

ด่วนที่สุด

ที่ ตก ๐๐๒๓.๓/ว ๖๒๕๔



ศาลากลางจังหวัดตาก

ถนนพหลโยธิน ตก ๖๓๐๐๐

๗ เมษายน ๒๕๖๙

เรื่อง แบบสำรวจแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการขอเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน นายอำเภอแม่สอด นายอำเภอแม่ระมาด นายอำเภอสามเงา นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดตาก
นายกเทศมนตรีนครแม่สอด และนายกเทศมนตรีเมืองตาก

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๒๑.๖/ว ๑๕๖๔
ลงวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๙ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นแจ้งว่า ได้รับแจ้งจากคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิว่าในการประชุมคณะอนุกรรมการฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ ที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบแนวทางการพัฒนาระดับการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งกรมบัญชีกลางได้จัดทำแนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอกสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยให้ใช้งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิการรับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ยกเลิกเครื่อง EDC) ตั้งแต่วันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๙ เป็นต้นไป โดยที่ประชุมเห็นชอบการจัดสรรโควตานำร่องหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมด้านการเชื่อมต่อบริการเพื่อใช้งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๕๐๐ แห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยเริ่มตั้งแต่ เมษายน ๒๕๖๙ จำนวน ๑๐๐ แห่ง และเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๖๙ จำนวน ๔๐๐ แห่ง เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัวในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

ในการนี้ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการยกระดับการให้บริการของสถานีนอมนายเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมถึงหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินขั้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่มีความสนใจขอเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิแก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว จังหวัดตากจึงแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขและมีความประสงค์เข้าร่วมโครงการดังกล่าวตอบแบบสำรวจและจัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดตากทางเอกสารและทางไปรษณีย์ อี เล็กทรอนิกส์ line : korprai๑ ภายในวันที่ ๘ เมษายน ๒๕๖๙ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายอาทร พิมชะนก)

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดตาก ผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

ผู้ว่าราชการจังหวัดตาก

โทร./โทรสาร ๐-๕๕๕๑-๔๔๘๓ ต่อ ๓

ผู้ประสานงาน: นางปณณช ปุกคำ โทร. ๐๘๒-๑๘๘๘๐๘๔

ศาลากลางจังหวัดตาก
เลขรับ 5984
วันที่ ๓๐ มี.ค. ๒๕๖๙
เวลา

สจ.ตาก
เลขที่รับ 2328
วันที่ ๓๐ มี.ค. ๒๕๖๙
เวลา

การปฏิบัติ ของ สจ.ตาก
 ผ.บพ. กง.บถ.
 กง.สส. กง.กม.
 กง.กก. กง.บป.
ลงชื่อ _____ ผู้สั่งการ
วันที่ ๓๐ มี.ค. ๒๕๖๙



ด่วนที่สุด
ที่ มท ๐๘๒๑.๔/ว ๐๒๖๗

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๒๖ มีนาคม ๒๕๖๙

เรื่อง แบบสำรวจแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการขอการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วย
บริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสำรวจแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการขอการเบิกจ่ายตรง ฯ จำนวน ๑ ชุด
๒. เอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบการเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรง ฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับแจ้งจากคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์
การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิว่า ในการประชุมคณะอนุกรรมการฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙
ที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบแนวทางในการพัฒนาระดับการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ
และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งกรมบัญชีกลางได้จัดทำแนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ
การรักษาพยาบาลประเภผู้ป่วยนอกสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 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
รวมถึงหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินขั้นทะเบียน
เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒
ที่มีความสนใจขอเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย
หน่วยบริการปฐมภูมิแก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว ในการนี้ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ขอความร่วมมือจังหวัดแจ้งสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดดำเนินการ ดังนี้

๑. แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขและมีความประสงค์เข้าร่วม
โครงการดังกล่าวตอบแบบสำรวจและจัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

/๒. ตรวจสอบ ...

กง.สส.
เลขที่ 608
วันที่ ๓๐ มี.ค. ๒๕๖๙

๒. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารตามข้อ ๑ และรวบรวมให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบ
ทางเอกสารและทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ smart.hdla@gmail.com ภายในวันศุกร์ที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๙
ทั้งนี้ มอบหมายให้ นายธนวรรตม์ ยี่คิ้ว ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์
๐๘ ๓๕๓๖ ๕๑๔๔ เป็นผู้ประสานงาน โดยสามารถดาวน์โหลดรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วยหรือ QR Code
แนบท้ายหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(นายศิริพันธ์ ศรีกงพลี)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น



<https://shorturl.asia/qN2Ok>

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมท้องถิ่น

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ smart.hdla@gmail.com

โทร. ๐ ๒๒๔๑ ๙๐๐๐ ต่อ ๕๔๐๕

ผู้ประสาน นางสาวภัชร์จิรสม์ ธัชเมฆรัตน์/นางสาวแสงระวี สวัสดิบุตร

นายธนวรรตม์ ยี่คิ้ว โทร ๐๘ ๓๕๓๖ ๕๑๔๔

ตัวอย่าง ข้อมูลหลักผู้ขาย (vendor code)

- กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ยกเว้น ข้อ (1) (3) (4) (7) ไม่ต้องกรอกข้อมูล และหาก
- ข้อไหนไม่มีข้อมูล เช่น ขอย ให้ระบุ -
- uhcode ระบุรหัสหน่วยบริการ
- โปรดตรวจสอบว่าสะกดให้ถูกต้อง

ตารางข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับสถานพยาบาลเพื่อจัดทำข้อมูลหลักผู้ขาย (Vendor Code)				
(๑)	(๘)	ข้อมูลบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ขาย	ชื่อบัญชีเงินฝาก (ภาษาอังกฤษ)	Kor Subdistrict Health Promoting Hospital
		ชื่อบัญชีเงินฝาก (ภาษาไทย)	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก	
		หมายเลขบัญชีธนาคาร	142-0-00000-0	
		สาขา	กระทรวงสาธารณสุข	
		ชื่อธนาคาร	กรุงไทย	
		รหัสธนาคาร	142	
	(๙)	ข้อมูลที่อยู่ผู้ขาย	E-mail สถานพยาบาล	plan.primarycare@gmail.com
			หมายเลขต่อ	-
			หมายเลขแฟกซ์	02-590-1958
			หมายเลขต่อ	-
			หมายเลขโทรศัพท์	02-590-1939
			รหัสไปรษณีย์	11000
			จังหวัด	นนทบุรี
			อำเภอ	เมือง
ตำบล	ตลาดขวัญ			
ซอย	-			
ถนน	ศิริราชนท์			
บ้านเลขที่	88/20			
อาคาร/ชั้น	อาคาร 5 ชั้น 8			
(๑๐)	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี			
(๑๑)	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาอังกฤษ)	Kor Subdistrict Health Promoting Hospital		
(๑๒)	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาไทย)	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก		
(๑๓)	ประเภทผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)			
(๑๔)	รหัสผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)			
(๑๕)	uhcode (รหัส รพ.)	00000		
(๑๖)	ลำดับที่	1		

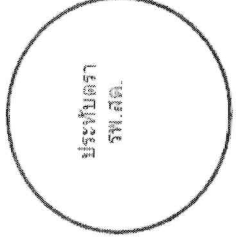
หมายเหตุ : กรณีเป็น สถานพยาบาลของทางราชการ ช่อง (๑๖) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ไม่ต้องกรอกข้อมูล

ตัวอย่าง ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ลายเซ็น

(นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก



แบบที่ 1 กรณีให้ผู้มีอำนาจลงนาม 1 คน

ลายมือชื่อห้ามเกิน 2 ท่าน

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

1. นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก
หรือ

2. นายสำรอง นามสมมติ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

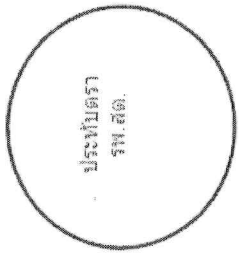
ลายเซ็น

(นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก

หรือ

ลายเซ็น

(นายสำรอง นามสมมติ)
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ



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

ตารางข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับสถานพยาบาลเพื่อจัดทำข้อมูลสำหรับผู้ขาย (Vendor Code)

		(๔)
(๔)	ข้อมูลบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ขาย	ชื่อบัญชีเงินฝาก (ภาษาอังกฤษ)
		ชื่อบัญชีเงินฝาก (ภาษาไทย)
		หมายเลขบัญชีธนาคาร
		สาขา
		ชื่อบริษัท
		รหัสธนาคาร
(๕)	ข้อมูลที่อยู่ผู้ขาย	E-mail
		สถานพยาบาล
		หมายเลขห้อง
		หมายเลขแฟกซ์
		หมายเลขห้อง
		หมายเลขโทรศัพท์
		รหัสไปรษณีย์
		จังหวัด
		อำเภอ
		ตำบล
		ซอย
		ถนน
		บ้านเลขที่
อาคาร/ชั้น		
(๖)	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี	
(๖)	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาอังกฤษ)	
(๕)	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาไทย)	
(๔)	ประเภทผู้ขาย (กรณีนับชื่กลางกำหนด)	
(๓)	รหัสผู้ขาย (กรณีนับชื่กลางกำหนด)	
(๒)	uhcode (รหัส รพ.)	
(๑)	ลำดับที่	

หมายเหตุ : กรณีเป็น สถานพยาบาลของทางราชการ ช่อง (๖) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ไม่ต้องกรอกข้อมูล

สำเนาสมุดเลขที่บัญชีเงินฝากออมทรัพย์
หรือ
สำเนา Statement เลขที่บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน
ของโรงพยาบาล

รับรองสำเนาถูกต้อง
แล้วประทับตราโรงพยาบาลด้วย

กรณีมีปัญหาในการกรอกตาราง Vendor Code หรือลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก
ติดต่อสอบถาม กลุ่มงานกำกับและตรวจสอบระบบสวัสดิการรักษายาบาล โทร. ๐๒ ๑๒๗ ๗๓๔๙๙ ,
๐๒ ๑๒๗ ๗๔๐๐

ตัวอย่างลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

.....(ลายมือชื่อ).....

(.....ชื่อตัวบรรจง.....)

.....ตำแหน่ง.....

แล้วประทับตราโรงพยาบาลด้วย

กรณีมีปัญหาในการกรอกตาราง Vendor Code หรือลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ติดต่อสอบถาม กลุ่มงานกำกับและตรวจสอบระบบสวัสดิการโรงพยาบาล โทร. ๐๒ ๑๒๗ ๗๓๔๔ ,

๐๒ ๑๒๗ ๗๔๐๐

