

ด่วนที่สุด

ที่ ขก ๐๐๓๒.๐๐๕/๕๗/๐๐



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ถนนศรีจันทร์ ขก ๔๐๐๐๐

๒๒ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอให้ตรวจสอบรับรองค่าใช้จ่ายที่ให้การสนับสนุนโรงพยาบาลลูกข่าย ในจังหวัดขอนแก่น

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

ตามมติ คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง (Chief Financial Officer : CFO) หน่วยบริการสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ครั้งที่ ๒/๒๕๖๔ ในวันที่ ๙ กันยายน ๒๕๖๔ มีมติเห็นชอบให้จัดสรรเงิน OP Virtual Account จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ที่เหลือจ่ายคืนให้กับโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน ๒๕,๐๕๗,๓๖๔.๕๗ บาท เพื่อสนับสนุนเงินช่วยภาระค่าใช้จ่ายค่ายา (ยาที่ รพ.ขอนแก่นผลิต และยาสำเร็จรูปรวมยา Refer) ค่าเวชภัณฑ์ไม่ใช่ว่า ค่า lab และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ให้บริการผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่นกับโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นข้อมูลหนี้ค้างชำระที่ขอรับการสนับสนุนรายการดังกล่าว ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ - ๒๕๖๔ (๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔) ทั้งนี้ จังหวัดได้ดำเนินการแจ้งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโอนเงินดังกล่าวให้กับโรงพยาบาลขอนแก่นเรียบร้อยแล้ว ซึ่งจะได้รับเงินโอนภายในเดือนกันยายน ๒๕๖๔

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จึงขอให้ท่านแจ้งผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ และให้มีการบริหารจัดการลูกหนี้กับโรงพยาบาลลูกข่ายให้เป็นไปตามระเบียบ และแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เป็นต้นไป เพื่อไม่ให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายระหว่างกันอีก รายละเอียดดังนี้

๑. ตรวจสอบรับรองค่าใช้จ่ายที่ได้ให้การสนับสนุนโรงพยาบาลลูกข่าย ข้อมูลหนี้ค้างชำระค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ไม่ใช่ว่า ค่า lab และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ - ๒๕๖๔ ให้กระทบยอดลูกหนี้ เพื่อล้างบัญชีลูกหนี้ให้โรงพยาบาลลูกข่าย ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔
๒. กรณี โรงพยาบาลลูกข่ายขอรับการสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ไม่ใช่ว่า ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามที่คณะกรรมการกำหนดในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เป็นต้นไป ขอให้ดำเนินการ ดังนี้
 - ๒.๑ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ทำหนังสือขอสนับสนุนตามรายการ ดังกล่าว ให้ตรวจรับ และรับรู้เป็นพัสดุนับสนับสนุน และขออนุมัติเบิกจ่ายเงินบำรุงสนับสนุนตามหนังสือแจ้งของโรงพยาบาลขอนแก่น ไม่ต้องทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง
 - ๒.๒ โรงพยาบาลขอนแก่นจ่ายสนับสนุนตามที่โรงพยาบาลลูกข่ายร้องขอ และแจ้งมูลค่าการสนับสนุน พร้อมแบบขอรับเงินบำรุงสนับสนุนแบบจ่ายขาด

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมชายโชติ ปิยวัชรเวลา)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

กลุ่มงานประกันสุขภาพ

โทร ๐ ๔๓๒๒ ๘๔๐๔

โทรสาร ๐ ๔๓๒๒ ๔๐๓๗