



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ งานประกันสุขภาพ โทร 36408 63543
ที่ อว.660301.6.3.20/ว.309 วันที่ 28 มิถุนายน 2565
เรื่อง ชักซ้อมความเข้าใจในการเก็บค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยชำระเงินเอง

เรียน ผู้มีรายชื่อแนบท้าย

ตามหนังสือที่ ศธ0514.7.3.20/ว088/2561 ลงวันที่ 7 มีนาคม 2561 เรื่อง ทบทวนแนวทางปฏิบัติในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยต่างชาติและผู้ป่วยชำระเงินเอง และหนังสือที่ ศธ0514.7.3.1/ว315 ลงวันที่ 30 มีนาคม 2559 เรื่อง แจ้งขั้นตอนการใช้แบบฟอร์มการชำระเงินเอง ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น เนื่องจาก ปัจจุบันยังคงพบปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่เกินสิทธิพื้นฐานได้หมดในคราวเดียว ทำให้ต้องมีการทำเรื่องผิดชำระ และทำสัญญาผูกพันนี้กับโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทำให้โรงพยาบาลฯ ไม่สามารถจัดเก็บรายได้เต็มจำนวนตามค่ารักษาที่เกิดขึ้นจริง ส่งผลกระทบต่องบประมาณในภาพรวมของโรงพยาบาลฯ เพื่อให้การแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ

ในการนี้ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จึงขอชักซ้อมความเข้าใจกรณีผู้ป่วยต้องชำระเงินเอง โรงพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนำหนังสือแสดงความจำนงชำระเงินเองตามเอกสารแนบ 1 พร้อมกับพยานของทั้งสองฝ่ายให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และแจ้งผู้ป่วยหรือญาติชำระค่ารักษาพยาบาลทุก 3 วัน ทั้งนี้ท่านสามารถดาวน์โหลดหนังสือแสดงความจำนงชำระเงินเองได้ที่ <http://srinagarind.md.kku.ac.th> หัวข้อ “แบบฟอร์ม” “ดาวน์โหลดเอกสาร” “งานประกันสุขภาพ”

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัดของท่านทราบและถือปฏิบัติต่อไป

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์กฤษฎา เปานาเรียง)

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายประกันสุขภาพ

สำเนาเรียน-

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

หัวหน้าสาขาวิชาด้านคลินิกทุกสาขา

หัวหน้างานสังคมสงเคราะห์

หัวหน้างานสังกัดฝ่ายการพยาบาล

หัวหน้างานจัดเก็บรายได้



หนังสือแจ้งความจำนงชำระเงินเอง
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

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

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

ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงข้อมูลการใช้สิทธิการรักษาพยาบาล และเหตุผลที่ต้องชำระเงินเองที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการ
รักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า/ญาติ นั้น **โดยมีความประสงค์**

- ปฏิเสธการกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์หลังจากที่แพทย์สั่งจำหน่าย และยินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น
ทั้งหมด
- เข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยไม่ใช่สิทธิ์ของตนเอง เนื่องจากไม่มีใบส่งตัวจากโรงพยาบาลตามสิทธิ์หลักและ
ข้าพเจ้าขอชำระเงินเองทั้งหมดจนสิ้นสุดการรักษา **โดยยินดีชำระเงินทุก 3 วัน หากข้าพเจ้าไม่สามารถชำระเงินได้**
ข้าพเจ้ายินดีกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์ของข้าพเจ้า
- ให้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ ในการบำบัดรักษาโรค ระบุ.....
ราคาตามสิทธิ์.....บาท ราคาที่ต้องจ่าย.....บาท
- ใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ระบุ..... ราคา.....บาท
- การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษ ระบุ..... ราคา.....บาท
- การทำหัตถการราคาแพง ระบุ..... ราคา.....บาท

การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ ถ้ามีรายการค่าใช้จ่ายที่อยู่นอกเหนือสิทธิขั้นพื้นฐานของการรักษาพยาบาลที่ประชาชน
พึงได้รับตามกฎหมายจากทางรัฐบาล ข้าพเจ้าและญาติ ได้ทราบแล้วว่าต้องชำระเงินเพิ่มเติมจากรายการที่ระบุข้างต้น/หรือชำระ
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นทั้งหมดอันเกิดจากการปฏิเสธการกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์ของข้าพเจ้า เป็น
จำนวนเงิน..... บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ได้รับทราบข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาล และทราบเหตุผลที่ต้องชำระเงินอย่างชัดเจนเพียงพอ
รวมถึงทราบคุณภาพของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้ายังประสงค์ที่จะอยู่รักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และ
รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเพิ่มเติมหรือชำระทั้งหมด โดยจะไม่ใช่สิทธิเรียกร้องเงินคืนจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จึงขอลง
ลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

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

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

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