

วนที่สด
ที่ กค 0422.2/ว 339



มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล
วิทยาเขต
รับที่ 06562
รับที่ E-2 G.P. 2552
รับที่ A. 200

กรมบัญชีกลาง

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

25 กันยายน 2552

กองคลัง
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร
เลขรับ 001804
วันที่ 2 ต.ค. 2552

เรื่อง การคืนการใช้สิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

อ้างถึง หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว 339 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2551

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบแสดงเจตนาขอคืนสิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรง
 2. หนังสือยินยอมการขอคืนสิทธิและข้อปฏิบัติในโครงการเบิกจ่ายตรง

ตามหนังสือที่อ้างถึง กรมบัญชีกลางได้เวียนแจ้งแนวปฏิบัติกรณีกรมบัญชีกลางตรวจสอบพบว่า บุคคลใดมีพฤติกรรมการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในโครงการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลผิดปกติ จะระงับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของบุคคลดังกล่าวในโครงการโดยทันที แต่บุคคลดังกล่าวยังคงสามารถนำใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลยื่นเบิกที่ส่วนราชการต้นสังกัดได้ โดยแนบเอกสารที่กำหนดเพื่อประกอบการเบิกจ่าย และเมื่อดำเนินการตรวจสอบแล้วไม่พบการเบิกจ่ายที่ไม่ถูกต้องหรือส่อไปในทางทุจริต กรมบัญชีกลางจะแจ้งการคืนสิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรงฯ ให้ส่วนราชการทราบเพื่อแจ้งบุคคลดังกล่าวต่อไป นั้น

กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า จากการตรวจสอบเวชระเบียนและเอกสารประกอบการเบิกจ่ายต่างๆ ของบุคคลที่ถูกระงับการใช้สิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรงด้วยเหตุค่าใช้จ่ายสูงบางราย ไม่พบพฤติกรรมที่ส่อไปในทางทุจริต แต่มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยเฉพาะค่ายาซ้ำซ้อนและมีปริมาณมากเกินความจำเป็นในโรงพยาบาลหลายแห่ง ดังนั้น เพื่อเป็นการควบคุมการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้เป็นไปด้วยความเหมาะสม จึงเห็นควรกำหนดแนวทางการคืนสิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรง ดังนี้

ส่วนราชการและบุคคลที่ถูกระงับสิทธิ

1. กรมบัญชีกลางจะแจ้งการคืนสิทธิบุคคลที่ถูกระงับสิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรงฯ ให้ส่วนราชการต้นสังกัดทราบ
2. บุคคลที่ถูกระงับสิทธิและได้รับการคืนสิทธิดังกล่าว สามารถสมัครเข้าสู่โครงการเบิกจ่ายตรง ณ โรงพยาบาลได้เพียงหนึ่งแห่งเท่านั้น โดยให้ดำเนินการ ดังนี้

2.1 แสดงเจตนาเลือกโรงพยาบาลที่จะประสงค์ขอใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง ตามแบบสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 ที่ส่วนราชการต้นสังกัด และให้ส่วนราชการส่งแบบแสดงเจตนามายังกรมบัญชีกลาง เพื่อดำเนินการประสานกับ โรงพยาบาลดังกล่าว

2.2 เมื่อกรมบัญชีกลางได้ประสานกับโรงพยาบาลตามข้อ 2.1 จะดำเนินการแจ้งให้ ส่วนราชการทราบอีกครั้ง เพื่อให้บุคคลดังกล่าวลงนามในหนังสือยินยอมการขอคืนสิทธิและข้อปฏิบัติ ในโครงการเบิกจ่ายตรงฯ ต่อหน้าผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ กรมบัญชีกลาง หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 2

2.3 การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของบุคคลดังกล่าว ซึ่งมิใช่โรงพยาบาลที่ขอใช้สิทธิ ในโครงการเบิกจ่ายตรง ให้ถือปฏิบัติตามหนังสือที่อ้างถึงเช่นเดิม


โรงพยาบาล

1. โรงพยาบาลที่บุคคลดังกล่าวแสดงเจตนาขอใช้สิทธิ ให้ดำเนินการรับบุคคลนั้นเข้าสู่ โครงการเบิกจ่ายตรง โดยกรมบัญชีกลางหรือหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมายจะติดตามตรวจสอบการเบิกจ่าย เงินค่ารักษาพยาบาลของบุคคลดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

2. การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของบุคคลดังกล่าว ที่เป็นไปตามมาตรฐานเวชปฏิบัติ ของแพทย์ และถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังและกรมบัญชีกลางกำหนด โรงพยาบาลสามารถ ส่งเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามปกติ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและผู้มีสิทธิทราบและถือปฏิบัติด้วย
จักขอขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ


๕๕๔๗ ๗๐.๐๓
เพื่อโปรดฯ/คต๑ ๗๓๘.๗๓๗๗
(นายรังสรรค์ ศรีวราศาสตร์)
รองอธิบดี รักษาราชการแทน
อธิบดีกรมบัญชีกลาง
๑๑๘-๗๐๐๗๐๐๘๘๑/๑๑๖๓๖๗๓๗๓๗
คำสั่งจังหวัดตาก (เรียนหัวหน้ากองฯ
ทุกขั้วของกองฯ) และส่งมอบให้
๒ มี.ค. ๕๖
๒๗๖
๒๗๖.๕๖
๑๓๖๗๖๖๖๖๖๖๖๖
๑๓.๓.๕๖
๑๓๖๗๖๖๖๖๖๖๖๖
๑๓๖๗๖๖๖๖๖๖๖๖

สำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ
กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
โทร. 0-2273-9561,0-2298-6086-8

แบบแสดงเจตนาขอคืนสิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรงเนื่องจากถูกระงับสิทธิด้วยเหตุค่าใช้จ่ายสูง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอคืนสิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรงเนื่องจากถูกระงับสิทธิด้วยเหตุค่าใช้จ่ายสูง

เรียน อธิบดีกรมบัญชีกลาง

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....กระทรวง.....เลขที่ประจำตัวประชาชน.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ประสงค์จะขอคืนสิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเนื่องจากถูกระงับสิทธิด้วยเหตุค่าใช้จ่ายสูงผิดปกติ สำหรับ

ตนเอง

บุคคลในครอบครัว

ชื่อ.....เลขที่ประจำตัวประชาชน.....หรือเลขที่บัตร

ประจำตัวคนต่างด้าว/เลขที่ของหนังสือเดินทาง.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

.....ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะเป็น.....

โดยประสงค์ขอใช้บริการโครงการเบิกจ่ายตรงในโรงพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งที่ระบุเอาไว้ในหนังสือแสดงเจตนาฯ หรือโรงพยาบาลอื่นตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

1.

2.

3.

ทั้งนี้ เมื่อกรมบัญชีกลางดำเนินการพิจารณาการคืนสิทธิโครงการเบิกจ่ายตรงแล้วเสร็จ และแจ้งให้ข้าพเจ้าและ/หรือบุคคลในครอบครัวทราบ เพื่อลงนามในหนังสือยินยอมการขอคืนสิทธิและ ข้อปฏิบัติในโครงการเบิกจ่ายตรงตามหลักเกณฑ์ที่กรมบัญชีกลางกำหนด ข้าพเจ้าและ/หรือบุคคลในครอบครัวจะเข้าพบเพื่อลงนามในหนังสือดังกล่าวต่อหน้าเจ้าหน้าที่กรมบัญชีกลางตามวันและเวลาที่ได้แจ้งให้ทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หมายเหตุ....

1. กรณีบุคคลในครอบครัวถูกระงับสิทธิหลายคนการกรอกข้อมูลในข้อ 2 ให้กรอกทุกคน
2. โปรดแนบสำเนาเอกสารทางราชการ เช่น บัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

หนังสือยินยอมการขอคืนสิทธิและข้อปฏิบัติในโครงการเบิกจ่ายตรง (ผู้มีสิทธิ)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด
.....กระทรวง.....เลขที่ประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ได้ถูกระงับสิทธิการใช้ในโครงการเบิกจ่ายตรงด้วยเหตุ
ค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งข้าพเจ้าได้แสดงเจตนาขอคืนการใช้สิทธิดังกล่าว ตามหลักเกณฑ์ที่กรมบัญชีกลางกำหนดแล้ว
และได้มาพบกับเจ้าหน้าที่กรมบัญชีกลางเพื่อลงนามในหนังสือยินยอมการขอคืนสิทธิและข้อปฏิบัติ
ในโครงการเบิกจ่ายตรง ดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าขอใช้บริการในโครงการเบิกจ่ายตรง ณ โรงพยาบาลที่ได้แสดงเจตนาไว้หรือ
โรงพยาบาลอื่นตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด โดยหากข้าพเจ้าได้ดำเนินการสมัครเข้าสู่โครงการเบิกจ่ายตรง
ที่โรงพยาบาลอื่นไม่ว่าด้วยกรณีใดๆ ข้าพเจ้ายินยอมให้กรมบัญชีกลางระงับการสมัครเข้าสู่โครงการ
เบิกจ่ายตรงในโรงพยาบาลแห่งนั้นได้

2. ข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินซึ่งออกตามพระราชกฤษฎีกา
เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม อย่างเคร่งครัด

3. กรณีข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยภายนอกในโรงพยาบาลของ
ทางราชการแห่งอื่น ซึ่งมีใช้โรงพยาบาลที่ข้าพเจ้าสมัครเข้าสู่โครงการเบิกจ่ายตรง การเบิกค่ารักษาพยาบาล
ข้าพเจ้าจะนำหลักฐานการรับเงินของสถานพยาบาลยื่นเบิก ณ ส่วนราชการต้นสังกัด ตามระเบียบกระทรวงการคลัง
ว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2545 และหลักเกณฑ์อื่นที่เกี่ยวข้อง

4. ข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอดจนข้อปฏิบัติของโรงพยาบาลที่ข้าพเจ้า
สมัครขอใช้บริการโครงการเบิกจ่ายตรง หรือโรงพยาบาลอื่นตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

ข้าพเจ้าจะถือปฏิบัติตามข้อกำหนดในหนังสือยินยอมฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความ
ในหนังสือฉบับนี้แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าเจ้าหน้าที่กรมบัญชีกลาง

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(ผู้มีสิทธิ)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

หนังสือยินยอมการขอคืนสิทธิและข้อปฏิบัติในโครงการเบิกจ่ายตรง (ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด
..... กระทรวง..... เลขที่ประจำตัวประชาชน..... อายุ..... ปี
อยู่บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... และบุคคลในครอบครัว ชื่อ..... เลขที่
ประจำตัวประชาชน..... หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว/เลขที่ของหนังสือเดินทาง
..... อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ
เป็น..... ได้ถูกระงับสิทธิการใช้ในโครงการเบิกจ่ายตรงด้วยเหตุค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งข้าพเจ้า
ได้แสดงเจตนาขอคืนการใช้สิทธิดังกล่าว ตามหลักเกณฑ์ที่กรมบัญชีกลางกำหนดแล้ว และได้มาพบกับ
เจ้าหน้าที่กรมบัญชีกลางเพื่อลงนามในหนังสือยินยอมการขอคืนสิทธิและข้อปฏิบัติในโครงการเบิกจ่ายตรง
ดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวขอใช้บริการในโครงการเบิกจ่ายตรง ณ โรงพยาบาล
ที่ได้แสดงเจตนาไว้ หรือโรงพยาบาลอื่นตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด โดยหากข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัว
ได้ดำเนินการสมัครเข้าสู่โครงการเบิกจ่ายตรงที่โรงพยาบาลอื่นไม่ว่าด้วยกรณีใดๆ ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัว
ยินยอมให้กรมบัญชีกลางระงับการสมัครเข้าสู่โครงการเบิกจ่ายตรงในโรงพยาบาลแห่งนั้นได้

2. ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวยินยอมปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินซึ่งออก
ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม อย่างเคร่งครัด

3. กรณีข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยภายนอก
ในโรงพยาบาลของทางราชการแห่งอื่น ซึ่งมีไซโรงพยาบาลที่ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวสมัครเข้าสู่
โครงการเบิกจ่ายตรง การเบิกค่ารักษาพยาบาลข้าพเจ้าจะนำหลักฐานการรับเงินของสถานพยาบาล
ยื่นเบิก ณ ส่วนราชการต้นสังกัด ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ
การรักษาพยาบาล พ.ศ. 2545 และหลักเกณฑ์อื่นที่เกี่ยวข้อง

4. ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอดจนข้อปฏิบัติของ
โรงพยาบาลที่ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวสมัครขอใช้บริการโครงการเบิกจ่ายตรง หรือโรงพยาบาลอื่น
ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวจะถือปฏิบัติตามข้อกำหนดในหนังสือยินยอมฉบับนี้
ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวได้อ่านข้อความในหนังสือฉบับนี้แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าเจ้าหน้าที่
กรมบัญชีกลาง

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม
(ผู้มีสิทธิ)

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม
(บุคคลในครอบครัว)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

หนังสือยินยอมการขอคืนสิทธิและข้อปฏิบัติในระบบเบิกจ่ายตรง (บุคคลในครอบครัว)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด
..... กระทรวง..... เลขที่ประจำตัวประชาชน..... อายุ..... ปี
อยู่บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ได้รับแจ้งจากกรมบัญชีกลางกรณีบุคคลในครอบครัวของ
ข้าพเจ้า ชื่อ..... เลขที่ประจำตัวประชาชน..... หรือเลขที่บัตรประจำตัว
คนต่างด้าว/เลขที่ของหนังสือเดินทาง..... อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่..... ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
..... ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะเป็น..... ได้ถูกระงับการใช้สิทธิในโครงการ

เบิกจ่ายตรงด้วยเหตุค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งข้าพเจ้าได้แสดงเจตนาขอคืนการใช้สิทธิดังกล่าวของบุคคลในครอบครัว
ตามหลักเกณฑ์ที่กรมบัญชีกลางกำหนดแล้ว และยินยอมปฏิบัติตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ดังต่อไปนี้

1. บุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าประสงค์ขอใช้บริการโครงการเบิกจ่ายตรงในโรงพยาบาล
ที่ได้แสดงเจตนาไว้ หรือโรงพยาบาลอื่นตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด โดยหากบุคคลในครอบครัวของ
ข้าพเจ้าได้ดำเนินการสมัครเข้าสู่โครงการเบิกจ่ายตรงที่โรงพยาบาลอื่นไม่ว่าด้วยกรณีใดๆ ข้าพเจ้าและบุคคล
ในครอบครัวยินยอมให้กรมบัญชีกลางระงับการสมัครเข้าสู่โครงการเบิกจ่ายตรงในโรงพยาบาลแห่งนั้นได้

2. บุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินซึ่งออก
ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม อย่างเคร่งครัด

3. กรณีบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยภายนอก
ในโรงพยาบาลของทางราชการแห่งอื่น ซึ่งมีใ้โรงพยาบาลที่บุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าสมัครเข้าสู่
โครงการเบิกจ่ายตรง การเบิกค่ารักษาพยาบาล ข้าพเจ้าจะนำหลักฐานการรับเงินของสถานพยาบาล
ยื่นเบิก ณ ส่วนราชการต้นสังกัด ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ
การรักษาพยาบาล พ.ศ. 2545 และหลักเกณฑ์อื่นที่เกี่ยวข้อง

4. บุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอดจนข้อปฏิบัติของ
โรงพยาบาลที่บุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าสมัครขอใช้บริการโครงการเบิกจ่ายตรง หรือโรงพยาบาลอื่น
ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

/ข้าพเจ้า ...

ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวจะถือปฏิบัติตามข้อกำหนดในหนังสือยินยอมฉบับนี้
ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวได้อ่านข้อความในหนังสือฉบับนี้แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าเจ้าหน้าที่
กรมบัญชีกลาง

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม
(ผู้มีสิทธิ)

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม
(บุคคลในครอบครัว)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่