



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ งานเลขานุการโรงพยาบาล โทร. 63400 E-mail:md07@kku.ac.th
ที่ อว 660301.6.3.1/ว. 445 วันที่ 13 มิถุนายน 2566

เรื่อง ขอแจ้งขั้นตอนการใช้แบบฟอร์มใบแจ้งความจำนงชำระเงินเอง กรณีการขอรักษาเกินสิทธิบัตรทอง และสิทธิอื่นๆ

เรียน หัวหน้าสาขาวิชา/หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/หัวหน้างาน/หัวหน้าหน่วย ที่เกี่ยวข้องตามรายชื่อแนบ

ตามที่ประชุมผู้บริหารโรงพยาบาล ครั้งที่ 8/2566 เมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2566 พิจารณา
ทบทวนแบบฟอร์มคำร้อง กรณีผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง ขอใช้ยา อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ เกินจากสิทธิ และที่ประชุมฯ
มีมติให้ปรับปรุงแบบฟอร์มหนังสือแจ้งความจำนงชำระเงินเอง ของผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีนครินทร์

ในการนี้ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จึง
ใคร่ขอแจ้งขั้นตอนการใช้แบบฟอร์มใบแจ้งความจำนงชำระเงินเอง กรณีการขอรักษาเกินสิทธิบัตรทอง
และสิทธิอื่นๆ ดังต่อไปนี้

1. แจ้งขั้นตอนการใช้แบบฟอร์มใบแจ้งความจำนงชำระเงินเอง ตามเอกสารแนบ
 - 1.1 กรณีผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง มีความประสงค์จะรับบริการที่นอกเหนือสิทธิที่กำหนด
ให้ปฏิบัติตามขั้นตอนการใช้แบบฟอร์มใบแจ้งความจำนงชำระเงินเอง
โดยให้ผู้ป่วย/ญาติ กรอกข้อมูล/ลงนาม ในแบบขอรักษาเกินสิทธิบัตรทอง
(OPD/IPD) จำนวน 2 แผ่น
 - 1.2 กรณีผู้ป่วยสิทธิอื่นๆ (ที่ไม่ใช่สิทธิบัตรทอง) มีความประสงค์ใช้บริการนอกเหนือ
สิทธิ ให้ผู้ป่วย/ญาติ กรอกข้อมูล/ลงนาม ในแบบฟอร์ม หนังสือแจ้งความจำนง
ชำระเงินเองผู้ป่วยสิทธิอื่นที่ไม่ใช่บัตรทอง ที่แนบมาพร้อมนี้
โดยยกเลิกแบบฟอร์มชุดเดิม ที่แนบท้ายบันทึก ที่ ศธ 0514.7.3.20/ว.222/2561
ลงวันที่ 6 กรกฎาคม 2561
2. สาขาวิชา/หน่วยงาน สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ เว็บไซต์โรงพยาบาล
ศรีนครินทร์ เลือกเมนู แบบฟอร์ม → ดาวน์โหลดเอกสาร →โรงพยาบาล
ศรีนครินทร์ หรือ <https://srinagarind.md.kku.ac.th/download/?f>
3. ทั้งนี้ ให้ถือปฏิบัติตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป

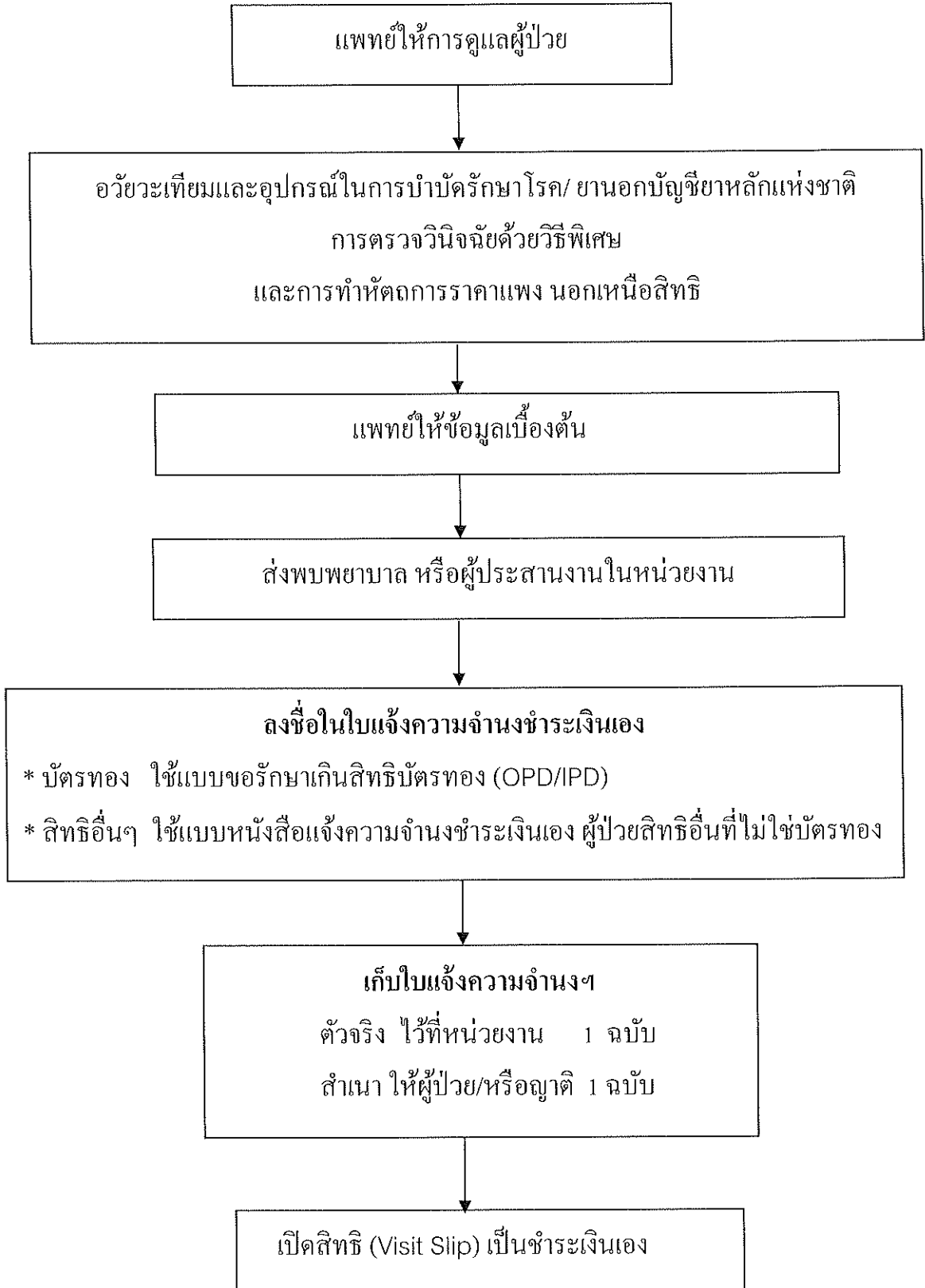
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด จัก

ขอขอบคุณยิ่ง

(ศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์

สำเนาเรียน ผู้บริหาร รพ. / ทุกสาขาวิชา / ฝ่ายการพยาบาล / หัวหน้างานสังกัดฝ่ายการพยาบาล /
งานประกันสุขภาพ / งานเวชระเบียนฯ / งานนเภสัชกรรม / งานเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ /
งานสังคมสงเคราะห์ / งานจัดเก็บเงินรายได้ / งานสารสนเทศ / งานห้องปฏิบัติการฯ /
งานเลขานุการ รพ.

ขั้นตอนการใช้แบบฟอร์มใบแจ้งความจ้างชำระเงินเอง



หมายเหตุ ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการจ่ายเงิน หรือขอเงินคืน ทางงานจัดเก็บเงินรายได้
และงานสังคมสงเคราะห์ จะตรวจสอบกับหน่วยงานที่ให้บริการเพื่อยืนยันตามเอกสาร



หนังสือขอรับบริการเป็นพิเศษของผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง

วันที่.....

ตามที (นาย/นาง/นางสาว).....

ซึ่งเป็นผู้ป่วยตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง) โรงพยาบาล.....

จังหวัด..... ตามพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่

ห้องตรวจผู้ป่วยนอก..... HN:.....

หอผู้ป่วยใน..... HN:..... AN:.....

ข้าพเจ้าผู้ลงนามข้างท้ายนี้รับทราบว่า

1. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามสิทธิบัตรทองโดยไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มเติมให้แก่โรงพยาบาลศรีนครินทร์แต่อย่างใด หากการรักษาพยาบาลอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขการให้บริการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด

2. ในการทำหนังสือฉบับนี้ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยมีความประสงค์จะขอให้โรงพยาบาลศรีนครินทร์ให้บริการเป็นพิเศษนอกเหนือจากสิทธิประโยชน์ที่ สปสช. กำหนดไว้เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ใช้สิทธิบัตรทองทุกคน ซึ่งข้าพเจ้าทราบว่าสิ่งที่ข้าพเจ้าประสงค์นั้นเกินกว่าสิทธิตามมาตรฐานที่กำหนดไว้โดย สปสช. และเกินกว่าที่ผู้ใช้สิทธิบัตรทองคนอื่น ๆ จะได้รับ

3. โรงพยาบาลศรีนครินทร์เป็นโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยงานของรัฐมิได้ดำเนินการเพื่อแสวงหาผลกำไรแต่มีหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์แก่ผู้ป่วยอย่างเสมอหน้าทั้งตามสิทธิในการรักษาพยาบาล และมีได้เป็นผู้เรียกร้องค่าใช้จ่ายอื่นใดหากการรักษานั้นไม่อยู่นอกเหนือจากสิทธิประโยชน์ที่ สปสช. กำหนดเป็นมาตรฐานสำหรับผู้ใช้สิทธิบัตรทองทุกคนแต่อย่างใด

4. ข้าพเจ้าผู้ลงนามข้างท้ายนี้ประสงค์จะได้รับบริการเป็นพิเศษนอกเหนือจากสิทธิตามมาตรฐานที่กำหนดไว้โดย สปสช. และเกินกว่าที่ผู้ใช้สิทธิบัตรทองคนอื่น ๆ จะได้รับ จึงร้องขอให้โรงพยาบาลศรีนครินทร์บริการส่วนเกินสิทธิบัตรทอง และข้าพเจ้ายินดีจะเป็นผู้รับผิดชอบในค่าใช้จ่ายส่วนเกินสิทธิที่กำหนดโดย สปสช. ด้วยตนเอง ซึ่งโรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้แจ้งค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นแล้วตามรายการต่าง ๆ ท้ายหนังสือนี้

ข้าพเจ้าได้รับการชี้แจง และเข้าใจแล้ว จึงขอให้โรงพยาบาลศรีนครินทร์ดำเนินการจัดซื้อยานอกบัญชีอุปกรณ์ หรือเวชภัณฑ์ซึ่งอยู่นอกเหนือสิทธิบัตรทอง โดยข้าพเจ้าจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง ทั้งจะไม่เรียกร้องค่าใช้จ่ายดังกล่าวคืนจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในภายหลังแต่อย่างใด

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)



แบบคำร้องขอให้แพทย์ทำการรักษาด้วยยาหรือเครื่องมือที่ไม่อยู่ในสิทธิการรักษา
ตามกฎหมายว่าด้วยหลักเกณฑ์สุขภาพแห่งชาติ

โรงพยาบาลศรีนครินทร์

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/ต.ช./ต.ญ.).....อายุ.....ปี

บัตรประชาชน เลขที่.....ที่อยู่.....

ในฐานะ ผู้ป่วย อื่น ๆ (ระบุ).....ของผู้ป่วย คือ (นาย/นาง/นางสาว/ต.ช./ต.ญ.).....

อายุ.....ปี HN.....AN..... บัตรประชาชน เลขที่.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบว่าอาการเจ็บป่วยของข้าพเจ้าหรือญาติของข้าพเจ้า คือ โรค.....

และได้รับคำอธิบายในทางเลือกในการรักษาที่เป็นมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพตามสิทธิอันพึงมีตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของข้าพเจ้าหรือญาติของข้าพเจ้า คือ.....

จาก (นายแพทย์/แพทย์หญิง).....ว.....โดยแพทย์ได้แจกแจงทางเลือกในการรักษาแก่ข้าพเจ้าและญาติจนเข้าใจโดยตลอดแล้ว ทั้งในแง่ประโยชน์ ผลข้างเคียง รวมทั้งทางเลือกอื่นที่เกินความจำเป็นจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ข้าพเจ้าได้รับบริการสาธารณสุขจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยครบถ้วนตามสิทธิที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว แต่ข้าพเจ้ายังมีความประสงค์จะได้รับบริการหรือการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีคุณภาพดีมากกว่าบริการหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ คือ.....

ซึ่งมีราคาที่อยู่นอกเหนือสิทธิการรักษาอันพึงมี คิดเป็น.....บาท โดยข้าพเจ้าเป็นผู้เลือกทางเลือกในการรักษาดังกล่าวด้วยตนเอง โดยหารือกับบุคคลในครอบครัวแล้ว ไม่ได้เป็นการถูกบังคับหรืออยู่ในภาวะจำยอม จึงได้ร้องขอต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาเพื่อให้การรักษาด้วยวิธี/หรืออุปกรณ์ที่ข้าพเจ้าเลือก และข้าพเจ้าทราบว่าบริการหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ข้าพเจ้าเลือกเพิ่มเติมนี้ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ดังกล่าวจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ และข้าพเจ้าขอให้โรงพยาบาลศรีนครินทร์ดำเนินการจัดหาให้ โดยข้าพเจ้าเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่อยู่นอกเหนือสิทธิการรักษานี้

ทั้งนี้การแสดงเจตจำนงนี้ของข้าพเจ้า จะมีได้เป็นการยกเลิกหรือสละสิทธิในการรักษาที่ข้าพเจ้าหรือญาติของข้าพเจ้าพึงมีตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ ในการบำบัดรักษาโรค ระบุ.....

ราคาตามสิทธิ.....บาท ราคาที่ต้องจ่าย.....บาท

ใช้นานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ระบุ..... ราคา.....บาท

การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษ ระบุ..... ราคา.....บาท

การทำหัตถการราคาแพง ระบุ..... ราคา.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้ร้องขอ

(.....)

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ให้การรักษาและให้ข้อมูล

(.....)

ลงชื่อ.....ญาติ/พยานฝ่ายผู้ป่วย

(.....)

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายโรงพยาบาล

(.....)



หนังสือแจ้งความจำนงชำระเงินเอง ผู้ป่วยสิทธิอื่นที่ไม่ใช่บัตรทอง
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล.....ซึ่งเป็นผู้ป่วย/ญาติ
ของ เลขที่โรงพยาบาล..... สิทธิการรักษาพยาบาล

สิทธิประกันสังคม รพ. จังหวัด

สิทธิสวัสดิการราชการ/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

ไม่มีสิทธิการรักษา สิทธิบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (ท.99)

ไม่ใช่สิทธิตามที่ได้รับ (ชำระเงินเอง) อื่น ๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงข้อมูลการใช้สิทธิการรักษาพยาบาล และเหตุผลที่ต้องชำระเงินเองที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า/ญาติ นั้น โดยมีความประสงค์

- ปฏิเสธการกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์หลังจากที่แพทย์สั่งจำหน่าย และยินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งหมด
- เข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยไม่ใช่สิทธิของตนเอง เนื่องจากไม่มีใบส่งตัวจากโรงพยาบาลตามสิทธิ์หลักและข้าพเจ้าขอชำระเงินเองทั้งหมดจนสิ้นสุดการรักษา โดยยินดีชำระเงินทุก 3 วัน หากข้าพเจ้าไม่สามารถชำระเงินได้ ข้าพเจ้ายินดีกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์ของข้าพเจ้า
- ใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ ในการบำบัดรักษาโรค ระบุ.....
ราคาตามสิทธิ.....บาท ราคาที่ต้องจ่าย.....บาท
- ใช้นานอภินิหารหลักแห่งชาติ ระบุ..... ราคา.....บาท
- การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษ ระบุ..... ราคา.....บาท
- การทำหัตถการราคาแพง ระบุ..... ราคา.....บาท

การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ ถ้ามีรายการค่าใช้จ่ายที่อยู่นอกเหนือสิทธิขั้นพื้นฐานของการรักษาพยาบาลที่ประชาชนพึงได้รับตามกฎหมายจากทางรัฐบาล ข้าพเจ้าและญาติ ได้ทราบแล้วว่าต้องชำระเงินเพิ่มเติมจากรายการที่ระบุข้างต้น/หรือชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นทั้งหมดอันเกิดจากการปฏิเสธการกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์ของข้าพเจ้า เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ได้รับทราบข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาล และทราบเหตุผลที่ต้องชำระเงินอย่างชัดเจนเพียงพอ รวมถึงทราบคุณภาพของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้ายังประสงค์ที่จะอยู่รักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเพิ่มเติมหรือชำระทั้งหมด โดยจะไม่ใช้สิทธิเรียกร้องเงินคืนจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย
(.....)
วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ให้ข้อมูล
(.....)
วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....

ลงชื่อ.....พยาน/ญาติผู้ป่วย
(.....)
วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายโรงพยาบาล
(.....)
วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....

