประมาณ

() โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

เลือก 1 ข้อ

() โครงการตามแผนงานปกติของหน่วยงาน

6 Point

๑. ชื่อโครงการ พัฒนาคูณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลเครือข่าย

ประเภทโครงการ

ลักษณะโครงการ

() การกิจปกติ

เลือก 1 ข้อ

() โครงการใหม่

เลือก 1 ข้อ

() การพัฒนางาน

6 Point

() โครงการต่อเนื่อง

๒. ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข **ดูจาก แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปีด้านสาธารณสุข

๒.๑ ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะ ๒๐ ปี (๔ Excellence):

๒.๒ แผนกระทรวงสาธารณสุข:

๒.๓ ความเชื่อมโยงกับโครงการหลักของกระทรวง:

6 Point

๓. ความสอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

() ประเด็นที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

() ประเด็นที่ ๒ ส่งเสริมสุขภาพดูแลสุขภาพประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและ

สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่

() ประเด็นที่ ๓ พัฒนาความเชี่ยวชาญทั้งโรงพยาบาลและเครือข่ายเพื่อบริการที่ดียังไรรอยต่อ

() ประเด็นที่ ๔ พัฒนาระบบบริหาร การเงินการคลัง สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยีสารสนเทศ

() ประเด็นที่ ๕ พัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพ ส่งเสริมการเรียนรู้ เพิ่มความผูกพัน เพื่อสร้าง

นวัตกรรมและสอดคล้องกับทิศทางขององค์กร

6 Point

๔. ตัวชี้วัด ** ต้องระบุ เมื่อเลือกข้อที่สอดคล้องกัน

() ตอบสนองยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

ระบุ :

() ตามแผนงานปกติของหน่วยงาน

ระบุ :

6 Point

๕. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

กลุ่มงาน/แผนก..... โทร โรงพยาบาลสุหิงโก-ลก

๖. ผู้รับผิดชอบหลักของโครงการ

ชื่อ - สกุล ตำแหน่ง..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

อีเมล
▼

๗. หลักการและเหตุผล ****ขอให้อ้างอิงข้อมูลในปีที่ผ่านมาด้วย เพราะเหตุใดจึงต้องการจัดโครงการนี้ ฯลฯ ควรมีอย่างน้อย ๒-๓ ย่อหน้า**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

๘. วัตถุประสงค์ ****ต้องสอดคล้องกับตัวชี้วัดและการประเมินผล**

- ๑.
- ๒.
- ๓.

๙. กลุ่มเป้าหมาย

เจ้าหน้าที่/บุคลากร/ผู้ป่วย/ประชาชน จำนวน คน

๑๐. ค่าเป้าหมายรายตัวชี้วัดและผลกระทบ

๑๐.๑ ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย/ระดับความสำเร็จที่ต้องการ
๑. ตัวชี้วัดผลผลิต - -	
๒. ตัวชี้วัดผลลัพธ์ - -	

๑๐.๒ ผลกระทบ

เชิงบวก
เชิงลบ (ถ้าไม่มี ให้ -).....

๑๑. สถานที่ดำเนินงาน

ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก

๑๒. ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุ เดือนที่ชัดเจน)

เดือน ปี ๒๕๖๑ - เดือน ปี ๒๕๖๒

๑๓. กลวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม (ให้ระบุให้สอดคล้องกับงบประมาณ) ** เช่น การเชิญวิทยากร เป็นต้น

๑.
๒.
๓.
กิจกรรม.....
๑.....
กิจกรรม.....
๑.....
๒.....
กิจกรรม.....
๔.
๕.

๑๔. งบประมาณ

งบประมาณ เงินบำรุง จาก โรงพยาบาลสุโขทัย

กิจกรรมที่..... การอบรมเชิงปฏิบัติการ/ประชุมเชิงปฏิบัติการ

๑. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม
จำนวน ๕๐ คน x ๒๐ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน เป็นเงิน ๒,๐๐๐ บาท
 ๒. ค่าอาหารกลางวัน *กรณีบุคคลภายนอก และโครงการวิชาการ ปฐมนิเทศ งบอื่น และดุลพินิจของ ผอ.
จำนวน ๑๐๐ คน x ๕๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน เป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท
 ๓. ค่าพาหนะ รับ-ส่ง วิทยากร หรือ ค่าวัสดุเชื้อเพลิง รับ-ส่งวิทยากร **กรณีขอใช้รถ รพ.
ระยะทาง x ๔ บาท x เทียบ เป็นเงิน บาท
 ๔. ค่าตอบแทนวิทยากร
จำนวน ๑ คน x ๖๐๐ บาท x ๖ ชม. x ๑ วัน เป็นเงิน ๓,๖๐๐ บาท
- รวมเป็นเงินทั้งสิ้นบาท
(ตัวอักษร.....)

หมายเหตุ ขอตัวทุกรายการและจำนวนคนภายในวงเงินที่ได้รับ

๑๕. การประเมินผล * ของโครงการต้องสอดคล้องกับตัวชี้วัดและวัตถุประสงค์

๑.
๒.
๓.

๑๖. ผลที่คาดว่าจะได้รับ **** เขียนแบบบรรยายหรือเป็นข้อๆก็ได้**

๑.
๒.
๓.

๑๗. ผู้เสนอโครงการ

.....
(.....)
ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน

๑๘. ผู้เห็นชอบโครงการ

.....
(.....)
ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มภารกิจ

๑๙. ผู้ขออนุมัติโครงการ

.....
(.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย

๒๐. ผู้อนุมัติโครงการ

อนุมัติโครงการ ด้วยงบประมาณจาก
.....จำนวนเงิน บาท
(ตัวอักษร.....)



****ไม่ต้องระบุ ชื่อ (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส)**

(ตัวอย่าง)

กำหนดการ

โครงการ.....

วันที่ เดือน ปี ๒๕๖๒

ณ ห้องประชุม.....

โรงพยาบาลสุโขทัย

*ระยะเวลาระบุ ตามเวลาราชการ

** ระบุรุ่น ที่ (ในกรณี อบรมหลายกลุ่มเป้าหมาย)

๐๘.๓๐ น. - ๐๘.๔๕ น.

ลงทะเบียน

๐๘.๔๕ น. - ๐๙.๐๐ น.

พิธีเปิดโครงการ

๐๙.๐๐ น. - ๑๐.๓๐ น.

อบรม/ประชุม โดยวิทยากร

๑๐.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น.

อบรม/ประชุม โดยวิทยากร (ต่อ)

๑๒.๐๐ น. - ๑๓.๐๐ น.

พักกลางวัน

๑๓.๐๐ น. - ๑๔.๓๐ น.

อบรม/ประชุม /ฝึกปฏิบัติ / กลุ่ม.....โดยวิทยากร

๑๔.๓๐ น. - ๑๖.๐๐ น.

อบรม/ประชุม /ฝึกปฏิบัติ / กลุ่ม.....โดยวิทยากร

๑๖.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

ประเมินผลการอบรม / โครงการ

หมายเหตุ ** รับประทานอาหารว่าง เวลา ๑๐.๓๐ น. - ๑๐.๔๕ น. และ เวลา ๑๔.๓๐ น. - ๑๔.๔๕ น. **



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงาน.....โรงพยาบาลสุโขทัย

ที่ นธ/..... วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเปลี่ยนแปลงการจัดทำโครงการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย

ด้วยงาน.....กลุ่มงาน.....
ได้จัดทำโครงการ.....

ในการนี้มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงการจัดทำโครงการดังรายการ ต่อไปนี้

1. ขอเปลี่ยนระยะเวลาการจัดทำโครงการจากเดิม.....
.....
2. ขอขยายเวลาจากเดิม.....
.....
3. ขอเปลี่ยนแปลงงบประมาณค่าใช้จ่ายในการจัดทำโครงการ (ระบุรายละเอียด)
 - 3.1
.....
 - 3.2
.....
 - 3.3
.....
 - 3.4
.....
4. อื่นๆ(ระบุ)
 - 4.1
.....
 - 4.2
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้รับผิดชอบโครงการ

ลงชื่อ.....
(.....)
หัวหน้ากลุ่มภารกิจ

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย