



R8WAY
MOPH

วาระที่ 5.3 หลักเกณฑ์การใช้จ่ายเงินบริจาคโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่าย อุปถัมภ์กักกันสุขภาพ ของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 8

เสนอที่ประชุมคณะกรรมการบริหารจัดการและพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลัง ระดับเขต
ครั้งที่ 6/2564 วันที่ 14 มิถุนายน 2564 เวลา 09.00 น.
ประชุมผ่านระบบ VDO Conference Zoom

โครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการอุปถัมภ์รักษาพยาบาล ใน 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ





เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่าย กรณีที่มีส่วนเกินและจำเป็น ที่ไม่สามารถเบิกจ่ายได้จากราชการได้

- กลุ่มเป้าหมาย คือ ภูมิภาคอาหารที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 – 13
- เริ่มต้นด้วยการเปิดบัญชี “เงินบริจาคอุปัฏฐากภูมิภาคอาหารทั่วประเทศ ซึ่งเป็นเงินบริจาคในการอุปัฏฐากภูมิภาคอาหารทั่วประเทศ
- แบ่งงบประมาณในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินสิทธิแต่ละเขตสุขภาพตามจำนวนภูมิภาคในแต่ละเขตสุขภาพ

ขนาด	จำนวนมิถุ-สามเณร ที่มีหลักประกันสุขภาพ	จำนวนเขต สุขภาพ	จำนวนเงิน	รวมเป็นเงิน
ขนาดเล็ก (S)	น้อยกว่า 10,000 รฐ	4	500,000 บาท	2,000,000 บาท
ขนาดกลาง (M)	10,000 – 15,000 รฐ	4	800,000 บาท	3,200,000 บาท
ขนาดใหญ่ (L)	มากกว่า 15,000 รฐ	5	1,000,000 บาท	5,000,000 บาท



ค่ารักษาที่สามารถเบิกจากกองทุนอุปถัมภ์จากภิกษุอาพาธทั่วประเทศ

- ❖ ค่ารักษาในส่วนที่เกินสิทธิ
- ❖ ค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
- ❖ ค่าอุปกรณ์อวัยวะเทียม
- ❖ ค่าฟันปลอม/รากฟันเทียม
- ❖ ค่าห้องปฏิบัติการที่เบิกไม่ได้
- ❖ ค่าตรวจ MRI
- ❖ ค่าเครื่องช่วยฟัง
- ❖ ค่าเลนส์สายตา
- ❖ ค่าวัคซีน
- ❖ ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นและอื่นๆ

เป็นค่ารักษาพยาบาล ค่ายาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ที่ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ตามสิทธิได้ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :

ค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเบิกได้ ได้แก่ ค่าห้องพิเศษ ค่าพยาบาลไข้ใช้พิเศษ





หลักฐานในการส่งเบิก

1

หนังสือขอเบิกค่าชดเชยจากต้นสังกัด

2

หลักฐานแสดงสิทธิการรักษาพยาบาล จาก สปสช.(สิทธิย่อยเป็นภิกษุ-สามเณร (ท76))

3

หนังสือสุทธิ/หรือหนังสือรับรองจากเจ้าอาวาสหรือบัตรประชาชน(ระบุว่าเป็นภิกษุ-สามเณร)

4

รายงานสรุปยอดการโอนเงิน Statement ของ สปสช.

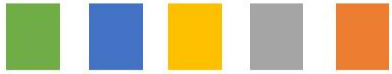
5

แบบรายการค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (แบบ นค.1)

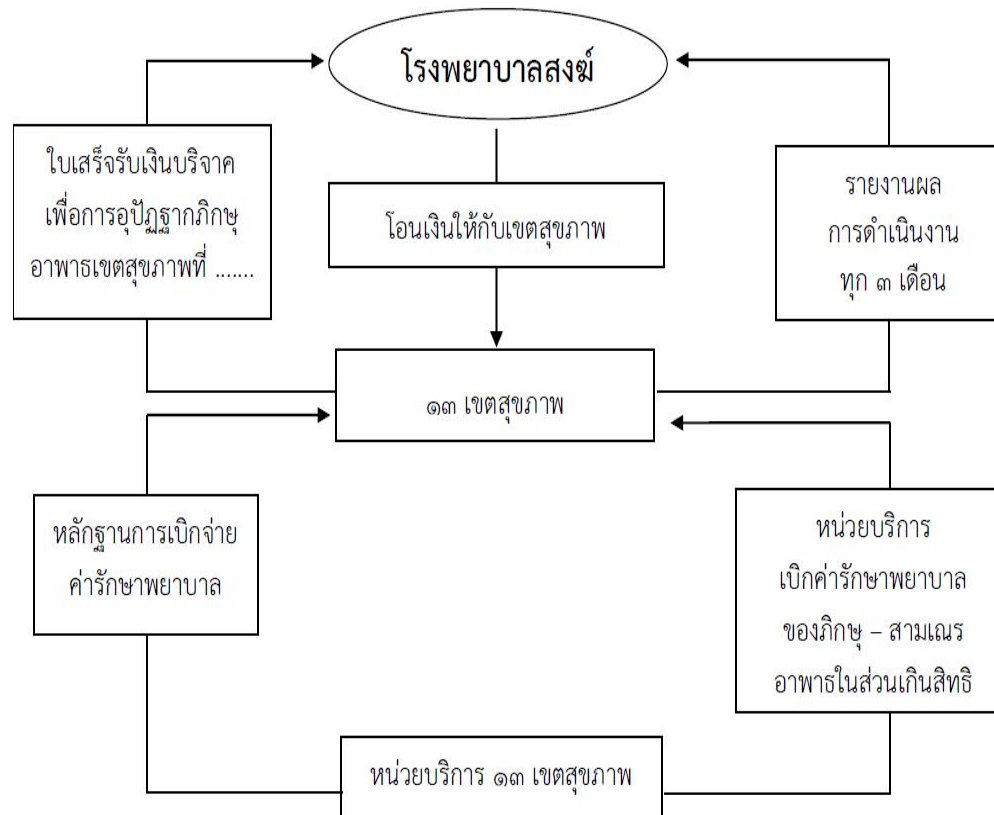
และรายการสรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (แบบ นค.2) สำหรับกรณีข้ามเขต

ทั้งนี้ ให้เก็บหลักฐานไว้ที่เขต
สุขภาพเพื่อรับการตรวจสอบ





แผนผังขั้นตอนการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการ อุปฐากภิกษุอาพาธใน 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ





▶ ขั้นตอนการดำเนินงานของเขตสุขภาพ

1. ให้เขตสุขภาพเปิดบัญชี “เงินบริจาคเพื่อการอุปถัมภ์จากภิกษุอาพาธ เขตสุขภาพที่”
2. ให้เขตสุขภาพรายงานผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน ตามแบบรายงานสงฆ์ 1
3. หน่วยบริการเบิกค่ารักษายาบาลของภิกษุอาพาธ – สามเณรอาพาธ ในส่วนเกินสิทธิตามแบบรายงานสงฆ์ 2 และแบบรายงานสงฆ์ 2.1
4. เงินบริจาคเพื่อการอุปถัมภ์จากภิกษุอาพาธ

ระยะแรก โรงพยาบาลสงฆ์จะเป็นผู้สนับสนุนเงินบริจาคเพื่อการอุปถัมภ์จากภิกษุอาพาธให้กับเขตบริการสุขภาพทั่วประเทศตามจำนวนเงินดังกล่าวข้างต้น

ระยะต่อไป แต่ละเขตสุขภาพควรมีการจัดหาเงินบริจาคเพื่อการอุปถัมภ์จากภิกษุอาพาธเพื่อให้การอุปถัมภ์จากภิกษุอาพาธทั่วประเทศเป็นไปอย่างต่อเนื่องตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องการไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายส่วนเกินสิทธิของภิกษุ – สามเณร



ແບບຮ່າງການ ສິ່ງທີ ໑

११ १११

ชื่อ (เขตสุขภาพที่

พิดู.....

 McGraw-Hill

เรื่อง รายงานค่าใช้จ่ายในการรณรงค์สุขภาพกายภาพของ

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์

รายการคำชี้แจงหาขนาด/ตรวจสอบการเบิกจ่าย - สามแนบ

ระยะเวลาตั้งแต่ ถึง จำนวนบัญชี - สามแนบ ปี

รายการ		จำนวนเงิน (บาท)
๑	ค่าขนถ่ายวัตถุดิบเข้าโรงงาน	
๒	ค่าดูปรนัยหรือรวมเก็บ	
๓	ค่าไฟฟ้าตลอด/ราคาเกิน	
๔	ค่าวัตถุดิบที่เบิกจ่ายไม่ได้	
๕	ค่าตรวจเครื่องใช้ภายใน	
๖	ค่าเครื่องใช้	
๗	ค่าขนส่งสินค้า	
๘	ค่าวัสดุ	
๙	ค่ารักษาพยาบาลพนักงาน	
	รวมทั้งสิ้น	

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ
 (.....)
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี

จตุรพิธวงศ์คำบริการทางการแพทย์ถูกต้องตามที่เรียกเก็บ



ผู้ตรวจราชการกระทรวงศึกษาธิการ หรือคณะ

รายการคำใช้ง่ายในการอธิบายปรากฏการณ์สุขภาพทั่วประเทศ

แบบสำรวจความคิดเห็น ๒.๑

ชื่อหน่วยงาน เขตสุขภาพที่

เขตสุขภาพที่ _____

[illegible]

หมายเหตุ : รหัสคำบริการ

001 = ค่ายนอกบัณฑิตวิทยาลัยแห่งชาติ

002 - คำขอประกันภัยด้วยวงเงินที่ขม

003 - คำพิพากษา/รากพื้นเขียน

๐๐๕ = คำร้องขอใบมีสิทธิการขึ้นทะเบียน

005 = ค่าตรวจเบื้องต้นมีผลเพียงเล็กน้อย

006 - ค่าเครื่องช่วยฟัง

007 - ค่าแผนสีสายตา

DOB = 07/20/94

009 = คำรักษา



โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์

ប្រែ ពិភពលោក បង ចូលរួមរួម គ្នា ពិចារណា ចូលរួមរួម : ដូចប្រារព្ធនាចប្បវត្តនាភោជនាគត ពួកវាដឹងចូលរួមរួមពិភពលោកបងប្រែ



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

แบบฟอร์มการรายงานผลการดำเนินงาน

แบบรายงานสงฆ์ 2

T

ที่  ชื่อ (สถานพยาบาล/ตรวจสุขภาพ)
ที่อยู่

วันที่

เรื่อง ขอเบิกค่าบริการพยาบาล/ตรวจสุขภาพ จากเงินบริจาคเพื่อการอุปถัมภ์รักษาพยาบาลต่อ
เรียน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่

รายการค่าบริการพยาบาล/ตรวจสุขภาพ - สำนวน

วันที่รับบริการ ชื่อ - สกุล H.N.

อายุ วัน เดือน ปี เกิด บัตรประชาชน

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
๑. ค่ายานยนต์/รถพยาบาล	
๒. ค่าอุปกรณ์/วัสดุทางการแพทย์	
๓. ค่าที่พักแรม/รถพยาบาล	
๔. ค่าห้องปฏิบัติการ/แล็บ	
๕. ค่าตรวจเครื่องมือพิเศษอื่นๆ	
๖. ค่าเครื่องช่วยฟัง	
๗. ค่าขนส่ง/ค่ารถ	
๘. ค่าวัคซีน	
๙. ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นอื่นๆ	
รวมทั้งสิ้น	

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ
(.....)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

ขอรับรองว่าค่าบริการทางการแพทย์ถูกต้องตามที่รับเงิน

ลงชื่อ
(.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / หัวหน้าสถานพยาบาล

ให้หน่วยบริการขอเรียกเก็บค่า
รักษาพยาบาล/ตรวจสุขภาพ จากเงิน
บริจาคเพื่อการอุปถัมภ์รักษาพยาบาลต่อ
เขตบริการสุขภาพนั้นๆ **ตามแบบ**
รายงานสงฆ์ 2





ผู้ประสานงาน
เขตสุขภาพที่ 1-13

เสนอ คกก. CFO เขต 8 เพื่อพิจารณา

- การเบิกจ่ายเงินบริจาคในโครงการฯ
เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนเกินสิทธิของภิกษุอาพาธ
ของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 8
- คทง.พิจารณาการจ่ายเงิน
 - หลักเกณฑ์การจ่ายเงิน



R8WAY
MOPH

ขอขอบคุณค่ะ