

# ด่วนที่สุด

ที่ ส.จ.ท. ๑๒๐๔/๕๑๑



สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย  
๑๙/๑-๓ หมู่ที่ ๔ ถ.ราชพฤกษ์ ต.คลองข่อย  
อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี ๑๑๑๒๐

๑๙ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ตัวอย่างแบบรายงานรูปแบบการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่ สอน. และ รพ.สต. ถ่ายโอน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

เรียน นายองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ตามบัญชีแนบท้าย)

อ้างถึง หนังสือสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย ที่ ส.จ.ท. ๑๒๐๔/๕๑๐ ลงวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๕

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบรายงานรูปแบบการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่ สอน. และ รพ.สต. ถ่ายโอน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๑ ฉบับ  
๒. ข้อตกลงการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของเครือข่ายหน่วยบริการประจำ (CUP) จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่อ้างถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ขอความอนุเคราะห์ สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทยแจ้ง อบจ. ที่จะรับถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รพ.สต. ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เกี่ยวกับแนวทางการจัดทำข้อตกลงการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อสนับสนุน สอน. และ รพ.สต. ถ่ายโอน ความละเอียดทราบแล้วนั้น

เนื่องจาก อบจ. หลายแห่งได้สอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการจัดทำข้อตกลงการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อสนับสนุน สอน. และ รพ.สต. ถ่ายโอน สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทยขอเรียนว่า

๑. เพื่อให้การจัดทำข้อตกลงของ อบจ. เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทยได้หารือกับ สปสช. และจัดทำตัวอย่างแบบรายงานรูปแบบการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่ สอน. และ รพ.สต. ถ่ายโอน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ ให้นายก อบจ. ในฐานะประธานกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พิจารณาลงนาม และจัดส่งให้แก่ สปสช. สาขาเขต

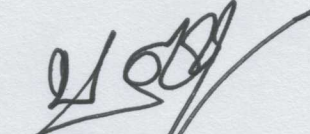
๒. ในระหว่างที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมบัญชีกลางกำลังจัดทำข้อตกลงเพื่อแก้ไขระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๒ สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทยขอให้ อบจ. ทุกแห่งเสนอ กสพ. พิจารณาเลือกรูปแบบการโอนงบประมาณตรงจาก สปสช. ให้ สอน. และ รพ.สต. ที่จะถ่ายโอนให้แก่ อบจ. ภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ เพื่อไม่ให้เกิดอุปสรรคในการโอนเงินข้ามหน่วยงาน ในไตรมาสแรกปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รพ.สต.

๓. สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทยขอความร่วมมือทุก อบจ. แจกทุกเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ในพื้นที่จังหวัดพิจารณาจัดทำข้อตกลงการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของเครือข่ายหน่วยบริการประจำ (CUP) โดยใช้รูปแบบตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ และเสนอ กสพ. พิจารณาให้ความเห็นชอบและจัดส่งให้ สปสช. สาขาเขต พร้อมแบบรายงานรูปแบบการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่ สอน. และ รพ.สต. ถ่ายโอน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ภายในวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๕

อนึ่ง หากท่านมีประเด็นข้อสงสัยหรือต้องการสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาติดต่อโดยตรง ดร.กฤษณ์ สลัดทุกข์ รองเลขาธิการสมาคมฯ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖๒-๕๖๕๒๘๘๙

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นายบุญชู จันทร์สุวรรณ)

นายกสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย

ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

โทรศัพท์ ๐๖๒-๕๖๕๒๘๘๙

โทรสาร ๐ ๒๐๐๖ ๘๓๐๕

## บัญชีแนบท้าย

องค์การบริหารส่วนจังหวัด ๔๙ แห่งที่จะรับถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รพ.สต. ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๑. องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่
๒. องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย
๓. องค์การบริหารส่วนจังหวัดพะเยา
๔. องค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน
๕. องค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่
๖. องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน
๗. องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิษณุโลก
๘. องค์การบริหารส่วนจังหวัดเพชรบูรณ์
๙. องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุโขทัย
๑๐. องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุตรดิตถ์
๑๑. องค์การบริหารส่วนจังหวัดตาก
๑๒. องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์
๑๓. องค์การบริหารส่วนจังหวัดกำแพงเพชร
๑๔. องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร
๑๕. องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุทัยธานี
๑๖. องค์การบริหารส่วนจังหวัดปทุมธานี
๑๗. องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี
๑๘. องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี
๑๙. องค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี
๒๐. องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี
๒๑. องค์การบริหารส่วนจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
๒๒. องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม
๒๓. องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี
๒๔. องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร
๒๕. องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง
๒๖. องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี
๒๗. องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น
๒๘. องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์
๒๙. องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม
๓๐. องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด
๓๑. องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร
๓๒. องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครพนม
๓๓. องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู
๓๔. องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
๓๕. องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ
๓๖. องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี
๓๗. องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร
๓๘. องค์การบริหารส่วนจังหวัดยโสธร

๓๙. องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ
๔๐. องค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ
๔๑. องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี
๔๒. องค์การบริหารส่วนจังหวัดกระบี่
๔๓. องค์การบริหารส่วนจังหวัดชุมพร
๔๔. องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช
๔๕. องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต
๔๖. องค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา
๔๗. องค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี
๔๘. องค์การบริหารส่วนจังหวัดพัทลุง
๔๙. องค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล

แบบรายงานรูปแบบการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่

สอน. และ รพ.สต. ถ่ายโอน ประจำปีงบประมาณ 2566

องค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

ด้วยคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด.....  
ในการประชุมครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2565 มีมติดังนี้

1. รับทราบหลักการตามมติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2565 วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2565 สอน. และ รพ.สต. ที่จะถ่ายโอนให้แก่ อบจ. ยังคงสถานะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ เป็นเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้มีการถ่ายโอนไปยัง อบจ. แล้ว โดยอาจเป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายกับหน่วยบริการนอกกระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายกันเอง หรือเครือข่ายกับหน่วยบริการเอกชน

2. รับทราบหลักการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่ สอน. และ รพ.สต. ถ่ายโอน ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. บทที่ 5 ข้อ 5.3 ซ้อย่อย 5.3.1 “ให้ สอน. และ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. มีแหล่งรายได้ ดังนี้..... (1) รายได้จากหน่วยบริการประจำแม่ข่ายที่ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหน่วยบริการประจำแม่ข่าย จะจัดสรรให้ตามหลักเกณฑ์ที่แต่ละเครือข่ายได้ทำข้อตกลงกำหนดไว้ โดยต้องไม่แตกต่างจากแนวทางการจัดสรรงบประมาณก่อนการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. และต้องมีความเสมอภาคและความเท่าเทียมกับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข”

3. เห็นชอบรูปแบบการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิประจำปีงบประมาณ 2566 ดังนี้ (โปรดเลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

จัดสรรผ่านหน่วยบริการประจำ (แบบที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน)

โอนงบประมาณตรงให้ สอน. และ รพ.สต. ที่จะถ่ายโอนให้แก่ อบจ. ภายใต้เงื่อนไข

ที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ

4. เห็นชอบเงื่อนไขข้อตกลงการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างหน่วยบริการประจำกับ สอน. และ รพ.สต. ที่จะถ่ายโอนให้แก่ อบจ. ประจำปีงบประมาณ 2566 ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

วันที่.....

ข้อตกลงการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของเครือข่ายหน่วยบริการประจำ (CUP)

ชื่อเครือข่ายหน่วยบริการประจำ.....

1. ชื่อหน่วยบริการประจำ..... รหัสหน่วยบริการประจำ.....
2. รายชื่อ สอน. และ รพ.สต. ในเครือข่ายที่จะถ่ายโอนให้แก่ อบจ.

ที่	ชื่อ สอน. และ รพ.สต. ในเครือข่ายที่จะถ่ายโอนให้แก่ อบจ.	รหัสหน่วยบริการปฐมภูมิ
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		

3. หน่วยบริการประจำแม่ข่ายและ สอน. และ รพ.สต. ในเครือข่ายที่จะถ่ายโอนให้แก่ อบจ. ดังมีรายชื่อข้างต้น มีมติเห็นชอบแนวทางการจัดสรรเงินสนับสนุนการดำเนินงานของ สอน. และ รพ.สต. จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2566 ดังนี้

ที่	รายการ	อัตรการจัดสรร ให้แก่ CUP (ระบุเป็นร้อยละ จำนวนเงิน)	อัตรการจัดสรร ให้แก่ สอน. และ รพ.สต. ถ่ายโอน (ระบุเป็นร้อยละ จำนวนเงิน)
1	งบเหมาจ่ายรายหัวประชากร ผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP-PP) (งบเหมาจ่ายรายหัวประชากรทั้งหมดประจำปี 2565 = 1,305 บาท)		
2	งบค่าเสื่อม		
3	งบประมาณตามผลงานบริการ (Fee Schedule)		
4	อื่น ๆ เช่น งบสนับสนุนค่าสาธารณูปโภค เงินเดือน พกส./ ลจค. หรืองบดำเนินงานอื่น ๆ		

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ประธานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

.....

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

.....