

ด่วนที่สุด

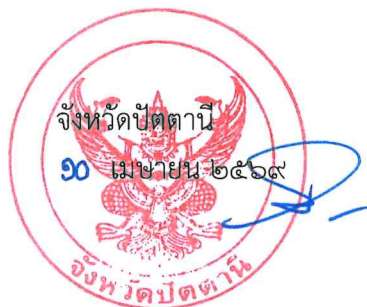


ที่ ปน ๐๐๒๓.๖/ว ๐๓๒๔

ถึง องค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี สำนักงานเทศบาลเมืองปัตตานี และสำนักงานเทศบาลเมืองตะลัน

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นแจ้งว่า คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิว่า ในการประชุมคณะอนุกรรมการฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบแนวทางในการพัฒนายกระดับการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งกรมบัญชีกลางได้จัดทำแนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยให้ใช้งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิการรับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ยกเลิกเครื่อง EDC) ตั้งแต่วันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป โดยที่ประชุมเห็นชอบการจัดสรรโควตานำร่องหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมด้านการเชื่อมต่อระบบเพื่อใช้งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๕๐๐ แห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยเริ่มตั้งแต่เมษายน ๒๕๖๔ จำนวน ๑๐๐ แห่ง และเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๖๔ จำนวน ๔๐๐ แห่ง เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัวในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

ในการนี้ จังหวัดปัตตานีพิจารณาแล้วเห็นว่า เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการยกระดับการให้บริการของสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมถึงหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงขอแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขและมีความประสงค์เข้าร่วมโครงการดังกล่าวตอบแบบสำรวจและจัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดปัตตานีทราบ ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ptnlocal6@gmail.com ภายในวันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๖๔ รายละเอียดปรากฏตามสำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๒๑.๔/ว ๑๕๖๔ ลงวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๔ ที่ส่งมาพร้อมนี้



สำนักงานท้องถิ่นจังหวัด

กลุ่มงานบริการสาธารณสุขท้องถิ่นและประสานงานท้องถิ่นอำเภอ

โทร. ๐ ๗๓๓๓ ๖๐๔๔ ต่อ ๑๐๗

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban_ptn@dla.go.th

- ☐ ผ.บ.พ.
☐ อ.บ.ม.
☐ อ.บ.ร.
☐ อ.บ.ร.
☐ ก.บ.ร.
☒ ก.บ.ป.

ด่วนที่สุด
 ที่ มท ๐๘๒๑.๔/ว ๑๕๒



ตจ. ปีดาวปี
 ๒๕๕๙
 วันที่ ๓๐ มี.ค. ๒๕๖๓
 1012

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
 ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง แบบสำรวจแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการขอการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วย
 บริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

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

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับแจ้งจากคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์
 การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิว่า ในการประชุมคณะอนุกรรมการฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓
 ที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบแนวทางในการพัฒนาระดับการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ
 และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งกรมบัญชีกลางได้จัดทำแนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ
 การรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอกสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยให้ใช้
 งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิการรับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 (ยกเลิกเครื่อง EDC) ตั้งแต่วันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไป โดยที่ประชุมเห็นชอบการจัดสรรโควตานำร่อง
 หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมด้านการเชื่อมต่อระบบเพื่อใช้งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิ
 เมื่อสิ้นสุดการรับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๕๐๐ แห่ง ในสังกัดกระทรวง
 สาธารณสุขและสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยเริ่มตั้งแต่เมษายน ๒๕๖๓ จำนวน ๑๐๐ แห่ง
 และเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน ๒๕๖๓ จำนวน ๔๐๐ แห่ง เพื่อบริการความสะดวกให้แก่ข้าราชการ
 และบุคคลในครอบครัวในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

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

๑. แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขและมีความประสงค์เข้าร่วม
 โครงการดังกล่าวตอบแบบสำรวจและจัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

/๒. ตรวจสอบ ...

๒. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารตามข้อ ๑ และรวบรวมให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบ
ทางเอกสารและทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ 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/qN2Ok>

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมท้องถิ่น

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ smart.hdla@gmail.com

โทร. ๐ ๒๒๔๑ ๙๐๐๐ ต่อ ๕๔๐๕

ผู้ประสาน นางสาวพัชรจิรสม์ ธัชเมฆรัตน์/นางสาวแสงระวี สวัสดิบุตร

นายธนวรรต ยี่คว่ำ โทร ๐๘ ๓๕๓๖ ๕๑๔๔

หน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ประสงค์เข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรง (กรณีบัญชีกลาง)

สวัสดิการการรักษาท้องพยาบาลและศูนย์บริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

หน่วยงาน เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ข้อ - สถิติ ผู้รับผิดชอบ..... คำแนะนำ..... เบอร์โทรศัพท์.....

[illegible]

ตัวอย่าง ข้อมูลหลักผู้ขาย (vendor code)

- กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ยกเว้น ข้อ (1) (3) (4) (7) ไม่ต้องการกรอกข้อมูล และหากข้อมูลไม่มีข้อมูล เช่น ซอย ให้ระบุ - uhcode ระบุรหัสหน่วยบริการ
- โปรดตรวจสอบตัวเลขที่ถูกต้อง

ตารางข้อมูลและยึดใช้ร่วมกับระบบโรงพยาบาลเพื่อจัดทำข้อมูลหลักผู้ขาย (Vendor Code)													
(๑)							(๒)						
(๑)	(๒)	(๓)	(๔)	(๕)	(๖)	(๗)	(๘)						
รหัสพื้นที่	uhcode (รหัส พ.)	รหัสผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)	รหัสผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)	ประเภทผู้ขาย (ภาษาไทย)	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาอังกฤษ)	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี	ข้อมูลที่อยู่ผู้ขาย						
1	00000			โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก	Kor Subdistrict Health Promoting Hospital	อาคาร/ชั้น							
						อาคาร 5 ชั้น 8	ข้อมูลที่อยู่ผู้ขาย						
						บ้านเลขที่							
						ถนน							
						ซอย							
						ตำบล							
						อำเภอ							
						จังหวัด							
						รหัสไปรษณีย์							
						หมายเลขโทรศัพท์							
						หมายเลขโทร							
						หมายเลขแฟกซ์							
						หมายเลขโทร							
						E-mail							
						รหัสธนาคาร	ข้อมูลบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ขาย						
						ชื่อธนาคาร							
						สาขา							
						ธนาคาร							
						หมายเลขบัญชี							
						(ภาษาไทย)							
						ชื่อบัญชีเงินฝาก (ภาษาอังกฤษ)	Kor Subdistrict Health Promoting Hospital						
						โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก							
						plan.primarycare@gmail.com							
						02-590-1938							
						หมายเลขโทร							
						02-590-1939							
						11000							
						ถนนบุรี							
						เมือง							
						ตลาดขวัญ							
						ความหนา							
						88/20							
						อาคาร 5 ชั้น 8							

หมายเหตุ : กรณีเป็นสถานพยาบาลของทางราชการ ช่อง (๗) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ไม่ต้องการกรอกข้อมูล

Abstract

[illegible]

1. The first step in the process is to identify the problem or issue that needs to be addressed. This involves gathering information and understanding the context of the problem.

[illegible][illegible]

142

142-0-00000-0

၂၀၁၇ ခုနှစ် ဇူလိုင်လ ၁ ရက်နေ့

Isomorfismul este unic

ចេញផ្សាយ

1991



Krungratthai
การรถไฟ

(นางสาวอ้อยขาว นามสมมติ)

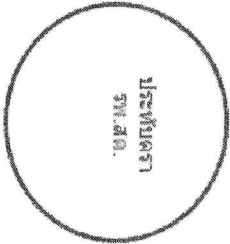
[illegible][illegible]

ตัวอย่าง ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ลายเซ็น

(นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก



ลายมือชื่อห้ามเกิน 2 ท่าน

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

- 1. นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก หรือ
- 2. นายสำรอง นามสมมติ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

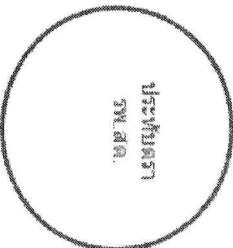
ลายเซ็น

(นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก

หรือ

ลายเซ็น

(นายสำรอง นามสมมติ)
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ



แบบที่ 1 กรณีให้ผู้มีอำนาจลงนาม 1 คน

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

[illegible]

สำเนาสมุดเลขที่บัญชีเงินฝากออมทรัพย์
หรือ
สำเนา Statement เลขที่บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน
ของโรงพยาบาล

รับรองสำเนาถูกต้อง
แล้วประทับตราโรงพยาบาลด้วย

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

ตัวอย่างลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

.....(ลายมือชื่อ).....

(.....ชื่อตัวบรรจง.....)

.....ตำแหน่ง.....

แล้วประทับตราโรงพยาบาลด้วย

กรณีมีปัญหาในการกรอกราย Vendor Code หรือลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ติดต่อสอบถาม กลุ่มงานกำกับและตรวจสอบระบบสวัสดิการรักษายาบาล โทร. ๐๒ ๑๒๗ ๗๓๔๕ ,

๐๒ ๑๒๗ ๗๔๐๐