



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน

ที่ ลพ ๐๐๓๒.๓๐๑/๑๐๔

วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติจ่ายค่าใช้จ่ายตามโครงการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ

ตามที่ กลุ่มงานปรึกษาและสุขภาพจิต แผนกผู้ป่วยนอก ได้ดำเนินการ/ส่งหลักฐาน
หมวดรายจ่ายค่าใช้จ่ายตามโครงการ โดยนางฉวีวรรณ คำเวียงสา ในโครงการพัฒนาระบบการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอำเภอบ้านธิ ปี พ.ศ.๒๕๖๓

อ้างอิง หนังสือที่ ลพ ๐๐๓๒.๓๐๒ /๐๓๙ ลงวันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๔ รายละเอียดขออนุมัติจ่ายเงินดังนี้คือ

๑. เวชภัณฑ์ยา	เลขที่ใบแจ้งหนี้ ๓๐๒๐๐๓๘๘๐๒	จำนวนเงิน ๖,๐๘๐ บาท
๒. เวชภัณฑ์ยา	เลขที่ใบแจ้งหนี้ PIN๒๑๐๑๘๐๔	จำนวนเงิน ๓,๖๘๐ บาท
รวมเงิน (ตัวอักษร) (เก้าพันเจ็ดร้อยหกสิบบาทถ้วน)		รวมจำนวนเงิน ๙,๗๖๐ บาท

ประเภทเงิน เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ UC รพ.บ้านธิ

เงินสด

เช็ค จำนวน ๒ ฉบับ

สั่งจ่ายในนาม	เลขที่เช็ค	จำนวนเงิน	ภาษี	สั่งจ่ายสุทธิ	ธนาคารที่สั่งจ่าย
๑. องค์การเภสัชกรรม	๓๒๗๘๙๐๕๔	๖,๐๘๐	-	๖,๐๘๐.๐๐	ชกส.
๒. บริษัท แอดแลนติก ฟาร์มาซูติคอลล จำกัด ๓๒๗๘๙๐๕๕		๓,๖๘๐	๓๔.๓๙	๓,๖๔๕.๖๑	ชกส.
รวม		๙,๗๖๐	๓๔.๓๙	๙,๗๒๕.๖๑	

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติต่อไป

ทนายเอก

(นางสาวชญาดา สายเครื่อง)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน

เสนอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ

- ได้ตรวจสอบความถูกต้องแล้ว
- เห็นสมควรอนุมัติให้จ่ายเงินได้

อนุมัติ

(นางอรทัย ดวงอินทร์)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

(นางสมสกุล เกียรติอนันต์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ

สรุปผลการดำเนิน โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอำเภอบ้านธิ
โรงพยาบาลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

ชื่อโครงการ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอำเภอบ้านธิ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓

๑. ผลการดำเนินงาน

กิจกรรมที่ ๑ การอบรมเสริมสร้างทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสำหรับครอบครัวและอาสาสมัคร
สาธารณสุข ไม่สามารถจัดอบรม เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด -๑๙

กิจกรรมที่ ๒ จัดซื้อยาจิตเวช ได้ดำเนินการจัดซื้อยาจิตเวชจำนวน ๔ รายการ ไว้ใช้รักษาผู้ป่วยจิตเวช
ทั้งยากินและยาฉีด

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ / ตัวชี้วัด

การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

- ๑ ผู้ป่วยจิตเวชไม่มีอาการทางจิตกำเริบที่รุนแรงจำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๕
๒. จากการแพร่ระบาดของของไวรัสโควิด-๑๙ ทำให้ไม่สามารถจัดอบรมเสริมสร้าง
ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสำหรับครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข จึงมีแนวทางเสริมสร้างทักษะ
อาสาสมัครสาธารณสุขในการประชุมประจำเดือน และเสริมสร้างสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการ
ประเมินอาการทางจิต และการแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่คลินิกจิตเวช หรือเยี่ยมบ้านทุกครั้ง

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

๓.๑ งบประมาณที่ได้รับอนุมัติ	๒๐,๐๐๐ บาท
๓.๒ งบประมาณเบิกจ่ายจริง	๙,๗๖๐ บาท
๓.๓ งบประมาณเหลือนำเข้าบัญชีเงินบำรุงโรงพยาบาลบ้านธิ	๑๐,๒๔๐ บาท

๔. ปัญหา / อุปสรรคในการดำเนินงาน


มี

ปัญหา / อุปสรรค (ระบุ) ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมครบตามแผนที่กำหนดไว้ คือ การจัด
อบรมเสริมสร้างทักษะสำหรับครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข

แนวทางการแก้ไข (ระบุ) จะมีการอบรมเสริมสร้างทักษะอาสาสมัครสาธารณสุข เมื่อมีการ
ประชุมประจำเดือน และเสริมสร้างทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสำหรับครอบครัว ที่คลินิกจิตเวชหรือเยี่ยมบ้าน



(นางสมสกุล เกียรติอนันต์)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน

(นางฉวีวรรณ คำเวียงสา)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานปรึกษาและสุขภาพจิต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน
ที่ ลพ.๐๐๓๒.๓๐๒/๐๗ วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติจัดซื้อยาจิตเวชและขอใช้งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ

เนื่องจาก งานปรึกษาและสุขภาพจิต ได้รับอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูนให้
ดำเนินโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอำเภอบ้านธิ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยค่าใช้จ่าย
ครั้งนี้ได้รับการจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโอนเข้าเงินบำรุงโรงพยาบาลบ้านธิจำนวน ๒
งวด รวม ๒๐,๐๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน)

ข้าพเจ้านางฉวีวรรณ คำเวียงสา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้รับผิดชอบ
โครงการ จะได้ดำเนินกิจกรรมจัดซื้อยาจิตเวชจำนวน ๔ รายการ โดยประสานเภสัชกรของโรงพยาบาลบ้านธิ
เพื่อจัดซื้อยาเป็นจำนวนเงินรวม ๙,๗๖๐ บาท (เก้าพันเจ็ดร้อยหกสิบบาทถ้วน) รายละเอียดตามโครงการที่
แนบมา จึงขออนุญาตใช้เงินที่ได้รับจัดสรรเพื่อจัดซื้อยาจิตเวช

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ

(นางฉวีวรรณ คำเวียงสา)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านธิ

- เพื่อโปรดทราบ
 เพื่อโปรดพิจารณาสั่งการ
 เพื่อโปรดอนุมัติ

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

อนุพงษ์
๑

บันทึกข้อความ

ราชการ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน

ลพ.๐๐๓๒.๓๐๓/๑๐๔

วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานขอซื้อ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน)

ด้วย จังหวัดลำพูน มีความประสงค์จะซื้อ เวชภัณฑ์ยา จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลตามแผนการจัดซื้อ พ.ศ. ๒๕๖๔ และเนื่องจากปริมาณการสำรองยา และเวชภัณฑ์ในคลังมีปริมาณน้อยกว่าความต้องการใช้ จึงมีการจัดซื้อดังรายการต่อไปนี้

๒. รายละเอียดของพัสดุ

๑. RISPERIDONE(UC) ๒ MG. จำนวน ๑๙ X ๖๐ กล่อง
๒. RISPERIDONE (UC) TAB ๑ MG. จำนวน ๑๙ X ๖๐ กล่อง
๓. ราคาากลาง และรายละเอียดของราคาากลางจำนวน ๖,๐๘๐.๐๐ บาท (หกพันแปดสิบบาทถ้วน)
๔. วงเงินที่จะซื้อ

งบจัดซื้อยาจิตเวช โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอำเภอบ้านธิ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๖,๐๘๐.๐๐ บาท (หกพันแปดสิบบาทถ้วน)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๖๐ วัน นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการโดยวิธีเฉพาะเจาะจง เนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

การคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ

การแต่งตั้งผู้ตรวจรับพัสดุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด

๑. อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงานการขอซื้อ ดังกล่าวข้างต้น
๒. ลงนามในคำสั่งแต่งตั้งผู้ตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน

- เห็นควรดำเนินการตามระเบียบ

(ลงชื่อ)

(นางนงคราญ พรหมปัญญา)

เภสัชกรชำนาญการ
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ทราบ ชอบ อนุมัติ

(นางสมสกุล เกียรติอนันต์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน ตามคำสั่งจังหวัดลำพูนที่ ๒๓๗๗/๒๕๖๒
ลงวันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

๒๓ ธนกร
(นางจันทร์จาริก รัตนเดชสกุล)
เจ้าหน้าที่



คำสั่ง จังหวัดลำพูน

ที่ ๔๘/๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้ง ผู้ตรวจรับพัสดุ สำหรับการจัดซื้อยา จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ด้วยจังหวัดลำพูน มีความประสงค์จะซื้อยา ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง และเพื่อให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ จึงขอแต่งตั้งผู้ที่มีรายชื่อต่อไปนี้เป็นผู้ตรวจรับพัสดุ สำหรับการจัดซื้อยา ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ผู้ตรวจรับพัสดุ

นางสาวอรนุช มณีขัติย์

ผู้ตรวจรับพัสดุ

เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน

อำนาจและหน้าที่

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

สั่ง ณ วันที่ ๑๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นางสมสกุล เกียรติอนันต์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน

บันทึกข้อความ

โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน

ท.๐๐๓๒.๓๐๓/๑๑๗

วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๔

รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อ

ย่น ผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน)

ขอรายงานผลการพิจารณาจัดซื้อยา ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

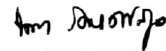
รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาที่เสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
RISPERIDONE(UC) 2 MG.	องค์การเภสัชกรรม	๓,๘๐๐.๐๐	๓,๘๐๐.๐๐
RISPERIDONE (UC) TAB 1 MG.	องค์การเภสัชกรรม	๒,๒๘๐.๐๐	๒,๒๘๐.๐๐
รวม			๖,๐๘๐.๐๐

* ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

จังหวัดลำพูน พิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อส่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว



(นางจันทร์จารึก รัตนเดชสกุล)


เจ้าหน้าที่

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ (ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน)

ตรวจสอบแล้ว

- เห็นควรดำเนินการตามระเบียบพัสดุต่อไป

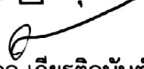
(ลงชื่อ)


(นางนงคราญ พรหมปัญญา)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

...../...../.....

ทราบ ชอบ อนุมัติ


(นางสมสกุล เกียรติอนันต์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน ตามคำสั่งจังหวัดลำพูนที่ ๒๓๗๗/๒๕๖๒

ลงวันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๒



ประกาศ จังหวัดลำพูน
เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อยา จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่จังหวัดลำพูน ได้มีโครงการซื้อยา จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจงนั้น
RISPERIDONE(UC) ๒ MG., RISPERIDONE (UC) TAB ๑ MG. จำนวน ๑ โครงการ ผู้ได้รับคัดเลือก ได้แก่
บริษัท องค์กรเภสัชกรรม (ขายส่ง,ขายปลีก,ผู้ผลิต) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๖,๐๘๐.๐๐ บาท
(หกพันแปดสิบบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๔

(นางสมสกุล เกียรติอนันต์)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน



ใบสั่งซื้อ

ผู้รับจ้าง องค์การเภสัชกรรม
เลขที่ ๕/๑ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท
ราชเทวี กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์ ๐๒๒๐๓๘๘๓๐, ๐๒๒๐๓๘๘๐๓
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๙๙๔๐๐๐๑๖๕๓๑๕
เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร ๕๓๘๑๐๔๑๘๔๕
ชื่อบัญชี องค์การเภสัชกรรม

ใบสั่งซื้อ/สั่งจ้างเลขที่ ๗๑/๒๕๖๔
วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๔
ส่วนราชการ โรงพยาบาลบ้านธิ
ที่อยู่ ๒๖๕ ม.๖ ถ.บ้านธิ-สันพระเจ้าแดง ตำบลบ้านธิ
อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน
โทรศัพท์ ๐๕๓๙๘๔๓๒๕

ธนาคาร ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขาทางดง
ตามที่ องค์การเภสัชกรรม ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลบ้านธิ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ/จ้าง ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการยา	หน่วยนับ	จำนวน	ราคาหน่วยละ	จำนวนเงิน
๑.	RISPERIDONE(UC) ๒ MG.	๖๐ เม็ด (กล่อง)	๑๙	๒๐๐.๐๐	๓,๘๐๐.๐๐
๒.	RISPERIDONE (UC) TAB ๑ MG.	๖๐ เม็ด (กล่อง)	๑๙	๑๒๐.๐๐	๒,๒๘๐.๐๐
รวมเป็นเงินก่อนภาษี ๗%					๕,๖๘๐.๒๔
ภาษีมูลค่าเพิ่ม					๓๙๗.๗๖
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น					๖,๐๗๘.๐๐

การสั่งซื้อ/สั่งจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๔
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลบ้านธิ ๒๖๕ ม.๖ ถ.บ้านธิ-สันกำแพง
- ระยะเวลาประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒ ของราคาส่งของ
ในส่วนที่ยังไม่ได้รับมอบแต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้
ผู้รับจ้างจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงาน ของผู้ประกอบการ
หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ: ๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลทางกฎหมาย

๒. ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามชื่อ เวชภัณฑ์ จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ตามประกาศโรงพยาบาลบ้านธิ ลงวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๔

ลงชื่อ ผู้สั่งซื้อ/สั่งจ้าง

(นางนงคราญ พรหมปัญญา)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๔

ลงชื่อ ผู้รับใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง

(.....
บุษารัตน์.....)

พนักงานขาย

วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๔

๒๒ มกราคม ๒๕๖๔

ตามหนังสือสัญญาเลขที่ ๓๑/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๔ โรงพยาบาลบ้านธิได้ตกลง ซื้อกับ
การเกษตรกรรม สำหรับโครงการ ซื้อเวชภัณฑ์ยา จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เป็นเงินจำนวน ๖,๐๘๐.๐๐ บาท
(หกพันแปดสิบบาทถ้วน)

ผู้ตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏว่า

๑. ผลการตรวจรับ

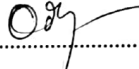
- ถูกต้อง
 ครบถ้วนตามสัญญา
 ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

๒. ค่าปรับ

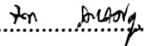
- มีค่าปรับ
 ไม่มีค่าปรับ

๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๖,๐๘๐.๐๐ บาท


ลงชื่อ..........ผู้ตรวจรับพัสดุ
(นางสาวอรนุช มณีชิตย์)

ข้าพเจ้า นางจันทร์จารึก รัตนเดชสกุล ได้รับมอบพัสดุ จากผู้ตรวจรับพัสดุ จำนวน ๒ รายการ ถูกต้อง ครบถ้วน
และได้บันทึกไว้ในทะเบียนควบคุมเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่
(นางจันทร์จารึก รัตนเดชสกุล)


เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน

- เพื่อโปรดทราบ
- ตรวจสอบแล้ว เห็นควรดำเนินการตามระเบียบพัสดุต่อไป

ลงชื่อ..........หัวหน้าเจ้าหน้าที่
(นางนงคราญ พรหมปัญญา)

- ทราบ
- อนุมัติเบิกจ่ายเงินได้

หมายเหตุ : เลขที่โครงการ ๒๕๐๑๗๘๕๒๗๑๐
เลขคุมสัญญา ๒๕๐๑๗๘๕๒๗๑๕๓
เลขคุมตรวจรับ ๒๕๐๑A๑๕๐๑๔๘๑


(นางสมสกุล เกียรติอนันต์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน
ตามคำสั่งจังหวัดลำพูนที่ ๒๓๗๓/๒๕๖๒


แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงาน (วงเงินเล็กน้อยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท)
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่
และผู้ตรวจรับพัสดุ

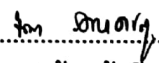
๑๕ มกราคม ๒๕๖๔

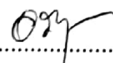
ข้าพเจ้า นางนงคราญ พรหมปัญญา (หัวหน้าเจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า นางจันทร์จารึก รัตนเดชสกุล (เจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า นางสาวอรนุช มณีขัติย์ (ผู้ตรวจรับพัสดุ)

ขอให้การรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อมหรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามา มีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม 
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)

ลงนาม 
(เจ้าหน้าที่)

ลงนาม 
(ผู้ตรวจรับพัสดุ)

บันทึกข้อความ

ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน

๓๒.๓๐๓/๑๐๕

วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๔

ขออนุมัติจัดซื้อยา/เวชภัณฑ์มีใบยา/ครุภัณฑ์การแพทย์

ผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน

ด้วย กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลบ้านธิ มีความประสงค์ขออนุมัติจัดซื้อยา/เวชภัณฑ์มีใบยา เพื่อใช้รักษาพยาบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลบ้านธิ ตามที่ระบุไว้ในแผนการจัดซื้อ พ.ศ. ๒๕๖๔ ขออนุมัติซื้อโดยวิธีเฉพาะเจาะจง ตาม พรบ.การจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๕๖ วรรคหนึ่ง (๒) (ข) และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๒๒ ข้อ ๓๙ และกฎกระทรวงกำหนดวงเงินการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุโดยวิธีเฉพาะเจาะจง และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง โดยใช้เงินงบจัดซื้อยาจัดเวช โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอำเภอบ้านธิ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ตามรายการดังนี้

ลำดับ	รหัส/รายการยา	หน่วยนับ	คงคลัง	อัตราการใช้/ เดือน	ความต้องการซื้อครั้งนี้			ราคากลาง/ ราคาอ้างอิง	ราคาซื้อ ครั้งหลังสุด
					จำนวน	ราคา/หน่วย	ราคารวม		
1.	HALOPERIDOL DECANOATE ๕๐ MG INJ. ๑ ML	๑ หลอด (หลอด)	๐	๒๔	๔๐	๖๓.๐๐	๒,๕๒๐.๐๐	๖๓.๑๓	๖๓.๐๐
2.	FLUPHENAZINE DECANOATE ๒๕ MG./ML (๑ ML)	๑ AMP (AMP)	๒๐	๑๗	๔๐	๒๙.๐๐	๑,๑๖๐.๐๐	๔๔.๙๔	๒๙.๐๐

จำนวน ๒ รายการ รวมเป็นเงินก่อนภาษี ๓,๔๓๙.๒๕ บาท และ ภาษีมูลค่าเพิ่ม ๒๔๐.๗๕ บาท
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๓,๖๘๐.๐๐ บาท (สามพันหกกร้อยแปดสิบบาทถ้วน)

ในการจัดซื้อ ครั้งนี้ การแต่งตั้งผู้ตรวจรับพัสดุ ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อและจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๒๕ (๕) จึงขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการ/ผู้ตรวจรับพัสดุครั้งนี้ ดังนี้

1. นางสาวอรนุช มณีขัติย์

ตำแหน่งเจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน

ผู้ตรวจรับพัสดุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ) ดร. อินทร์จาว เจ้าหน้าที่
(นางจันทร์จารึก รัตนเดชสกุล)
เภสัชกรชำนาญการ

ความเห็นของหัวหน้าเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน

เพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ) ดร. พรหมปัญญา หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นางนงคราญ พรหมปัญญา)

เภสัชกรชำนาญการ

อนุมัติ

(ลงชื่อ) ดร. เกียรติอนันต์

(นางสมสกุล เกียรติอนันต์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน

ตามคำสั่งจังหวัดลำพูนที่ ๒๓๗๗/๒๕๖๒

ลงวันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๒



ใบสั่งซื้อ

บริษัท แอดแลนติก ฟาร์มาซูติคอล
เลขที่ ๑๒๘ ถ.สุขุมวิท แขวงพระโขนงใต้ กรุงเทพฯ ๑๐๒๖๐
โทรศัพท์ ๐๒-๓๑๑๐๑๑๑
ประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๒๘๐๐๘๒๗๑
เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

ใบสั่งซื้อ/สั่งจ้างเลขที่ ๗๒/๒๕๖๔
วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๔
ส่วนราชการ โรงพยาบาลบ้านธิ
ที่อยู่ ๒๖๕ ม.๖ ถ.บ้านธิ-สันพระเจ้าแดง ตำบลบ้านธิ
อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน
โทรศัพท์ ๐๕๓๙๘๔๓๒๕

ตามที่ บริษัท แอดแลนติก ฟาร์มาซูติคอล ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลบ้านธิ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ/จ้าง ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการยา	หน่วยนับ	จำนวน	ราคาหน่วยละ	จำนวนเงิน
๑.	HALOPERIDOL DECANOATE ๕๐ MG INJ. ๑ ML	๑ หลอด (หลอด)	๔๐	๖๓.๐๐	๒,๕๒๐.๐๐
๒.	FLUPHENAZINE DECANOATE ๒๕ MG./ML (๑ ML)	๑ AMP (AMP)	๔๐	๒๙.๐๐	๑,๑๖๐.๐๐
รวมเป็นเงินก่อนภาษี ๗%					๓,๔๓๙.๒๕
ภาษีมูลค่าเพิ่ม					๒๔๐.๗๕
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น					๓,๖๘๐.๐๐

- การสั่งซื้อ/สั่งจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้
- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับใบสั่งซื้อ
 - ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๔
 - สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลบ้านธิ ๒๖๕ ม.๖ ถ.บ้านธิ-สันกำแพง
 - ระยะเวลาประกัน -
 - สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒ ของราคาสั่งของ
ในส่วนที่ยังไม่ได้รับมอบแต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
 - ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้
ผู้รับจ้างจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
 - การประเมินผลการปฏิบัติงาน ของผู้ประกอบการ
หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

- หมายเหตุ: ๑. การติดต่อการแสดมบให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัชฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลทางกฎหมาย
๒. ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามชื่อ เวชภัณฑ์ จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ตามประกาศโรงพยาบาลบ้านธิ ลงวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๔

ลงชื่อผู้สั่งซื้อ/สั่งจ้าง
(นางนงคราญ พรหมปัญญา)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่
วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๔

ลงชื่อผู้รับใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง
(.....)
สุรัชชัย
พนักงานขาย
วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๔



บริษัท แอตแลนติก ฟาร์มาซูติคอล จำกัด
Atlantic Pharmaceutical Co., Ltd.
 2038 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนงใต้ เขตพระโขนง กรุงเทพฯ 10260
 โทร. 0-2311-0111, 0-2311-0104-9 FAX. 0-2331-5697, 0-2332-0907
 ทะเบียนการค้าเลขที่ 07 48 09325 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0105528008271
 E-MAIL : atlantic@atlanticlab.com สำนักงานใหญ่

เลขที่ PIN2101804
 วันที่ _____
 (เอกสารออกเป็นชุด)

ใบส่งสินค้า/ใบกำกับภาษี
DELIVERY ORDER/TAX INVOICE

(ลูกค้า)

เลขลูกค้า C-002749	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000457502	เขต 23101	พนักงานขาย สุทธิย์ ชีระภัทรานนท์		
ชื่อที่อยู่ โรงพยาบาลบ้านธิ 265 หมู่ 6 ต.บ้านธิ อ.บ้านธิ จ.ลำพูน 51180 (053)984-325-6	เลขที่ใบส่งสินค้า 401180197	ส่งที่ 265 หมู่ 6 ต.บ้านธิ อ.บ้านธิ จ.ลำพูน 51180	สำนักงานใหญ่		
เลขที่สั่งซื้อ PSO2102033	วันที่สั่งซื้อ	เลขที่ใบสั่งซื้อ	เงื่อนไขการชำระเงิน 60 วัน	วันครบกำหนดชำระ 21/3/2021	
รหัสสินค้า	รายการสินค้า		จำนวน	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน
43-0231-14-0	HARIDOL-D 50mg/ml INJ AMP# 1ml ปริมาณ: 40.000 Lot No. : 203315 MFD 14/8/2020 EXP 31/7/2024		40.000	63.00	2,520.00
43-0106-01-0	DECA 25mg/ml INJ AMP# 1ml ปริมาณ: 40.000 Lot No. : 203408 MFD 12/11/2020 EXP 31/10/2022		40.000	29.00	1,160.00
REMARK			จำนวนเงิน ส่วนลด 0.00 %		3,680.00
(สามพันหก ร้อยแปดสิบบาทถ้วน)			ส่วนลดเงินสด		0.00
			รวมทั้งสิ้น		3,680.00
			ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7.00 %		240.75
			มูลค่าสินค้า		3,439.25
			จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น		3,680.00
- กรุณาจ่ายเช็คขีดคร่อมในนาม บริษัท แอตแลนติก ฟาร์มาซูติคอล จำกัด เท่านั้น โดยขีดว่า "หรือผู้ถือ" ออก - ใบเสร็จฉบับนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อมีลายเซ็นผู้รับมอบอำนาจของบริษัทฯ กับพนักงานเก็บเงินเช็คชื่อร่วมกัน และเช็คได้เรียกเก็บเงิน หรือบริษัทได้รับโอนเงินเข้าธนาคารเป็นที่เรียบร้อยแล้ว - หากไม่ชำระเงินภายในกำหนด ท่านจะต้องชำระค่าเสียหายให้แก่บริษัทฯ เพิ่มร้อยละ 2 ต่อเดือน นับแต่วันถึงกำหนดชำระ - ยาที่มีอายุทุกชนิดจะต้องดำเนินการขอเปลี่ยนก่อนยาหมดอายุ อย่างน้อย 6 เดือน			หมายเหตุ ถ้าหากมีการผิดพลาดในการส่งมอบสินค้าตามใบส่งของฉบับนี้ โปรดแจ้งให้บริษัทฯ ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรภายใน 7 วัน หลังจากวันรับสินค้า มิฉะนั้น บริษัทฯ จะถือว่าได้ส่งมอบสินค้าถูกต้องทุกประการ และจะไม่รับผิดชอบในภายหลัง		
วันที่	วันที่	วันที่	Atlantic Pharmaceutical Co., Ltd.		
อัมพวัน			พนักงานพัสดุ	ผู้รับมอบอำนาจ	
ผู้รับสินค้า	ผู้ส่งสินค้า				

3

ตรวจรับถูกต้องแล้ว
 (ลงชื่อ).....ผู้ตรวจรับพัสดุ
 (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่



บริษัท แอตแลนติก ฟาร์มาซูติคัล จำกัด

2038 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนงใต้ Tel. : 0-2311-0111, 0-2311-0104-9
เขตพระโขนง กรุงเทพฯ 10260 Fax. : 0-2331-5697, 0-2332-0907
E-mail : atlantic@atlanticlab.com

เรื่อง ขอเสนอราคา
เรียน ผู้อำนวยการ รพ.บ้านธิ
จ. ลำพูน

ตามที่ท่านมีความประสงค์จะขอทราบราคายาที่ผลิตโดย โรงงานเภสัชกรรมแอตแลนติก จำกัด
ซึ่งบริษัทฯ เป็นผู้จัดจำหน่ายแต่ผู้เดียว บริษัทฯ มีความยินดีที่จะเสนอราคามาดังต่อไปนี้

รายการยา	จำนวนและขนาดบรรจุ	ราคาต่อหน่วย		จำนวนเงิน
		ก่อน VAT	รวม VAT	
HARIDOL-D 50mg/ml INJ AMP	40.000 x 1ml AMPOULES	58.88	63.00	2,520.00
DECA 25mg/ml INJ AMP	40.000 x 1ml AMPOULES	27.10	29.00	1,160.00
	จำนวนเงิน			3,680.00
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%			240.75
	รวมมูลค่าสินค้า			3,439.25
	จำนวนรวมทั้งสิ้น			3,680.00

(สามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน)

ราคาที่เสนอมานี้รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนเสนอมาเพื่อพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาอนุมัติสั่งซื้อยาดังกล่าว

ขอขอบพระคุณท่านล่วงหน้ามา ณ ที่นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวประจิดร รัตนลัย)

(แทน)ผู้จัดการทั่วไป

Atlantic Pharmaceutical Co., Ltd.

Atlantic Pharmaceutical Co., Ltd.

2038 Sukhumvit Road, Phrakonong Tai, Phrakonong, Bangkok 10260

Atlantic Laboratories Corporation Ltd.

111 Moo 7, Bang Phli Noi, Bang Bo, Samut Prakan 10560 Thailand

Tel : (662) 300-9550-68 Fax : (662) 300-9569



Accreditation Number 1222/55

CERTIFICATE OF ANALYSIS



Test Report No. : 0798/2020

Control No. : 20H315

Product Code : 93-0211-14-0

Identity No. : SB188

Product Name : Haridol-D Injection 50 mg/ml 1 ml Ampule

Date of Received : 17-08-2020

Lot No. : 203315

Date of Analysis : 08-09-2020

TEST FOR	SPECIFICATION	RESULT	METHOD
*Appearance	Clear viscous liquid	Clear viscous liquid	TS-93-H002
*Color	Slightly yellow	Slightly yellow	TS-93-H002
*Volume filled	NLT 1.0 ml	1.07 ml	USP 40
Bacterial endotoxins	NMT 1.0 EU/mg of Haloperidol	Less than 1.0 EU/mg	USP 40
Sterility	Sterile	Sterile	USP 40
*Clarity	Clear	Clear	TS-93-H002
*Identity	The principal spot in the sample solution is concordant in the position with that of the reference solution.	Complies	TS-93-H002
*Assay	90.0%-110.0% Haloperidol Decanoate eq. to Haloperidol	99.38% of the labeled amount	TS-93-H002
Manufacturing date	:- 14-08-2020		
Expiry date	:- 31-07-2024		
Conclusion	: Complies with Testing Standard		

Approved by : 

Quality Assurance Department

Date : 11 / 09 / 20

* The tests are not certified by ISO/IEC 17025

- The Certificate of Analysis hereby Certify for only tested products.

- This test report shall not be reproduced except in full copy with written approval of Atlantic.

Atlantic Laboratories Corporation Ltd.

111 Moo 7, Bang Phli Noi, Bang Bo, Samut Prakan 10560 Thailand

Tel : (662) 300-9550-68 Fax : (662) 300-9569

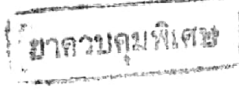


Accreditation Number 1222/55

CERTIFICATE OF ANALYSIS

Test Report No. : 1029/2020
Product Code : 93-0106-01-0
Product Name : Deca Injection 25 mg/mL 1 mL Ampule
Lot No. : 203408

Control No. : 20L408
Identity No. : SB200
Date of Received : 13-11-2020
Date of Analysis : 07-12-2020

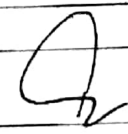


TEST FOR	SPECIFICATION	RESULT	METHOD
*Appearance	Clear viscous oily liquid	Clear viscous oily liquid	TS-93-D004
*Color	Yellow	Yellow	TS-93-D004
*Volume filled	NLT 1.00 mL	1.07 mL	LISP 39
Sterility	Sterile	Sterile	USP 40
*Clarity	Clear	Clear	TS-93-D004
* Identification	A. Part 1 : A rust-red color is produced. Part 2 : The color is intensified to a brownish red. B. The retention time of the major peak of the <i>Sample solution</i> corresponds to that of the <i>Standard solution</i> , as obtained in the <i>Assay</i> .	Complies Complies	USP 39
* Assay	90.0%-115.0% Fluphenazine Decanoate	105.45% of the labeled amount	USP 39
*Impurities	Fluphenazine : NMT4 % Total impurities eluting after fluphenazine decanoate : NMT 2%	0.10% Not detected	USP 39
*Particulate matter	Size $\geq 10 \mu\text{m}$ NMT 6000 particles per container Size $\geq 25 \mu\text{m}$ NMT 600 particles per container	334 particles per container 0 particle per container	USP 39

Manufacturing date :- 12-11-2020

Expiry date :- 31-10-2022

Conclusion : Complies with USP 39 & Testing Standard

Approved by : 

Quality Assurance Department

Date : 16 / 12 / 20

*The tests are not certified by ISO/IEC 17025
 - The Certificate of Analysis hereby Certify for only tested products.
 - This test report shall not be reproduced except in full copy with written approval of Atlantic.
 EXH#QC404-02
 Rev#00 \ 15-09-2015

ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

หน้า ๑/๑

๒๕ มกราคม ๒๕๖๔

ตามหนังสือสัญญาเลขที่ ๗๒/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๔ โรงพยาบาลบ้านธิได้ตกลง ซื้อกับ บริษัท เอตแลนติก ฟาร์มาซูติคอล สำหรับโครงการ ซื้อเวชภัณฑ์ยา จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เป็นเงินจำนวน ๓,๖๘๐.๐๐ บาท (สามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน)

ผู้ตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏว่า

๑. ผลการตรวจรับ

- ถูกต้อง
- ครบถ้วนตามสัญญา
- ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

๒. ค่าปรับ

- มีค่าปรับ
- ไม่มีค่าปรับ

๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๓,๖๘๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจรับพัสดุ
(นางสาวอรนุช มณีขัติย์)

ข้าพเจ้า นางจันทร์จารึก รัตนเดชสกุล ได้รับมอบพัสดุ จากผู้ตรวจรับพัสดุ จำนวน ๒ รายการ ถูกต้อง ครบถ้วน และได้บันทึกไว้ในทะเบียนควบคุมเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(นางจันทร์จารึก รัตนเดชสกุล)

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน

- เพื่อโปรดทราบ
- ตรวจสอบแล้ว เห็นควรดำเนินการตามระเบียบพัสดุต่อไป

ลงชื่อ.....หัวหน้าเจ้าหน้าที่
(นางนงคราญ พรหมปัญญา)

- ทราบ
- อนุมัติเบิกจ่ายเงินได้

(นางสมสกุล เกียรติอนันต์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน
ตามคำสั่งจังหวัดลำพูนที่ ๒๓๗๓/๒๕๖๒

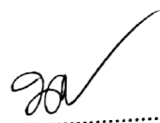
แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงาน (วงเงินเล็กน้อยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท)
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่
และผู้ตรวจรับพัสดุ

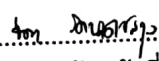
๑๕ มกราคม ๒๕๖๔

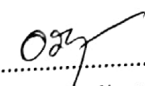
ข้าพเจ้า นางนงคราญ พรหมปัญญา (หัวหน้าเจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า นางจันทร์จารึก รัตนเดชสกุล (เจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า นางสาวอรนุช มณีขัติย์ (ผู้ตรวจรับพัสดุ)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อมหรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามา มีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม 
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)

ลงนาม 
(เจ้าหน้าที่)

ลงนาม 
(ผู้ตรวจรับพัสดุ)

โรงพยาบาลบ้านธิ
เลขรับที่ 0066 วันที่ - ๘ ม.ค. ๒๕๖๔
เวลา.....ผู้รับ.....



ที่ ลพ ๐๐๓๒.๐๓ / ๐ ๓ ๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน
ถนนเชียงใหม่ - ลำพูน ๕๑๐๐๐

๗ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง โครงการที่ได้รับอนุมัติ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ

อ้างถึง หนังสือ ที่ ลพ ๐๐๓๒.๓๐๒/๑๓๘๒ ลงวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอำเภอบ้านธิ ปี พ.ศ.๒๕๖๓ จำนวน ๑ ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง โรงพยาบาลบ้านธิ ได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอำเภอบ้านธิ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตให้มีประสิทธิภาพ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมเป็นเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ได้พิจารณาอนุมัติโครงการดังกล่าวเรียบร้อยแล้วและขอส่งในดำเนินการตามกำหนด รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

รณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ

- เพื่อโปรดทราบ
 เพื่อโปรดพิจารณาสั่งการ
 เพื่อโปรดอนุมัติ

นางสาวอรพินธ์ ใจสุนทร
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ(ด้านส่งเสริมพัฒนา)
ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน

๐. ๘๖๕ ๐๓๖-๗
๘,๐๓,๖๔

(นางสาวอรพินธ์ ใจสุนทร)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ(ด้านส่งเสริมพัฒนา)
ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน

นางสาวอรพินธ์

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

โทร. ๐ ๕๓๐๙ ๓๗๒๕ - ๖ ต่อ ๑๒๑

โทรสาร ๐ ๕๓๐๙ ๓๗๓

โทรคัมพท์ ๐๘ ๗๑๙๑ ๐๒๕๙

กรม ๑๑๑
- 2 5.ค. 2563



13104
- 1 5.ค. 2563

ที่ สพ ๐๐๓๒.๓๐๒ / ๑๓๘๒

โรงพยาบาลบ้านธิ
๒๖๕ หมู่ ๖ อำเภอบ้านธิ
จังหวัดลำพูน ๕๑๑๘๐

- ๑ 5.ค. ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติการดำเนินโครงการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการและตารางการอบรมจำนวน ๑ ฉบับ

เนื่องด้วย ทีมงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลบ้านธิได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอำเภอบ้านธิ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตให้มีประสิทธิภาพ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน ๒ งวด ๆ ละ ๑๐,๐๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท

ดังนั้น ทีมงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลบ้านธิ จึงขอพิจารณาอนุมัติการดำเนินโครงการดังกล่าว รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน

ขอแสดงความนับถือ

รพ. บ้านธิ กำหนดจัดโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

จิตเวชเรื้อรังในชุมชน อ. บ้านธิ ปี 2563 จำนวนเงิน 20,000 บาท

(สองหมื่นบาทถ้วน) ครอบคลุมแผนของสปสช.

(นางสมสกุล เกียรติอนันต์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ

- ประเด็นงานการเงินตรวจสอบเอกสาร
- จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติโครงการ

(นางสาววิจิตร อู่อุปถัมภ์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

๒ ธันวาคม 256๒

(Signature)
๒๕๖๒

งานปรึกษาและสุขภาพจิต

โทร ๐ ๕๓๙๘ ๔๓๒๕-๖ ต่อ ๒๐๙-๓๐๑

โทรสาร ๐ ๕๓๙๘ ๔๓๒๕-๖ ต่อ ๑๐๕

(นางสาวอรพินธ์ ใจสมุทร)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

๒๘ ธค ๖๓

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน

1. ตรวจสอบค่าใช้จ่ายในการจัดประชุม/อบรมแล้ว *(Signature)*

เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลัง

(Signature) 24/12/๖๒ จบท.การเงิน/พ.น.งานการเงิน

2. รายการระบุในโครงการเห็นควรเบิกจ่ายตาม พ.ร.บ. การจัดซื้อ

(Signature) 24/12/๖๒ จบท.พัสดุ/พ.น.งานพัสดุ

3. เห็นควรเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในโครงการตามระเบียบ

กระทรวงการคลังและ พ.ร.บ.การจัดซื้อจัดจ้าง

(Signature) ๒๘ ธค ๖๒ จบท.งานบริหาร

(Signature) ๒๘ ธค ๖๒ จบท.การวิชาการ

(Signature)

(นายวิชา พลลีลา)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน

โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอำเภอบ้านธิ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓

๑. ชื่อโครงการ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอำเภอบ้านธิ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓

๒. หน่วยงานรับผิดชอบ งานปรึกษาและสุขภาพจิต กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน

๓. หลักการและเหตุผล

โรคจิตจัดเป็นปัญหาจิตเวชที่มีการดำเนินโรคเรื้อรัง มีภาวะผิดปกติที่สำคัญคือ อารมณ์ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเร็ว การรับรู้ความเป็นจริงเสียไป ได้แก่ หูแว่ว ภาพหลอน และมักไม่ยอมรับความเจ็บป่วย เมื่อมีอาการรุนแรงในกลุ่มของโรคจิต โรคจิตเวชเรื้อรัง จัดเป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด และก่อให้เกิดการตีตรา ความทุกข์ทรมาน และภาวะอันตรายต่อผู้ป่วยเอง ต่อญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งอาจก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อชุมชน และสังคม และยังก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อเศรษฐกิจในภาพรวม ซึ่งจากการศึกษาเรื่องภาวะโรค ได้เปรียบเทียบการสูญเสีย ความสามารถของผู้ป่วย โรคจิตเวชเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคทางกาย พบว่าผู้ป่วย โรคจิตเวชเรื้อรังสูญเสียความสามารถเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่ต้นคอลงมา (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๕๖)

สำหรับอำเภอบ้านธิมีผู้ป่วยโรคจิตจำนวนทั้งหมด ๖๐ คน แยกเป็นเพศชายจำนวน ๒๙ คน และเพศหญิงจำนวน ๓๑ คน ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังนานเกิน ๑๐ ปี ผู้ป่วยโรคจิตได้รับการประเมินความพิการจากแพทย์ พบว่าอาการเข้าตามหลักเกณฑ์ของผู้พิการที่มีความบกพร่องทางจิตและพฤติกรรมทั้งหมด จากพยาธิสภาพของโรคทำให้มีความบกพร่องการดูแลตนเองหลายด้าน เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ พร่องทักษะสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกครอบครัวและสังคม และสาเหตุสำคัญที่ทำให้อาการทางจิตกำเริบ คือ การกินยาไม่ต่อเนื่อง ภาวะเครียด การใช้สารเสพติด โดยเฉพาะสุรา รวมทั้งครอบครัวและชุมชนขาดทักษะการดูแล จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบที่รุนแรง สถิติปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๓ โรงพยาบาลบ้านธิได้ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชไปรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน ๓,๖,๙ ราย ตามลำดับ (งานสุขภาพจิต โรงพยาบาลบ้านธิ, ๒๕๖๓)

ดังนั้น ทีมงานสุขภาพจิตอำเภอบ้านธิมีการวางแผนเสริมสร้างศักยภาพความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับครอบครัว และทีมดูแลในชุมชน จึงได้จัดทำโครงการดังกล่าว

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะและส่วนร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วยโรคจิต
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
๓. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้
๔. เพื่อลดหรือป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบที่รุนแรง

๕. กลุ่มเป้าหมาย ครอบครัว,อาสาสมัครสาธารณสุข และคณะทำงานจำนวน ๖๐ คน

๖. สถานที่ ห้องประชุม โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน

๗. ระยะเวลาดำเนินการ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

OK

๘. กลวิธีดำเนินการ

๘.๑ ชั้นเตรียมการ

๘.๑.๑ จัดทำโครงการเพื่อขออนุมัติ

๘.๑.๒ ประสานทีมงานที่เกี่ยวข้อง

๘.๒ จัดทำแผนกิจกรรม

๘.๓ ชั้นดำเนินกิจกรรม โดยแบ่งเป็น ๓ กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ ๑ การอบรมเสริมสร้างทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสำหรับครอบครัวและอาสาสมัคร

สาธารณสุขจำนวน ๖๐ คน ระยะเวลา ๑ วัน เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔

กิจกรรมที่ ๒ จัดซื้อยาจิตเวช เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔

กิจกรรมที่ ๓ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีความเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบจำนวน ๔ คน

เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔

๙. วิเคราะห์ สรุป และประเมินโครงการ

๑๐. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถดูแลผู้ป่วยโรคจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

- ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิตกำเริบที่รุนแรงน้อยกว่า ๒ รายต่อปี

๑๑. ~~งบประมาณ~~ เบิกจากเงินบำรุงโรงพยาบาลบ้านธิ (รับโอนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

ได้จัดสรรงวดละ ๑๐,๐๐๐ บาท จำนวน ๒ งวด รวมทั้งหมด ๒๐,๐๐๐ บาท

กิจกรรมที่ ๑ การอบรมเสริมสร้างทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมีค่าใช้จ่ายดังนี้

- ค่าอาหารกลางวันจำนวน ๖๐ คน ๆ ละ ๖๐ บาท เป็นเงิน ๓,๖๐๐ บาท

- ค่าอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่มจำนวน ๖๐ คน จำนวน ๒ มื้อ ๆ ละ ๒๕ บาท เป็นเงิน ๓,๐๐๐ บาท

- ค่าตอบแทนวิทยากรบรรยายชั่วโมงละ ๖๐๐ บาท ๖ ชั่วโมง จำนวน ๑ คน เป็นเงิน ๓,๖๐๐ บาท

รวมเป็นจำนวนเงิน ๑๐,๒๐๐ บาท (~~หนึ่งหมื่นสองร้อยบาทถ้วน~~)

Or

กิจกรรมที่ ๒ จัดซื้อยาจิตเวช ดังมีรายการต่อไปนี้

รายการที่ ๑ ยา Risperidol ๑ มิลลิกรัม จำนวน ๖๐ เม็ดต่อกระป๋อง ราคา ๑๒๐ บาท/กระป๋อง

จำนวน ๑๙ กระป๋องเป็นเงิน ๒,๒๘๐ บาท

รายการที่ ๒ ยา Risperidol ๒ มิลลิกรัม จำนวน ๖๐ เม็ดต่อกระป๋อง ราคา ๒๐๐ บาท/กระป๋อง

จำนวน ๑๙ กระป๋องเป็นเงิน ๓,๘๐๐ บาท

รายการที่ ๓ ยา Haloperidol ๕๐ มิลลิกรัม ราคา ๖๓ บาท/หลอด

จำนวน ๔๐ หลอด เป็นเงิน ๒,๕๒๐ บาท

รายการที่ ๔ ยา Fluphenazine ๒๕ มิลลิกรัม ราคา ๒๙ บาท/หลอด

จำนวน ๔๐ หลอด เป็นเงิน ๑,๑๖๐ บาท

รวมเป็นจำนวนเงิน ๙,๗๖๐ บาท (เก้าพันเจ็ดร้อยหกสิบบาทถ้วน)

รวมทั้ง ๒ กิจกรรม เป็นจำนวนเงิน ๑๙,๘๖๐ บาท (หนึ่งหมื่นเก้าพันเก้าร้อยหกสิบบาทถ้วน)

หมายเหตุ : ค่าใช้จ่ายทั้งหมดสามารถถัวเฉลี่ยกันได้

กิจกรรมที่ ๓ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน (ไม่ได้ใช้งบประมาณ)

(ค่าใช้จ่ายบุคลากรให้ดำเนินการตามระเบียบกระทรวงการคลังเท่า ๑๙,๘๖๐ บาท)

ลงชื่อ

(นางฉวีวรรณ คำเวียงสา)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้เขียนโครงการ

ลงชื่อ

(นางสาวสุมิตรา ถานะสม)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

ลงชื่อ

(นางสมสกุล เกียรติอนันต์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ

ลงชื่อ

(นช.วิภา ทดตีตา)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน

โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอำเภอบ้านธิ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓

ตารางการอบรมเสริมสร้างทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

วันที่มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน

๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น. ลงทะเบียน

๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต และสิทธิผู้ป่วยจิตเวช

(โดยนางศรีไพร โปธา พยาบาลวิชาชีพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลำพูน)

๑๐.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. การเสริมสร้างสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

(โดยนางศรีไพร โปธา พยาบาลวิชาชีพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลำพูน)

๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. รับประทานอาหารกลางวัน

๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. การประเมินพฤติกรรมและอาการที่ผิดปกติทางจิต และแนวทางการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวช

(โดยนางศรีไพร โปธา พยาบาลวิชาชีพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลำพูน)

๑๖.๓๐ น. ปิดการประชุม



หมายเหตุ : รับประทานอาหารว่างระหว่างการประชุม



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน

ที่ ลพ. ๐๐๓๒.๓๐๒ / ๑๗๕

วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตเพิ่มแผนงานสุขภาพจิต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ

เนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดสรรเงินให้โรงพยาบาลบ้านธิ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน โดยจัดสรรเงินให้จำนวน ๒ งวด ๆ ละ ๑๐,๐๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท โดยให้ดำเนินการโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอำเภอบ้านธิ แต่เนื่องจากปีงบประมาณ ๒๕๖๓ เป็นช่วงการระบาดโรคโควิด ๑๙ ทำให้ระงับการดำเนินงานตามโครงการดังกล่าว และให้ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ภายในเดือนธันวาคม ๒๕๖๓ นั้น

ข้าพเจ้านางฉวีวรรณ คำเวียงสา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รับผิดชอบงาน
ปรึกษาและสุขภาพจิต กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านธิ จึงขออนุญาตบรรจุโครงการพัฒนาระบบการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอำเภอบ้านธิ แผนปีงบประมาณ ๒๕๖๓ เพิ่มในแผนปีงบประมาณ พ.ศ.
๒๕๖๔ เพื่อดำเนินการต่อไป และขณะนี้แผนงานโครงการของโรงพยาบาลบ้านธิอยู่ระหว่างการดำเนินการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการ

(นางฉวีวรรณ คำเวียงสา)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๑๗๕ / ๑๐๐๓๒.๓๐๒
๑๒ (๕) / ๑๑๐๐๖๖ / ๖๔ / ๑๗๕

- ททบ

- กำนัน

(นางสมตฤกษ์ เกียรติอนันต์)
ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

(นางสมตฤกษ์ เกียรติอนันต์)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ

สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่๑๓ชั้น๒-๔ ถนนแจ้งวัฒนะ อาคารรวมหน่วยงานราชการ (ตึก B)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๘๐พรรษาฯ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐

โทรศัพท์ (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๑๔๐๐๐ โทรสาร (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๓๕๗๓๐ www.nhso.go.th

ที่ สปสช. 2.17/(อ) ว.01381.....

วันที่ 27.05.2020.....


เรื่อง แจงโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรียน ผู้อำนวยการ / ผู้ประกอบกิจการ โรงพยาบาลบางริณ (.....0000011145.....)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบแสดงรายละเอียดการเบิกจ่ายเงินแยกรายการ เลขที่ ID No.091920200527.....

ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการ โอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้กับ
หน่วยงานของท่าน โดยมีจำนวนเงินและรายการ โอนเงินตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 รวมเป็นจำนวนเงิน
ทั้งสิ้น10,000.00..... บาท (.....หนึ่งหมื่นบาทถ้วน.....)
และ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร เลขที่015472513486.....
เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่27.05.2020..... ทั้งนี้ท่านสามารถตรวจสอบและทำการ Download รายละเอียดการ โอนเงิน
ตามรายการข้างต้นได้ที่ <http://www.nhso.go.th/> เลือกเมนู ->หน่วยบริการ -> NHSO Budget -> รายงานการจ่ายเงินกองทุน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และกรุณาตรวจสอบยอดเงินในบัญชีเงินฝากธนาคารของท่าน หากพบว่าไม่ถูกต้อง
ต้องกรุณาทักท้วงภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือฉบับนี้ มิฉะนั้นถือว่าเป็นรายการที่ถูกต้องครบถ้วน และเมื่อได้รับเงิน
โอนเรียบร้อยแล้ว โปรดส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไปด้วยจะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ


(นายการุณย์ คุณศิริานนท์)

รองเลขาธิการ

ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักการเงินและบัญชีกองทุน

โทร : 061-3989381/089-8700677

โทรสาร : 0-2143-9745

ผู้รับผิดชอบ : คุณหนึ่งฤทัย บุชาพิมพ์/คุณโยธิน อูระชั้น

หมายเหตุ

1. หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
2. หน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จและจัดเก็บใบเสร็จดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่าน เพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สตง.) เขาตรวจสอบต่อไป
3. กรณี อปท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้ สปสช. และหากได้รับเงิน "กองทุนการรักษาพยาบาลสิทธิ อปท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.
4. กรณีหน่วยงานเอกชน สปสช. จะจัดส่งหนังสือรับรองการหักภาษีให้ทางไปรษณีย์
5. กรณียอดเงินโอนไม่ถูกต้องและต้องการโอนเงินคืนให้กับ สปสช. โปรดแจ้งธนาคาร ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการโอนเงิน เนื่องจากเป็นการ โอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ

ถ้าเนาถูกต้อง

(นายสนั่น ครัวอดิ๊ง)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่๓ชั้น๒-๔ ถนนแจ้งวัฒนะ อาคารรวมหน่วยงานราชการ (ตึก B)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๕๐พรรษา แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐

โทรศัพท์ (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๑๔๐๐๐ โทรสาร (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๓๕๗๓๐ www.nhso.go.th

ใบแสดงรายละเอียดการโอนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของ

โรงพยาบาลบ้านธิ (0000011145)

ณ. วันที่ 27.05.2020 ID No. 0919

กองทุน	งวด	จำนวนเงินจัดสรร ในงวดนี้	บวก โอนคืนเงิน ที่ระดม	หัก ยอดเงินรอหักกลับ /หลักประกัน ในงวดนี้	หัก ยอดหนี้ ยกมา	หัก ภาษี ณ ที่จ่าย 1%	คงเหลือเงินโอน
ค่าบริการควบคุมป้องกันความรุนแรง ของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	จัดสรรหน่วยบริการประจำ	10,000.00	0.00				10,000.00
		10,000.00					10,000.00

หมายเหตุ

- หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
- หน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จและจัดเก็บใบเสร็จดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่านเพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สตง.) เข้าตรวจสอบต่อไป
- กรณี อปท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้ สปสช. และหากได้รับเงิน "กองทุนการศึกษาพยาบาลสิทธิ์ อปท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.
- กรณีหน่วยงานเอกชน สปสช. จะจัดส่งหนังสือรับรองการหักภาษีให้ทางไปรษณีย์
- กรณียอดเงิน โอนไม่ถูกต้องและต้องการ โอนเงินคืนให้ สปสช. โปรดแจ้งธนาคาร ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการ โอนเงิน เนื่องจากเป็นการ โอนเงินให้กับหน่วยงานสาธารณสุข (ครัวเรือน)

เลขที่เอกสารอ้างอิง 091920200527

ถ้าไม่ถูกต้อง

156



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่๑๓๓๒-๔ถนนแจ้งวัฒนะ อาคารรวมหน่วยงานราชการ (ตึก B)
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๘๐พรรษาฯ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐
โทรศัพท์ (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๔๔๐๐๐ โทรสาร (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๔๔๗๑๑๐ www.nhso.go.th

ที่ สปสช. 2.17/(อ) 2.00101.....

วันที่ 21.10.2020.....

เรื่อง แจ้งโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรียน ผู้อำนวยการ / ผู้ประกอบกิจการ โรงพยาบาลบ้านธิ (.....0000011145.....)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบแสดงรายละเอียดการเบิกจ่ายเงินแยกรายการ เลขที่ ID No.170820201021.....

ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการ โอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้กับ
หน่วยงานของท่าน โดยมีจำนวนเงินและรายการ โอนเงินตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 รวมเป็นจำนวนเงิน
ทั้งสิ้น 10,000.00 บาท (.....หนึ่งหมื่นบาทถ้วน.....)
และโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร เลขที่ 015472513486.....
เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 21.10.2020 ทั้งนี้ท่านสามารถตรวจสอบและทำการ Download รายละเอียดการโอนเงิน
ตามรายการข้างต้น ได้ที่ <http://www.nhso.go.th/> เลือกเมนู -> หน่วยงานบริการ -> NHSO Budget -> รายงานการจ่ายเงินกองทุน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และกรุณาตรวจสอบยอดเงินในบัญชีเงินฝากธนาคารของท่าน หากพบว่ามีรายการที่ไม่ถูก
ต้องกรุณาหักทวงภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือฉบับนี้ มิฉะนั้นถือว่าเป็นรายการที่ต้องครบถ้วน และเมื่อได้รับเงิน
โอนเรียบร้อยแล้วโปรดส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไปด้วยจะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายเจด็จ ธรรมธัชอารี)

รองเลขาธิการ

ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักการเงินและบัญชีกองทุน
โทร : 061-3989381/089-8700677
โทรสาร : 0-2143-9745

ผู้รับผิดชอบ : คุณหนึ่งฤทัย บูชาพิมพ์/คุณ โยธิน อูระชั้น

หมายเหตุ

1. หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
2. หน่วยงานภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จและจัดเก็บใบเสร็จดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่าน เพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สตง.) เขาคตรวจสอบต่อไป
3. กรณี อปท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้ สปสช. และหากได้รับเงิน "กองทุนคารักสุขภาพบาลสิทธิ์ อปท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.
4. กรณีหน่วยงานเอกชน สปสช. จะจัดส่งหนังสือรับรองการหักภาษีให้ทางไปรษณีย์
5. กรณียอดเงินโอนไม่ถูกต้องและต้องการ โอนเงินคืนให้กับ สปสช. โปรดแจ้งธนาคาร ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการโอนเงิน เนื่องจากเป็นการโอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ

ถ้าไม่ถูกต้อง
(นายอนันต์ ครัวอืดเถิง)
เลขาธิการสาธารณสุขจังหวัด...



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่๓ชั้น๒-๔ถนนแจ้งวัฒนะ อาคารรวมหน่วยงานราชการ (ตึก B)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๘๐พรรษาฯ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐

โทรศัพท์ (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๑๔๐๐๐ โทรสาร (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๓๕๗๓๐ www.nhso.go.th

ใบแสดงรายละเอียดการ โอนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของ

โรงพยาบาลบ้านธิ (0000011145)

ณ. วันที่ 21.10.2020 ID No. 1708

กองทุน	งวด	จำนวนเงินจัดสรร ในงวดนี้	บวก โอนคืนเงิน ที่ระดม	หัก ยอดเงินรอหักลบ /หลักประกัน ในงวดนี้	หัก ยอดหนี้ ยกมา	หัก ภาษี ณ ที่จ่าย 1%	คงเหลือเงินโอน
ค่าบริการควบคุมป้องกันความรุนแรง ของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	จัดสรรหน่วยบริการ ประจำปีรอบ 2	10,000.00	0.00				10,000.00
		10,000.00					10,000.00

หมายเหตุ

- หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
- หน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จและจัดเก็บใบเสร็จดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่านเพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สตง.) เฝ้าตรวจสอบต่อไป
- กรณี อปท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้ สปสข. และหากได้รับเงิน "กองทุนคาร์ดิโอฟายาลสิริ อปท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสข.
- กรณีหน่วยงานเอกชน สปสข. จะจัดส่งหนังสือรับรองการหักภาษีให้ทางไปรษณีย์
- กรณียอดเงินโอนไม่ถูกต้องและต้องการโอนเงินคืนให้ สปสข. โปรดแจ้งธนาคาร ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการโอนเงิน เนื่องจากเป็นการโอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ (นาอมันต์ ศรีวิจิตร)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่เอกสารอ้างอิง 170820201921 หมู่ 1/1

ถ้าหากถูกต้อง