



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน..... กองคลัง สำนักงานมหาวิทยาลัย โทร. ๔๓๑๒๒-๓.....

ที่ ศธ.๖๕๙๒(๓)/ว.๐๐๓..... วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๑.....

เรื่อง กำหนดแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ศูนย์ศรีพัฒน์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เรียน เลขานุการคณะ ผู้อำนวยการสถาบัน สำนัก ศูนย์ กอง

เพื่อโปรดทราบและโปรดแจ้งให้หน่วยงานในสังกัดเพื่อ

( ) ทราบ

( ) ทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

( / ) ทราบและถือปฏิบัติ

๗๑๐.

(นางสาวพิกุลทอง เมืองแก้ว)

หัวหน้างานธุรการ

แทน ผู้อำนวยการกองคลัง



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน \_\_\_\_\_ กองคลัง สำนักงานมหาวิทยาลัย โทร. ๔๓๑๒๒

ที่ ศธ ๖๕๙๒(๓)/๐๐๐๐๕ \_\_\_\_\_ วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง กำหนดแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายแผนงาน บริหารการเงินและทรัพย์สิน

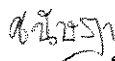
**สรุปเรื่อง** ตามหนังสือที่ กค ๐๔๑๖.๔/ว ๔๘๐ ลงวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๐ กรมบัญชีกลาง ได้แจ้ง กำหนดแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งกรมบัญชีกลางพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า ศูนย์ศรีพัฒน์ดังกล่าว เป็นสถานพยาบาลของทางราชการ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเรียกเก็บสามารถ นำมาเบิกจากทางราชการได้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด ทั้งนี้ ให้มีผลใช้บังคับ สำหรับการเข้ารับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป ตามรายละเอียดปรากฏ ในหนังสือดังแนบ

**กฎ / ระเบียบ / ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง**

- สามารถดูรายละเอียดหนังสือดังกล่าวได้ที่เว็บไซต์ของกองคลัง <http://finance.oop.cmu.ac.th/> ได้ที่ หนังสือเวียน / การเบิกจ่าย / การเบิกค่ารักษาพยาบาล

**ข้อเสนอเพื่อพิจารณา**

๑. เพื่อโปรดทราบ
๒. นำเสนอผู้บริหารระดับสูงในสังกัด สำนักงานมหาวิทยาลัย เพื่อทราบ
๓. แจ้งทุกส่วนงานในสังกัดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อทราบและถือปฏิบัติ
๔. แจ้ง งานเงินเดือนและสวัสดิการ กองคลัง เพื่อทราบและถือปฏิบัติต่อไป

  
(นางสาวนันทฎา เอื้อะเทศ)  
เจ้าหน้าที่สำนักงาน

๓ ม.ค. ๖๑


**แจ้งตามเสนอ**

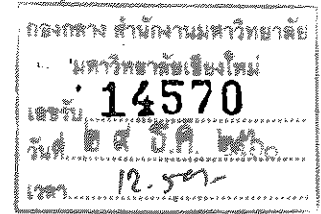
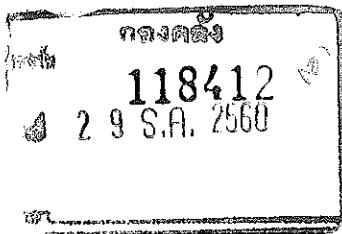
คำสั่ง

  
๓ ม.ค. ๒๕๖๑  
(ศาสตราจารย์พงษ์รักษ์ ศรีบัณฑิตมงคล)

รักษาการแทนรองอธิการบดีฝ่ายแผนงาน บริหารการเงินและทรัพย์สิน

ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

  
(นางจุฑารัตน์ ดวงฤทธิ์)  
ผู้อำนวยการกองคลัง  
๓ ม.ค. ๒๕๖๑



ที่ กค ๐๔๑๖.๔/ว ๕๕๐

กรมบัญชีกลาง  
ถนนพระราม ๖ กทม. ๑๐๕๐๐

๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๐

เรื่อง กำหนดแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน จำนวน ๓ หน้า

ด้วยกรมบัญชีกลางได้รับข้อหารือจากส่วนราชการเกี่ยวกับสถานะของศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่ามีสถานะเป็นสถานพยาบาลของทางราชการหรือไม่ และมีวิธีปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ศูนย์ศรีพัฒน์ฯ อย่างไร เนื่องจากหลักฐานการรับเงินที่ศูนย์ศรีพัฒน์ฯ ออกให้ นั้น ไม่ระบุรหัสรายการตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นสถานพยาบาลของทางราชการ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเรียกเก็บสามารถนำมาเบิกจากทางราชการได้ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด แต่เนื่องจากศูนย์ศรีพัฒน์ฯ มิได้จัดทำระบบเพื่อรองรับวิธีการปฏิบัติในด้านการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการ และมีได้เข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงกับกรมบัญชีกลาง ทำให้ผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจะต้องตรงจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลไปก่อน และนำหลักฐานมายื่นขอใช้สิทธิเบิกเงินจากส่วนราชการต้นสังกัด ดังนั้น กรมบัญชีกลางจึงได้หารือร่วมกับศูนย์ศรีพัฒน์ฯ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าวและอำนวยความสะดวกในการพิจารณาการเบิกชดเชยเงินค่ารักษาพยาบาลให้แก่ส่วนราชการ อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๖ และข้อ ๒๗ ของหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ กรมบัญชีกลางจึงกำหนดแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทั้งนี้ แนวปฏิบัติดังกล่าวใช้สำหรับผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวที่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. กรณีการเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก

๑.๑ ให้ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว แจ้งความประสงค์ต่อโรงพยาบาลฯ ให้ลงรหัสรายการอัตราค่าบริการสาธารณสุขสำหรับใช้ประกอบการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

๑.๒ ให้ส่วนราชการผู้เบิกพิจารณาอนุมัติการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลได้ตามสิทธิที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ส่วนที่ ๓๓๗ 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 ให้จัดทำเอกสารเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการ

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

๒.๓ ให้ผู้มีสิทธิยื่นขอใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลพร้อมแนบแบบฟอร์มฯ

๒.๔ ให้ส่วนราชการต้นสังกัดระดับกรมขอทำความตกลงมายังกรมบัญชีกลางพร้อมแนบแบบฟอร์มฯ เพื่อใช้เป็นเอกสารประกอบการพิจารณาขอทำความตกลง และหากไม่แนบเอกสารดังกล่าว กรมบัญชีกลางจะส่งเรื่องคืน เพื่อให้ส่วนราชการจัดทำเอกสารให้ครบถ้วน และขอทำความตกลงมายังกรมบัญชีกลางอีกครั้ง

๒.๕ กรมบัญชีกลางจะเป็นผู้พิจารณาเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ต่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๑๑๒ ลงวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๕๕ และแจ้งส่วนราชการทราบต่อไป

ทั้งนี้ ให้มีผลใช้บังคับสำหรับการเข้ารับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้ผู้มีสิทธิและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวสุทธิรัตน์ รัตนโชติ)

อธิบดีกรมบัญชีกลาง

กองสวัสดิการรักษายาบาล

กลุ่มงานกฎหมายด้านสวัสดิการรักษายาบาล

โทร. ๐ ๒๑๒๗ ๗๓๕๖

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. .......วัดภูประสงค์ที่ส่งต่อ.....

### ส่วนที่ 2

#### ค่ารักษาพยาบาล

| หมวดค่าใช้จ่าย  | จำนวนเงิน (บาท) |
|---|-----------------|
| 1. ค่าห้องและอาหาร (จำนวน.....วัน)  |                 |
| 2. ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค                               |                 |
| 3. ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือดใช้ในรพ.                                     |                 |
| 4. ค่ายากลับบ้าน  |                 |
| 5. ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา  |                 |
| 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 / บัญชีรายการยากลุ่มที่รักษาโรคมะเร็งและที่ไม่ใช่ยารักษาโรคมะเร็ง

| 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 .....