

ที่ กค ๐๔๑๖.๔/ ๐๒๖๓



กรมบัญชีกลาง

ถนนพระราม ๖ กทม. ๑๐๔๐๐

๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง กำหนดแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการเบิกเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เรียน ปลัดกระทรวง อธิบดี ผู้ว่าราชการจังหวัด เลขานุการ อธิการบดี ผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ  
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน จำนวน ๓ หน้า

ด้วยกรมบัญชีกลางได้รับข้อหารือจากส่วนราชการเกี่ยวกับสถานะของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ว่ามีสถานะเป็นสถานพยาบาลของทางราชการหรือไม่ และมีวิธีปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลฯ อย่างไร เนื่องจากหลักฐานการรับเงินที่โรงพยาบาลฯ ออกให้ นั้นไม่ระบุรหัสรายการตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นสถานพยาบาลของทางราชการ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม แต่มีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งแตกต่างไปจากสถานพยาบาลของทางราชการทั่วไป ค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเรียกเก็บสามารถนำมาเบิกจากทางราชการได้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด แต่โดยที่โรงพยาบาลฯ มิได้จัดทำระบบเพื่อรองรับวิธีการปฏิบัติในด้านการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการ และมีได้เข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงกับกรมบัญชีกลาง ทำให้ผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จะต้องทอดรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลไปก่อน และนำหลักฐานมายื่นขอใช้สิทธิเบิกเงินจากส่วนราชการต้นสังกัด ดังนั้น กรมบัญชีกลางจึงได้หารือร่วมกับโรงพยาบาลฯ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าวและอำนวยความสะดวกในการพิจารณาการเบิกชดเชยเงินค่ารักษาพยาบาลให้แก่ส่วนราชการ อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๖ และข้อ ๒๗ ของหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ กรมบัญชีกลาง จึงกำหนดแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ทั้งนี้ แนวปฏิบัติดังกล่าวใช้สำหรับผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว ที่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เท่านั้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. กรณีการเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก

๑.๑ ให้ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว แจ้งความประสงค์ต่อโรงพยาบาลฯ ให้ลงรหัสรายการอัตราค่าบริการสาธารณสุขสำหรับใช้ประกอบการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

๑.๒ ให้ส่วนราชการผู้เบิกพิจารณาอนุมัติการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลได้ตามสิทธิที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๗/ว ๑๗๗ ลงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ และหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค ๐๔๑๗/ว ๑๗ ลงวันที่ ๙ มกราคม ๒๕๕๐

๒. กรณีการเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน

๒.๑ ให้ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวแจ้งความประสงค์ต่อโรงพยาบาลฯ ให้จัดทำเอกสารเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการ

๒.๒ โรงพยาบาลฯ จะจัดทำ “แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน” ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ให้กับผู้สิทธิและบุคคลในครอบครัว ภายในเวลาไม่เกิน ๑ เดือน นับแต่สิ้นสุดการรักษาพยาบาลในครั้งนั้น

๒.๓ ให้ผู้มีสิทธิยื่นขอใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลพร้อมแบบฟอร์มฯ

๒.๔ ให้ส่วนราชการต้นสังกัดระดับกรมขอทำความตกลงมายังกรมบัญชีกลางพร้อมแบบฟอร์มฯ เพื่อใช้เป็นเอกสารประกอบในการพิจารณาขอทำความตกลงและหากไม่แนบเอกสารดังกล่าว กรมบัญชีกลางจะส่งเรื่องคืน เพื่อให้ส่วนราชการจัดทำเอกสารให้ครบถ้วน และขอทำความตกลงมายังกรมบัญชีกลางอีกครั้ง

๒.๕ กรมบัญชีกลางจะเป็นผู้พิจารณาการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๑๑๒ ลงวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๕๔ และแจ้งส่วนราชการทราบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้ผู้สิทธิและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวสุทธิรัตน์ รัตนโชติ)

อธิบดีกรมบัญชีกลาง

กองสวัสดิการรักษายาบาล

กลุ่มงานกฎหมายด้านสวัสดิการรักษายาบาล

โทร. ๐ ๒๑๒๗ ๗๓๔๖

โทรสาร. ๐ ๒๑๒๗ ๗๑๕๗

## แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน

ชื่อ-นามสกุล..... เพศ  ชาย  หญิง

วัน เดือน ปี เกิด.....เลขบัตรประชาชน.....HN ..... AN .....

รับไว้ในรพ. : วันที่ ..... เวลา ..... จำหน่าย: วันที่ ..... เวลา .....

จำนวนวันที่ลากลับบ้าน ..... หอผู้ป่วยที่จำหน่าย ..... แพทย์เจ้าของไข้ ..... วั .....  
 สถานภาพการจำหน่าย : 1. Complete Recovery 2. Improved 3. Not Improve 4. Normal Delivery 5. Un-Delivery

6. Normal Child d/c with mother 7. Normal Child d/c with seperately 8. Stillbirth  
 9. Dead

ชนิดการจำหน่าย : 1. With Approval 2. Against Advice 3. By Escape 4. By Transfer

5. Other (Specify) 8. Dead Autopsy 9. Dead NonAutopsy

กรณีส่งต่อผู้ป่วย : รพ. ที่ส่งไป.....รหัส รพ. .... วัตถุประสงค์ที่ส่งต่อ.....

### ส่วนที่ 2

#### ค่ารักษาพยาบาล

หมวดค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน (บาท)
1. ค่าห้องและอาหาร	
2. ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค	
3. ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือดใช้ในรพ.	
4. ค่ายาคลับบ้าน	
5. ค่าเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่าย	
6. ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต	
7. ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา	
8. ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา	
9. ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ	
10. ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์	
11. ค่าทำหัตถการและวิสัญญี (รวมค่าห้องผ่าตัด/ห้องคลอด)	
12. ค่าบริการทางการแพทย์ (รวมค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์)	
13. ค่าบริการทางทันตกรรม	
14. ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู	
15. ค่าบริการฝังเข็มและค่าบริการการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น	
16. ค่าบริการอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง (นอกเหนือจาก 1 - 15)	
<b>รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด</b>	



ผู้ร่วมจ่าย (รวมทุกหมวด)

ผู้ร่วมจ่ายอื่น	จำนวนเงิน (บาท)
1. ตามพรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	
2. บริษัทประกัน	
3. ผู้ป่วย	
4. อื่นๆ	

รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

รหัส	ชื่อรายการ	จำนวน(หน่วย)	อัตราหน่วยละ(บาท)	รวมเงิน(บาท)

ส่วนที่ 3

การวินิจฉัย

การวินิจฉัย	ชนิด	ICD-10 code	ชื่อโรค/ภาวะ/สาเหตุภายนอก
หลัก			
รอง 1			
รอง 2			
รอง 3			
รอง 4			
รอง 5			
รอง 6			
รอง 7			
รอง 8			
รอง 9			
รอง 10			
รอง 11			
รอง 12			

ชนิดของรหัสวินิจฉัยรอง: 2. โรคร่วม (Comorbidity) 3: โรคแทรกซ้อน (Complication) 4: อื่นๆ (Other) 5: สาเหตุภายนอก (External Cause)

หัตถการ

หัตถการ	ชนิด	ICD-9-CM code	ชื่อหัตถการ	วันที่ทำ	แพทย์ผู้ทำ
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

ชนิดของหัตถการ : 1 : หัตถการหลัก (Principal) 2 : หัตถการรอง (Secondary)

ผู้สรุป.....

วันที่สรุป .....