



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

โทร 63408, 63543

ที่ ศธ 0514.7.3.20/ว.088/61

วันที่ 7 มีนาคม 2561

เรื่อง ทบทวนแนวปฏิบัติในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยต่างชาติและผู้ป่วยชำระเงินเอง

เรียน

ด้วยปัจจุบัน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ยังคงพบปัญหาการค้างชำระค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยต่างชาติ และผู้ป่วยชำระเงินเอง เนื่องจากผู้ป่วยจะทราบยอดค่ารักษาพยาบาลทุก 3 วัน แต่ไม่ได้ชำระเงินทุก 3 วัน บางรายทราบยอดค่ารักษาทั้งหมดในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลฯ ซึ่งจำนวนค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง และผู้ป่วยไม่สามารถชำระได้หมดภายในคราวเดียว ทำให้ต้องมีการทำเรื่องผลิตชำระ และทำสัญญาผูกพันหนี้กับโรงพยาบาลฯ จากปัญหาดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถจัดรายได้เต็มจำนวนตามค่ารักษาพยาบาลจริง ซึ่งมีผลกระทบต่อตรงต่องบประมาณในภาพรวมของโรงพยาบาล เพื่อให้การแก้ไขปัญหาดังกล่าวเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพอีกทั้งเป็นการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

ในการนี้ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จึงขอแจ้งแนวปฏิบัติในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยต่างชาติ และผู้ป่วยชำระเงินเอง ดังนี้

1. กรณีผู้ป่วยต่างชาติ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยนำแบบฟอร์ม Cost of Treatment Agreement (เอกสารแนบ<sup>1</sup>) ให้ผู้ป่วยลงนาม พร้อมกับพยานทั้งสองฝ่ายให้ครบถ้วน และแจ้งค่ารักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยหรือญาติรับทราบตามแบบ Medical treatment billing from Srinagarind Hospital (เอกสารแนบ<sup>2</sup>) และต้องชำระค่ารักษาพยาบาลทุก 3 วัน

2. กรณีผู้ป่วยคนไทยที่แสดงความจำนงต้องการชำระเงินเอง พยาบาลประจำหอผู้ป่วยนำหนังสือแสดงความจำนงชำระเงินเอง (เอกสารแนบ<sup>3</sup>) ให้ผู้ป่วยลงนาม พร้อมกับพยานของทั้งสองฝ่ายให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และแจ้งผู้ป่วยหรือญาติให้ชำระค่ารักษาพยาบาลทุก 3 วัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดแจ้งผู้เกี่ยวข้องในสังกัดของท่านทราบและถือปฏิบัติตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

(รองศาสตราจารย์สมศักดิ์ เทียมเก่า)

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายบริการทางการแพทย์

สำเนาเรียน

หัวหน้างานบริการพยาบาล

ผู้ตรวจการแผนกการพยาบาลทุกแผนก

หัวหน้าหอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วย

หัวหน้าหน่วยเงินรายได้

หัวหน้าภาควิชาทางคลินิกทุกภาควิชา

หัวหน้างานสารสนเทศ

หัวหน้างานคลัง

หัวหน้างานประกันสุขภาพ

ที่ปรึกษางานประกันสุขภาพ

<sup>1</sup> เอกสารแนบ 1 สามารถ download ได้ที่ <http://www.srinagarind.md.kku.ac.th/pdf/downloads>

<sup>2</sup> เอกสารแนบ 2 สามารถ download ได้ที่ <http://www.srinagarind.md.kku.ac.th/pdf/downloads/sri/Medical%20treatment%20billing.pdf>

<sup>3</sup> เอกสารแนบ 3 สามารถ download ได้ที่ <http://www.srinagarind.md.kku.ac.th/Downloads.html>



Cost of Treatment Agreement

Made at Srinagarind Hospital

Day \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_

In this agreement, I, Mr. Mrs. Miss \_\_\_\_\_

age \_\_\_\_\_ occupation \_\_\_\_\_ House Number \_\_\_\_\_ Street \_\_\_\_\_

Village \_\_\_\_\_ Tambol \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Mobile Phone \_\_\_\_\_ Work Place \_\_\_\_\_ agree to the following terms of payment:

1. I am being admitted to Srinagarind Hospital from date \_\_\_\_\_ and will follow the hospital rules and the treatment regime as prescribed by the doctor
2. I know and understand the regulations concerning the cost of treatment and hospitalization in the Faculty of Medicine, Khon Kaen University.
3. Every three days I will pay the cost of my hospitalization when informed by the hospital of the amount incurred.
4. In case I cannot pay the full cost of the three days, I will be responsible to pay it all within 7 days. If I am still unable to pay in 7 days, I am willing to be discharged from the hospital immediately.
5. I will have 30 days to pay the portion of the hospital bill I am unable to pay at the time of discharge. After that, the remaining debt will accrue interest at a rate of 15% annually.

I have read this document carefully and understand it well, agree to the terms and sign this document in front of witnesses.

\_\_\_\_\_ Patient

Witness \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Witness

Medical Treatment billing from Srinagarind Hospital,  
Faculty of Medicine, Khon Kean University, Thailand

Patient..... Age.....

HN..... AN.....

Medical service provided between..... and.....

1	ค่าห้อง/ค่าอาหาร.....วัน ,ราคา.....บาท Room/Meals..... Day, Cost..... per day	.....BHT
2	ค่าอวัยวะเทียม / อุปกรณ์ในการบำบัดรักษา ARTifical Organs / Wquipment for Treatment	.....BHT
3	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในโรงพยาบาล Medicine and Nutrition via intravenous (used in Hospital)	.....BHT
4	ยาที่นำกลับบ้าน Home Medication	.....BHT
5	เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา Medicine Devices accessory	.....BHT
6	บริการโลหิตและส่วนประกอบโลหิต Blood and Blood Compounds	.....BHT
7	ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และทางพยาธิวิทยา Diagnostic Tests in investigation Laboratory and Pathology	.....BHT
8	ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา Radiology Diagnostic Test	.....BHT
9	ตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ Special Diagnostic Investigations	.....BHT
10	อุปกรณ์ของใช้เครื่องมือทางการแพทย์ Equipment and Medicine Devices	.....BHT
11	ผ่าตัด ทำคลอด ทำหัตถการ และบริการวิสัญญี Surgery Operation, Birth Delivery procedures and Anesthesiology Services	.....BHT
12	ค่าบริการทางการแพทย์ Medicine Services	.....BHT

13	ค่าบริการทางทันตกรรม Dental Services	.....BHT
14	ค่าบริการทางกายภาพบำบัด Physical Therapy Services	.....BHT
15	บริการฝังเข็ม / การบำบัดผู้ประกอบโรคศิลป์อื่น ๆ Acupuncture / other Health Sciences Personnel services	.....BHT
16	บริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา Others Services (non related with treatment)	.....BHT
	รวม Net Total	.....BHT



หนังสือแจ้งความจำนงชำระเงินเอง  
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

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

- สิทธิประกันสังคม รพ. .... จังหวัด .....
- สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า รพ. .... จังหวัด .....
- สิทธิสวัสดิการราชการ/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว
- ไม่มีสิทธิการรักษา  สิทธิบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (ท.99)
- ไม่ใช้สิทธิตามที่ได้รับ (ชำระเงินเอง)  อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงข้อมูลการใช้สิทธิการรักษาพยาบาล และเหตุผลที่ต้องชำระเงินเองที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า/ญาติ นั้น โดยมีความประสงค์

- เข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยไม่ใช้สิทธิ์ของตนเอง เนื่องจากไม่มีใบส่งตัวจากโรงพยาบาลตามสิทธิ์หลักและข้าพเจ้าขอชำระเงินเองทั้งหมดจนสิ้นสุดการรักษา
- ใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ ในการบำบัดรักษาโรค ระบุ.....  
ราคาตามสิทธิ.....บาท ราคาที่ต้องจ่าย.....บาท
- ใ้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ระบุ.....  ราคา.....บาท
- การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษ ระบุ.....  ราคา.....บาท
- การทำหัตถการราคาแพง ระบุ.....  ราคา.....บาท

การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ ถ้ามีรายการค่าใช้จ่ายที่อยู่นอกเหนือสิทธิขั้นพื้นฐานของการรักษาพยาบาลที่ประชาชนพึงได้รับตามกฎหมายจากทางรัฐบาล ข้าพเจ้าและญาติ ได้ทราบแล้วว่าจะต้องชำระเงินเพิ่มเติมจากรายการที่ระบุข้างต้น เป็นจำนวนเงิน..... บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ได้รับทราบข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาล และทราบเหตุผลที่ต้องชำระเงินเพิ่มเติมอย่างชัดเจนเพียงพอ รวมถึงทราบคุณภาพของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้ายังประสงค์จะใช้อุปกรณ์ และอวัยวะเทียม ยานอกบัญชี การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษ และการทำหัตถการราคาแพง โดยจะไม่ใช้สิทธิเรียกร้องเงินคืนจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย  
(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูล  
(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

ลงชื่อ.....พยาน/ญาติผู้ป่วย  
(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่/พยาน รพ.ฯ  
(.....)

วัน/เดือน/ปี.....