

ภาคเหนือ



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
Electron mail เลขที่ ๓๑๕
ผู้ส่ง ชวนท์
วันที่ ๒๕ มิ.ย. ๖๐

ที่ สน ๐๐๓๒.๐๐๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
โรงพยาบาล โพนนาแก้ว
ถนนศูนย์ราชการ สน ๕๗๐๐๐

๒๕ มิ.ย. ๖๐

เลขที่ ๑๖๓๒
วันที่ ๒๕ มิ.ย. ๖๐

เรื่อง แจ้งอัตราการเรียกเก็บและจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกภายในจังหวัดปี ๒๕๖๐ 10.๖๖

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลค่ายกฤษณสีวะราและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย อัตราการเรียกเก็บและจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกภายในจังหวัด
ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ ได้มีข้อตกลงร่วมกันของคณะแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประกันสุขภาพของ
หน่วยบริการทุกแห่ง ซึ่งได้กำหนดแนวทางในการเรียกเก็บและจ่ายชดเชยระหว่างหน่วยบริการในการให้บริการ
ทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกภายในจังหวัด ประจำปี ๒๕๖๐ โดยมีมติเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารระดับ
จังหวัดในการประชุมผู้บริหารสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๐ แล้วนั้น

เพื่อให้การดำเนินงานเรียกเก็บและชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จังหวัดสกลนคร เป็นไปใน
แนวทางเดียวกัน จึงขอให้หน่วยบริการดำเนินการจัดเก็บข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับ
บริการ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐ โดยใช้อัตราค่าบริการปี ๒๕๕๙ สำหรับผู้ป่วยที่
เข้ารับบริการตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๐ เป็นต้นไป ให้เรียกเก็บในอัตราค่าบริการตามข้อตกลง ปี๒๕๖๐ ที่
แนบมาด้วยนี้ โดยให้ทุกหน่วยบริการบันทึกข้อมูลการเรียกเก็บตามแบบ นค.๑ รวบรวมไว้ที่หน่วยบริการก่อน
จนกว่าจังหวัดจะแจ้งให้ส่งหรือให้ดำเนินการต่อ ทั้งนี้ สำหรับหน่วยบริการที่ยังมีหนี้ค้างจ่ายสำหรับกรณีการ
ชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ให้ดำเนินการจ่ายชดเชยกันเองให้เสร็จสิ้นและไม่ให้นำ
ข้อมูลหนี้ดังกล่าวมาเรียกเก็บในระบบการเรียกเก็บปีงบประมาณ ๒๕๖๐

เรียน ผอ.รพ.โพนนาแก้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

พร.พร.พร.พร.พร. (นายประเมษฐ์ กิ่งโก้) ขอแสดงความนับถือ

(นายธีระยุทธ เวยสาร)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

งานประกันสุขภาพ
๒๕ มิ.ย. ๖๐

โทร ๐ ๔๒๗๓ ๓๓๕๗ ต่อ ๓๒๓๓-๓๒๓๓

โทรสาร ๐ ๔๒๗๓ ๓๓๕๗ ต่อ ๓๐๐๓

email : tungting๒๐๐๕@hotmail.com

ผู้ประสานงาน: นางดาราทิพย์ ฤทธิร่วม

งานประกัน
เลขที่รับ ๐๘๒
วันที่ ๒๕ มิ.ย. ๖๐
เวลา

“ปวงข้าพระพุทธเจ้า ขอน้อมเกล้าฯ น้อมกระหม่อม รำลึกในพระมหากรุณาธิคุณหาที่สุดมิได้”

การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ จังหวัดสกลนคร (กรณีผู้ป่วยนอกภายในจังหวัด)
ปีงบประมาณ 2560

เริ่มใช้ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป

ประเภท	หลักเกณฑ์ ปี 2560	เงื่อนไข
<p>1. บริการอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน (A&E) การวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังนี้ โรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต โรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรง ต้องรักษาเป็นการเร่งด่วน</p> <p>1.3 โรคที่ต้องผ่าตัดด่วนหากปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิต</p> <p>1.4 โรคหรือลักษณะอาการของ โรคที่คณะกรรมการกำหนด (ทั้งนี้...ให้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์และคำนึงถึงการรับรื้อของผู้ป่วยที่มีต่ออาการป่วย)</p>	<p>ผู้ป่วยนอก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 700 บาท / ครั้ง และจ่ายเพิ่มค่าตรวจพิเศษ - กรณีฉุกเฉินครั้งแรก ไม่ได้รับยาใดๆ คิดค่าบริการ 50 บาท <p>หมายเหตุ :- กรณีที่มีการล้างแผลที่เป็นแผลเรื้อรัง ให้คิดราคาเหมาจ่าย 150 บาท ต่อ 7 วัน ยกเว้น กรณีที่มีการจ่ายยาเพิ่มในครั้งต่อมาให้คิดแยกจากราคาล้างแผลในครั้งแรก (เริ่มนับจากวันแรกของการรับบริการ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรณีทำกายภาพบำบัด ให้คิดราคาเหมาจ่าย 150 บาท / 1 วัน ยกเว้นกรณีมีการจ่ายยาเพิ่ม (เริ่มนับจากวันแรกของการรับบริการ) - การคิดราคากรณีมียาเพิ่มในการล้างแผลและกายภาพบำบัด คิดเหมาจ่าย 150 บาท / 7 วัน บวกค่ายาเพิ่มตามราคาที่จ่ายจริงไม่เกิน 300 บาท - การนับจำนวนครั้งในการล้างแผลและทำกายภาพบำบัด หากเกิน 7 วัน เช่น 10 วันสิ้นสุดการรักษา คิดเป็น เหมาจ่าย เป็น 150 + 150 รวมเป็น 300 บาท 	
<p>2. บริการกรณีผ่านระบบการส่งต่อ</p> <p>2.1 ภายใน CUP เดียวกันไม่ต้องผ่านระบบส่งต่อ</p> <p>2.2 ภายนอก CUP ผ่านระบบส่งต่อโดยใช้ใบส่งตัว</p>	<p>ผู้ป่วยนอก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รพศ./รพท. เรียกเก็บ รพช./รพ.ค่ายกฤษณ์ฯ 300 บาท / ครั้ง และจ่ายเพิ่มค่าตรวจพิเศษ 2. รพช./รพ.ค่ายกฤษณ์ฯ เรียกเก็บ รพช. 180 บาท / ครั้ง และจ่ายเพิ่มค่าตรวจพิเศษ 3. รพ.สต. เรียกเก็บ รพช./รพท.รพศ./รพ.ค่ายกฤษณ์ฯ 40 บาท / ครั้ง <p>กรณีโรคเรื้อรังที่ต้องรับยาต่อเนื่องให้มีการเรียกเก็บแบบเหมาจ่ายต่อเดือน*</p> <p>หมายเหตุ - กรณีที่มีการล้างแผลที่เป็นแผลเรื้อรัง ให้คิดราคาเหมาจ่าย 150 บาท ต่อ 7 วัน ยกเว้น กรณีที่มีการจ่ายยาเพิ่มในครั้งต่อมาให้คิดแยกจากราคาล้างแผลในครั้งแรก (เริ่มนับจากวันแรกของการรับบริการ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรณีทำกายภาพบำบัด ให้คิดราคาเหมาจ่าย 150 บาท / สัปดาห์ยกเว้นกรณีมีการจ่ายยาเพิ่ม (เริ่มนับจากวันแรกของการรับบริการ) 	<ul style="list-style-type: none"> ● การคิดราคากรณีมียาเพิ่มในการล้างแผลและกายภาพบำบัด คิดเหมาจ่าย 150 / 7 วัน บวกค่ายาเพิ่มตามราคาที่จ่ายไม่เกิน 300 บาท ● การนับจำนวนครั้งในการล้างแผลและกายภาพบำบัด หากเกิน 7 วัน เช่น 10 วัน สิ้นสุดการรักษา คิดเป็น เหมาจ่าย เป็น 150 + 150 รวมเป็น 300 บาท

ประเภท	หลักเกณฑ์ ปี 2560	เงื่อนไข
<p>3. เขตรอยต่อภายในจังหวัด (ให้อยกเว้นใบส่งต่อ)</p>	<p>ผู้ป่วยนอก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รพศ./ รพท. เรียกเก็บ รพช. 300 บาท / ครั้ง และจ่ายเพิ่มค่าตรวจพิเศษ 2. รพช. เรียกเก็บ รพช. 180 บาท / ครั้ง และจ่ายเพิ่มค่าตรวจพิเศษ 3. รพ.สต. เรียกเก็บ รพช./รพท./รพศ./รพ.ค่ายกฤษฎณ์ฯ 40 บาท / ครั้ง <p>กรณีโรคเรื้อรังที่ต้องรับยาต่อเนื่องให้มีการเรียกเก็บแบบเหมาจ่ายต่อเดือน*</p> <p>หมายเหตุ - กรณีที่มีการล้างแผลที่เป็นแผลเรื้อรัง ให้คิดราคาเหมาจ่าย 150 บาท ต่อ 7 วัน ยกเว้น กรณีที่มีการจ่ายยาเพิ่มในครั้งต่อมาให้คิดแยกจากราคาล้างแผลในครั้งแรก (เริ่มนับจากวันแรกของการรับบริการ)</p> <p>-กรณีทำกายภาพบำบัด ให้คิดราคาเหมาจ่าย 150 บาท / 7 วัน ยกเว้นกรณีมีการจ่ายยาเพิ่ม (เริ่มนับจากวันแรกของการรับบริการ)</p> <p>-ข้อตกลงนี้ไม่รวมกรณีให้ Rabies Vaccine และซีรัม</p>	<p>-เขตรอยต่อ ตามรายชื่อในข้อตกลงเท่านั้น</p> <p>-ผู้ป่วยในเขตรอยต่อ ไม่ถือว่าเป็นกรณีอุบัติเหตุเงินอุดหนุน</p> <p>-กรณีทำพื้นเหมาจ่ายตามข้อตกลง ยกเว้นการทำพื้นปลอม รักษาคลองรากฟัน หรือการท่พื้นอื่นๆที่เป็นค่าใช้จ่ายราคาแพงให้ผู้ป่วยไปบริการที่ต้นสังกัด</p>
<p>4. ค่า Rabies Vaccine (PCEC และ Vero Rabies Vaccine)</p>	<p>เนื่องจากวัคซีนนี้เป็นการจัดหาโดยหน่วยบริการเอง จึงกำหนดอัตราการเรียกเก็บดังนี้</p> <p>Vero Rabies Vaccine ฉีด ID เรียกเก็บ 100 บาทต่อจุด ฉีด IM เรียกเก็บ 370 บาทต่อ dose ซีรัม เรียกเก็บ 0.84.บาท ต่อ Unit</p> <p>หมายเหตุ 1. กรณีที่ทำ Dressing แผลที่สุนัขกัด และมีการให้การรักษายาบาล เช่น ให้ยา ให้เรียกเก็บ ตามหลักเกณฑ์อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน คือ เรียกเก็บตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกิน 700 บาท และเก็บค่าวัคซีนเพิ่มตามราคาข้อตกลงข้างต้น</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. อัตรานี้เหมาจ่ายแล้วไม่คิดค่าฉีดยาเพิ่ม 3. กรณีการให้บริการฉีดวัคซีนนี้ครั้งที่ 2 เป็นต้นไปไม่คิดค่าบริการหากมีการให้ยาหรือทำแผล เพิ่ม ให้คิดค่ายาและค่าทำแผลตามค่าใช้จ่ายจริง+ค่าวัคซีน <p>*** กรณีวัคซีนพื้นฐาน ไม่ให้มีการเรียกเก็บเนื่องจาก กระทรวงสาธารณสุข ได้หักค่าวัคซีนจากรายหัว UC แต่ละ Cup ใช้ตัวเลขจากข้อมูลการใช้วัคซีนของอำเภอ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • การคิดราคากรณีมียาเพิ่มในการล้างแผล คิดเหมาจ่าย 150 บาท / 7 วัน บวกค่ายาเพิ่มตามราคาที่จ่ายจริงไม่เกิน 300 บาท • การนับจำนวนครั้งในการล้างแผล หากเกิน 7 วัน เช่น 10 วัน สิ้นสุดการรักษา คิดเป็น เหมาจ่าย เป็น 150 + 150 รวมเป็น 300 บาท

ประเภท	หลักเกณฑ์ ปี 2560	เงื่อนไข
<p>5. บริการวางแผนครอบครัว</p> <p>การรับบริการต่าง CUP เขตรอยต่อและ การส่งต่อ</p>	<p>การให้บริการวางแผนครอบครัว เรียกเก็บดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยาเม็ด 40 บาท - ยาฉีด 60 บาท - ห่วงอนามัย 500 บาท (การ off ห่วงเรียกเก็บตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 700 บาท) - ยาฝัง 2,200 บาท (รวมค่าบริการใส่และถอดและกรณีให้ยาเพิ่มด้วย) - รพ.สต./ รพช./รพ.ค่ายกฤษณ์ฯ/ รพศ./รพท. เรียกเก็บอัตราเดียวกัน 	<p>- กรณีผู้รับบริการยาฝังและห่วงอนามัย อายุต่ำกว่า 20 ปี ให้เบิกในระบบ e-claim สปสช.</p>
<p>6. การเรียกเก็บกรณีทหารผ่านศึก/ ทหารเกณฑ์ คนพิการ พระ และชี</p>	<p>ให้เสมือนเป็นการไปรับบริการในสถานพยาบาลประจำครอบครัวของตนเอง ผู้ป่วยนอก (เหมาจ่าย)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รพศ./รพท. เรียกเก็บ รพช./รพ.ค่ายกฤษณ์ฯ 300 บาท /ครั้ง และจ่ายเพิ่มค่าตรวจพิเศษ 2. รพช./รพ.ค่ายกฤษณ์ฯ เรียกเก็บ รพช. 180 บาท /ครั้ง และจ่ายเพิ่มค่าตรวจพิเศษ 3. รพ.สต. เรียกเก็บ รพช./รพท. รพศ./รพ.ค่ายกฤษณ์ฯ. 40 บาท /ครั้ง <p>กรณีโรคเรื้อรังที่ต้องรับยาต่อเนื่องให้มีการเรียกเก็บแบบเหมาจ่ายต่อเดือน*</p>	<p>- การรับบริการของกลุ่มนี้ ไม่ถือว่าเป็นอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกกรณี</p> <p>- กรณีพระภิกษุให้ยึดถือสิทธิความเป็นพระ ตามสถานะที่พบเห็น ไม่ยึดสิทธิตามหน้า Web (กรณีค่านำหน้าชื่อ)</p>
<p>7. การเรียกเก็บค่ายาสมุนไพรเบญจอำมฤตย์ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย รพร.สว่างแดนดิน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีรับบริการทางการแพทย์และรับยาอื่นๆพร้อมกับรับยาสูตรสมุนไพรเบญจอำมฤตย์ ให้เรียกเก็บและจ่ายชดเชยตามข้อตกลงอัตราการเรียกเก็บภายในจังหวัดและจ่ายเพิ่มค่ายาเบญจอำมฤตย์ เม็ดละ 5.50 บาท 2. กรณีผู้ป่วยมารับยาสูตรสมุนไพรเบญจอำมฤตย์ ให้เรียกเก็บและชดเชยค่าบริการ 50 บาท และจ่ายเพิ่มจ่ายเพิ่มค่ายาเบญจอำมฤตย์ เม็ดละ 5.50 บาท 	<p>- กรณีผู้ป่วยไปรับยาเบญจอำมฤตย์อย่างเดียวไม่ต้องมีใบส่งต่อ</p>

ประเภท	หลักเกณฑ์ ปี 2560	เงื่อนไข
<p>8. การให้บริการแรงงานต่างด้าว สัญชาติลาว พม่า กัมพูชา ที่ประกันสุขภาพกับหน่วยบริการ</p>	<p>ผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉิน เรียกเก็บตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกิน 700 บาท / ครั้ง และจ่ายเพิ่มค่าตรวจพิเศษ ตามข้อตกลงของอัตราภายในจังหวัด</p> <p>ผู้ป่วยส่งต่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รพช./รพท. เรียกเก็บ รพช./รพท. ค่ายกฤษณ์ฯ 300 บาท / ครั้ง และจ่ายเพิ่มค่าตรวจพิเศษ 2. รพช./รพท. ค่ายกฤษณ์ฯ เรียกเก็บ รพช. 180 บาท / ครั้ง และจ่ายเพิ่มค่าตรวจพิเศษ 3. รพ. สด. เรียกเก็บ รพช./รพท. รพศ. 40 บาท / ครั้ง <ul style="list-style-type: none"> - กรณีโรคเรื้อรังที่ต้องรับยาต่อเนื่องให้มีการเรียกเก็บแบบเหมาจ่ายต่อเดือน* - กรณีแรงงานต่างด้าวอยู่ในเขตรอยต่อสามารถเลือกซื้อประกันสุขภาพในโรงพยาบาลที่ใกล้เคียงและสะดวกในการไปรับบริการได้ <p>ผู้ป่วยใน</p> <ul style="list-style-type: none"> - จ่ายตามค่า Adj. RW โดยให้ทำการเรียกเก็บเฉพาะผู้ป่วยที่มีค่า Adj RW < 4 เท่านั้น ให้คิดหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ เท่ากับ 6,000 บาท <p>(กรณีการให้บริการค่าใช้จ่ายสูง Adj RW > 4 เรียกเก็บตามระบบ E - claim ของแรงงานต่างด้าว)</p>	<p>- มีเงื่อนไขเหมือนกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินและกรณีต่อในผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพของไทย</p> <p>- ใช้เอกสารเรียกเก็บและตามจ่ายชดเชยตามปก เอกสารประกอบการเบิกจ่าย</p> <p>ผู้ป่วยนอก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นค.1 2. สำเนาบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว 3. สำเนาใบส่งต่อหรือใบนัด <p>ผู้ป่วยใน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำเนา Statement 2. สำเนาบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว 3. สำเนาใบส่งต่อ

หมายเหตุ

1. หากการให้บริการใดๆที่ไม่ได้อยู่ในข้อตกลงนี้ ไม่ให้มีการเรียกเก็บระหว่างกัน
2. * กรณีโรคเรื้อรังที่มีการจ่ายยาต่อเนื่อง รวมถึงการจ่ายยาล่วงหน้าด้วย ให้มีการเหมาจ่ายเป็นรายเดือน เช่น รพ. สกลนคร จ่ายยาสำหรับ 1 เดือน เรียกเก็บ 300 บาท ถ้าจ่ายยาสำหรับ 2 เดือน เรียกเก็บ 600 บาท และ กรณีจ่ายยาสำหรับ 45 วัน คิดเหมาจ่าย 600 บาท (เศษของเดือน เกิน 15 วันคิดเป็น 1 เดือน) และจ่ายเพิ่มค่าตรวจพิเศษ
3. การเรียกเก็บค่าตรวจพิเศษตามข้อตกลงของจังหวัดเท่านั้น (รายการตรวจพิเศษที่ทำการเรียกเก็บในจังหวัดสกลนครตามเอกสารแนบ)
4. ให้ CUP ลูกหนี้บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Op Claim ภายในจังหวัด ภายใน 30 วันหลังจากวันรับบริการในข้อตกลง และ CUP ที่ต้องชดเชย จะต้องเข้าไปอนุมัติ หรือทำการอุทธรณ์ การจ่าย ภายใน 15 วันหลังจากได้รับข้อมูลการเรียกเก็บในโปรแกรม หากไม่ดำเนินการใดๆ ตามที่กำหนด จะถือว่าอนุมัติการจ่ายโดยอัตโนมัติ

แนวทางปฏิบัติในการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ภายในจังหวัดเพิ่มเติม

รายการ	แนวทางปฏิบัติ
1. การเรียกเก็บค่าตรวจพิเศษกรณีภายในจังหวัด	โรงพยาบาลสามารถตรวจพิเศษได้และสามารถเรียกเก็บค่าตรวจพิเศษได้ตามรายการและราคาที่กำหนดแนบท้ายเอกสาร หากเป็นการตรวจพิเศษที่ต้องส่งให้บริษัทเอกชนที่ได้ทำข้อตกลงไว้กับโรงพยาบาล ให้เรียกเก็บตามราคาที่ได้ตกลงกับบริษัท
4. กรณีการฝากครรภ์ที่คลินิกแต่ไปคลอดในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไปขอรับใบส่งตัวจากรพ.ต้นสังกัด)	- รพ.ต้นสังกัดไม่ต้องออกไปส่งตัว ให้โรงพยาบาลที่รับทำคลอดพิจารณาเบิกจากระบบ E-claim
5. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	- ถ้าเป็นผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการโรคไต ของ สปสช. ให้เหม่าจ่ายในโครงการ ไม่ให้มีการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์และค่าเวชภัณฑ์ยาที่เกี่ยวข้องกับโรคไตรวมถึงไม่ให้มีการเรียกเก็บค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอกเหม่าจ่ายในแต่ละครั้งด้วย - ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าร่วมโครงการโรคไตของ สปสช. ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง
6. ผู้ป่วยต้องการไปผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะที่ รพ.ท่าบ่อ (โครงการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะของสปสช.)	- ให้ส่งไปรพ.ท่าบ่อได้โดยตรงไม่ต้องผ่าน รพ.สกลนคร เพื่อเป็นการลดคิว ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วขึ้น - ไม่ต้องตามจ่ายค่าตรวจ Lab ก่อนการผ่าตัด หากมีการเรียกเก็บ
7. การส่งตัวผู้ป่วยโรคกระดูกที่ได้รับการคัดกรองจากคณะแพทย์ขอนแก่น เพื่อไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลท่าบ่อ	- ส่งไปที่รพ. ท่าบ่อได้โดยตรงไม่ต้องผ่านรพ.สกลนคร และไม่ต้องตามจ่ายค่า Lab (ให้คิดรวม ใน RW ผู้ป่วยใน)
8. ค่ารถ refer ผู้ป่วยนอกภายในจังหวัด (ข้อตกลงเพิ่มปี55)	- ไม่ให้มีการเรียกเก็บค่ารถ refer กรณีผู้ป่วยนอกภายในจังหวัด ในทุกกรณี
9. อายุใบส่งตัวกรณีโรคเรื้อรังหากต้องการให้มีอายุเกิน 90 วัน	- ให้หน่วยบริการประสานและตกลงกันเป็นรายๆ
10. ผู้มีปัญหาลงทะเบียนและสิทธิที่ได้รับเงินเหม่าจ่ายรายหัว	- แนวปฏิบัติและอัตราการเรียกเก็บเหมือนกับผู้ป่วยโครงการประกันสุขภาพไทย แต่เรียกเก็บและชดเชยกันเองโดยระบบเอกสาร

ภาคผนวก 2

ใบรับรองแพทย์

วันที่.....

ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่อยู่.....

แพทย์ผู้ตรวจชื่อ.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.....

ได้ทำการตรวจ รักษา (นาย, นาง, นางสาว).....

เมื่อวันที่.....เวลา..... น. ถึงวันที่.....เวลา..... น.

อาการเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษา.....

ปรากฏว่าเป็นโรค.....

ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและ/หรือเอ็กซเรย์ ไม่มี มี ระบุ.....

การฟื้นคืนชีพ ไม่มี มี ระบุ.....

ตรวจวินิจฉัยพิเศษ ไม่มี มี

ถ้ามีระบุ 1.....

2.....

รักษาในห้อง ICU ไม่มี มี

ถ้ามีตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ผ่าตัดใหญ่ ไม่มี มี

ถ้ามีระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ไม่เกิน 2 ชั่วโมง เกิน 2 ชั่วโมงขึ้นไป

CT SCAN หรือ MRI ไม่มี มี

ถ้ามี ภายหลังจากตรวจด้วย CT SCAN หรือ MRI แล้วมีการผ่าตัดสมองทันที หรือถึงแก่ความตาย

ภายหลังการตรวจ

เพื่อวินิจฉัยว่ามีเส้นเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน ระบุอาการ.....

ตรวจเพื่อการผ่าตัดกระดูกสันหลัง หรือไขสันหลัง

ส่งตัวคนไข้ไปตรวจรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น ไม่มี มี ระบุเหตุผล.....

ถ้ามี ส่งไปยังโรงพยาบาล.....เมื่อวันที่.....

ควรรหยุดพักงาน.....วัน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

(ลงชื่อ)..... แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อสถานพยาบาล ชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตน
2. กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน และใส่เครื่องหมาย "√" หน้าข้อความที่ต้องการ
3. ใส่เครื่องหมาย "√" ในช่อง หน้าข้อความที่ขอรับเงิน
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงิน
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร กรอกรายละเอียดเกี่ยวกับธนาคาร สาขา เลขที่บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ให้ถูกต้องครบถ้วน และสามารถรับได้เฉพาะ 8 แห่ง ได้แก่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารนครหลวงไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย (บัญชีเงินฝากต้องเป็นประเภทออมทรัพย์และเป็นชื่อของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิเท่านั้น)
4. เอกสารประกอบการยื่นคำขอต้องครบถ้วน
5. ลงลายมือชื่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหรือผู้รับมอบอำนาจในแบบคำขอฯ ส่วนบน และให้ผู้ประกันตนลงลายมือชื่อในคำรับรองของผู้ประกันตนซึ่งอยู่ส่วนล่างในแบบคำขอฯ พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นแบบ

ใบรับรองแพทย์

วันที่.....

ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่อยู่.....

แพทย์ผู้ตรวจชื่อ.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.....

ได้ทำการตรวจ รักษา (นาย, นาง, นางสาว).....

เมื่อวันที่.....เวลา..... น. ถึงวันที่.....เวลา..... น.

อาการเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษา.....

ปรากฏว่าเป็นโรค.....

ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและ/หรือเอ็กซเรย์ ไม่มี มี ระบุ.....

การฟื้นคืนชีพ ไม่มี มี ระบุ.....

ตรวจวินิจฉัยพิเศษ ไม่มี มี

ถ้ามีระบุ 1.

2.

รักษาในห้อง ICU ไม่มี มี

ถ้ามีตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ผ่าตัดใหญ่ ไม่มี มี

ถ้ามีระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ไม่เกิน 2 ชั่วโมง เกิน 2 ชั่วโมงขึ้นไป

CT SCAN หรือ MRI ไม่มี มี

ถ้ามี ภายหลังการตรวจด้วย CT SCAN หรือ MRI แล้วมีการผ่าตัดสมองทันที หรือถึงแก่ความตาย

ภายหลังการตรวจ

เพื่อวินิจฉัยว่ามีเส้นเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน ระบุอาการ.....

.....

ตรวจเพื่อการผ่าตัดกระดูกสันหลัง หรือไขสันหลัง

ส่งตัวคนไข้ไปตรวจรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น ไม่มี มี ระบุเหตุผล.....

.....

ถ้ามี ส่งไปยังโรงพยาบาล.....เมื่อวันที่.....

การหยุดพักงาน.....วัน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

ภาคผนวก4

เอกสารประกอบการเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีอุบัติเหตุ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้บาดเจ็บ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้บาดเจ็บ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนเจ้าของรถ
- สำเนาทะเบียนบ้านเจ้าของรถ
- สำเนาทะเบียนคู่มือรถ
- สำเนากรมธรรม์รถ (พรบ.)
- สำเนาใบบันทึกประจำวันสถานีตำรวจ (ใบแจ้งความ)

.....กรณีผู้ประสบภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ(อายุยังไม่ถึง20ปี) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ปกครองด้วย

.....กรณีเสียชีวิตจะต้องแนบใบมรณะบัตรมาด้วย

คำร้องขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น

จากบริษัท..... จำกัด

เขียนที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ของบริษัท : เลขที่อุบัติเหตุ.....

วันที่.....

1. รายละเอียดของผู้ประสบภัย :

ข้าพเจ้า สถานพยาบาลชื่อ..... โดย..... ผู้ยื่นคำร้องขอ

เป็นสถานพยาบาลประเภท () โรงพยาบาลของรัฐ () โรงพยาบาลเอกชน () อื่น ๆ ระบุ.....

ได้ให้การรักษาผู้ประสบภัยจากรถ จึงขอยื่นคำร้องขอค่าเสียหายเบื้องต้นของ

ผู้ประสบภัย ชื่อ..... อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล / แขวง.....

อำเภอ / เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทร.....

2. รายละเอียดของรถคันเอาประกันภัย และการเกิดอุบัติเหตุ :

วันที่เกิดเหตุ..... สถานที่เกิดเหตุ.....

รถคันเอาประกันภัยเลขทะเบียนรถ..... กรมธรรม์คุ้มครองผู้ประสบภัยเลขที่..... เลขเครื่องหมาย.....

ลักษณะการเกิดเหตุ () รถคันเดียว ไม่มีคู่กรณีเนื่องจาก () รถคว่ำ () ชนบุคคลภายนอก () ชนทรัพย์สินอื่นที่ไม่ใช่รถ
() รถคันเอาประกันภัย ชนกับรถอื่น ๆ จำนวน.....คัน. ค่ะ รายละเอียดของรถคันต่อไปนี้-

คนที่..... หมายเลขทะเบียนรถ..... บริษัทประกันภัย (ถ้ามี)..... เลขที่กรมธรรม์หรือเลขเครื่องหมาย..... ชื่อเจ้าของรถ.....

3. รายละเอียดค่าเสียหายเบื้องต้น ของผู้ประสบภัย :

ผู้ประสบภัยจากรถคันเอาประกันภัยเป็น () ผู้ขับขี่ () ผู้โดยสารรถคันเอาประกันภัย () บุคคลภายนอก
ลักษณะการบาดเจ็บ.....

เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยเมื่อวันที่..... ประเภท () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน

จำนวนเงินค่าเสียหายเบื้องต้น สำหรับค่ารักษาและค่าใช้จ่ายอันจำเป็นเกี่ยวกับการรักษา ที่ขอรับจากบริษัท มีดังนี้-

ประกอบด้วย () ค่ายาและสารบำบัด..... บาท

() ค่าอวัยวะเทียม..... บาท

() ค่าบริการทางการแพทย์..... บาท

() ค่าห้องและค่าอาหาร..... บาท

() ค่าพาหนะนำส่งสถานพยาบาล..... บาท

รวมเป็นจำนวนเงินค่ารักษา..... บาท

สำหรับผู้ยื่นคำร้องขอ

ใบรับคำร้องขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น

แบบ บด. 4 ส่วนที่ 2

เลขที่อุบัติเหตุ.....

ข้าพเจ้าบริษัท..... จำกัด โดย..... เจ้าหน้าที่

ของบริษัทฯ ได้รับคำร้องขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นของผู้ประสบภัยชื่อ..... พร้อมสำเนา

หลักฐานไว้เรียบร้อยแล้วและสัญญาว่าจะจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้ภายในวันที่.....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่บริษัท

