

ด่วนที่สุด  
ที่ ยส ๐๐๒๓.๖/๑๑๕๐



ศาลากลางจังหวัดยโสธร  
ถนนแจ้งสนิท ยส ๓๕๐๐๐

ผ  
เมษายน ๒๕๖๙

เรื่อง แบบสำรวจแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการขอการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วย  
บริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดยโสธร

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๒๑.๔/ว ๑๕๖๔  
ลงวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๙ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับแจ้งจากคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์  
การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิว่า ในการประชุมคณะอนุกรรมการฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙  
ที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบแนวทางในการพัฒนาระดับการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ  
และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งกรมบัญชีกลางได้จัดทำแนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ  
การรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอกสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ  
โดยให้ใช้งานระบบเบิกจ่ายตรง/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 ดังนั้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการยกระดับ  
การให้บริการของสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
รวมถึงหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินขึ้นทะเบียน  
เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒  
ที่มีความสนใจขอเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย  
หน่วยบริการปฐมภูมิแก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว จึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการ  
สาธารณสุขและมีความประสงค์จะเข้าร่วมโครงการดังกล่าวตอบแบบสำรวจและจัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้อง  
ให้สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดยโสธรทราบ ภายในวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๖๙ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายชรรค์ไชย ทันธิมา)  
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้ว่าราชการจังหวัดยโสธร

สำนักงานท้องถิ่นจังหวัด

งานบริการสาธารณะท้องถิ่นและประสานงานท้องถิ่นอำเภอ

โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๔๕๗๑ ๓๐๓๕ ต่อ ๔๕

เป้าหมายการพัฒนาจังหวัดยโสธร “ยโสธรเมืองเกษตรอินทรีย์ เมืองแห่งวิถีอีสาน”

ศาลากลางจังหวัดยโสธร  
เลขที่รับ 4360  
รับวันที่ 30 มี.ค. 2569



ด่วนที่สุด

คู่มางานที่ มท ๐๘๒๑.๔/ว ๑๕๖๒  
๒๐๒  
31 มี.ค. 2569

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น  
ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๒๗ มีนาคม ๒๕๖๙

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดยโสธร  
1844  
30 มี.ค. 2569 เวลา.....น.  
( ) ส.บพ. ( ) กง.บถ. ( ) กง.สส.  
( ) กง.กม. ( ) กง.กง. ( ) กง.บป.

เรื่อง แบบสำรวจแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการขอการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษารักษาพยาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๑ ชุด

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

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

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับแจ้งจากคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิว่า ในการประชุมคณะอนุกรรมการฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ ที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบแนวทางในการพัฒนายกระดับการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งกรมบัญชีกลางได้จัดทำแนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยให้ใช้งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิการรับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ยกเลิกเครื่อง EDC) ตั้งแต่วันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๙ เป็นต้นไป โดยที่ประชุมเห็นชอบการจัดสรรโควตานำร่องหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมด้านการเชื่อมต่อระบบเพื่อใช้งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๕๐๐ แห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์กรบริหารส่วนจังหวัด โดยเริ่มตั้งแต่เมษายน ๒๕๖๙ จำนวน ๑๐๐ แห่ง และเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๖๙ จำนวน ๔๐๐ แห่ง เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัวในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นพิจารณาแล้วเห็นว่า เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการยกระดับการให้บริการของสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมถึงหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินขั้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่มีความสนใจขอเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษารักษาพยาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิแก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว ในการนี้ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นขอความร่วมมือจังหวัดแจ้งสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดดำเนินการ ดังนี้

- ๑. แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขและมีความประสงค์เข้าร่วมโครงการดังกล่าวตอบแบบสำรวจและจัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

/๒. ตรวจสอบ ...

๒. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารตามข้อ ๑ และรวบรวมให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบทางเอกสารและทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ smart.hdla@gmail.com ภายในวันศุกร์ที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๙ ทั้งนี้ มอบหมายให้ นายธนวรรตม์ ยี่คี้ว 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 นางสาวภัชร์จิรย์ อัมเมขรัตน์/นางสาวแสงระวี สวัสดิ์บุตร

นายธนวรรตม์ ยี่คี้ว โทร ๐๘ ๓๕๓๖ ๕๑๔๔



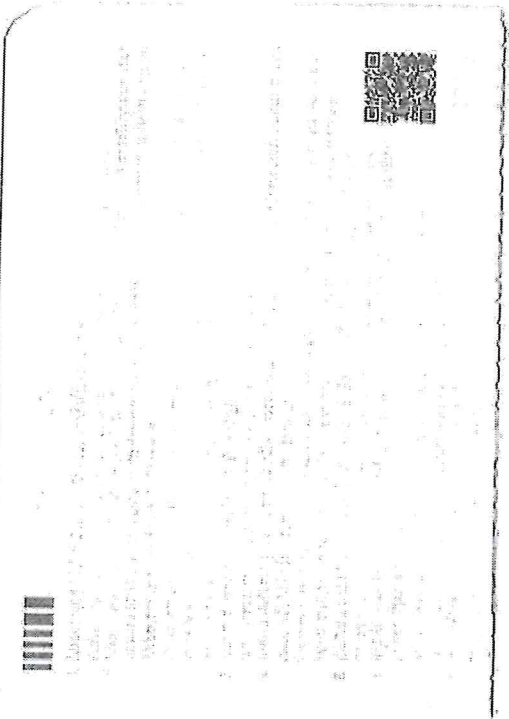
ตัวอย่าง ข้อมูลหลักผู้ขาย (vendor code)

- กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ยกเว้น ข้อ (1) (3) (4) (7) ไม่ต้องกรอกข้อมูล และหากข้อไหนไม่มีข้อมูล เช่น ขอย ให้ระบุ -
- uhcode ระบุรหัสหน่วยบริการ
- ไปตรวจตรวจสอบตัวเลขที่ถูกต้อง

ตารางข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับสถานพยาบาลเพื่อจัดทำข้อมูลหลักผู้ขาย (Vendor Code)		(๘)	
		ข้อมูลบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ขาย	ข้อมูลที่อยู่ผู้ขาย
(๘)	ชื่อบัญชีเงินฝาก (ภาษาอังกฤษ)	Kor Subdistrict Health Promoting Hospital	
	ชื่อบัญชีเงินฝาก (ภาษาไทย)	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก.	
	หมายเลขบัญชีธนาคาร	142-0-00000-0	
	สาขา	กระทรวงสาธารณสุข	
	ชื่อบริษัท	กรุงเทพฯ	
	รหัสธนาคาร	142	
	E-mail สถานพยาบาล	plan.primarycare@gmail.com	
	หมายเลขโทร		
	หมายเลขแฟกซ์	02-590-1938	
	หมายเลขโทร		
	หมายเลขโทรศัพท์	02-590-1939	
	รหัสไปรษณีย์	11000	
	จังหวัด	นนทบุรี	
	อำเภอ	เมือง	
ตำบล	ตลาดขวัญ		
ชื่อย่อ			
ถนน	สีวานนท์		
บ้านเลขที่	88/20		
อาคาร/ชั้น	อาคาร 5 ชั้น 8		
(๗)	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี		
(๖)	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาอังกฤษ)	Kor Subdistrict Health Promoting Hospital	
(๕)	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาไทย)	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก.	
(๔)	ประเภทผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)		
(๓)	รหัสผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)		
(๒)	uhcode (รหัส รพ.)	00000	
(๑)	ลำดับที่	1	

หมายเหตุ : กรณีเป็น สถานพยาบาลของทางราชการ ช่อง (๗) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ไม่ต้องกรอกข้อมูล

ตัวอย่าง สำเนา Bookbank บัญชีคอมพิวเตอร์

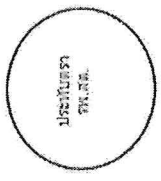


รหัสสาขา 142 142-0-00000-0

สาขา 142 142-0-00000-0

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก

สำนักงานคลัง  
สาขา  
(นางสาวด้วยดี นามสมมติ)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก



ตัวอย่าง ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ลายเซ็น

.....  
(นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก

ประทับตรา  
รพ.สต.

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

ประทับตรา  
รพ.สต.

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

แบบที่ 1 กรณีให้ผู้มีอำนาจลงนาม 1 คน

		ตารางข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับสถานพยาบาลเพื่อจัดทำข้อมูลผู้ขาย (Vendor Code)	
(๔)	ข้อมูลผู้ขาย	E-mail สถานพยาบาล	
		หมายเลขห้อง	
		หมายเลขแฟกซ์	
		หมายเลขตู้	
		หมายเลขโทรศัพท์	
		รหัสไปรษณีย์	
	จังหวัด		
	อำเภอ		
	ตำบล		
	ซอย		
	ถนน		
	บ้านเลขที่		
อาคาร/ชั้น			
(๗)	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี		
(๖)	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาอังกฤษ)		
(๕)	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาไทย)		
(๔)	ประเภทผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)		
(๓)	รหัสผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)		
(๒)	uhcode (รหัส รพ.)		
(๑)	ลำดับที่		

หมายเหตุ : กรณีเป็น สถานพยาบาลของทางราชการ ช่อง (๗) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ไม่ต้องกรอกข้อมูล

สำเนาสมุดเลขที่บัญชีเงินฝากออมทรัพย์  
หรือ  
สำเนา Statement เลขที่บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน  
ของโรงพยาบาล

รับรองสำเนาถูกต้อง  
แล้วประทับตราโรงพยาบาลด้วย

กรณีมีปัญหาในการกรอกตาราง Vendor Code หรือลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก  
ติดต่อสอบถาม กลุ่มงานกำกับและตรวจสอบระบบสวัสดิการรักษารักษาพยาบาล โทร. ๐๒ ๑๒๗ ๗๓๙๙ ,  
๐๒ ๑๒๗ ๗๔๐๐

ตัวอย่างลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

.....(ลายมือชื่อ).....

(.....ชื่อตัวบรรจง.....)

.....ตำแหน่ง.....

แล้วประทับตราโรงพยาบาลด้วย

กรณีมีปัญหาในการกรอกตาราง Vendor Code หรือลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ติดต่อสอบถาม กลุ่มงานกำกับและตรวจสอบระบบสวัสดิการโรงพยาบาล โทร. ๐๒ ๑๒๗ ๗๓๔๙ ,

๐๒ ๑๒๗ ๗๕๐๐