



ที่ สธ ๐๒๐๕.๐๘ / ๐๗/๙

สำนักตรวจราชการกระทรวง
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งการดำเนินงานระบบหมอพร้อม I Claim กับบริษัทประกันภัย ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๘

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๘

อ้างถึง หนังสือสำนักตรวจราชการที่ ๐๒๐๕.๐๘/๕๖ ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ ๐๒๐๒.๓.๗/ว ๒๕๐

ลงวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๒

จำนวน ๑ ชุด

๒. แบบคำขอรับบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ

จำนวน ๘ ชุด

๓. แบบสัญญารับบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ

จำนวน ๘ ชุด

๔. รายการเอกสารของโรงพยาบาลที่ใช้แนบสัญญา แบบ รช.๒

จำนวน ๑ ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ ได้แจ้งให้ทุกหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๘ นำร่องในการพัฒนาระบบหมอพร้อม เชื่อมโยงข้อมูลหน่วยบริการ ภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งได้มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานไปแล้วนั้น

ในระบบหมอพร้อม I Claim มีการพัฒนาระบบการบริการรักษาพยาบาล และการขอรับชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ให้กับประชาชนที่มีประกันสุขภาพกับบริษัทประกันภัย ผ่านระบบ I Claim – Insurance Claim โดยประชาชนไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลและให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันภัยได้โดยตรง และเชื่อมโยงข้อมูลการตรวจสอบสิทธิประกันภัย ผ่านระบบหมอพร้อม I Claim ซึ่งมีบริษัทประกันภัยเข้าร่วมโครงการ ๘ บริษัท ได้แก่ บริษัท AIA , เมืองไทยประกันชีวิต, ไทยประกันชีวิต, กรุงเทพประกันชีวิต, FWD, Prudential, ไทยสมุทร และ โตเกียวมาริน

ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ. ๒๕๖๒ กำหนดให้บริษัทประกันภัยที่มีความประสงค์ให้หน่วยบริการให้การรักษาพยาบาลผู้เอาประกันภัย โดยผู้เอาประกันภัยไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาล และให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันภัยโดยตรง ให้บริษัทประกันภัย ยื่นคำขอต่อหัวหน้าหน่วยบริการ ตามแบบ รช.๑ และเมื่อหัวหน้าส่วนราชการอนุญาตให้หน่วยบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อแล้ว ให้ทำสัญญาตามแบบ รช.๒ ดังรายละเอียดระเบียบฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

บริษัทประกันภัย ๘ แห่งที่เข้าร่วมโครงการระบบหมอพร้อม I Claim ได้จัดส่งแบบคำขอรับบริการรักษาพยาบาล เป็นเงินเชื่อ (แบบ รช ๑) และสัญญาบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ (แบบ รช ๒) ให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ประสานการดำเนินงานจัดทำสัญญา กับโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๘ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒-๓ และแจ้งรายการเอกสารของโรงพยาบาลที่ใช้แนบสัญญาฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๔

/ในการนี้...

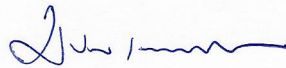
ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการจัดทำระบบหมอพร้อม I Claim ของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๘ บรรลุผลสำเร็จ เป็นไปด้วยความสะดวก รวดเร็ว ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงขอให้ดำเนินการดังนี้

๑. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทุกจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๘ พิจารณาแบบคำขอรับบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ ของบริษัท ๘ แห่ง ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ และลงนาม ผู้รับสัญญา ให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ ตามแบบสัญญาฯ สิ่งทีส่งมาด้วย ๓ และแจ้งเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง งานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมเอกสารแนบท้ายสัญญา รายการตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๔ จากโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้ว ขอความกรุณา ส่งสัญญาฉบับ (แบบ รข.๒) ฉบับจริง พร้อมเอกสารแนบ ส่งให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง ภายในวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เพื่อรวบรวมจัดส่งให้บริษัทประกันภัยต่อไป

๒. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง จัดส่งเอกสาร รายการตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๔ ส่งให้งานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายในวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เพื่อรวบรวมเป็นเอกสารประกอบสัญญา (แบบ รข.๒)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ



(นายปรามทย์ เสถียรรัตน์)

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

สำนักตรวจราชการกระทรวง

กองตรวจราชการ

โทร. ๐-๒๕๙๐-๑๔๗๔ , ๐-๔๒๒๑-๙๒๐๘ ต่อ ๓๐๐

ผู้ประสาน นางรุ่งทิพย์ เอกพงษ์



ที่ สธ ๐๒๐๒.๓.๗/ว ๒๕๖๐

กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒ เมษายน ๒๕๖๒

เรื่อง ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ. ๒๕๖๒ และระเบียบ
กระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๒

เรียน อธิบดีทุกกรม เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขนิเทศก์
ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ นายแพทย์
สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ผู้อำนวยการกอง
ผู้อำนวยการสำนักและหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและนิติกรสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ. ๒๕๖๒
๒. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. ๒๕๖๒

ด้วยกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงแก้ไขระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการให้บริการ
รักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยกำหนดให้พนักงานหรือลูกจ้างขององค์การของรัฐ
รัฐวิสาหกิจ รวมถึงบริษัทหรือห้างหุ้นส่วนที่มีฐานะเป็นนิติบุคคลซึ่งได้จดทะเบียนก่อตั้งขึ้นตามกฎหมายในประเทศไทย
ได้รับการบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อได้ โดยให้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากองค์การของรัฐ รัฐวิสาหกิจ
และบริษัทหรือห้างหุ้นส่วนดังกล่าวโดยตรง รวมถึงกรณีบริษัทประกันภัยมีความประสงค์ให้หน่วยบริการ
ให้การรักษายาบาลผู้ป่วยประกันภัยที่ทำสัญญาประกันภัยไว้กับบริษัทประกันภัย โดยผู้ป่วยประกันภัยไม่ต้อง
สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลและให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันภัยได้โดยตรง
ซึ่งกระทรวงการคลังได้เห็นชอบร่างระเบียบดังกล่าวแล้ว และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขข้อความให้ชัดเจน
เหมาะสมมากยิ่งขึ้น และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการ
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยปรับฐานอำนาจในการกำหนดระเบียบให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติ
วินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑ และสอดคล้องกับบทบัญญัติแห่งกฎหมายอื่นๆ ซึ่งรัฐมนตรีว่าการ
กระทรวงการคลังและผู้อำนวยการสำนักงบประมาณได้อนุมัติร่างระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุง
ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. แล้ว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกระเบียบกระทรวง
สาธารณสุข ว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ. ๒๕๖๒ และระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วย
เงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. และ ๒.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ
กองกฎหมาย ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข
โทร. ๐ ๒๕๔๐ ๑๔๒๗, โทรสาร. ๐ ๒๕๔๐ ๑๔๓๔
E-mail: legal@health.moph.go.th



ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข
ว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ
พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงแก้ไขระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ. ๒๕๓๔ และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๗ ให้มีความเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และคล่องตัวมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง จึงวางระเบียบไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ. ๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ. ๒๕๓๔

(๒) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๗

บรรดาระเบียบ ข้อบังคับ หรือคำสั่งอื่นใดที่กำหนดไว้ในระเบียบนี้ หรือซึ่งขัดหรือแย้งกับระเบียบนี้ ให้ใช้ระเบียบนี้แทน

ข้อ ๔ ระเบียบนี้ไม่ให้ใช้บังคับกับผู้ได้รับความเสียหายตามกฎหมายว่าด้วยคุ้มครองผู้บริโภค

ข้อ ๕ ในระเบียบนี้

“การรักษาพยาบาล” หมายความว่า การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยตรงแก่ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิ เพื่อการรักษาโรค การตรวจวินิจฉัย การฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และให้หมายความรวมถึงการตรวจสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเพื่อประโยชน์ด้านสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่ไม่รวมถึงการเสริมความงาม

“ค่ารักษาพยาบาล” หมายความว่า เงินที่หน่วยบริการเรียกเก็บในการรักษาพยาบาล

“หน่วยบริการ” หมายถึง

(๑) โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ หรือที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่นแต่ปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกัน หรือ

(๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือหน่วยงานอื่นใดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับการสาธารณสุข ตามที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

“หัวหน้า...”

“หัวหน้าส่วนราชการ”

ราชการบริหารส่วนกลาง หมายความว่า ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดี หรือหัวหน้าส่วนราชการที่เรียกชื่ออย่างอื่นซึ่งมีฐานะเทียบเท่าอธิบดีในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ราชการบริหารส่วนภูมิภาค หมายความว่า นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทุกประเภทที่มีกฎหมายกำหนดองค์การของรัฐ รัฐวิสาหกิจ บริษัทหรือห้างหุ้นส่วนที่มีฐานะเป็นนิติบุคคลซึ่งได้จดทะเบียนก่อตั้งขึ้นตามกฎหมายในประเทศไทย

“พนักงาน” หมายความว่า พนักงานหรือลูกจ้าง หรือตำแหน่งที่เรียกชื่ออย่างอื่นของผู้รับบริการ และให้หมายความรวมถึงบุคคลในครอบครัว

“ผู้เอาประกันภัย” หมายความว่า ผู้ซึ่งทำสัญญาประกันภัยกับบริษัทประกันภัย

“บุคคลในครอบครัว” หมายความว่า

(๑) บุตรชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีสิทธิ แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่น

(๒) คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ

(๓) มารดาหรือบิดาที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ

ข้อ ๖ ผู้รับบริการที่มีความประสงค์ให้หน่วยบริการในจังหวัดที่ผู้รับบริการมีภูมิลำเนาหรือมีสำนักงานตั้งอยู่ ทำการรักษาพยาบาลแก่พนักงานเป็นเงินเชื่อ โดยให้หน่วยบริการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการโดยตรง ในการนี้ให้ผู้บริการยื่นคำขอต่อหัวหน้าหน่วยบริการนั้น ตามแบบ รช. ๑ ท้ายระเบียบนี้

ในกรณีผู้รับบริการเป็นองค์การของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ จะใช้หนังสือขององค์การของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจนั้นเป็นคำขอก็ได้

ในกรณีผู้รับบริการเป็นบริษัทประกันภัยมีความประสงค์ให้หน่วยบริการให้การรักษาพยาบาลผู้เอาประกันภัยที่ทำสัญญาประกันภัยไว้กับบริษัทประกันภัยโดยผู้เอาประกันภัยไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลและให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันภัยโดยตรง ในกรณีนี้ให้ผู้บริการดังกล่าวยื่นคำขอต่อหัวหน้าหน่วยบริการนั้นตามแบบ รช. ๑ ท้ายระเบียบนี้

ข้อ ๗ เมื่อหัวหน้าหน่วยบริการได้รับคำขอตามข้อ ๖ แล้ว ให้หัวหน้าหน่วยบริการเสนอความเห็นต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นจนถึงหัวหน้าส่วนราชการเพื่อพิจารณา

หัวหน้าส่วนราชการจะอนุญาตให้หน่วยบริการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อได้เมื่อปรากฏว่าผู้รับบริการอยู่ในหลักเกณฑ์ดังนี้

(๑) มีภูมิลำเนาหรือสำนักงานตั้งอยู่ในจังหวัดที่หน่วยบริการตั้งอยู่ เว้นแต่ในกรณีดังต่อไปนี้ ให้เข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการอื่นได้

(ก) เมื่อมีหนังสือส่งตัวจากหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ผู้รับบริการมีภูมิลำเนาหรือสำนักงานตั้งอยู่

(ข) เมื่อการเจ็บป่วยเกิดจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินซึ่งไม่อาจเข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ผู้รับบริการมีภูมิลำเนาหรือสำนักงานตั้งอยู่

(๒) ทำสัญญาตามแบบ รช. ๒ แบบท้ายระเบียบนี้

ข้อ ๘ ...

ข้อ ๘ เมื่อหัวหน้าส่วนราชการอนุญาตให้หน่วยบริการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้รับบริการเป็นเงินเชื่อแล้ว ให้หัวหน้าส่วนราชการลงนามเป็นผู้รับสัญญาตามแบบสัญญา รช. ๒ แบบท้ายระเบียบนี้

ข้อ ๙ การให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อตามระเบียบนี้ ไม่ก่อให้เกิดสิทธิพิเศษแก่ผู้รับบริการรวมตลอดถึงพนักงานและผู้เอาประกันภัยแต่อย่างใด

ข้อ ๑๐ ให้หน่วยบริการให้บริการรักษาพยาบาลแก่พนักงานและผู้เอาประกันภัยเป็นเงินเชื่อเมื่อผู้รับบริการมีหนังสือส่งตัวเข้ารับรักษาพยาบาล

ข้อ ๑๑ ให้หน่วยบริการจัดทำทะเบียนควบคุมหนี้ค่ารักษาพยาบาลที่ให้เงินเชื่อแก่ผู้รับบริการไว้โดยเฉพาะ

ข้อ ๑๒ ให้หน่วยบริการมีหนังสือแจ้งให้ผู้รับบริการชำระหนี้ค่ารักษาพยาบาล ภายในกำหนด ๓๐ วัน นับจากวันที่จำหน่ายพนักงานหรือผู้เอาประกันภัยออกจากหน่วยบริการ

ข้อ ๑๓ ถ้าผู้รับบริการไม่ชำระหนี้ค่ารักษาพยาบาลหรือชำระไม่ครบภายในกำหนดเวลาที่กำหนดไว้ในข้อ ๑๒ หรือประพฤติดังสัญญาข้อหนึ่งข้อใดก็ดี ให้หัวหน้าส่วนราชการบอกเลิกสัญญากับผู้รับบริการทันที การบอกเลิกสัญญา ให้หัวหน้าส่วนราชการแจ้งให้ผู้รับบริการทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน การรับเงิน ให้ผู้รับบริการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเป็นเช็คเช็คพร้อมและขีดฆ่าคำว่าหรือผู้ถือเข้าบัญชีของหน่วยบริการนั้น ๆ

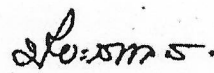
ข้อ ๑๔ การดำเนินการตามระเบียบนี้ หัวหน้าส่วนราชการจะมอบอำนาจให้แก่หัวหน้าหน่วยบริการเป็นผู้ทำการแทนก็ได้

ข้อ ๑๕ ให้หน่วยบริการกำหนดวิธีปฏิบัติในการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อได้โดยไม่ขัดหรือแย้งกับระเบียบนี้ และให้ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาที่ได้ทำขึ้นด้วย

ข้อ ๑๖ ในกรณีมีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้ ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด

ข้อ ๑๗ ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒



(นายปิยะสกล สกลสัตยาทร)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

คำขอรับบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ

เขียน.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
 ข้าพเจ้า.....(๑).....โดย.....(๒).....
ตามหนังสือรับรองของสำนักงาน
 ทะเบียนหุ้นส่วนบริษัทเลขที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
 ตั้งอยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์.....มีความประสงค์ที่จะขอรับบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อโดยส่ง
 พนักงาน/ผู้อุปถัมภ์ของ.....(๑).....มารับบริการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการที่.....(๓).....
 โดย.....(๑).....จะเป็นผู้รับผิดชอบออกค่าใช้จ่าย
 ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดและจะปฏิบัติและทำสัญญาบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อตามที่ระเบียบ
 กระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ. กำหนดไว้ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) หนังสือรับรองของสำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท
- (๒) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับบริการหรือบริษัทประกันภัย
- (๓) สัญญาบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ
- (๔) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

(.....(๒).....)
 ตำแหน่ง.....
 ประทับตรา (ถ้ามี)

- หมายเหตุ
- (๑) ระบุชื่อบริษัท รัฐวิสาหกิจหรือผู้รับบริการอื่น
 - (๒) ระบุชื่อผู้มีอำนาจลงนามผูกพันทางหุ้นส่วน บริษัทตามกฎหมายหรือหัวหน้าองค์การของรัฐ
รัฐวิสาหกิจ หรือผู้รับบริการอื่น
 - (๓) ระบุชื่อหน่วยบริการ

สัญญารับบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ

หนังสือสัญญาฉบับนี้ทำขึ้น ณ.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ระหว่าง.....(บริษัท/ผู้รับบริการ).....โดย.....

กรรมการผู้มีอำนาจผูกพัน.....(บริษัท/ผู้รับบริการ).....ตามหนังสือรับรองของสำนักงาน

ทะเบียนหุ้นส่วนบริษัทเลขที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ตั้งอยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ที่แนบมาพร้อมนี้ ซึ่งต่อไปนี้

ในสัญญาเรียกว่า “ผู้ให้สัญญา” ฝ่ายหนึ่งกับ.....โดย(หัวหน้าส่วนราชการ/ผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ).....

ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับสัญญา อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้ง ๒ ฝ่ายตกลงทำสัญญามีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้ให้สัญญาตกลงรับบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อโดยส่งพนักงานหรือผู้เอาประกันภัย
ของผู้ให้สัญญาเข้ารับการรักษาพยาบาลใน.....(ชื่อหน่วยบริการ).....

และผู้รับสัญญาตกลงให้หน่วยบริการดังกล่าวรักษาพยาบาลตามสัญญา

ข้อ ๒ การทำสัญญาให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อฉบับนี้ ไม่ก่อให้เกิดสิทธิพิเศษ
แก่ผู้ให้สัญญารวมตลอดถึงพนักงานหรือลูกจ้างหรือผู้เอาประกันภัยของผู้ให้สัญญาแต่อย่างใด และผู้ให้สัญญา
พนักงานหรือลูกจ้าง หรือผู้เอาประกันภัยต้องปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับ หลักเกณฑ์ วิธีการ หรือคำสั่ง
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ผู้รับสัญญาหรือหัวหน้าหน่วยบริการกำหนดไว้ข้อ ๓ ในกรณีผู้ให้สัญญามีใช้บริษัทประกันภัยการส่งพนักงานเข้ารับบริการรักษาพยาบาล
ผู้ให้สัญญาต้องทำหนังสือส่งตัวพนักงานถึงหัวหน้าหน่วยบริการตามข้อ ๑ ทุกครั้ง โดยแจ้งชื่อ ชื่อสกุล ตำแหน่ง
และเงื่อนไขในการรักษาพยาบาลให้ชัดเจนข้อ ๔ ในกรณีผู้ให้สัญญาเป็นบริษัทประกันภัย เมื่อผู้เอาประกันภัยเข้ารับบริการ รักษาพยาบาล
ในหน่วยบริการหน่วยบริการตรวจสอบความถูกต้องของผู้เอาประกันภัยก่อนใช้สิทธิ์ทุกครั้ง โดยตรวจสอบ
จากเอกสารส่งตัวหรือจากคุณสมบัติของผู้ถือบัตรประกันภัยหรือเอกสารแสดงสิทธิในการเป็นผู้เอาประกันภัย
โดยพิจารณาควบคู่กับบัตรประชาชนหรือบัตรอื่นๆ ที่ทางราชการออกให้ในกรณีผู้เอาประกันภัยของบริษัท
ประกันภัยที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๗ ปีบริบูรณ์ให้แสดงเอกสารส่งตัวหรือจากคุณสมบัติของผู้ถือบัตรประกันภัย
หรือเอกสารแสดงสิทธิในการเป็นผู้เอาประกันภัยพร้อมบัตรประชาชนหรือบัตรที่ทางราชการออกให้
ของผู้ปกครองก่อนให้การรักษาพยาบาล โดยผู้เอาประกันภัยต้องเป็นบุคคลเดียวกันกับผู้แสดงบัตรประชาชน
หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ข้อ ๕ หน่วยบริการตกลงส่งรายละเอียดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้แก่บริษัทประกันภัย
ประกอบกับการเบิกจ่ายเงิน ดังนี้

๕.๑ หนังสือเรียกให้มาชำระเงินพร้อมรายละเอียดค่าใช้จ่ายของผู้เอาประกันภัย

๕.๒ เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

ข้อ ๖ ผู้ให้สัญญาจะต้องชำระหนี้ค่ารักษาพยาบาลเต็มจำนวน โดยจะชำระค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้รับสัญญาภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่ได้รับหนังสือเรียกให้มาชำระเงินจากหน่วยบริการ

ข้อ ๗ ถ้าผู้ให้สัญญาไม่ชำระหนี้ค่ารักษาพยาบาลหรือชำระไม่ครบถ้วนภายในเวลาที่กำหนดไว้ในข้อ ๖ หรือประพฤติดิตสัญญาข้อหนึ่งข้อใดก็ดี ผู้รับสัญญา มีสิทธิบอกเลิกสัญญากับผู้ให้สัญญาได้และยินยอมให้คิดดอกเบี้ยร้อยละ ๗.๕ ต่อปี จนกว่าจะชำระครบถ้วน

การบอกเลิกสัญญา ผู้รับสัญญาจะแจ้งให้ผู้ให้สัญญาทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน

การบอกเลิกสัญญา หากผู้เอาประกันภัยของผู้ให้สัญญาอยู่ในระหว่างการรักษาในหน่วยบริการ หน่วยบริการตกลงที่จะรับผิดชอบต่อการรักษาพยาบาลจนกว่าผู้เอาประกันภัยไม่ต้องพักรักษาตัวในหน่วยบริการอีกต่อไป และผู้ให้สัญญาตกลงที่จะรับผิดชอบต่อการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตามเงื่อนไขความคุ้มครอง

ข้อ ๘ คู่สัญญาฝ่ายใดประสงค์จะบอกเลิกสัญญาต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน

สัญญานี้ได้ทำขึ้นสองฉบับ มีข้อความตรงกัน คู่สัญญาได้อ่านข้อความในสัญญานี้โดยตลอดแล้วเห็นว่า เป็นการถูกต้อง จึงได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานข้างท้ายนี้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้สัญญา
()

ลงชื่อ.....ผู้รับสัญญา
()

ลงชื่อ.....พยาน
()

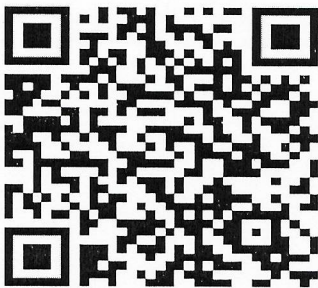
ลงชื่อ.....พยาน
()

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ และ ๓ เป็นเอกสารฉบับจริง

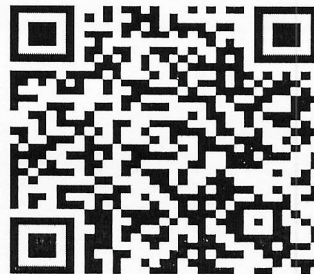
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จะจัดส่งให้หัวหน้างานนิติการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ทางไปรษณีย์

- 1) เอกสารที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะต้องจัดเตรียมให้บริษัทประกันภัย เพื่อประกอบสัญญา คือ
 - 1.1 สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีอำนาจลงนาม ผู้รับสัญญา (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)
ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 16 ชุด (8 บริษัท บริษัทละ 2 ชุด)
 - 1.2 แบบสรุปข้อมูลการรับชำระค่ารักษาพยาบาล ของโรงพยาบาลในจังหวัด
โดย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ลงนามรับรองข้อมูล จำนวน 2 ชุด
- 2) เอกสารที่โรงพยาบาลทุกแห่ง ต้องจัดเตรียมส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (งานนิติการ) รวบรวม
ประกอบสัญญา ได้แก่
 - 2.1 ข้อมูลการรับชำระค่ารักษาพยาบาล ชื่อผู้ประสานงาน ของโรงพยาบาล เบอร์โทรติดต่อ และ E Mail
ส่งใน Google sheet ตาม Link นี้ :
https://docs.google.com/spreadsheets/d/1ixGH-K6WfqB6VCCzykzFkaeOdr5hi7qn_FHd6QBluc/edit?usp=sharing
 - 2.2 สำเนาหน้าบัญชีธนาคารของโรงพยาบาล ที่จะให้บริษัทประกันภัย โอนเงินเข้าบัญชี
และรับรองสำเนาโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล มาพร้อม จำนวน 16 ชุด (8 บริษัท บริษัทละ 2 ชุด)
 - 2.3 เอกสารเพิ่มเติมของบริษัทประกันภัย ที่ขอเพิ่มเติม
 - 2.3.1 บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จำนวน 2 ชุด
 - 2.3.2 บริษัท เอฟดับบลิวดี จำกัด (มหาชน) จำนวน 2 ชุด



QR Code File แบบสรุปข้อมูลการรับชำระค่ารักษาพยาบาล
ของโรงพยาบาลในจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
ลงนามรับรองข้อมูล จำนวน 2 ชุด



QR Code File แบบขอข้อมูลโรงพยาบาลของ
บริษัทประกันชีวิต FWD , เมืองไทยประกันชีวิต

ข้อมูลการรับเงินค่ารักษาพยาบาล ประกอบไปด้วยใบบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินซื้อ ของ โรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 8

ลำดับ	จังหวัด	ชื่อโรงพยาบาล	ชื่อโรงพยาบาล	โทรศัพท์	Fax	ชื่อธนาคาร	เลขที่บัญชีธนาคาร	ชื่อผู้ถือ	Email ที่รับใบแจ้งหนี้ส่งมาโดยเงิน	ชื่อผู้ประสานงาน	หมายเหตุ
1	อุดรธานี	โรงพยาบาลอุดรธานี	33 ถนนพหลโยธิน ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี 41000								แบบฟอร์ม Book Bank
2	อุดรธานี	โรงพยาบาลอุดรธานี									
3	อุดรธานี	โรงพยาบาลหนองหาน									
4	อุดรธานี	โรงพยาบาลดงสูง									
5	อุดรธานี	โรงพยาบาลศรีธาตุ									
6	อุดรธานี	โรงพยาบาลทุ่งฝน									
7	อุดรธานี	โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์									
8	อุดรธานี	โรงพยาบาลสมเด็จพระพันปีหลวง									
9	อุดรธานี	โรงพยาบาลรัตนพนม									
10	อุดรธานี	โรงพยาบาลหนองแสง									
11	อุดรธานี	โรงพยาบาลหนองวัวซอ									
12	อุดรธานี	โรงพยาบาลไชยวาน									
13	อุดรธานี	โรงพยาบาลโนนสะอาด									
14	อุดรธานี	โรงพยาบาลวังสามหมอ									
15	อุดรธานี	โรงพยาบาลดงบัง									
16	อุดรธานี	โรงพยาบาลโนนสูง									
17	อุดรธานี	โรงพยาบาลรัตนวาปี									
18	อุดรธานี	โรงพยาบาลโนนสะอาด									
19	อุดรธานี	โรงพยาบาลโนนสูง									
20	อุดรธานี	โรงพยาบาลโนนสูง									
21	อุดรธานี	โรงพยาบาลโนนสูง									

ลงชื่อ

(.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ข้อมูลการพิจารณาจัดซื้อจัดหาพยาบาล ประกอบด้วยการรับบริการจากพยาบาลเป็นเงินซื้อ ของ โรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 8

ลำดับ	จังหวัด	ชื่อโรงพยาบาล	ที่อยู่โรงพยาบาล	โทรศัพท์	Fax	ชื่ออาคาร	เลขที่บัญชีธนาคาร	ชื่อบัญชี	Email ที่จะให้บริษัทส่งแจ้งถึงจากโอนเงิน	ชื่อผู้ประสานงานของ รพ.	เบอร์ติดต่อผู้ประสานงาน	หมายเหตุ
1	สกลนคร	โรงพยาบาลสกลนคร										หมายเหตุ
2	สกลนคร	โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธพรสวรรค์										แบบบ้าน Book Bank
3	สกลนคร	โรงพยาบาลวชิระวิมล										
4	สกลนคร	โรงพยาบาลสุโขทัย										
5	สกลนคร	โรงพยาบาลอุดบัก										
6	สกลนคร	โรงพยาบาลพระยาจารย์นันทน์ อาจโร										
7	สกลนคร	โรงพยาบาลพนัสนิคม										
8	สกลนคร	โรงพยาบาลวชิระวิมล										
9	สกลนคร	โรงพยาบาลสิริมโน										
10	สกลนคร	โรงพยาบาลคำชะอี										
11	สกลนคร	โรงพยาบาลบ้านม่วง										
12	สกลนคร	โรงพยาบาลอากาศอำนวย										
13	สกลนคร	โรงพยาบาลส่องดาว										
14	สกลนคร	โรงพยาบาลดงาย										
15	สกลนคร	โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ										
16	สกลนคร	โรงพยาบาลเจริญศิลป์										
17	สกลนคร	โรงพยาบาลพระยาจารย์นันทน์ อาจโร										
18	สกลนคร	โรงพยาบาลโพนนาแก้ว										

ลงชื่อ (.....)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

ข้อมูลการชำระเงินค่ารักษาพยาบาล ประกอบด้วยรายการรักษาพยาบาลเป็นเงินเพื่อ ของ โรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 8

ลำดับ	จังหวัด	ชื่อโรงพยาบาล	ที่อยู่โรงพยาบาล	โทรศัพท์	Fax	ชื่ออาคาร	เลขที่บัญชีอาคาร	ชื่อบัญชี	Email ที่จะให้บริษัทส่งเงินหลังจากโอนเงิน	ชื่อผู้ประสานงานของ รพ.	เบอร์ติดต่อผู้ประสานงาน	หมายเหตุ
1	นครพนม	โรงพยาบาลนครพนม										แบบสำเนา Book Bank
2	นครพนม	โรงพยาบาลปลาปาก										
3	นครพนม	โรงพยาบาลท่าอุเทน										
4	นครพนม	โรงพยาบาลบ้านแพง										
5	นครพนม	โรงพยาบาลนาทม										
6	นครพนม	โรงพยาบาลเรณูนคร										
7	นครพนม	โรงพยาบาลนาแก										
8	นครพนม	โรงพยาบาลศรีสงคราม										
9	นครพนม	โรงพยาบาลท่าวา										
10	นครพนม	โรงพยาบาลโพนสวรรค์										
11	นครพนม	โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช										
12	นครพนม	โรงพยาบาลวังยาง										

ลงชื่อ

(.....)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม

ลำดับ	จังหวัด	ชื่อโรงพยาบาล	ชื่อโรงพยาบาล	โทรศัพท์	Fax	ชื่ออาคาร	เลขที่บัญชีธนาคาร	ชื่อบัญชี	Email ที่จะให้บริษัทส่งแจ้งหักเงิน	ชื่อผู้ประกอบการ รพ.	เบอร์ติดต่อผู้ประสานงาน	หมายเหตุ
1	เลย	โรงพยาบาลเลย										นายเหตุ
2	เลย	โรงพยาบาลนาด้วง										แบงค์เงิน Book Bank
3	เลย	โรงพยาบาลเชียงคาน										
4	เลย	โรงพยาบาลปากชม										
5	เลย	โรงพยาบาลนาแห้ว										
6	เลย	โรงพยาบาลภูเรือ										
7	เลย	โรงพยาบาลท่งศรี										
8	เลย	โรงพยาบาลวังสะพุง										
9	เลย	โรงพยาบาลภูกระดึง										
10	เลย	โรงพยาบาลภูหลวง										
11	เลย	โรงพยาบาลนาหว้า										
12	เลย	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย										
13	เลย	โรงพยาบาลเอราวัณ										
14	เลย	โรงพยาบาลหนองหิน										

ลงชื่อ

(.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย

ลำดับ	จังหวัด	ชื่อโรงพยาบาล	ที่อยู่โรงพยาบาล	โทรศัพท์	Fax	ชื่ออาคาร	เลขที่บัญชีอาคาร	ชื่อบัญชี	Email ที่ลงทะเบียนแจ้งส่งเงินคลังภาคเงิน	ชื่อผู้ประสานงานของ รพ	เบอร์ติดต่อผู้ประสานงาน	หมายเหตุ
1	หนองคาย	โรงพยาบาลหนองคาย										แบบส่งนา Book Bank
2	หนองคาย	โรงพยาบาลรัตนพิสัย										
3	หนองคาย	โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่										
4	หนองคาย	โรงพยาบาลสังคม										
5	หนองคาย	โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธโฆษา										
6	หนองคาย	โรงพยาบาลสระใคร										
7	หนองคาย	โรงพยาบาลรัตนพิสัย										
8	หนองคาย	โรงพยาบาลน้ำใจ										
9	หนองคาย	โรงพยาบาลรัตนพิสัย										

ลงชื่อ

(.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ข้อมูลการชำระเงินทำโรงพยาบาล ประกอบด้วยรายการที่จากพยาบาลเป็นเงินเพื่อ ของ โรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 8

ลำดับ	จังหวัด	ชื่อโรงพยาบาล	ที่อยู่โรงพยาบาล	โทรศัพท์	Fax	ชื่อธนาคาร	เลขบัญชีธนาคาร	ชื่อบัญชี	Email ที่จะให้บริษัทส่งเงินจากโอนเงิน	ชื่อผู้ประสานงานของ รพ.	เบอร์ติดต่อผู้ประสานงาน	หมายเหตุ
1	หนองบัวลำภู	โรงพยาบาลหนองบัวลำภู										ธนาคาร Book Bank
2	หนองบัวลำภู	โรงพยาบาลตากกลาง										
3	หนองบัวลำภู	โรงพยาบาลโนนสัง										
4	หนองบัวลำภู	โรงพยาบาลศรีบุญเรือง										
5	หนองบัวลำภู	โรงพยาบาลสุวรรณคูหา										
6	หนองบัวลำภู	โรงพยาบาลนาหว้า เลี่ยมพระเกียรติ 80										

ลงชื่อ

(.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

ข้อมูลการชำระค่าบริการพยาบาล ประกอบอยู่กับการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ ของ โรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 8

ลำดับ	จังหวัด	ชื่อโรงพยาบาล	ที่อยู่โรงพยาบาล	โทรศัพท์	Fax	ชื่ออาคาร	เลขที่บัญชีธนาคาร	ชื่อบุคคล	Email ที่จะให้บริษัทส่งแจ้งจากโอนเงิน	ชื่อผู้ประสานงานของ รพ.	เบอร์ติดต่อผู้ประสานงาน	หมายเหตุ
1	นิงกาฬ	โรงพยาบาลนิงกาฬ										หมายเหตุ
2	ปิงกาฬ	โรงพยาบาลเจ็ดสี										หมายเหตุ Book Bank
3	ปิงกาฬ	โรงพยาบาลชกา										
4	นิงกาฬ	โรงพยาบาลปกาคาด										
5	นิงกาฬ	โรงพยาบาลบึงโจรง										
6	นิงกาฬ	โรงพยาบาลศรีวิไล										
7	ปิงกาฬ	โรงพยาบาลนุ่งด้า										
8	ปิงกาฬ	โรงพยาบาลพรเจริญ										

ลงชื่อ

(.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนิงกาฬ



ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

1. ชื่อโรงพยาบาล : (ภาษาไทย).....
ที่อยู่.....
ชื่อโรงพยาบาล : (ภาษาอังกฤษ).....
Address.....
2. รายละเอียดแพทย์, พยาบาล และห้องผ่าตัด, เตียงประจำโรงพยาบาล
จำนวนแพทย์เต็มเวลา.....ท่าน จำนวนแพทย์เฉพาะทางที่ปรึกษา.....ท่าน
จำนวนเตียง.....เตียง
จำนวนห้องผ่าตัดใหญ่.....ห้อง จำนวนห้องผ่าตัดเล็ก.....ห้อง
3. การติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
 - 3.1 ผู้ประสานงานด้านเอกสารสัญญา และการตลาด เพื่อรับข้อมูลข่าวสาร จาก บริษัทฯ
หน่วยงาน.....ชื่อผู้ประสานงาน.....
โทร.....FAX.....
E-mail Address
 - 3.2 ผู้ประสานงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ FAX CLAIM
หน่วยงาน.....ชื่อผู้ประสานงาน.....
โทร.....FAX.....
E-mail Address
4. โรงพยาบาลรับให้บริการ โครงการต่าง ๆ
☐ ประกันสังคม ☐ พรบ. ☐ อื่นๆ
5. ข้อมูลอื่น ๆ ของโรงพยาบาล
 - 5.1 โรงพยาบาลมีการจำแนกโรคและหัตถการ (ICD 10) หรือไม่
.....
 - 5.2 โรงพยาบาลมีการจัดหมวดหมู่ค่าบริการต่าง ๆ ตามมาตรฐานของสมาคมประกันชีวิตไทยหรือไม่
.....



6. โรงพยาบาลมี Contract กับบริษัทประกันใดบ้าง

บริษัทประกันชีวิต	บริษัทประกันภัย
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

อัตราค่าห้องพักและอาหาร

ประเภทห้องพัก (ADMIT)	วันละ	ค่าบริการ พยาบาล/วัน	ค่าอาหาร ต่อวัน	รวม
ห้อง VIP พิเศษ				
ห้องเดี่ยวพิเศษ				
ห้อง VIP ธรรมดา				
ห้องเดี่ยวธรรมดา				
ห้องคู่ธรรมดา				
ห้องพัก 3 เตียง				
ห้องพัก 4 เตียง				
ห้องรวมมากกว่า 4 เตียง				
ห้องรอกลด 3 เตียง				
ห้องรอกลดเดี่ยว				
ห้อง ICU				
ห้อง ICU พิเศษเดี่ยว				
ห้อง ICU เด็ก				
ห้อง ICU (เด็กคลอดก่อนกำหนด)				
ห้อง NICU (เด็กแรกคลอด)				
ห้องรวมผู้สูงอายุ				

โปรดแนบเอกสารดังต่อไปนี้ มาพร้อมนี้ ***

1. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
2. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
3. รายชื่อแพทย์จำแนกตามสาขาพร้อมเลขที่ใบประกอบโรคศิลป์
4. แผนที่ตั้งของโรงพยาบาล
5. ตัวอย่างใบแจ้งหนี้
6. การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

FM 06-01-01



เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
101 หมู่ 10 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์ 02-25550000 โทรสาร 02-25550001
เว็บไซต์ www.mtlife.co.th

รายละเอียดด้านการหักชำระภาษีอากร
โรงพยาบาล.....

กรุณากรอกข้อความด้านล่างนี้

1. โรงพยาบาลต้องการให้บริษัทฯ

- ส่งจ่ายเช็คในนาม (โปรดระบุชื่อส่งจ่ายเช็คตัวบรรจง)

- จัดส่งเช็ค/เอกสารการจ่ายเงินไปที่ (โปรดระบุฝ่ายและชื่อให้ชัดเจน)

2. โรงพยาบาลของท่านได้รับการส่งเสริมการลงทุนและมีสิทธิได้รับการยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคลหรือไม่

☐

ได้รับการยกเว้นภาษี ตั้งแต่วันที่.....สิ้นสุดวันที่.....

☐

ไม่ได้รับการยกเว้นภาษี และหักชำระภาษีนิติบุคคลตามปกติ 3%

3. เลขประจำตัวผู้เสียภาษีของโรงพยาบาลท่านคือ.....

4. หากท่านได้รับการส่งเสริมการลงทุนและได้รับการยกเว้นภาษี ขอได้โปรดส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวฉบับปัจจุบัน

5. โปรดระบุชื่อผู้ติดต่อประสานงาน (โปรดระบุชื่อเจ้าหน้าที่ และฝ่ายที่เกี่ยวข้อง)

ชื่อ-นามสกุล	ฝ่าย/ตำแหน่ง	หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ
1.		
2.		

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

โปรดประทับตราสถานพยาบาล



เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
2532 ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10300
โทรศัพท์ 02-255-1000 โทรสาร 02-255-1001
www.mtlife.co.th

หนังสือแสดงความประสงค์รับเงินค่ารักษาพยาบาลผ่านบัญชีธนาคาร
ตามบันทึกข้อตกลงส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาล

วันที่.....

โดยหนังสือฉบับนี้ โรงพยาบาล.....โดย.....ผู้มีอำนาจกระทำการแทน
มีความประสงค์ขอให้บริษัทเมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ชำระเงินค่ารักษาพยาบาล ที่โรงพยาบาล.....ให้บริการรักษาพยาบาล
แก่ลูกค้าของ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ที่ได้รับความคุ้มครองตามบันทึกข้อตกลงส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาล
โดยจ่ายเข้าบัญชีธนาคารของโรงพยาบาล

บัญชีธนาคาร.....สาขา.....ชื่อบัญชี.....



เลขที่บัญชี - - - บัญชีประเภท ☐ ออมทรัพย์ ☐ กระแสเงินสด โดย

1. โรงพยาบาลตกลงให้ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) นำเงินค่ารักษาพยาบาล เข้าบัญชีธนาคารดังกล่าวโดยให้ถือเสมือนหนึ่งว่า
บริษัทได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาลโดยตรง
2. ค่ารักษาที่บริษัทจะจ่ายเงินเข้าบัญชีธนาคารของโรงพยาบาลให้แบ่งจ่าย ตามระยะเวลาเครดิต ดังนี้
 - สินไหมประกันกลุ่มและเดี่ยว เฉพาะ OPD สรุปจ่ายใช้เวลา 30 วันทำการ
 - สินไหมประกันกลุ่ม เฉพาะ IPD UNLIMIT สรุปจ่ายใช้เวลา 20 วันทำการ
 - สินไหมประกันกลุ่ม เฉพาะ IPD FAX CLAIM สรุปจ่ายใช้เวลา 10 วันทำการ
 - สินไหมประกันเดี่ยว เฉพาะ IPD FAX CLAIM สรุปจ่ายใช้เวลา 10 วันทำการ
3. ในกรณีที่บริษัทไม่สามารถจ่ายเงินเข้าบัญชีธนาคารดังกล่าวข้างต้นได้ โรงพยาบาลตกลงรับการชำระค่ารักษาพยาบาลเป็นเช็คตามปกติ
4. หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ โรงพยาบาลจะแจ้งให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้า อย่างน้อย 1 เดือน
5. ขอให้บริษัทจัดส่งรายละเอียดการจ่ายเงินเข้าบัญชีธนาคารให้กับโรงพยาบาลทางไปรษณีย์ เพื่อโรงพยาบาลตรวจสอบยอดเงิน และออก
ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล และส่งกลับให้บริษัทต่อไป

เพื่อเป็นหลักฐานสำคัญโรงพยาบาลโดยผู้มีอำนาจกระทำการแทน จึงได้ลงลายมือชื่อและประทับตราสำคัญให้ไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

โรงพยาบาล

โดย.....

โดย.....

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ระบุชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน รับโอนเงิน ชื่อ.....แผนก.....โทร.....

E-mail Address เพื่อใช้สำหรับรับข้อมูลการแจ้งโอนเงิน

โปรดแนบ สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้องและประทับตรา แนบมาพร้อมนี้



เมืองไทยประกันชีวิต

MUANG THAI LIFE ASSURANCE

บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
100 หมู่ 10 ต.บางพลีใหญ่ อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540
โทรศัพท์ 02-012-1111 โทรสาร 02-012-1112
www.mthai.co.th

รายละเอียดด้านการหักชำระภาษีอากร

โรงพยาบาล / คลินิก

กรุณารอกข้อความด้านล่างนี้

1. โรงพยาบาล / คลินิก ประสงค์ให้บริษัทฯ ส่งจ่าย ค่ารักษาพยาบาล ในนาม

.....

2. เลขประจำตัวผู้เสียภาษีของท่าน คือ.....

3. ท่านได้รับการส่งเสริมการลงทุน และมีสิทธิได้รับการยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคลหรือไม่

☐

ได้รับการยกเว้นภาษี ตั้งแต่วันที่.....สิ้นสุดวันที่.....

☐

ไม่ได้รับการยกเว้นภาษี และหักชำระภาษีนิติบุคคลตามปกติ 3%

4. หากท่านได้รับการส่งเสริมการลงทุน และได้รับการยกเว้นภาษี ขอให้โปรดส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวฉบับปัจจุบัน

5. โปรดระบุชื่อผู้ติดต่อประสานงาน (โปรดระบุชื่อเจ้าหน้าที่ และฝ่ายที่เกี่ยวข้อง)

หน่วยงานของท่าน	ชื่อผู้ประสานงาน	โทร. / เบอร์ติดต่อ	Email
1 บัญชี /การเงิน			
2.การตลาดคู่สัญญา			
3.อื่นๆ			

6. โปรดระบุ หมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้เพื่อแจ้งข้อมูล ลงในสื่อประชาสัมพันธ์ของบริษัทฯ.....

7. โปรดระบุ ที่อยู่ สำหรับรับเอกสาร (สำเนาการจ่ายเงินและหนังสือรับรองการหักภาษี และอื่นๆ)

.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

โปรดประทับตราสถานพยาบาล

แบบตอบรับสัญญาบริการรักษาพยาบาลและข้อมูลโรงพยาบาล

เรียน บริการทางการแพทย์

FAX: 0-2632-2412

Tel: 06-4586-0957-8 และ 06-4586-0960

E-mail: mcare.th@fwd.com

จาก คุณ

โรงพยาบาล

FAX: Tel :

E-mail :

โรงพยาบาลตกลงที่จะเข้าทำสัญญาบริการรักษาพยาบาลกับ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และขอแจ้งข้อความสำคัญดังนี้

1. ชื่อโรงพยาบาล.....

ชื่อผู้มีอำนาจลงนาม (1)

ตำแหน่ง :

ชื่อผู้มีอำนาจลงนาม (2) (ถ้ามี)

ตำแหน่ง :

ชื่อพยาน

2. โรงพยาบาลประสงค์ที่จะให้บริการ ชำระค่ารักษาพยาบาล ด้วยวิธีการโอนเงินเข้าบัญชี

ธนาคาร.....สาขา.....จังหวัด.....

ชื่อบัญชีออมทรัพย์.....เลขที่.....

3. วันเริ่มสัญญาที่โรงพยาบาลจะให้บริการได้

4. โปรดระบุชื่อผู้ประสานงานและเบอร์โทรศัพท์ สำหรับการทำสัญญา

ชื่อ ฝ่าย ตำแหน่ง.....

โทร Fax E-mail

หมายเหตุ : กรุณาส่งเอกสารเพื่อประกอบการเตรียมสัญญาให้ทางบริษัทฯ ทาง e-mail : mcare.th@fwd.com

รายละเอียด ดังนี้

1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีอำนาจลงนาม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

2. สำเนาหนังสือแต่งตั้ง หรือ หนังสือมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน (ถ้ามี)

3. หนังสือรับรองของสถานพยาบาล (ถ้ามี)

4. สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีออมทรัพย์

ข้อมูลโรงพยาบาล สำหรับการประสานงาน

ชื่อโรงพยาบาล :

ที่อยู่โรงพยาบาล :

Hospital Name :

Hospital Address :

พิกัดโรงพยาบาล Latitude : Longitude :

1. เปิดดำเนินการวันที่
 2. จำนวนเตียงที่ขออนุญาต เตียง จำนวนเตียงที่เปิดให้บริการจริงในปัจจุบัน เตียง
 3. จำนวนห้องผ่าตัด.....ห้อง จำนวน เตียงผู้ป่วยหนัก (ICU)เตียง จำนวนเตียงผู้ป่วยนอกเตียง
 4. โรงพยาบาลได้รับประกันคุณภาพในระบบใดบ้าง ☐ ISO ☐ H.A. ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
 5. เปิดบริการ 24 ชั่วโมง ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ และมีแพทย์ประจำ 24 ชั่วโมง ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 6. สาขาที่เปิดให้บริการ ☐ อายุรกรรม ☐ ศัลยกรรม ☐ สูติรีเวชกรรม ☐ ออร์โธปิดิกส์ ☐ กุมารเวชกรรม
☐ จักษุวิทยา ☐ ทันตกรรม ☐ อื่นๆ ระบุเพิ่มเติม
 7. ความพร้อมด้านการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือพิเศษ
☐ ไม่มี ☐ มี อาทิเช่น ☐ MRI ☐ CT-Scan ☐ Ultrasound ☐ อื่นๆ ระบุเพิ่มเติม
 8. การผ่าตัด ☐ ไม่สามารถผ่าตัดใหญ่ได้
☐ สามารถผ่าตัดใหญ่ได้ อาทิเช่น ☐ การผ่าตัดสมอง ☐ การผ่าตัดหัวใจ
☐ อื่นๆ ระบุ
- กรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ ส่งต่อที่
9. การระบุค่าวินิจฉัยตาม ICD 10 ☐ มี ☐ ไม่มี เนื่องจาก.....
 10. มีการจัดหมวดหมู่ค่าใช้จ่ายตามหมวดรายการมาตรฐาน SIMB (Standard Billing) ☐ ไม่มี ☐ มี

ข้อมูลอื่นๆ

11. โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ ☐ ประกันสังคม ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท)
☐ อื่นๆ (ระบุ).....
12. โรงพยาบาลมีระบบการจัดกลุ่ม ☐ CMI (Case Mix Index) ☐ DRG (Diagnosis Related Groups)
☐ โรงพยาบาลมีค่า RW
13. คิดค่าใช้จ่ายในการเขียนใบรับรองแพทย์กับผู้ป่วยหรือไม่
1) กรณีชำระเงินเอง ☐ คิดค่าใช้จ่าย.....บาท ☐ ไม่คิดค่าใช้จ่าย
2) กรณีใช้ Fax Claim ☐ คิดค่าใช้จ่าย.....บาท ☐ ไม่คิดค่าใช้จ่าย
14. มีความพร้อมในการตรวจสอบสิทธิ์เบื้องต้นผ่านระบบอินเตอร์เน็ตหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี
15. โรงพยาบาลเป็นคู่สัญญาด้าน FAX Claim กับบริษัทประกันอื่นหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี (กรุณาระบุ)

ประกันรายบุคคล	ประกันกลุ่ม
1.....1.....	
2.....2.....	
3.....3.....	
4.....4.....	

16. ระบุชื่อ, รายละเอียด สำหรับการประสานงาน ดังนี้

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โทร
Email: โทรสาร
- ผู้ประสานงานต่าง ๆ กับบริษัทประกัน โทร
Email: โทรสาร
- การขอประวัติการรักษา โทร
Email: โทรสาร
- เจ้าหน้าที่ Fax Claim โทร
Email: โทรสาร
- เจ้าหน้าที่ UR Nurse โทร
Email: โทรสาร
- การวางปัลการรักษายาบาล โทร
Email: โทรสาร

หากท่านต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ที่ฝ่าย Managed Care โทร. 06-4586-0957-8 และ 06-4586-0960

ผู้ประสานงานและให้ข้อมูล
ฝ่าย
โทรศัพท์
Email
วันที่ให้ข้อมูล