



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานเลขานุการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ โทร. 63401

ที่ ศธ 0514.7.3.1 /ว ๒4๕

วันที่ ๒๐ มีนาคม 2559

เรื่อง แจ้งขั้นตอนการใช้แบบฟอร์มการชำระเงินเอง

เรียน .....

สืบเนื่องจากในรอบปีที่ผ่านมา ทางโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้รับการประสานงานเกี่ยวกับการเงินต่างๆ ดังนี้

1. ผู้ป่วยอ้างว่าไม่ได้รับแจ้งจากบุคลากรโรงพยาบาลว่า มีค่าใช้จ่ายส่วนเกินสิทธิที่มี โดยปฏิเสธการจ่ายเงินและขอพบนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อขอยกเว้นค่ารักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยบางรายแจ้งว่า ขอไม่ใช่สิทธิเดิมที่มีและขอชำระเงินเอง แต่เมื่อได้รับบริการแล้ว หรือเมื่อถึงขั้นตอนการจ่ายเงิน ก็ปฏิเสธการจ่ายเงินและขอพบสังคมสงเคราะห์เช่นกัน หรือบางรายชำระเงินก่อนแล้วมาติดต่อขอถอนเงินคืนในภายหลัง โดยอ้างว่าทางโรงพยาบาลฯ ตรวจสอบสิทธิผิด

ดังนั้น เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จึงใคร่ขอแจ้งขั้นตอน และแบบฟอร์มการชำระเงินเอง กรณีการใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษ และการทำหัตถการราคาแพง นอกเหนือสิทธิ ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติต่อไป จักขอบคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์สมศักดิ์ เทียมเก่า)

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายบริการทางการแพทย์  
รักษาราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์

สำเนาเรียน

1. หัวหน้าภาควิชาคลินิก
2. หัวหน้างานบริการพยาบาล
3. งานเวชระเบียนฯ
4. งานประกันสุขภาพ
5. งานห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์ชั้นสูง
6. งานสังคมสงเคราะห์
7. งานเภสัชกรรม
8. หน่วยเงินรายได้

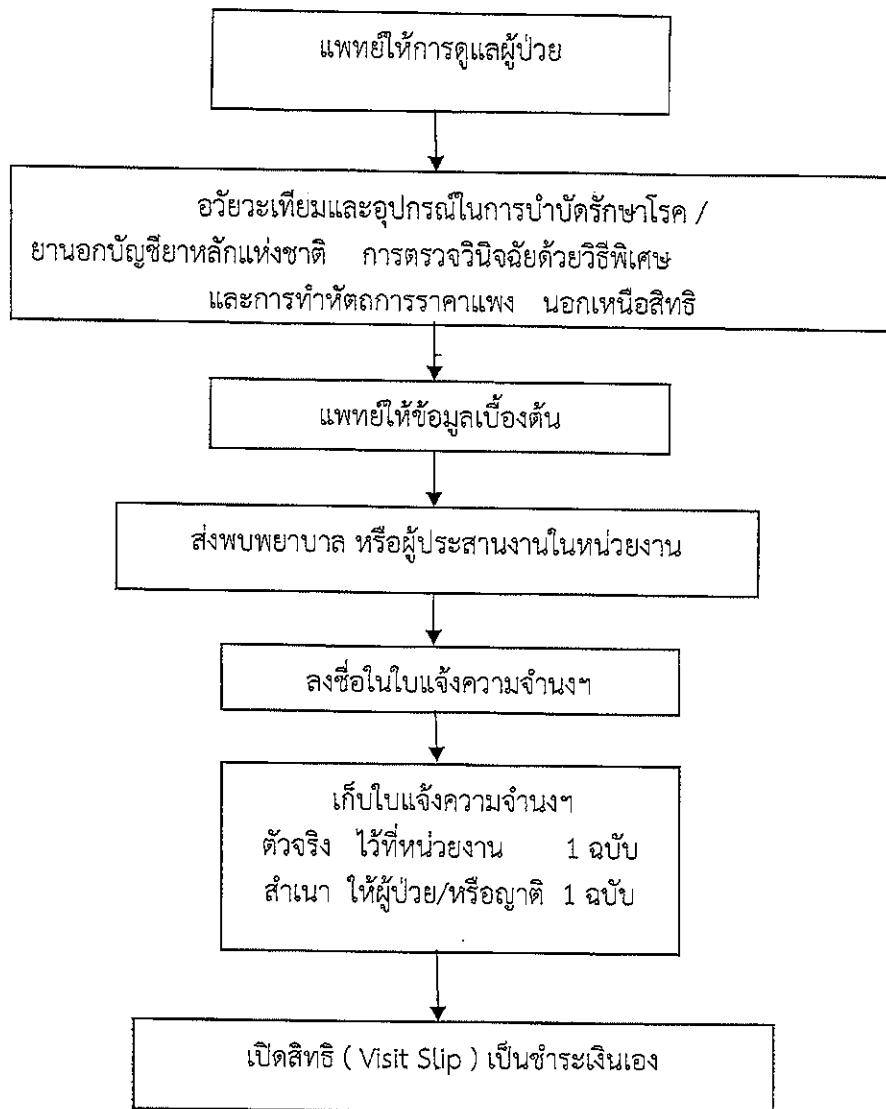
กัมปนาท ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๙



วิทยาลัยแพทยศาสตร์ “โรงเรียนแพทย์ระดับโลกที่มีคุณค่าต่อสังคมไทยและมวลมนุษยชาติ”

๒๐ มี.ค. ๕๙

## ขั้นตอนการใช้แบบฟอร์มใบแจ้งความจำนงชำระเงินเอง



หมายเหตุ ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการจ่ายเงินหรือ ขอเงินคืน ทางหน่วยงานรายได้ และงานสังคมสงเคราะห์ จะตรวจสอบกับหน่วยงานที่ให้บริการเพื่อยืนยันตามเอกสาร





หนังสือแจ้งความจำเป็นในการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค การวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษและ  
การทำหัตถการราคาแพง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> สิทธิสวัสดิการราชการ/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | <input type="checkbox"/> สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว          |
| <input type="checkbox"/> สิทธิประกันสังคม                               | <input type="checkbox"/> สิทธิบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (ท.99) |
| <input type="checkbox"/> สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า                      | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....                          |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิการรักษา                             |   |
| <input type="checkbox"/> ไม่ใช้สิทธิตามที่ได้รับ (ชำระเงินเอง)          |   |

ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงข้อมูลการให้สิทธิการรักษาพยาบาล และเหตุผลที่ต้องชำระเงินเพิ่มแล้วว่า การรักษาพยาบาล  
อาการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า/ญาติ นั้น โดยมีความประสงค์จะขอใช้

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ ในการบำบัดรักษาโรค (ระบุ) ..... | ราคาตามสิทธิ.....บาท ราคาที่ต้องจ่าย.....บาท |
| <input type="checkbox"/> ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ระบุ).....                  | <input type="checkbox"/> ราคา.....บาท        |
| <input type="checkbox"/> การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษ (ระบุ).....              | <input type="checkbox"/> ราคา.....บาท        |
| <input type="checkbox"/> การทำหัตถการราคาแพง (ระบุ).....                       | <input type="checkbox"/> ราคา.....บาท        |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) .....                                    | <input type="checkbox"/> ราคา.....บาท        |

ซึ่งรายการยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาลข้าพเจ้า/ญาติข้าพเจ้า ดังกล่าวข้างต้น เป็นรายการที่อยู่  
นอกเหนือสิทธิขั้นพื้นฐานของการรักษาพยาบาลที่ประชาชนพึงได้รับตามกฎหมายจากทางรัฐบาล โดยข้าพเจ้า/ญาติ ได้ทราบ  
แล้วว่าจะต้องชำระเงินเพิ่มเติมจากรายการที่ระบุข้างต้น เป็นจำนวนเงิน..... บาท  
(.....)

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ได้รับทราบข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาล และทราบเหตุผลที่ต้องชำระเงินเพิ่มเติมอย่าง  
ชัดเจนเพียงพอ รวมถึงทราบคุณภาพของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้ายังประสงค์จะใช้อุปกรณ์ และอวัยวะ  
เทียม ยานอกบัญชี การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษ และการทำหัตถการราคาแพง โดยจะไม่ใช้สิทธิเรียกร้องเงินคืนภายหลัง

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย  
(.....)  
วันที่ .....

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

ลงชื่อ.....พยาน/ญาติผู้ป่วย  
(.....)  
วันที่ .....

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