

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
เลขที่ 365
วันที่ ๒๓ เม.ย. ๒๕๖๘
เวลา 13.49 น.

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๒๓๙.๐๓/ว ๑๑๐๑



050

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
เลขที่ 1946
วันที่ ๒๒ เม.ย. ๒๕๖๘
เวลา 16.43

กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๒ เมษายน ๒๕๖๘

เรื่อง โครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
เรียน สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 8 และ 10 - 12

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารประกอบการเข้าสู่ระบบเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษายาบาล จำนวน ๑ ชุด
ข้าราชการของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ด้วยกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิร่วมกับกรมบัญชีกลาง จัดทำโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษายาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยหน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข เพื่อประโยชน์ในการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗

กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ จึงขอสำรวจความพร้อมของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่มีความพร้อมและมีความประสงค์เข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับการจัดสรรเครื่องรูดบัตรเคลื่อนที่ (EDC : Electronic Data Capture) ในการให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ และขอให้หน่วยงานแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิผ่าน Google Form รายละเอียดตาม QR Code ที่แนบมาพร้อมนี้ ภายในวันพฤหัสบดีที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๘ ทั้งนี้ หน่วยงานสามารถนำส่งเอกสารประกอบ ไปยังกองบริหารการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในภายหลัง เมื่อหน่วยงานได้รับคัดเลือกให้เข้าร่วมโครงการฯ

☐ หารือ
☒ ชอบ

☐ ดำเนินการ

☐ แจ้ง

☒ มอบ.....

(นายวิศิษฐ์ วิจิตรโกศล)

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

(นายอภิสิทธิ์ บุญประดับ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

รักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ



เอกสารประกอบ

แบบสำรวจฯ

(นางสาวนาถฤดี ศิริงาม)

นักวิชาการสาธารณสุข

(นางสาวรัชชดา สุขผ่อง)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๑๖ เม.ย. ๖๘

เรียน ผอ.อ.น.เขต ๘ จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไปด้วย

- กงป. ขอสำรวจความพร้อมของหน่วยบริการ PCU/NPCU ในสังกัด สธ. ที่ขึ้นทะเบียนตาม มรข. 2562 ที่มีความพร้อมพร้อม
- ความประสงค์ที่จะเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษายาบาล
- ผ่าน google form ภายใน 24 เม.ย. ๖๘
- ทั้งนี้ หน่วยงานสามารถนำส่งเอกสารประกอบ ไปยังกองบริหารการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในภายหลัง เมื่อหน่วยงานได้รับคัดเลือกให้เข้าร่วมโครงการฯ

- เห็นการมอบ CSO กำกับ ติดตาม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

กลุ่มพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

โทร./โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๙๓๘

ลหส

ข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการเข้าสู่ระบบเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

๑. ข้อมูลหลักผู้ขาย (Vendor Code)
๒. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
หรือ หน้า Statement บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน
๓. ชื่อบัญชีเงินฝากภาษาอังกฤษ
๔. ตัวอย่างลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ตารางข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับโรงพยาบาลเพื่อจัดทำข้อมูลหลักผู้ขาย (Vendor Code) ของโรงพยาบาลเอกชน

2	uhcode	
3	รหัสผู้ขาย(กรมบัญชีกลางกำหนด)	
4	ประเภทผู้ขาย	
5	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาไทย)	
6	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาอังกฤษ)	
7	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี	
8	ข้อมูลทั่วไปผู้ขาย	
	บ้านเลขที่	
	ถนน	
	ซอย	
	ตำบล	
	อำเภอ	
	จังหวัด	
	รหัสไปรษณีย์	
	หมายเลขโทรศัพท์	
	หมายเลขแฟกซ์	
	หมายเลขติดต่อ	
	ข้อมูลบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ขาย	
	รหัสธนาคาร	
	สาขา	
	หมายเลขบัญชีธนาคาร	
	ชื่อบัญชีเงินฝาก (ภาษาไทย)	
	ชื่อบัญชีเงินฝาก (ภาษาอังกฤษ)	

สำเนาสมุดเลขที่บัญชีเงินฝากออมทรัพย์

หรือ

สำเนา Statement เลขที่บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน
ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

รับรองสำเนาถูกต้อง
แล้วประทับตราหน่วยบริการปฐมภูมิและ
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย

กรณีมีปัญหาในการกรอกตาราง Vendor Code หรือลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก
ติดต่อบริษัท กลุ่มงานกำกับและตรวจสอบระบบสวัสดิการรักษายาบาล
โทร. ๐๒ ๑๒๗ ๗๓๙๙ , ๐๒ ๑๒๗ ๗๔๐๐

ตัวอย่างลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

.....(ลายมือชื่อ).....

(.....ชื่อตัวบรรจง.....)

.....ตำแหน่ง.....

แล้วประทับตราหน่วยบริการปฐมภูมิและ
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย

กรณีมีปัญหาในการกรอกราย Vendor Code หรือลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก
ติดต่อสอบถาม กลุ่มงานกำกับและตรวจสอบระบบสวัสดิการรักษายาบาล
โทร. ๐๒ ๑๒๗ ๗๓๔๙ , ๐๒ ๑๒๗ ๗๔๐๐