

ที่ สปสช.๕.๓๓/ว.๐๓๓๒

๑๖ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานระบบการเบิกจ่ายสิทธิองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีนำใบเสร็จรับเงิน
มาเบิกเงินคืน

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด/นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง

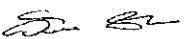
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.คู่มือการบันทึกแจ้งคำร้องขอเบิกค่ารักษาพยาบาลฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
๒.เงื่อนไขการโอนเงินค่ารักษาพยาบาลให้กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	จำนวน ๑ ฉบับ
๓.แบบฟอร์มการขอ Username/Password สำหรับเจ้าหน้าที่การเงินฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
๔.ตัวอย่างหนังสือแจ้งเลขที่บัญชีธนาคารเพื่อขอรับการโอนเงินฯ	จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย สมาคมองค์การบริหารส่วน
จังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่ง
ประเทศไทย ได้ทำข้อตกลงเพื่อให้บุคคลมีสิทธิตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ
รักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๑ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลและคุ้มครองความมั่นคงสิทธิด้านการ
รักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการหรือพนักงานลูกจ้างส่วนท้องถิ่น ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยไม่ต้องสำรอง
จ่าย โดยมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ในการดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว

ทั้งนี้ ระบบการเบิกค่ารักษาพยาบาลสิทธิองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีที่ผู้มีสิทธิไปรับบริการ และไม่มี
ชื่อในฐานทะเบียน ขอให้ผู้มีสิทธิสำรองเงินสดไปก่อน และรับใบเสร็จรับเงินมาดำเนินการเพื่อขอรับเงินคืน ดังนั้นทาง
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๒ สงขลา จึงขอความร่วมมือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งศึกษา
คู่มือการบันทึกแจ้งคำร้องขอเบิกค่ารักษาพยาบาลฯและเงื่อนไขการโอนเงินค่ารักษาพยาบาล ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑,๒
และให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดผู้รับผิดชอบการบันทึกข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาล(เจ้าหน้าที่การเงิน) ตาม
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓ และส่งหนังสือแจ้งเลขที่บัญชีธนาคารของหน่วยงานเพื่อขอรับการโอนเงินคืน ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๔
กรุณาส่งกลับมายัง สปสช.เขต ๑๒ สงขลา ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๖ เท่านั้น เพื่อดำเนินการตามขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้รับผิดชอบงานดำเนินการ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นายแพทย์วิระพันธ์ สิริชนะกุล)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการปฏิบัติงานแทน

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๒ สงขลา

กลุ่มงานพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ผู้รับผิดชอบ นางสาวเพ็ญพรรณ บุญวรรณโณ

โทรศัพท์ ๐-๗๔๒๓-๓๘๘๘ ต่อ ๕๓๗๓

มือถือ ๐๙๐-๐๙๗๕๒๖๖

อีเมล penpan.b@nhso.go.th, boonwannoo@gmail.com

คู่มือการบันทึกแจ้งคำร้องขอเบิกค่ารักษาพยาบาลสิทธิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

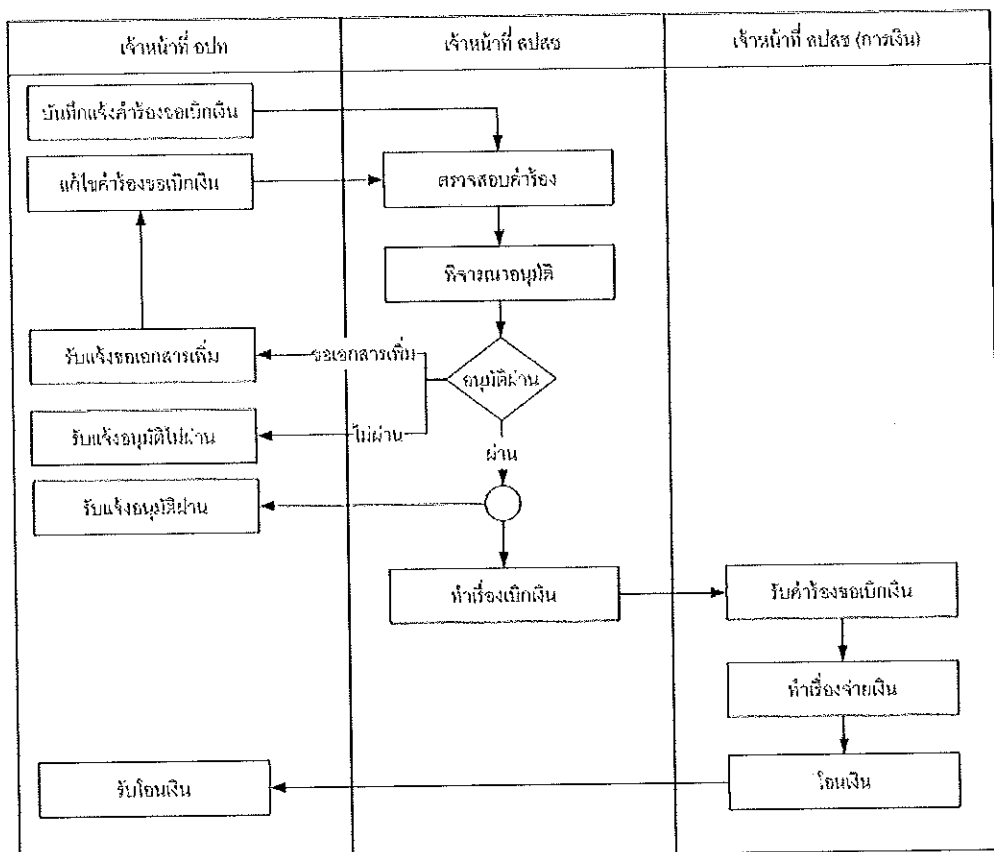
กรณีสำรองเงินสดจ่ายก่อนและนำใบเสร็จรับเงินมาเบิกเงินคืน

ในกรณีที่ผู้มีสิทธิไปรับบริการ และไม่มีชื่อในฐานทะเบียน ขอให้ผู้มีสิทธิสำรองเงินสดไปก่อน และรับใบเสร็จรับเงินมาดำเนินการเพื่อขอรับเงินคืนดังนี้

1. ให้ผู้มีสิทธินำใบเสร็จรับเงินที่ได้รับจากโรงพยาบาลมาส่งให้นายทะเบียนหน่วยเบิก (งานคลังของ อปท.)
2. เจ้าหน้าที่การเงินจะต้องทำการบันทึกข้อมูลรายละเอียดค่าใช้จ่ายเข้าสู่เว็บไซต์โปรแกรมระบบทะเบียนบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น <http://govreg.nhso.go.th> ของ สปสช. พร้อมสแกนใบเสร็จรับเงินเข้าสู่ระบบเพื่อรอการตรวจสอบ สปสช. จะตรวจสอบข้อมูลและโอนเงินค่ารักษาพยาบาลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นรายรอบตามเลขที่บัญชีของหน่วยงานที่ได้แจ้งไว้กับ สปสช.

3. เมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ รับเงินโอนจาก สปสช. แล้ว นายทะเบียนจะต้องจัดระบบการจ่ายเงินคืนแก่ผู้มีสิทธิต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินแจ้งคำร้องขอเบิกค่ารักษาพยาบาลสิทธิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



วิธีการบันทึกข้อมูลแจ้งคำร้องขอเบิกค่ารักษาผ่านโปรแกรมระบบทะเบียนบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เงื่อนไขในการนำใบเสร็จรับเงินมาบันทึกข้อมูลเพื่อขอเบิกค่ารักษาพยาบาลสิทธิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีดังนี้

- ผู้ป่วยนอก (OP) ยึดวันที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2556 เป็นต้นไป
- ผู้ป่วยใน (IP) ยึดวันที่จำหน่ายออกจากการรักษาพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2556 เป็นต้นไป

เข้าสู่เว็บไซต์ สปสช. <http://www.nhso.go.th>



งานทะเบียน

1. ตรวจสอบสิทธิประชากร
2. ตรวจสอบประวัติการลงทะเบียน
3. Download Data DBPOP Transaction
4. ข้อมูลผู้ประสานงานสาขา
5. สถิติและรายงาน
6. ค้นหาหน่วยบริการทั่วประเทศ(สนย.)
7. โปรแกรมค้นหาข้อมูลหน่วยบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
8. โปรแกรมการแก้ไขสิทธิด้านรักษาพยาบาลของประชาชน (ปรับปรุงสิทธิ)
9. โปรแกรมค้นหาและจัดเตรียมข้อมูลหน่วยบริการแบบออนไลน์ (Mastercup Online)
10. ระบบการลงทะเบียนแบบกลุ่ม (Batch) Data Center
11. โปรแกรมระบบทะเบียนข้อมูลเด็กพิการแต่กำเนิด (Birth Defects Registry)
12. ระบบตรวจสอบสิทธิรักษาพยาบาล (กรมบัญชีกลาง)
13. โปรแกรมระบบทะเบียนบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

②

③ พิมพ์ชื่อผู้ใช้, รหัสผ่าน

ลิ้งรหัสผ่าน

ดาวน์โหลดตัวอย่างการขอรหัสใช้งาน

ดาวน์โหลดคู่มือการใช้งานระบบ

หากยังไม่มี username/password กรุณาดาวน์โหลดหนังสือขอรหัสผู้ใช้งานและส่งมาที่ สปสช.เขต 12 สงขลา เพื่อดำเนินการ

074-233-888 ต่อ 5373

1.1 ไปที่เมนู “แจ้งคำร้องขอเบิกค่ารักษา”

1.2 บันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่องให้ตรงกับใบเสร็จรับเงิน

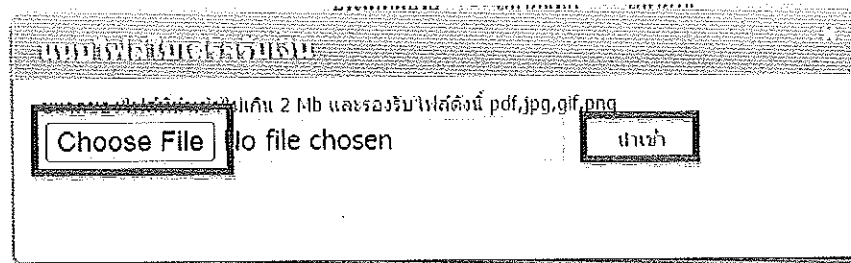
ผู้ป่วยนอก ต้องคีย์ HN

ผู้ป่วยใน ต้องคีย์ HN และ AN

หมายเหตุ: ต้องทำการแนบไฟล์ใบเสร็จก่อนถึงจะทำการบันทึกข้อมูลได้

การกรอกข้อมูลหน่วยบริการที่รักษา ให้กรอกข้อมูลอย่างน้อย 5 ตัวอักษรระบบจะทำการแสดงชื่อหน่วยบริการเพื่อให้เลือก

1.3 แนบไฟล์สแกนใบเสร็จรับเงิน กดปุ่ม“Choose File” แล้วเลือกไปยังที่เก็บไฟล์สแกน จากนั้นกดปุ่ม “นำเข้า” ทั้งนี้ขนาดของไฟล์ที่นำเข้าไม่เกิน 2 Mb และรองรับไฟล์ดังนี้ pdf, jpg, gif, png



2. การค้นหาข้อมูลรายการขอเบิก

2.1 ไปที่เมนู“ค้นหาข้อมูลรายการขอเบิก”

[illegible]

2.2 ค้นหาข้อมูลรายการขอเบิกค่ารักษา ตามเงื่อนไขที่ต้องการ แล้วกดปุ่ม “ค้นหา”

วันที่ขอเบิก ระหว่างวันที่		ถึงวันที่	
ชื่อเจ้าหน้าที่ขอเบิก		นามสกุล	
ชื่อผู้มารับบริการ		นามสกุล	
สถานะ		ส่งข้อมูลขอเบิก	

ค้นหา

พิมพ์

เริ่มใหม่

สถานะ

ส่งข้อมูลขอเบิก

เริ่มกิจกรรมขอเบิก
 ขอเอกสารเพิ่มเติม
 อนุมัติผ่าน
 ไม่อนุมัติ
 แสดงทั้งหมด

2.3 โปรแกรมจะค้นหาข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนด แล้วแสดงรายการด้านล่าง

ระบบรายงานใบเสร็จรับเงิน - ระบบรายงานผลการเบิกจ่าย

วันที่ยื่นขอเบิก ระหว่างวันที่: ถึง: ส่วนวันที่:

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ขอเบิก: นามสกุล:

ชื่อผู้เข้ารับบริการ: นามสกุล:

สถานะ:

ลำดับ	วันที่รับบริการ	วันที่ส่งข้อมูล	ผู้วินิจฉัย	ผู้รับสิทธิ์	หน่วยบริการที่รักษา	จำนวนเงินที่ขอเบิก	สถานะ	แนบลง	แก้ไข
1	03/10/2556 น.	07/10/2556 น.			รพ.จิตเวชสงขลาราชนครินทร์	26,700.00	ส่งข้อมูลขอเบิก		

① แสดงสถานะของข้อมูลรายการที่บันทึกเข้ามาในแต่ละใบเสร็จเบิกค่ารักษาพยาบาล

② กดปุ่ม เพื่อแสดงข้อมูลต่างๆที่บันทึกข้อมูลเข้ามาเบิกค่ารักษาพยาบาล

ระบบรายงานใบเสร็จรับเงิน - ระบบรายงานผลการเบิกจ่าย

รหัสประจำตัวประชาชน/เลขบัตรประชาชน:

เพศ: อายุ:

ชื่อ นามสกุล:

หน่วยบริการที่เข้ารับการรักษา:

วันที่เข้ารับการรักษา:

ประเภทผู้ป่วย:

HPI:

AM:

ค่ารักษาพยาบาลรวม:

สถานะ:

ระบุเหตุผลกรณีไม่อนุมัติ:

กรณีไม่อนุมัติเลือกอื่นๆ(ระบุเหตุผล):

หมายเหตุ:

ลำดับ	รายการแนบไฟล์ใบเสร็จรับเงิน	Download
1	ใบเสร็จ3.jpg	
2	ใบเสร็จ1.jpg	
3	ใบเสร็จ2.jpg	

③ กดปุ่ม เพื่อแก้ไขข้อมูลที่บ้านที่เข้ามาในรายการขอเบิกค่ารักษาพยาบาลแต่ละรายการ ซึ่งสามารถแก้ไขข้อมูล/ลบ/แนบไฟล์เพิ่มเติมได้ จากนั้นกดปุ่ม “บันทึก”

รายการขอเบิกค่ารักษาพยาบาล (รายการขอเบิกค่ารักษาพยาบาล)

รหัสประจำตัวประชาชนผู้รับการรักษา

ชื่อนามสกุล

เพศ หญิง อายุ

หน่วยบริการที่เข้ารับการรักษารวม รพ. จิตเวชสงขลาราชนครินทร์

วันที่เข้ารับการรักษารวม 03/10/2556

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน

HPI (เลขประจำตัวผู้ป่วย)

API (เลขประจำตัวผู้เข้ารับการรักษารวม)

ค่ารักษาพยาบาลรวม 26,700.00

รายการแนบไฟล์ใบเสร็จรับเงิน		
ลำดับ	รายการแนบไฟล์ใบเสร็จรับเงิน	ลบ
1	ใบเสร็จ3.jpg	
2	ใบเสร็จ1.jpg	
3	ใบเสร็จ2.jpg	

แนบไฟล์เอกสารประกอบ

หากมีปัญหา/ข้อสงสัยในการใช้งานโปรแกรม กรุณาติดต่อมาที่ คุณเพ็ญพรรณ บุญวรรณ

สปสข.เขต 12 สงขลา 456/2 ถ.เพชรเกษม อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

เบอร์โทรศัพท์สำนักงาน 074-233888 ต่อ 5373 เบอร์แฟกซ์ 074-235494

โทรศัพท์มือถือ 090-1975266, 086-3770600

อีเมล boonwanno@gmail.com, penpan.b@hotmail.com

✚ เงื่อนไขการโอนเงินค่ารักษาพยาบาลให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะดำเนินการโอนเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีเบิกใบเสร็จรับเงิน ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านบัญชีธนาคารของหน่วยงานตามแจ้งข้อมูลเท่านั้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทุกแห่ง จะต้องแจ้งข้อมูลเลขที่บัญชีธนาคารของธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร(ธกส.) หรือ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) จะต้องเป็นบัญชีออมทรัพย์ หรือ กระแสรายวัน เท่านั้น ซึ่งจะไม่มีค่าธรรมเนียมในการโอนเงิน

2. ส่งหนังสือราชการแจ้งเลขที่บัญชี พร้อมแนบสำเนาหน้าบัญชีธนาคาร จำนวน 1 แผ่น ที่มีผู้บังคับบัญชารับรองสำเนาให้เรียบร้อย เพื่อเป็นหลักฐานในการโอนเงิน ภายในวันที่ **31 ตุลาคม 2556**

ส่งหนังสือมายัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา
ที่อยู่ 456/2 ถ.เพชรเกษม อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
โทรศัพท์ 074-233-888 ต่อ 5373 โทรสาร 074-235-494
อีเมล boonwanno@gmail.com

3. ชื่อบัญชี ขอให้ตรงกับชื่อของหน่วยงาน อปท.นั้นๆ เช่น

องค์การบริหารส่วนตำบล.....

เทศบาลตำบล.....

เทศบาลเมือง.....

เทศบาลนคร.....

องค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

4. ห้ามใช้เลขที่บัญชีของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล)

สิ่งที่ส่งมาด้วย 3

ตราครุฑ/ตรา
ประจำ
หน่วยงาน

ที่.....

ชื่อหน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

วันที่.....

เรื่อง แจ้งรายชื่อเจ้าหน้าที่การเงิน เพื่อกำหนด Username/Password สำหรับโปรแกรมระบบทะเบียนบุคลากร
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสมัครขอรับ SMS โอนเงินค่ารักษาพยาบาลผ่านทางโทรศัพท์เคลื่อนที่

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

จำนวน ฉบับ

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดให้มีระบบทะเบียนบุคลากร องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น เพื่อให้เจ้าหน้าที่การเงิน(เบิกค่ารักษาพยาบาล อปท.) สามารถบันทึกข้อมูลรายละเอียดแจ้งคำร้องขอเบิกค่า
รักษาพยาบาลสิทธิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้รายการครบถ้วนและถูกต้อง นั้น

ในการนี้(ชื่อหน่วยงาน)..... ขอแจ้งรายชื่อผู้รับผิดชอบในตำแหน่งเจ้าหน้าที่การเงิน(เบิกค่า
รักษาพยาบาล อปท.) ของหน่วยงาน เพื่อขอรับ Username/Password ในการใช้งานโปรแกรมระบบทะเบียนบุคลากร
ฯ และสมัครขอรับ SMS โอนเงินค่ารักษาพยาบาลผ่านทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ โดยมีรายชื่อดังนี้ (หลักฐานประกอบตามสิ่ง
ที่ส่งมาด้วย)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	เลขบัตรประจำตัว ประชาชน	ตำแหน่ง	เบอร์มือถือ	อีเมล
1					
2					

.....ชื่อหน่วยงาน.....ขอรับรองว่าผู้ที่มีรายชื่อตามที่ระบุข้างต้นเป็น
เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานจริง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่งผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน

ชื่อหน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์

หมายเลขโทรสาร.....

ตราครุฑ/ตรา
ประจำ
หน่วยงาน

ที่.....

ชื่อหน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

วันที่.....

เรื่อง แจ้งเลขที่บัญชีธนาคารเพื่อขอรับการโอนเงินค่ารักษาพยาบาลสิทธิองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหน้าบัญชีธนาคารพร้อมรับรองสำเนา จำนวน ฉบับ

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา ได้ส่งหนังสือขอเลขที่บัญชีธนาคารเพื่อขอรับการโอนเงินค่ารักษาพยาบาลสิทธิองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีเบิกจากใบเสร็จรับเงิน นั้น

ในการนี้(ชื่อหน่วยงาน)..... ขอแจ้งเลขที่บัญชีธนาคารเพื่อขอรับการโอนเงินค่ารักษาพยาบาลสิทธิองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นดังกล่าว พร้อมแนบสำเนาบัญชีธนาคารและรับรองสำเนา (เอกสารตามสิ่งที่ส่งมาด้วย) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชื่อหน่วยงาน อปท.	
ที่อยู่	เลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร (จกส.ต้องเป็น12หลัก)	☐ ธ.กรุงไทย ☐ ธ.เพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร(ธกส.).....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่งผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน

ชื่อหน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์

หมายเลขโทรสาร.....