

ด่วนที่สุด

ที่ นศ ๐๐๒๓.๖/ว ๒๖๕๕



ถึง ที่ทำการองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช สำนักงานเทศบาลนครศรีธรรมราช
และสำนักงานเทศบาลเมืองปากพูน

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นแจ้งว่า คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในการประชุมคณะอนุกรรมการฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบแนวทางในการพัฒนาระดับการให้บริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งกรมบัญชีกลางได้จัดทำแนวปฏิบัติ การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยให้ใช้งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิการรับบริการ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ยกเลิกเครื่อง EDC) ตั้งแต่วันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป โดยที่ประชุมเห็นชอบการจัดสรรโควตานำร่อง หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมด้านการเชื่อมต่อระบบ เพื่อใช้งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิ เมื่อสิ้นสุดการรับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๕๐๐ แห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยเริ่มตั้งแต่เมษายน ๒๕๖๔ จำนวน ๑๐๐ แห่ง และเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๖๔ จำนวน ๔๐๐ แห่ง เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ข้าราชการ และบุคคลในครอบครัวในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

ในการนี้ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการยกระดับการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่มีความสนใจขอเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาพยาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิแก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว จึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดที่มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการดังกล่าวตอบแบบสำรวจและจัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้อง ให้สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งทางเอกสารและทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ local6.nakhon@gmail.com ภายในวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๔ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้



สำนักงานท้องถิ่นจังหวัด

กลุ่มงานบริการสาธารณสุขท้องถิ่นและประสานงานท้องถิ่นอำเภอ

โทร. ๐ ๗๕๓๕ ๖๑๔๔ ต่อ ๓๑

ด่วนที่สุด

ที่ มท ๐๘๒๑.๔/ว ๐๕๖๕



กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ถนนนครราชสีมาใช้ตัดสี่ทาง: ๒๐๓๐๐

มีนาคม ๒๕๖๙

๑๗ มี.ย. ๒๕๖๙

เรื่อง แบบสำรวจแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการขอการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วย

บริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสำรวจแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการขอการเบิกจ่ายตรง

๒. เอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบการเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรง ฯ

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับแจ้งจากคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิว่า ในการประชุมคณะอนุกรรมการฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ ที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบแนวทางในการพัฒนาระดับการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งกรมบัญชีกลางได้จัดทำแนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยให้ใช้ งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิการรับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ยกเลิกเครื่อง EDC) ตั้งแต่วันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๙ เป็นต้นไป โดยที่ประชุมเห็นชอบการจัดสรรโควตานำร่อง หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมด้านการเชื่อมต่อระบบเพื่อใช้งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิ เมื่อสิ้นสุดการรับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๕๐๐ แห่ง ในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขและสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยเริ่มตั้งแต่เมษายน ๒๕๖๙ จำนวน ๑๐๐ แห่ง และเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๖๙ จำนวน ๔๐๐ แห่ง เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ข้าราชการ และบุคคลในครอบครัวในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นพิจารณาแล้วเห็นว่า เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการยกระดับ การให้บริการของสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่มีความสนใจขอเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิแก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว ในการนี้ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ขอความร่วมมือจังหวัดแจ้งสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดดำเนินการ ดังนี้

๑. แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขและมีความประสงค์เข้าร่วม โครงการดังกล่าวตอบแบบสำรวจและจัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

๒. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารตามข้อ ๑ และรวบรวมให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบทางเอกสารและทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ smart.hdla@gmail.com ภายในวันศุกร์ที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๙ ทั้งนี้ มอบหมายให้ นายธนวรรต ยี่คว่ำ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๓๕๓๖ ๕๑๔๔ เป็นผู้ประสานงาน โดยสามารถดาวน์โหลดรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วยหรือ QR Code แนบท้ายหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(นายศิริพันธ์ ศรีกงพลี)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น



<https://shorturl.asia/qN2Qk>

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมท้องถิ่น

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ smart.hdla@gmail.com

โทร. ๐ ๒๒๔๑ ๙๐๐๐ ต่อ ๕๔๐๕

ผู้ประสาน นางสาวภัชรจิรสม ธัชเมฆรัตน์/นางสาวแสงระวี สวัสดิ์บุตร

นายธนวรรต ยี่คว่ำ โทร ๐๘ ๓๕๓๖ ๕๑๔๔

หน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประสงค์เข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรง (กรณีบัญชีกลาง)

สวัสดิการการรักษาท้องพยาบาลและเครื่องอำนวยความสะดวกของหน่วยบริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ชื่อ - สกุล ผู้รับผิดชอบ ตำแหน่ง เบอร์โทรศัพท์

[illegible]

สำเนาสมุดเลขที่บัญชีเงินฝากออมทรัพย์

หรือ

สำเนา Statement เลขที่บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน

ของโรงพยาบาล

รับรองสำเนาถูกต้อง

แล้วประทับตราโรงพยาบาลด้วย

กรณีมีปัญหาในการกรอกตาราง Vendor Code หรือลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ติดต่อสอบถาม กลุ่มงานกำกับและตรวจสอบระบบสวัสดิการรักษายาบาล โทร. ๐๒ ๓๒๗ ๗๓๔๙ ,

๐๒ ๑๒๗ ๗๔๐๐

ตัวอย่างลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

.....(ลายมือชื่อ).....

(.....ชื่อตัวบรรจง.....)

.....ตำแหน่ง.....

๓
๒
๑
๕

แล้วประทับตราโรงพยาบาลด้วย

กรณีมีปัญหาในการกรอกรายการ Vendor Code หรือลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ติดต่อสอบถาม กลุ่มงานกำกับและตรวจสอบระบบสวัสดิการรักษายาบาล โทร. ๐๒ ๑๒๗ ๗๓๔๙ ,

๐๒ ๑๒๗ ๗๔๐๐

ตัวอย่าง ข้อมูลหลักผู้ขาย (vendor code)

- กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ยกเว้น ข้อ (1) (3) (4) (7) ไม่ต้องกรอกข้อมูล และหากข้อใดไม่มีข้อมูล เช่น ขอย ให้ระบุ -
- uhcode ระบุรหัสหน่วยบริการ
- โปรดตรวจสอบตัวเลขเพื่อให้ถูกต้อง

ตารางข้อมูลและเชื่อมโยงกับแผนกพยาบาลเพื่อจัดทำข้อมูลหลักผู้ขาย (Vendor Code)		
	(๗)	(๘)
	ข้อมูลบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ขาย	ข้อมูลที่อยู่ผู้ขาย
	ชื่อบัญชีเงินฝาก (ภาษาอังกฤษ)	Kor Subdistrict Health Promoting Hospital
	ชื่อบัญชีเงินฝาก (ภาษาไทย)	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก
	หมายเลขบัญชีธนาคาร	142-0-00000-0
	สาขา	กระทรวงสาธารณสุข
	ชื่อธนาคาร	กรุงไทย
	รหัสธนาคาร	142
	E-mail สถานพยาบาล	plan.primarycare@gmail.com
	หมายเลขเคย์	
	หมายเลขแฟกซ์	02-590-1938
	หมายเลขตู้	
	หมายเลขโทรศัพท์	02-590-1939
	รหัสไปรษณีย์	11000
	จังหวัด	นนทบุรี
	อำเภอ	เมือง
	ตำบล	ตลาดขวัญ
	เขต	
	ถนน	สีวานนท์
	บ้านเลขที่	88/20
	อาคาร/ชั้น	อาคาร 5 ชั้น 8
(๓)	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี	
(๖)	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาอังกฤษ)	Kor Subdistrict Health Promoting Hospital
(๘)	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาไทย)	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก
(๙)	ประเภทผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)	
(๑๐)	รหัสผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)	
(๒)	uhcode (รหัส รพ.)	00000
(๑)	ลำดับที่	1



รหัสสาขา 142

142-0-000000-0

สาขา กระบองสารชลลพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก



สำนักงานต้อง

ลายเซ็น

(นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก

ประทับตรา
รพ. สด.

ตัวอย่าง ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ลายเซ็น

(นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก

ประทับตรา
รพ. สด.

แบบที่ 1 กรณีให้ผู้มีอำนาจลงนาม 1 คน

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

1. นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก
หรือ

2. นายสำรอง นามสมมติ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ลายเซ็น

(นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก

หรือ

ลายเซ็น

(นายสำรอง นามสมมติ)
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ประทับตรา
รพ. สด.

แบบที่ 2 หากประสงค์ให้ลงนามทั้ง 2 ท่านให้เขียนว่า "และ"
เช่น นาย ก. และ นาย ข. แต่ถ้าคนใดคนหนึ่ง ใช้ "หรือ"
โดยเซ็นมาในใบเดียวกัน