



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน โทร. ๐ ๒๕๒๑ ๖๕๕๐ ต่อ ๓๐๓

ที่ สธ ๐๙๓๕.๐๒/ ๖ ๕๒๕

วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลรายงานผลการปฏิบัติงานประกอบการเบิกจ่ายค่าตอบแทน (P4P)

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

เรียน รองผู้อำนวยการสถาบันฯ / ที่ปรึกษาสถาบันฯ / หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน

ด้วยกรมอนามัย โดยคณะกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้หน่วยบริการ สังกัดกรมอนามัย ตามคำสั่งกรมอนามัย ที่ ๗๗๘/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๒ ได้กำหนดให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสังกัด กรมอนามัย ที่มีสิทธิได้รับค่าตอบแทนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงิน ค่าตอบแทนแบบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงิน ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๔ (ฉบับที่ ๑๒) พ.ศ.๒๕๕๙ จัดทำข้อมูลบันทึกผลการปฏิบัติงาน ในแต่ละวัน สรุปเป็นรายงานประจำเดือน เพื่อทราบปริมาณงานที่ทำได้เกินกว่าค่าประกันขั้นต่ำ แต่ละกลุ่มรายวิชาชีพ

ในการนี้ คณะทำงานพิจารณาค่าคะแนนผลการปฏิบัติงานและพัฒนาระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานของแต่ละวิชาชีพ สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ได้ประชุมคณะทำงานฯ เมื่อวันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๓ พิจารณารายละเอียดกิจกรรม คะแนนประกันขั้นต่ำ ปริมาณงาน สำหรับเป็นแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลรายงานผลการปฏิบัติงานประกอบการเบิกจ่ายค่าตอบแทน (P4P) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๓ สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ขอแจ้งให้ข้าราชการและเจ้าหน้าที่บันทึกและรับรองข้อมูล ผลการปฏิบัติงาน โดยดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ Web site หน่วยงาน หัวข้อ ดาวน์โหลดเอกสาร เลือกกลุ่มงานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน หัวข้อ HRM หรือ <https://qr.go.page.link/Wmk๘X> หรือ QR Code ที่แนบมาท้ายหนังสือฉบับนี้ ทั้งนี้ ขอความร่วมมือท่านและบุคลากรทุกกลุ่มงาน โปรดศึกษารายละเอียดแบบฟอร์มแต่ละประเภทตำแหน่ง ตามกลุ่มวิชาชีพตามที่กำหนด (เอกสารแนบ ๑) และจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานในแต่ละเดือน ไปยังกลุ่มงานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน ตามระยะเวลาที่กำหนด (เอกสารแนบ ๒) เพื่อรวบรวมเอกสารเสนอผู้บริหารและคณะทำงานฯ พิจารณาประกอบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนฯ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการตามระยะเวลาที่กำหนดต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นายเกษม เวชสุทธานนท์)

ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง



QR Code แบบฟอร์มบันทึกผลงาน

ตารางกำหนดส่งรายงานผลการปฏิบัติงานผู้ที่มีสิทธิได้รับค่าตอบแทนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินค่าตอบแทนแบบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงิน ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๔ (ฉบับที่ ๑๒) พ.ศ.๒๕๕๙ ในแต่ละเดือน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับ	เดือน	กำหนดส่ง
๑	ตุลาคม ๒๕๖๓	๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓
๒	พฤศจิกายน ๒๕๖๓	๘ ธันวาคม ๒๕๖๓
๓	ธันวาคม ๒๕๖๓	๖ มกราคม ๒๕๖๔
๔	มกราคม ๒๕๖๔	๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔
๕	กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔	๕ มีนาคม ๒๕๖๔
๖	มีนาคม ๒๕๖๔	๗ เมษายน ๒๕๖๔
๗	เมษายน ๒๕๖๔	๖ พฤษภาคม ๒๕๖๔
๘	พฤษภาคม ๒๕๖๔	๔ มิถุนายน ๒๕๖๔
๙	มิถุนายน ๒๕๖๔	๖ กรกฎาคม ๒๕๖๔
๑๐	กรกฎาคม ๒๕๖๔	๕ สิงหาคม ๒๕๖๔
๑๑	สิงหาคม ๒๕๖๔	๖ กันยายน ๒๕๖๔
๑๒	กันยายน ๒๕๖๔	๕ ตุลาคม ๒๕๖๔

หมายเหตุ กรุณาจัดส่งข้อมูลตามแบบฟอร์มที่กำหนดไปยังกลุ่มงานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน ดาวันโหนดเอกสารได้ที่ Web site หน่วยงาน หัวข้อ ดาวันโหนดเอกสาร เลือกกลุ่มงานพัฒนาองค์กรและ ขับเคลื่อนกำลังคน หัวข้อ HRM หรือ <https://qrgo.page.link/Wmk๘X>

หรือ QR Code 