

# ด่วนที่สุด

ที่ อต ๐๐๒๓.๖/ว ๑๓๓๗



ศาลากลางจังหวัดอุดรธานี  
ถนนประชนานิมิตร อต ๕๓๐๐๐

๗ มีนาคม ๒๕๖๙

เรื่อง แบบสำรวจแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการขอการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาพยาบาลของหน่วยบริการ  
ปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี และนายกเทศมนตรีเมืองอุดรธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๒๑.๔/ว ๑๕๖๔

ลงวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๙

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับแจ้งจากคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์  
การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิความว่า ในการประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ ๑๗/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๕  
กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ ที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบแนวทางในการพัฒนาระดับการให้บริการสาธารณสุข  
ของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งกรมบัญชีกลางได้จัดทำแนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรง  
เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ  
ปฐมภูมิ โดยให้ใช้งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิการรับบริการของสำนักงานหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ (ยกเลิกเครื่อง EDC) ตั้งแต่วันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๙ เป็นต้นไป โดยที่ประชุมเห็นชอบ  
การจัดสรรโควตานำร่องหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมด้านการเชื่อมต่อระบบเพื่อใช้งานระบบเบิกจ่ายตรง/  
ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิ เมื่อสิ้นสุดการรับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๕๐๐ แห่ง  
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยเริ่มตั้งแต่เมษายน ๒๕๖๙  
จำนวน ๑๐๐ แห่ง และเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๖๙ จำนวน ๔๐๐ แห่ง เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่  
ข้าราชการ และบุคคลในครอบครัวในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

จังหวัดอุดรธานีพิจารณาแล้วเห็นว่า เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการยกระดับ  
การให้บริการของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
รวมถึงหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินขึ้นทะเบียน  
เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒  
ที่มีความสนใจขอเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาพยาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ  
ปฐมภูมิแก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว เห็นควรแจ้งองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี และเทศบาลเมืองอุดรธานี

ด่วนที่สุด  
ที่ มท ๐๘๒๑.๔/ว ๐๒๖๕



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  
การให้บริการของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
รวมถึงหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินขึ้นทะเบียน  
เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒  
ที่มีความสนใจขอเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย  
หน่วยบริการปฐมภูมิแก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว ในกรณีนี้ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น  
ขอความร่วมมือจังหวัดแจ้งสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดดำเนินการ ดังนี้

๑. แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขและมีความประสงค์เข้าร่วม  
โครงการดังกล่าวตอบแบบสำรวจและจัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

๒. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารตามข้อ ๑ และรวบรวมให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบทางเอกสารและทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ 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 นางสาวภัชร์จิรัสมิ์ ธัมเมธรัตน์/นางสาวแสงระวี สวัสดิ์บุตร

นายธนวรรต ยี่คว่ำ โทร ๐๘ ๓๕๓๖ ๕๑๔๔





สำเนาสมุดเลขที่บัญชีเงินฝากออมทรัพย์  
หรือ  
สำเนา Statement เลขที่บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน  
ของโรงพยาบาล

รับรองสำเนาถูกต้อง  
แล้วประทับตราโรงพยาบาลด้วย

กรณีมีปัญหาในการกรอกตาราง Vendor Code หรือลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ติดต่อสอบถาม กลุ่มงานกำกับและตรวจสอบระบบสวัสดิการรักษายาบาล โทร. ๐๒ ๑๒๗ ๗๓๙๙ ,

๐๒ ๑๒๗ ๗๔๐๐

ตัวอย่างลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

.....(ลายมือชื่อ).....

(.....ชื่อตัวบรรจง.....)

.....ตำแหน่ง.....

แล้วประทับตราโรงพยาบาลด้วย

กรณีมีปัญหาในการกรอกตาราง Vendor Code หรือลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ติดต่อสอบถาม กลุ่มงานกำกับและตรวจสอบระบบสวัสดิการโรงพยาบาล โทร. ๐๒ ๓๒๗ ๗๓๔๙ ,

๐๒ ๑๒๗ ๗๔๐๐





ตัวอย่าง ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ลายเซ็น

(นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก

ระพีพร  
รพ.สต.

ลายมือชื่อห้ามเกิน 2 ท่าน

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

1. นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก  
หรือ

2. นายสำรอง นามสมมติ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ลายเซ็น

ระพีพร  
รพ.สต.

(นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก

หรือ

ลายเซ็น

(นายสำรอง นามสมมติ)  
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ระพีพร  
รพ.สต.

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

แบบที่ 1 กรณีให้ผู้มีอำนาจลงนาม 1 คน