



ที่ สธ ๐๒๔๑/ ว ๙๔

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕
อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ๗๐๐๐๐

๒ มีนาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเชิญประชุมคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๕ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๙

เรียน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๕ สาธารณสุขนิเทศก์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
ทุกจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๕ ผู้อำนวยการ
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดราชบุรี ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลท่ามาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ ๑๙ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
เมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) สาธารณสุขอำเภอเมืองกาญจนบุรี สาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรสาคร
หัวหน้าสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ จังหวัดสุพรรณบุรี หัวหน้าสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) และหัวหน้ากลุ่มตรวจ
ราชการ เขตสุขภาพที่ ๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ระเบียบวาระการประชุมฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุมฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕ ได้ประชุมคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๕ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๘
เมื่อวันพฤหัสบดีที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๘.๓๐ น. ณ ห้องประชุมรามเกียรติ์
อาคารอิศรสุนทร ชั้น ๗ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม นั้น

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕ ขอเชิญ ท่านและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมประชุมคณะกรรมการ
เขตสุขภาพที่ ๕ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๙ ในวันพฤหัสบดีที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๗.๓๐ น.
ณ ห้องประชุมแผนสิริเวชชะพันธ์ อาคารอำนวยการ ชั้น ๓ โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา อำเภอเมือง
จังหวัดกาญจนบุรี และโปรดส่งแบบตอบรับการเข้าร่วมประชุมไปยังสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕ ทางโทรสาร
หมายเลข ๐ ๓๒๓๒ ๓๐๑๕ ภายในวันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๕๙ ทั้งนี้ โดยเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ
จากต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเข้าร่วมประชุม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายนิรันดร์รัชต์ พิชญคามินทร์)
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕

กลุ่มอำนวยการ

โทร. ๐ ๓๒๓๒ ๓๐๑๔

โทรสาร ๐ ๓๒๓๒ ๓๐๑๕

ผู้ประสาน : คุณปธิพรศรี ชัยวิรัช โทร ๐๙ ๘๒๕๙ ๒๑๐๔



(สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑)

ร่าง

ระเบียบวาระการประชุม

คณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๕ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๙

วันพฤหัสบดีที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๗.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมแผนสิริเวชชะพันธ์ อาคารอำนวยการ ชั้น ๓
โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

วาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งให้ทราบ

-

วาระที่ ๒ เรื่องรับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๕ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๙
เมื่อวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๘.๓๐ น. ณ ห้องประชุมรามเกียรติ์
อาคารอิศรสุนทร ชั้น ๗ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า อำเภอเมือง
จังหวัดสมุทรสงคราม

โดย นพ.นรินทร์รัชต์ พิษณุคามินทร์ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕

วาระที่ ๓ เรื่องติดตาม

๓.๑ รายงานสถานการณ์งบประมาณ ปี ๒๕๕๙

โดย คณะทำงานติดตามงบประมาณ

๓.๒ ติดตามสถานการณ์โรคไข้เลือดออก

โดย คณะทำงานพัฒนาระบบควบคุมโรคติดต่อ เขตสุขภาพที่ ๕

๓.๓ ติดตามการดำเนินงาน Service Plan

ทุกสาขานำเสนอเป้าหมาย – แนวทางการทำงานใน ๓ ไตรมาสที่เหลือ

โดย คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๕

๓.๕ การสรรหาเจ้าหน้าที่ ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมาช่วยทำงานที่สำนักงานเขต

โดย นพ.ธีรพล โดพันธานนท์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

วาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา

๔.๑ แนวทาง - วิธีคิด การจัดสรรเงิน fixed cost ในระดับ CUP สำหรับ รพ.สต. ของ 8
จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๕

โดย นพ.ธีรพล โดพันธานนท์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข/
นพ.อนุกุล ไทยถนอม นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลมะการักษ์

๔.๒ เสนอ (ร่าง) โครงการที่ผ่านการพิจารณาใช้งบ UC : PPA (๒ บาท) ในการดูแล
สุขภาพประชาชน

โดย นางอมรรัตน์ ลี้มจิตสมบุญ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕

วาระที่ ๕ เรื่องเพื่อทราบ

๕.๓ แบบฟอร์มรายงาน PA และการรายงาน PA รอบ ๖ เดือน

โดย นางอมรรัตน์ ลี้มจิตสมบุญ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๕

วาระที่ ๖ เรื่องอื่น

-



(สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒)

แบบตอบรับเข้าร่วมการประชุม
คณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๕ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๙
วันพฤหัสบดีที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๗.๓๐ น.
ณ ห้องประชุมแผนสิริเวชชะพันธ์ อาคารอำนวยการ ชั้น ๓
โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

หน่วยงาน..... จังหวัด.....

๑. คณะกรรมการ (นพ.สสจ./ผอ.สถาบันกัลยาฯ/ผอ.รพศ./รพท./รพ.เมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง)/

ผอ.รพ.ส่งเสริมสุขภาพ (ราชบุรี)/ ผู้แทนผอ.รพช./สสอ./สอ.เฉลิมพระเกียรติฯ

ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....

() เข้าร่วมประชุมได้ () ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้

โดยมอบให้ตำแหน่งเข้าร่วมประชุมแทน

๒. ผู้เข้าร่วมประชุม

๒.๑ ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....

๒.๒ ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....

๒.๓ ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....

๒.๔ ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....

๒.๕ ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....

ลงชื่อ ผู้แจ้งข้อมูล(เขียนตัวบรรจง)

โทรศัพท์.....วันที่.....

โปรดส่งแบบตอบรับไปที่ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕
ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๓๒๓๒ ๓๐๑๕ ภายในวันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๕๙