



### บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานเลขานุการโรงพยาบาลฯ คณะแพทยศาสตร์ โทร. 3400,4000

ที่ ศธ.0514.7.3.1/..... วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2559

เรื่อง ขอส่งสำเนา ( ) คำสั่ง ( ) บันทึก  
( ) ประกาศ ( ) อื่น ๆ

เรียน ..... หัวหน้าหน่วยงาน

พร้อมบันทึกข้อความฉบับนี้ งานเลขานุการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์  
ใคร่ขอส่ง

- ( ) คำสั่ง .....จำนวน.....ชุด
- ( ) ประกาศ.....จำนวน.....ชุด
- ( ) บันทึก.....จำนวน.....ชุด
- ( / ) อื่น ๆ *เขียนอีเมลทรอนิกส์* .....จำนวน.....ชุด

จึงเรียนมาเพื่อ *ทุกภาคี*

- ( / ) ไปรคทราบ
- ( ) ไปรคแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ
- ( ) ไปรคพิจารณาดำเนินการต่อไป
- ( ) ไปรคแจ้งเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของท่านทราบ
- ( ) ไปรคส่งคืนงานเลขานุการ รพ. ภายใน.....

เจ้าของเรื่อง  
*วิมล*

(..... 63399.....)

นางจันทิมา กาญจนสุรัตน์  
10 พ.ย. 59  
16-204  
8-6

นางจันทิมา กาญจนสุรัตน์  
หัวหน้างานเลขานุการ รพ.



บันทึกข้อความ

โรงพยาบาลศรีนครินทร์  
รับที่ 1069, ๕9  
วันที่ 28/๓.ค./2559  
เวลา 1๕.๓๗

ส่วนราชการ งานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โทร 63408

ที่ ศธ 0514.7.3.20/ 231 วันที่ ๒๘ มกราคม 2559

เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายบริการทางการแพทย์)

ด้วยปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยไม่มีใบส่งตัวจากโรงพยาบาลตามสิทธิ์ แพทย์ได้เขียนแบบแจ้งผู้ป่วยอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน เพื่อเปิดสิทธิ์การรักษาในครั้งนั้นเป็นผู้ป่วยนอกฉุกเฉินและผู้ป่วยในฉุกเฉิน ซึ่งตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2558 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>(1)</sup> ได้ให้ค่านियามการเจ็บป่วยฉุกเฉินแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2554<sup>(2)</sup> ได้แก่ 1. กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต 2. กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และ 3. กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยระบุใจความสำคัญในการปฏิเสธจ่ายชดเชย “กรณีที่ สปสช.ตรวจสอบข้อมูลแล้วพบว่า หน่วยบริการรักษาผู้ป่วยข้ามเขต โดยไม่มีข้อมูลการส่งต่อ และไม่ใช้กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ข้อมูลของรายนั้น จะไม่ได้รับการชดเชย (ผลการตรวจสอบได้รับการปฏิเสธการจ่าย Deny M14)” (เอกสารแนบ 1)

เพื่อให้การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีฉุกเฉินเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ และโรงพยาบาลสามารถจัดเก็บรายได้ครบถ้วนสมบูรณ์ จึงเห็นควรแจ้งเวียนทุกภาควิชาเพื่อทราบและขอความร่วมมือแพทย์ผู้ทำการรักษา ดังนี้

1. พิจารณาการเขียนแบบแจ้งผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน/เจ็บป่วยฉุกเฉิน (เอกสารแนบ 2) ให้เป็นไปตามค่านियาม
2. เมื่อสิ้นสุดภาวะฉุกเฉินขอให้ส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาตามโรงพยาบาลสิทธิ์หลักโดยเร็ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางสุภา สุทัศนจินดา)  
ที่ปรึกษางานประกันสุขภาพ

เรียน...   
เพื่อโปรดพิจารณา และเห็นควร  
ส่ง นพ.ศ.พรพรรณ ทวี วัฒน  
พ.น.ดิษนาพร  
ร.ร.น.อ.ดิษนาพร

๒๘ ม.ค.๕๙

ดำเนินการตามเสนอ

(รองศาสตราจารย์สมศักดิ์ เจริญจำ)

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายบริการทางการแพทย์  
รักษาราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาล ...  
29 ม.ค. 2559



## แบบแจ้งผู้ป่วยอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน

วันที่.....

เรื่อง แจ้งผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วยโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้รับผู้ป่วย ชื่อ.....อายุ.....ปี HN.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... ซึ่งเป็นผู้ป่วยสิทธิบัตร ( ) ประกันสังคม ( ) บัตรทอง

ระบุโรงพยาบาล.....

ได้เข้ารับการรักษาที่ รพ.ศรีนครินทร์ตั้งแต่วันที่.....เวลา.....น.

สาเหตุการประสบอันตราย/การเจ็บป่วย.....

โปรดระบุ  อุบัติเหตุฉุกเฉิน  เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ระดับ 1 สีแดง เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ระดับ 2 สีเหลือง เจ็บป่วยฉุกเฉิน ระดับ 3 สีเขียว อุบัติเหตุจราจร ใช้สิทธิ์ พรบ. 30,000 บาท ก่อน จึงใช้สิทธิ์หลักของผู้ป่วย

การวินิจฉัยโรค.....

วิธีการรักษาเร่งด่วน.....

อาการปัจจุบันของผู้ป่วย.....

ขณะนี้ผู้ป่วยนอนรักษาที่หอผู้ป่วย.....โทร. ....และแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าเป็นว่า

( ) ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายกลับโรงพยาบาลตามสิทธิ์ได้ ( ) ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการรักษา

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประสานงาน

**สถานที่ติดต่อ** หน่วยประสานสิทธิ์ งานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โทรศัพท์ 043-363606 มือถือ 090-9102304 โทรสาร 043-363107

**หมายเหตุ** หากโรงพยาบาลของท่านไม่ตอบรับภายในวันที่..... ทางโรงพยาบาลศรีนครินทร์จะถือว่าท่านรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลหลัง 72 ชั่วโมง ตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานประกันสังคม พ.ศ.2555

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์

โรงพยาบาล.....ได้ตรวจสอบแล้ว

( ) ยินดีรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยรายนี้ตั้งแต่.....

( ) รพ.ตามสิทธิ์ขอรับตัวผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อภายในวันที่.....เวลา.....น.

( ) อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....