**แบบสำรวจค่าใช้จ่ายสาธารณูปโภคของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**

**โรงพยาบาล………………………………………………………………..จังหวัด………………………………………………..ขนาด…………………….เตียง**

**ระดับ (Service Plan)……………………………………….…………….**

**1.ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อหน่วยงาน..........................................................................................................................................

ชื่อ – สกุล (ผู้รับผิดชอบหรือผู้ประสานงาน)……………………………………………………………………………....

ที่อยู่.......................................................................................................................................................

หมายเลขโทรศัพท์................................... หมายเลขโทรศัพท์มือถือ......................................................

หมายเลขโทรสาร.....................................อีเมลล์………………………………………………………………….........

**2. พลังงานไฟฟ้า**

**2.1 ปริมาณการใช้พลังงานไฟฟ้า (หน่วย/ปี)**

1.1 ปีงบประมาณ 2560....................... หน่วย/ปี

1.2 ปีงบประมาณ 2561...................... หน่วย/ปี

1.3 ปีงบประมาณ 2562....................... หน่วย/ปี

**2.2 ปริมาณการใช้พลังงานไฟฟ้าที่ผ่านมาปี 2562**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **เดือน** | **ปริมาณการใช้พลังงาน (หน่วย/เดือน)** | **หมายเหตุ** |
| มกราคม |  |  |
| กุมภาพันธ์ |  |  |
| มีนาคม |  |  |
| เมษายน |  |  |
| พฤษภาคม |  |  |
| มิถุนายน |  |  |
| กรกฎาคม |  |  |
| สิงหาคม |  |  |
| กันยายน |  |  |
| ตุลาคม |  |  |
| พฤศจิกายน |  |  |
| ธันวาคม |  |  |

**2.3 ค่าใช้จ่ายพลังงานไฟฟ้า (บาท/ปี)**

1. ปีงบประมาณ 2560....................... บาท/ปี

2. ปีงบประมาณ 2561....................... บาท/ปี

3. ปีงบประมาณ 2562........................ บาท/ปี

**2.4 แหล่งที่มาของพลังงานไฟฟ้า**

* การไฟฟ้านครหลวง
* การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค
* พลังงานทดแทน
* แสงอาทิตย์
* น้ำ
* ชีวมวล
* อื่นๆ………………………………….
* น้ำมัน .................................. บาท/ปี

**2.5 มาตรการการประหยัดพลังงานหรือลดการใช้พลังงาน**

* มี
* ไม่มี

**2.6 จากข้อ 2.5 (ถ้ามี)**

**2.6.1 มาตรการการประหยัดหรือลดการใช้พลังงานในระยะสั้น (ถ้ามีรูปประกอบมาตรการ กรุณาแนบมาด้วย)**

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

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

**2.6.2 มาตรการการประหยัดหรือลดการใช้พลังงานในระยะยาว**

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

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

**2.7 เป้าหมาย** (ถ้ามี)

ปีงบประมาณ 2560 ปริมาณไฟฟ้าที่ลดลง ...................... หน่วย/ปี ค่าใช้จ่ายที่ลดลง ........................ บาท/ปี

ปีงบประมาณ 2561 ปริมาณไฟฟ้าที่ลดลง ...................... หน่วย/ปี ค่าใช้จ่ายที่ลดลง ........................ บาท/ปี

ปีงบประมาณ 2562 ปริมาณไฟฟ้าที่ลดลง ...................... หน่วย/ปี ค่าใช้จ่ายที่ลดลง ........................ บาท/ปี

**2.8 ผลการดำเนินการ**

* ปีงบประมาณ 2560 ร้อยละเทียบเป้าหมาย ....... % ปริมาณไฟฟ้าที่ลดลง ..................... หน่วย/ปี

ค่าใช้จ่ายที่ลดลง.......................... บาท/ปี

* ปีงบประมาณ 2561 ร้อยละเทียบเป้าหมาย ....... % ปริมาณไฟฟ้าที่ลดลง ..................... หน่วย/ปี

ค่าใช้จ่ายที่ลดลง.......................... บาท/ปี

* ปีงบประมาณ 2562 ร้อยละเทียบเป้าหมาย ....... % ปริมาณไฟฟ้าที่ลดลง ..................... หน่วย/ปี

ค่าใช้จ่ายที่ลดลง.......................... บาท/ปี

**3. ระบบน้ำใช้**

3.1 ปริมาณการใช้น้ำ (ลูกบาศก์เมตร/ปี)

1.1 ปีงบประมาณ 2560....................... ลูกบาศก์เมตร/ปี

1.2 ปีงบประมาณ 2561...................... ลูกบาศก์เมตร/ปี

1.3 ปีงบประมาณ 2562....................... ลูกบาศก์เมตร/ปี

**3.2 ปริมาณการใช้น้ำที่ผ่านมาปี 2562**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **เดือน** | **ปริมาณน้ำใช้ (ลูกบาศก์เมตร/เดือน)** | **หมายเหตุ** |
| มกราคม |  |  |
| กุมภาพันธ์ |  |  |
| มีนาคม |  |  |
| เมษายน |  |  |
| พฤษภาคม |  |  |
| มิถุนายน |  |  |
| กรกฎาคม |  |  |
| สิงหาคม |  |  |
| กันยายน |  |  |
| ตุลาคม |  |  |
| พฤศจิกายน |  |  |
| ธันวาคม |  |  |

**3.3 แหล่งที่มาของน้ำใช้ในโรงพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

* ระบบการประปาส่วนภูมิภาค
* ระบบประปาโรงพยาบาล
* ระบบประปาเทศบาล/หมู่บ้าน
* อื่นๆ ระบุ………………………………………………..

**3.4 กรณีที่ใช้ระบบประปาของโรงพยาบาลใช้น้ำจากแหล่งน้ำใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

* ใช้แหล่งน้ำจากบ่อบาดาล (น้ำใต้ดิน)
* ใช้แหล่งน้ำผิวดิน
* อื่นๆ ระบุ…………………………………………

**3.5 การสำรองน้ำของระบบน้ำใช้ (ถัง/บ่อเก็บน้ำใช้)**

* ไม่มี
* มี ระบุ (ขนาดของถังสำรองน้ำใช้)…………………………………………..

**3.6 ประสบปัญหาภัยแล้ง/ขาดแคลนน้ำ**

* ไม่มี
* มี ระบุ (ช่วงเดือนและระยะเวลาที่ประสบปัญหา)…………………………………………..

**3.7 จากข้อ 3.6 (ถ้ามี) ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานใด/มาตรการในการแก้ไข**

* หน่วยงานที่ช่วยเหลือ……………………………………………………………………………………………………………….
* มาตรการในการแก้ไข…………………………………………………………………………………………………………………

**3.8 มาตรการการประหยัดน้ำหรือลดการใช้น้ำ**

* มี
* ไม่มี

**3.9 จากข้อ 3.8 (ถ้ามี)**

3.9.1 มาตรการการประหยัดหรือลดการใช้น้ำในระยะสั้น

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

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

3.9.2 มาตรการการประหยัดหรือลดการใช้น้ำในระยะยาว

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

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

**3.9 เป้าหมาย** (ถ้ามี)

ปีงบประมาณ 2560 ปริมาณน้ำใช้ที่ลดลง ...................... ลูกบาศก์เมตร/ปี ค่าใช้จ่ายที่ลดลง ........................ บาท/ปี

ปีงบประมาณ 2561 ปริมาณน้ำใช้ที่ลดลง ...................... ลูกบาศก์เมตร/ปี ค่าใช้จ่ายที่ลดลง ........................ บาท/ปี

ปีงบประมาณ 2562 ปริมาณไฟฟ้าที่ลดลง ...................... ลูกบาศก์เมตร/ปี ค่าใช้จ่ายที่ลดลง ........................ บาท/ปี

**3.10 ผลการดำเนินการ**

* ปีงบประมาณ 2560 ร้อยละเทียบเป้าหมาย ....... % ปริมาณน้ำใช้ที่ลดลง ..................... หน่วย/ปี

ค่าใช้จ่ายที่ลดลง.......................... บาท/ปี

* ปีงบประมาณ 2561 ร้อยละเทียบเป้าหมาย ....... % ปริมาณน้ำใช้ที่ลดลง ..................... หน่วย/ปี

ค่าใช้จ่ายที่ลดลง.......................... บาท/ปี

* ปีงบประมาณ 2562 ร้อยละเทียบเป้าหมาย ....... % ปริมาณน้ำใช้ที่ลดลง ..................... หน่วย/ปี

ค่าใช้จ่ายที่ลดลง.......................... บาท/ปี

**หมายเหตุ** : สามารถดาวน์โหลดแบบสำรวจได้ที่เว็ปไซต์กองบริหารการสาธารณสุข

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กองบริหารการสาธารณสุข

โทรศัพท์ 02-590-1635

**\* \*กรุณาส่งข้อมูลตอบกลับภายในวันที่ 31 มกราคม 2563 \* \***

**ส่งแบบสำรวจกลับมาที่ อีเมล์** **env.moph@gmail.com**

**ในรูปแบบของไฟล์ word หรือ pdf หรือสแกนไฟล์ส่ง**