



ที่ กค ๐๔๑๖.๔/ว ๔๙๐

กรมบัญชีกลาง  
ถนนพระราม ๖ กทม. ๑๐๔๐๐

๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๐

เรื่อง กำหนดแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ศูนย์ศรัทธาพัฒนา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เรียน ปลัดกระทรวง อธิบดี ผู้ว่าราชการจังหวัด เลขาธิการ อธิการบดี ผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน จำนวน ๓ หน้า

ด้วยกรมบัญชีกลางได้รับข้อหารือจากส่วนราชการเกี่ยวกับสถานะของศูนย์ศรัทธาพัฒนา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่ามีสถานะเป็นสถานพยาบาลของทางราชการหรือไม่ และมีวิธีปฏิบัติ ในการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ศูนย์ศรัทธาพัฒนาฯ อย่างไร เนื่องจากหลักฐานการรับเงินที่ศูนย์ศรัทธาพัฒนาฯ ออกให้ นั้น ไม่ระบุรหัสรายการตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า ศูนย์ศรัทธาพัฒนา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นสถานพยาบาลของทางราชการ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเรียกเก็บสามารถนำมาเบิกจากทางราชการได้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด แต่เนื่องจากศูนย์ศรัทธาพัฒนาฯ มิได้จัดทำระบบเพื่อรองรับ วิธีการปฏิบัติในด้านการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการ และได้เข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงกับกรมบัญชีกลาง ทำให้ผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจะต้องทวงจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลไปก่อน และนำหลักฐานมายื่นขอใช้สิทธิเบิกเงินจากส่วนราชการต้นสังกัด ดังนั้น กรมบัญชีกลางจึงได้หารือร่วมกับศูนย์ศรัทธาพัฒนาฯ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าวและอำนวยความสะดวก ในการพิจารณาการเบิกชดเชยเงินค่ารักษาพยาบาลให้แก่ส่วนราชการ อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๖ และข้อ ๒๗ ของหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ กรมบัญชีกลางจึงกำหนดแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ ศูนย์ศรัทธาพัฒนา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทั้งนี้ แนวปฏิบัติดังกล่าว ใช้สำหรับผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวที่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. กรณีการเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก

๑.๑ ให้ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว แจ้งความประสงค์ต่อโรงพยาบาลฯ ให้ส่งรหัส รายการอัตราค่าบริการสาธารณสุขสำหรับใช้ประกอบการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

๑.๒ ให้ส่วนราชการผู้เบิกพิจารณาอนุมัติการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลได้ตามสิทธิ ที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่าย เงินค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๗/ว ๑๗๗ ลงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ และ หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค ๐๔๑๗/ว ๑๗ ลงวันที่ ๙ มกราคม ๒๕๕๐

๒. กรณีการเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน

๒.๑ ให้ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวแจ้งความประสงค์ต่อโรงพยาบาลฯ ให้จัดทำเอกสาร  
เพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการ

๒.๒ โรงพยาบาลฯ จะจัดทำ “แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน”  
ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ให้กับผู้ที่มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว ภายในเวลาไม่เกิน ๑ เดือน นับแต่สิ้นสุดการรักษาพยาบาล  
ในครั้งนั้น

๒.๓ ให้ผู้มีสิทธิยื่นขอใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลพร้อมแนบบแบบฟอร์มฯ

๒.๔ ให้ส่วนราชการต้นสังกัดระดับกรมขอทำความตกลงมายังกรมบัญชีกลางพร้อมแนบบ  
แบบฟอร์มฯ เพื่อใช้เป็นเอกสารประกอบการพิจารณาขอทำความตกลง และหากไม่แนบบเอกสารดังกล่าว  
กรมบัญชีกลางจะส่งเรื่องคืน เพื่อให้ส่วนราชการจัดทำเอกสารให้ครบถ้วน และขอทำความตกลงมายัง  
กรมบัญชีกลางอีกครั้ง

๒.๕ กรมบัญชีกลางจะเป็นผู้พิจารณาเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลตามประกาศกระทรวงการคลัง  
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม  
(DRGs) ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๑๑๒ ลงวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๕๔ และแจ้งส่วนราชการ  
ทราบต่อไป

ทั้งนี้ ให้มีผลใช้บังคับสำหรับการเข้ารับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้ผู้มีสิทธิและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวสุทธิรัตน์ รัตนโชติ)

อธิบดีกรมบัญชีกลาง

กองสวัสดิการรักษายาบาล

กลุ่มงานกฎหมายด้านสวัสดิการรักษายาบาล

โทร. ๐ ๒๑๒๗ ๗๓๘๖

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 ..... ๖ .....

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 (จำนวน.....วัน)	
2. ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค	
3. ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือดใช้ในรพ.	
4. ค่ายากลับบ้าน	
5. ค่าเวชภัณฑ์ที่มีขายยา	
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 / บัญชีรายการยากลุ่มที่รักษาโรคมะเร็งและไม่ใช่อายการักษาโรคมะเร็ง

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 .....