



ที่ สธ ๐๒๐๕.๐๘ / ๕๐

สำนักตรวจราชการกระทรวง  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขอสนับสนุนเงินบำรุงแบบจ่ายขาด จากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๘ ให้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด  
ในเขตสุขภาพที่ ๘ และสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘

- อ้างถึง ๑. บันทึกข้อความที่ สธ ๐๒๐๗.๐๒.๒/๒๔๐๗๕ ลงวันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๔  
๒. บันทึกข้อความที่ สธ ๐๒๐๕.๑๔๒/๓๐๒๕ ลงวันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔  
๓. กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข  
ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๓๔ ตอนที่ ๖๔ ก วันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๐  
๔. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๔  
๕. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๔  
๖. หนังสือที่ สธ ๐๒๐๒.๓.๔/ว ๖๒๒ ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ ประกาศรายชื่อหน่วยบริการตามระเบียบ  
กระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายชื่อโรงพยาบาล ที่จะขอรับสนับสนุนเงินบำรุง จำนวน ๑ ชุด  
๒. แบบคำขอรับการสนับสนุนเงินบำรุงจากหน่วยบริการอื่น จำนวน ๑ ชุด

ตามบันทึกข้อความที่อ้างถึง ๑ และ ๒ กองบริหารการสาธารณสุข และกองตรวจราชการ สำนักงาน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แจ้งการจัดสรรงบประมาณดำเนินงานส่วนภูมิภาค สำหรับดำเนินงานตามภารกิจพื้นฐาน  
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ และ สำนักงานเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕  
ครั้งที่ ๑ ไตรมาส ๑-๒ นั้น เนื่องจากงบประมาณดำเนินงานส่วนภูมิภาคสำหรับดำเนินงานตามภารกิจพื้นฐานของ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานเขตสุขภาพ ไตรมาสที่ ๑-๒ ปี ๒๕๖๕ ลดลงจากปีงบประมาณ พ.ศ.  
๒๕๖๔ มากถึงร้อยละ ๕๘.๗๓ ส่งผลให้งบดำเนินงานพื้นฐาน ปี ๒๕๖๕ ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน  
เพื่อสนับสนุนการจัดบริการของหน่วยบริการแก่ประชาชน ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

คณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๘ ได้มีมติในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕  
เห็นชอบให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ และสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ขอรับสนับสนุน  
เงินบำรุงแบบจ่ายขาดจากโรงพยาบาล รายชื่อตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ โดยให้ดำเนินการเป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง

ในการนี้ เขตสุขภาพที่ ๘ จึงขอแจ้งมติคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๘ เพื่อให้ สำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดทุกจังหวัด และ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ส่งแบบคำขอรับการสนับสนุนเงินบำรุงจากหน่วยบริการอื่น  
แบบจ่ายขาด ไปที่โรงพยาบาลดังกล่าวต่อไป แบบคำขอฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ หากดำเนินการเรียบร้อยแล้ว หรือมี  
ข้อขัดข้องประการใด ขอความกรุณาส่งหนังสือ นำเรียนผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายปราโมทย์ เสถียรรัตน์)

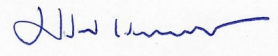
กองตรวจราชการ

โทร: ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๗๔

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลการขอรับสนับสนุนเงินบำรุงแบบจ่ายขาดจากโรงพยาบาล 36 แห่ง  
ให้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

ลำดับ	จังหวัด	โรงพยาบาล	จำนวนเงิน สนับสนุน เงินบำรุงแบบจ่ายขาด (บาท)				รวม ยอดสุทธิ ที่ ต้องสนับสนุน สสจ.และ สำนักงานเขตฯ (บาท)
			ให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8		ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
			จำนวนเงิน (บาท)	ปรับยอดสุทธิ (บาท) ใ้ยอดนี้ ในการสนับสนุน	จำนวนเงิน (บาท)	ปรับยอดสุทธิ (บาท) ใ้ยอดนี้ ในการสนับสนุน	
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6] = [3]+[5]		
1	บึงกาฬ	รพ.บึงกาฬ	66,606.89	66,600.00	287,879.00	287,800.00	354,400.00
2	บึงกาฬ	รพ.พรเจริญ	51,095.71	51,000.00	251,613.00	251,600.00	302,600.00
3	บึงกาฬ	รพ.โซ่พิสัย	49,739.58	49,700.00	236,963.00	236,900.00	286,600.00
4	บึงกาฬ	รพ.เซกา	51,049.46	51,000.00	247,617.00	247,600.00	298,600.00
5	บึงกาฬ	รพ.ปากคาด	47,183.39	47,100.00	257,326.00	257,300.00	304,400.00
6	บึงกาฬ	รพ.บึงโขงหลง	43,875.79	43,800.00	222,556.00	222,500.00	266,300.00
7	บึงกาฬ	รพ.ศรีวิไล	54,339.57	54,300.00	286,962.00	286,900.00	341,200.00
8	บึงกาฬ	รพ.ป่งคล้า	39,309.12	39,300.00	209,084.00	209,000.00	248,300.00
9	หนองบัวลำภู	รพ.หนองบัวลำภู	148,966.75	148,900.00	333,335.00	333,300.00	482,200.00
10	หนองบัวลำภู	รพ.นากลาง	93,446.10	93,400.00	333,333.00	333,300.00	426,700.00
11	หนองบัวลำภู	รพ.โนนสัง	68,844.83	68,800.00	333,333.00	333,300.00	402,100.00
12	หนองบัวลำภู	รพ.ศรีบุญเรือง	91,166.57	91,100.00	333,333.00	333,300.00	424,400.00
13	หนองบัวลำภู	รพ.สุวรรณคูหา	67,765.92	67,700.00	333,333.00	333,300.00	401,000.00
14	หนองบัวลำภู	รพ.นาหว้า เฉลิมพระเกียรติ 8	37,814.68	37,800.00	333,333.00	333,300.00	371,100.00
15	อุดรธานี	รพ.ศรีธาตุ	1,372,043.60	1,372,000.00	-	-	1,372,000.00
16	อุดรธานี	รพ.บ้านผือ	-	-	2,000,000.00	2,000,000.00	2,000,000.00
17	เลย	รพ.เลย	120,000.00	120,000.00	100,000.00	100,000.00	220,000.00
18	เลย	รพ.นาดวง	20,000.00	20,000.00	150,000.00	150,000.00	170,000.00
19	เลย	รพ.เขียงคาน	56,851.11	56,800.00	150,000.00	150,000.00	206,800.00
20	เลย	รพ.ปากชม	20,000.00	20,000.00	150,000.00	150,000.00	170,000.00
21	เลย	รพ.นาแห้ว	20,000.00	20,000.00	150,000.00	150,000.00	170,000.00
22	เลย	รพ.ภูเรือ	20,000.00	20,000.00	150,000.00	150,000.00	170,000.00
23	เลย	รพ.ท่าลี่	20,000.00	20,000.00	150,000.00	150,000.00	170,000.00
24	เลย	รพ.วังสะพุง	120,000.00	120,000.00	100,000.00	100,000.00	220,000.00
25	เลย	รพ.ภูกระดึง	20,000.00	20,000.00	150,000.00	150,000.00	170,000.00
26	เลย	รพ.ภูหลวง	20,000.00	20,000.00	150,000.00	150,000.00	170,000.00
27	เลย	รพ.ผาขาว	20,000.00	20,000.00	150,000.00	150,000.00	170,000.00
28	เลย	รพ.ด่านซ้าย	70,000.00	70,000.00	150,000.00	150,000.00	220,000.00
29	เลย	รพ.เอราวัณ	20,000.00	20,000.00	150,000.00	150,000.00	170,000.00
30	เลย	รพ.หนองหิน	20,000.00	20,000.00	150,000.00	150,000.00	170,000.00
31	หนองคาย	รพ.สังคม	474,559.51	474,500.00	1,000,000.00	1,000,000.00	1,474,500.00
32	หนองคาย	รพ.โพธิ์ตาก	-	-	1,000,000.00	1,000,000.00	1,000,000.00
33	สกลนคร	รพ.คำตากล้า	1,034,187.82	1,034,100.00	-	-	1,034,100.00
34	สกลนคร	รพ.ส่องดาว	-	-	2,000,000.00	2,000,000.00	2,000,000.00
35	นครพนม	รพ.นาแก	-	-	1,050,000.00	1,050,000.00	1,050,000.00
36	นครพนม	รพ.ศรีสงคราม	641,153.60	641,100.00	950,000.00	950,000.00	1,591,100.00
<b>รวมเขต 8</b>			<b>5,000,000.00</b>	<b>4,999,000.00</b>	<b>14,000,000.00</b>	<b>13,999,400.00</b>	<b>18,998,400.00</b>



(นายปราโมทย์ เสถียรรัตน์)  
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

**แบบคำขอรับการสนับสนุนเงินบำรุงจากหน่วยบริการอื่น**

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ด้วย .....(1) ..... ซึ่งมีสำนักงานตั้งอยู่เลขที่ .....  
 ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... มีความประสงค์ขอรับการสนับสนุนเงิน  
 บำรุงจาก .....(2).....  
 เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย โดยมีวัตถุประสงค์ของการนำเงินไปใช้ ดังนี้

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

อนึ่งการขอรับการสนับสนุนดังกล่าว จะขอรับการสนับสนุนในลักษณะ

(1) การจ่ายขาด จำนวน ..... บาท (.....)

(2) การยืม จำนวน ..... บาท (.....)

ซึ่งจะทำการคืนให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ ..... หรือโดยการผ่อนชำระให้เป็น  
 งวด ๆ ละ เท่า ๆ กัน ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....

พร้อมกับคำขอนี้ .....(1)..... ได้จัดส่งเอกสารซึ่งแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการขอรับการสนับสนุน มาเพื่อประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว ดังนี้

- ( ) วัตถุประสงค์ของการนำเงินไปใช้
- ( ) จำนวนเงินที่ต้องการขอรับการสนับสนุน
- ( ) ภาระหนี้สิน เงินบำรุงคงเหลือ และวัสดุคงคลัง ณ วันที่เสนอขอรับการสนับสนุน
- ( ) ระยะเวลาและวิธีการที่จะชดใช้เงินคืนกรณีขอรับการสนับสนุนในลักษณะยืม
- ( ) ข้อเท็จจริงอื่น ๆ (ถ้ามี) ระบุ .....

ดังปรากฏรายละเอียดแนบท้ายคำขอนี้

ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

- หมายเหตุ
- (1) ชื่อหน่วยบริการที่ขอรับการสนับสนุน
  - (2) ชื่อหน่วยบริการที่จะให้การสนับสนุน