

ด่วนที่สุด

ที่ ขก ๐๐๓๒.๐๐๕/ว๒๘๗๖



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ถนนศรีจันทร์ ขก ๔๐๐๐๐

๒๒ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอให้ตรวจสอบรับรองค่าใช้จ่ายที่ได้รับการสนับสนุนจากแม่ข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ชุมแพ และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

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 เพื่อสนับสนุนเงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายค่ายา (ยาที่ รพ.ขอนแก่นผลิต และยาสำเร็จรูปรวมยา Refer) ค่าเวชภัณฑ์ไม่ใช่ยา ค่า Lab และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ให้บริการผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่นกับโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นข้อมูลนี้ค้างชำระที่ขอรับการสนับสนุนรายการดังกล่าว ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ - ๒๕๖๔ (๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔) นั้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จึงขอให้ท่านแจ้งผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ และให้มีการบริหารจัดการเจ้าหนี้กับโรงพยาบาลแม่ข่ายให้เป็นไปตามระเบียบ และแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เป็นต้นไป เพื่อไม่ให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายระหว่างกันอีก รายละเอียดดังนี้

๑. ตรวจสอบรับรองค่าใช้จ่ายที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลขอนแก่น ข้อมูลนี้ค้างชำระค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ไม่ใช่ยา ค่า Lab และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ตั้งแต่ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ - ๒๕๖๔ ให้กระทบยอดเจ้าหนี้ เพื่อล้างบัญชีเจ้าหนี้โรงพยาบาลขอนแก่น ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔
๒. กรณี โรงพยาบาลลูกข่ายขอรับการสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ไม่ใช่ยา ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามที่คณะกรรมการกำหนดในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เป็นต้นไป ขอให้ดำเนินการ ดังนี้
 - ๒.๑ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ทำหนังสือขอสนับสนุนตามรายการดังกล่าว ให้ตรวจรับ และรับรู้เป็นพัสดุสนับสนุน และขออนุมัติเบิกจ่ายเงินบำรุงสนับสนุนตามหนังสือแจ้งของโรงพยาบาลขอนแก่น ไม่ต้องทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง
 - ๒.๒ โรงพยาบาลขอนแก่นจ่ายพัสดุสนับสนุนตามที่โรงพยาบาลลูกข่ายร้องขอ และแจ้งมูลค่าการสนับสนุน พร้อมแบบขอรับเงินบำรุงสนับสนุนแบบจ่ายขาด

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมชายโชติ ปิยวัชรเวลา)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

กลุ่มงานประกันสุขภาพ

โทร ๐ ๔๓๒๒ ๘๔๐๔

โทรสาร ๐ ๔๓๒๒ ๔๐๓๗