**ระเบียบปฏิบัติ**

**เรื่อง การจัดทำโครงการ ประจำปี 2562**

1. **งบประมาณที่ใช้**
   1. งบเงินบำรุง (โรงพยาบาล) ใช้สำหรับโครงการอบรม จนท./พัฒนาคุณภาพ
   2. งบส่งเสริมป้องกันโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับจัดสรรในแต่ละปี
   3. งบอื่นๆ ตามที่ได้รับการจัดสรร/ขอสนับสนุน
2. **กำหนดหลักเกณฑ์ค่าใช้จ่ายในการจัดทำโครงการ**
   1. ค่าอาหารกลางวัน **ไม่เกิน 50 บาท/คน/มื้อ** (ให้เบิกเฉพาะการอบรมที่มีบุคคลภายนอกเข้าร่วม) การอบรมเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาลไม่ให้เบิก ยกเว้นโครงการปฐมนิเทศ, โครงการเกษียณฯ และอยู่ในดุลพินิจผู้อำนวยการ กรณีอบรมครึ่งวันไม่ให้เบิก
   2. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม **ไม่เกิน 20 บาท/คน/มื้อ**
   3. ค่าตอบแทนวิทยากร ข้าราชการไม่เกิน 600 บาท/คน/ชั่วโมง, เอกชนไม่เกิน  
      1,200 บาท/คน/ชั่วโมง และ กรณีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเป็นวิทยากร/กรรมการต่างๆ ไม่ให้เบิก
   4. **ค่าวัสดุ** เบิกตามความเหมาะสมแต่ละโครงการโดยเบิกจากพัสดุ และกรณีจำเป็นขออนุมัติจัดซื้อจัดจ้าง อยู่ในดุลพินิจผู้อำนวยการ
   5. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เบิกตามระเบียบกระทรวงการคลังกำหนด (ดูที่ฝ่ายการเงิน)
3. **ขั้นตอนการเสนอโครงการเพื่อขออนุมัติ (ผ่าน สสจ. ทุกโครงการ)**
   1. เสนอผ่านหัวหน้ากลุ่มภารกิจเป็นผู้เสนอโครงการ (จัดทำโครงการ 2 ชุด)
   2. ส่งงานแผนตรวจสอบว่าอยู่ในแผนหรือไม่ พร้อมทำหนังสือเสนอ สสจ.
   3. เสนอฝ่ายการเงินตรวจสอบงบประมาณ
   4. เสนอผู้อำนวยการเห็นชอบโครงการผ่านรองฯบริหาร
   5. เสนอโครงการไปยัง สสจ. เพื่อขออนุมัติ
4. **กรณีเป็น งบประมาณอื่นๆ ให้เบิกตามระเบียบกระทรวงการคลัง หรือตามแหล่งงบประมาณ  
   ที่สนับสนุน**
5. **ให้เขียนโครงการ จำนวน 2 ชุด ตามแบบฟอร์ม อย่างถูกต้องครบถ้วน พร้อมนำมาตรวจสอบที่งานแผนก่อนลงนาม**
6. **กรณี โครงการมีการประชุม/อบรม(ที่มีค่าวิทยากรชัดเจน)และจัดกิจกรรมร่วมกัน ให้เขียนโครงการ แยก กัน คือโครงการอบรม และ โครงการจัดกิจกรรม**
7. **แนบกำหนดการโครงการด้วยทุกโครงการ**

**ขั้นตอนการจัดทำโครงการ**

**ผู้รับผิดชอบ**

**ระยะเวลา**

เจ้าของโครงการ /

งานแผนฯ

ส่ง งานแผนฯ เพื่อตรวจสอบตามแผน

(จำนวน 2 ชุด)

งานแผน ทำหนังสือส่ง สสจ.

เสนอฝ่ายการเงินตรวจสอบงบประมาณ

เสนอผู้อำนวยการเพื่อขอความเห็นชอบ

(กรณีรักษาการอยู่ในวงเงินมอบอำนาจ)

งานแผนส่ง สสจ. เพื่อขออนุมัติ

งานแผนฯ /

เจ้าของโครงการ

รับโครงการกลับจาก สสจ.

พร้อมแจ้งเจ้าของโครงการรับโครงการ

เจ้าของโครงการ

เขียนโครงการ

เสนอหัวหน้ากลุ่มภารกิจ เห็นชอบ

ภายใน 31 ตุลาคม 2561

ไตรมาสที่ 1 / 2561

หัวหน้ากลุ่มภารกิจ

1 - 2 สัปดาห์

ไม่รวมระยะเวลาแก้ไขโครงการ

ฝ่ายการเงิน

งานแผนฯ

งานแผนฯ/ฝ่ายธุรการ

3 – 4 สัปดาห์ ไม่รวมระยะเวลาแก้ไขโครงการ

เจ้าของโครงการรับสำเนาโครงการ 1 ชุด

1. งานแผนจัดทำหนังสือเชิญวิทยากรเชิญวิทยากร/ผู้เข้าอบรม
2. เจ้าของโครงการ ให้พัสดุ-เภสัช (ถ้ามี) ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง
3. เจ้าของโครงการ ให้ฝ่ายการเงินเตรียมเบิกเงิน

เจ้าของโครงการ /

งานแผนฯ /

งานพัสดุ / เภสัชฯ /

ฝ่ายการเงิน

2 – 3 สัปดาห์

เจ้าของโครงการ /

ฝ่ายการเงิน

3 - 7 วันก่อนจัดโครงการ

รับเงินที่ฝ่ายการเงิน

ดำเนินการตามโครงการ

เสร็จสิ้นส่งหลักฐานที่ฝ่ายการเงิน

ภายใน 20 วันหลังวันเสร็จการจัดอบรม

เจ้าของโครงการ

สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ

ส่งงานแผนฯ เพื่อเสนอผู้อำนวยการ

- **แบบฟอร์มสรุป ผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ**  **(FR – AQG – 13)**

แบบฟอร์มที่ใช้ในการจัดทำโครงการ

- ใบทะเบียนการฝึกอบรมภายใน (FR – AQG – 09) - แบบประเมินผลการจัดการฝึกอบรมภายใน (FR – AQG – 11)

- แบบฟอร์มสรุปผลการจัดการฝึกอบรมภายใน (FR – AQG – 12) - แบบฟอร์มสรุป ผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ

- บันทึกข้อความ (ขออนุมัติเปลี่ยนแปลงการจัดทำโครงการ) (FR – AQG – 13)

**แบบเสนอโครงการประจำปีงบประมาณ 2562**

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส**

ย่อหน้าตรงกันตามระเบียบสารบรรณ

**โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก**

( ) โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

เลือก 1 ข้อ

( ) โครงการตามแผนงานปกติของหน่วยงาน

6 Point

2 ซ.ม. โดยประมาณ

3 ซ.ม. โดยประมาณ

1. **ชื่อโครงการ** พัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลเครือข่าย

**ประเภทโครงการ ลักษณะโครงการ**

( ) ภารกิจปกติ ( ) โครงการใหม่

เลือก 1 ข้อ

เลือก 1 ข้อ

( ) การพัฒนางาน ( ) โครงการต่อเนื่อง

6 Point

1. **ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข \*\*ดูจาก แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข**

2.1 ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (4 Excellence): .................................................

2.2 แผนกระทรวงสาธารณสุข: ............................................................................................................

2.3 ความเชื่องโยงกับโครงการหลักของกระทรวง: ...............................................................................

6 Point

1. **ความสอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน**

( ) ประเด็นที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

( ) ประเด็นที่ 2 ส่งเสริมสุขภาพดูแลสุขภาพประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่

( ) ประเด็นที่ 3 พัฒนาความเชี่ยวชาญทั้งโรงพยาบาลและเครือข่ายเพื่อบริการที่ดีอย่างไร้รอยต่อ

( ) ประเด็นที่ 4 พัฒนาระบบบริหาร การเงินการคลัง สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยีสารสนเทศ

( ) ประเด็นที่ 5 พัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพ ส่งเสริมการเรียนรู้ เพิ่มความผูกพัน เพื่อสร้างนวัตกรรมและสอดคล้องกับทิศทางขององค์กร

6 Point

1. **ตัวชี้วัด \*\* ต้องระบุ เมื่อเลือกข้อที่สอดคล้องกัน**

( ) ตอบสนองยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

ระบุ : ………………………………………….

( ) ตามแผนงานปกติของหน่วยงาน

ระบุ : ………………………………………….

6 Point

1. **หน่วยงานที่รับผิดชอบ**

กลุ่มงาน/แผนก................................ โทร ................................. โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก

1. **ผู้รับผิดชอบหลักของโครงการ**

ชื่อ – สกุล ..................................... ตำแหน่ง......................... เบอร์โทรศัพท์มือถือ.............................

อีเมล์ .................................

1. **หลักการและเหตุผล \*\*ขอให้อ้างอิงข้อมูลในปีที่ผ่านมาด้วย เพราะเหตุใดจึงต้องการจัดโครงการนี้ฯลฯ ควรมีอย่างน้อย 2-3 ย่อหน้า**

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

1. **วัตถุประสงค์ \*\*ต้องสอดคล้องกับตัวชี้วัดและการประเมินผล**
2. ............................................................................................................................
3. ............................................................................................................................
4. ............................................................................................................................
5. **กลุ่มเป้าหมาย**

เจ้าหน้าที่/บุคลากร/ผู้ป่วย/ประชาชน จำนวน ........................ คน

1. **ค่าเป้าหมายรายตัวชี้วัดและผลกระทบ**

**10.1 ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย**

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย | ค่าเป้าหมาย/ระดับความสำเร็จที่ต้องการ |
| 1. ตัวชี้วัดผลผลิต   -  - |  |
| 1. ตัวชี้วัดผลลัพธ์   -  - |  |

**10.2 ผลกระทบ**

เชิงบวก ..................................................................................................................

เชิงลบ (ถ้าไม่มี ให้ - ).............................................................................................

1. **สถานที่ดำเนินงาน**

ณ ห้องประชุม ............................................ โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก

1. **ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุ เดือนที่ชัดเจน)**

เดือน ........................... ปี 2561 – เดือน ........................... ปี 2562

1. **กลวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม (ให้ระบุให้สอดคล้องกับงบประมาณ) \*\* เช่น การเชิญวิทยากร เป็นต้น**

1. .............................................................................................................................................

2. .............................................................................................................................................

3. ............................................................................................................................................

กิจกรรม....................................................................................................................................

1.................................................................................................................................

กิจกรรม.....................................................................................................................................

1.................................................................................................................................

2.................................................................................................................................

กิจกรรม.....................................................................................................................................

4. ..............................................................................................................................................

5. .............................................................................................................................................

1. **งบประมาณ**

งบประมาณ เงินบำรุง จาก โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก

กิจกรรมที่................... การอบรมเชิงปฏิบัติการ/ประชุมเชิงปฏิบัติการ

1. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม

จำนวน 50 คน x 20 บาท x 2 มื้อ x 1 วัน เป็นเงิน 2,000 บาท

1. ค่าอาหารกลางวัน \*กรณีบุคคลภายนอก และโครงการวิชาการ ปฐมนิเทศ งบอื่น และดุลพินิจของ ผอก  
   จำนวน 100 คน x 50 บาท x 1 มื้อ x 1 วัน เป็นเงิน 5,0000 บาท

3. ค่าพาหนะ รับ-ส่ง วิทยากร *หรือ* ค่าวัสดุเชื้อเพลิง รับ-ส่งวิทยากร \*\*กรณีขอใช้รถ รพ.

ระยะทาง x 4 บาท x เที่ยว เป็นเงิน .............. บาท

4. ค่าตอบแทนวิทยากร

จำนวน 1 คน x 600 บาท x 6 ช.ม. x 1 วัน เป็นเงิน 3,600 บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ......................................บาท

(ตัวอักษร............................................................)

**หมายเหตุ ขอถัวทุกรายการและจำนวนคนภายในวงเงินที่ได้รับ**

1. **การประเมินผล** \* ของโครงการต้องสอดคล้องกับตัวชี้วัดและวัตถุประสงค์

1**.** ....................................................................................

2. ....................................................................................

3. ....................................................................................

1. **ผลที่คาดว่าจะได้รับ \*\* เขียนแบบบรรยายหรือเป็นข้อๆก็ได้**

1. ....................................................................................

2. ....................................................................................

3. ....................................................................................

1. **ผู้เสนอโครงการ**

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

(..............................................................)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน

1. **ผู้เห็นชอบโครงการ**

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

(..............................................................)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มภารกิจ

1. **ผู้ขออนุมัติโครงการ**

......................................................  
(.............................................................)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุไหงโก-ลก

1. **ผู้อนุมัติโครงการ**

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

**\*\*ไม่ต้องระบุ ชื่อ (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส)**

**(ตัวอย่าง)**

**กำหนดการ**

**โครงการ.............................................................................**

**วันที่ ............... เดือน ..................... ปี 2562**

**ณ ห้องประชุม................................**

**โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก**

\*ระยะเวลาระบุ ตามเวลาราชการ

\*\* ระบุรุ่น ที่ ........ (ในกรณี อบรมหลายกลุ่มเป้าหมาย)

08.30 น. – 08.45 น. ลงทะเบียน

08.45 น. – 09.00 น. พิธีเปิดโครงการ

09.00 น. – 10.30 น. อบรม/ประชุม .................................. โดยวิทยากร

10.30 น. – 12.00 น. อบรม/ประชุม .................................. โดยวิทยากร (ต่อ)

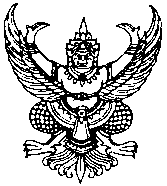
12.00 น. – 13.00 น. พักกลางวัน

13.00 น. – 14.30 น. อบรม/ประชุม /ฝึกปฏิบัติ / กลุ่ม.........................โดยวิทยากร

14.30 น. – 16.00 น. อบรม/ประชุม /ฝึกปฏิบัติ / กลุ่ม.........................โดยวิทยากร

16.00 น. – 16.30 น. ประเมินผลการอบรม / โครงการ

หมายเหตุ \*\* รับประทานอาหารว่าง เวลา 10.30 น. - 10.45 น. และ เวลา 14.30 น. - 14.45 น. \*\*

บันทึกข้อความ

**ส่วนราชการ** กลุ่มงาน…………………………………………………………………………………….โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก

**ที่** นธ ………………/……………………. **วันที่** ………………………………………………

## เรื่อง ขออนุมัติเปลี่ยนแปลงการจัดทำโครงการ

## เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุไหงโก-ลก

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

ในการนี้มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงการจัดทำโครงการดังรายการ ต่อไปนี้

1. ขอเปลี่ยนระยะเวลาการจัดทำโครงการจากเดิม………………………………………...…………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………….………….

1. ขอขยายเวลาจากเดิม………………………………………………………………………………………………………………..….

…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………….

1. ขอเปลี่ยนแปลงงบประมาณค่าใช้จ่ายในการจัดทำโครงการ (ระบุรายละเอียด)
   1. …………………………………………………………………………………………………….……………………………………… ………………………………………………………………………………………………….…………………………………………
   2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………
   3. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………..……………………………………………
   4. …………………………………………………………………………………………..………………………………………………… ………………………………………………………………………………..……………………………………………………………
2. อื่นๆ(ระบุ)

4.1 …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

4.2 …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

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

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

ลงชื่อ................................................  
 (.......................................................)  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุไหงโก-ลก