

แนวปฏิบัติการแก้ไขปัญหสถานพยาบาล
ที่ยื่นคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
ตามคำวินิจฉัยของคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ ๙)

กลุ่มงานกำกับและควบคุมการวินิจฉัยประโยชน์ทดแทน สำนักรสิทธิประโยชน์
ติดต่อ ๐ ๒๙๕๖ ๒๒๘๓ - ๙

**แนวปฏิบัติการแก้ไขปัญหสถานพยาบาล
ที่ยื่นคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
ตามคำวินิจฉัยของคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ ๙)**

ตามที่สถานพยาบาลยื่นเรื่องขอรับค่าบริการทางการแพทย์กับสำนักงานประกันสังคมกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยในช่วงปี ๒๕๔๗ เป็นต้นมา และประสบปัญหาสถานพยาบาลไม่สามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์ จากสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขาได้ เนื่องจากไม่เข้าหลักเกณฑ์เงื่อนไขตามมาตรา ๖๒ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ กล่าวคือ ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบไม่ครบสามเดือนภายในสิบห้าเดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ตามมาตรา ๖๒ หรือกรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์เกินระยะเวลาได้รับความคุ้มครองความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง ตามมาตรา ๓๘(๒) และมาตรา ๔๑(๓) (๔) และ (๕) แต่ข้อเท็จจริงพบว่า ณ วันที่ให้บริการทางการแพทย์สถานพยาบาลได้ตรวจสอบข้อมูลในระบบของสำนักงานประกันสังคมแล้ว ว่าเป็นผู้มีสิทธิรักษาพยาบาล จึงได้ให้บริการโดยไม่เรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตน

จากปัญหาดังกล่าว จะเห็นได้ว่าเป็นปัญหาที่เกิดจากการที่นายจ้างไม่แจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงของผู้ประกันตนภายในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด ดังนั้น ข้อมูลผู้ประกันตนหรือรายชื่อของผู้ประกันตนจึงยังคงปรากฏอยู่ในเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม (www.sso.go.th) เมื่อสถานพยาบาลผู้ให้บริการทางการแพทย์ตรวจสอบสิทธิจะปรากฏข้อมูลว่าผู้ประกันตนมีสิทธิรักษาพยาบาลจึงให้บริการทางการแพทย์ตามหน้าที่ และเมื่อข้อมูลการนำส่งเงินสมทบและการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนมีผลย้อนหลังจึงมีผลต่อการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลและส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของสำนักงานประกันสังคมเป็นอย่างยิ่ง สำนักงานประกันสังคมได้มีหนังสือ ที่ รง ๐๖๐๗/๒๓๗๑๑ ลงวันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๕๕ ถึงสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เพื่อขออนุมัติจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลซึ่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกามีความเห็นสรุปได้ว่า จากการที่สถานพยาบาลได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนโดยไม่เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตนนั้น เป็นการให้บริการทางการแพทย์ตามหน้าที่ ปัญหาที่เกิดขึ้นนอกจากจะเกิดจากการที่นายจ้างไม่ได้แจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงของผู้ประกันตนภายในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนดแล้ว ยังเกิดจากปัญหาของระบบการบันทึกและการประมวลข้อมูลบัตรรับรองสิทธิ ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานประกันสังคม และเกิดจากการที่สำนักงานประกันสังคมได้ออกบัตรรับรองสิทธิล่วงหน้าให้แก่ผู้ประกันตนเพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ประกันตนในการรับบริการทางการแพทย์ โดยที่ผู้ประกันตนดังกล่าวยังส่งเงินสมทบไม่ครบสามเดือนและยังไม่เกิดสิทธิที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ จึงไม่ใช่ความบกพร่องของสถานพยาบาล ดังนั้น เมื่อสถานพยาบาลได้ปฏิบัติตามสัญญาโดยการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนแล้ว สำนักงานประกันสังคมจึงมีหน้าที่จ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลโดยนำเงินจากกองทุนประกันสังคมมาจ่ายเพื่อการดังกล่าวตามมาตรา ๒๑ ประกอบกับมาตรา ๒๔ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ อย่างไรก็ตามสำนักงานประกันสังคมยังคงมีหน้าที่ที่จะต้องดำเนินการตามกฎหมายกับผู้ที่เป็นสาเหตุให้สำนักงานประกันสังคมต้องจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยให้แก่ผู้ประกันตนที่ไม่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนดังกล่าว เพื่อนำเงินที่ได้จ่ายไปแล้วคืนให้แก่กองทุนประกันสังคมต่อไป

เพื่อมิให้ส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นต่อระบบประกันสังคม และการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตนต่อไปในอนาคต กรณีที่สถานพยาบาลยื่นเรื่องขอรับค่าบริการทางการแพทย์กับสำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา แล้วไม่เข้าหลักเกณฑ์เงื่อนไขแห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.๒๕๓๓ มาตรา ๖๒ กล่าวคือ ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบไม่ครบ ๓ เดือนภายใน ๑๕ เดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ หรือกรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์เกินระยะเวลาได้รับความคุ้มครองความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลงตามมาตรา ๓๘(๒) และมาตรา ๔๑(๓) (๔) (๕) แต่ข้อเท็จจริง ณ วันที่ให้บริการทางการแพทย์ สถานพยาบาลได้ตรวจสอบข้อมูลในระบบของสำนักงานประกันสังคมแล้วว่าเป็นผู้มีสิทธิรักษาพยาบาล จึงได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน โดยไม่เรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคมจึงกำหนดแนวปฏิบัติการดำเนินการจ่ายประโยชน์ทดแทนค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลกรณีดังกล่าว ดังนี้

๑) เมื่อสำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ได้รับคำขอรับประโยชน์ทดแทนค่าบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลผู้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามหน้าที่ โดยไม่เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตน ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิตามข้อมูลที่ปรากฏ ณ วันที่ให้บริการ ให้พิจารณาการจ่ายตามหลักเกณฑ์ และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในแต่ละกรณี

๒) การรับแจ้งและวินิจฉัยจ่ายบนคอมพิวเตอร์ระบบ Online ให้ดำเนินการตามขั้นตอนปกติ โดยบันทึกผลการวินิจฉัยเป็นสถานะ A (อนุมัติมีสิทธิ) และบันทึกรหัสเหตุผล ๑๘๘ ฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบันตามคำวินิจฉัยคณะกรรมการกฤษฎีกา และให้จัดพิมพ์รายงานรายชื่อผู้ประกันตนที่จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามคำวินิจฉัยคณะกรรมการกฤษฎีกาทุกวันที่ ๑ ของเดือนถัดไป

๓) ส่งรายงานตามข้อ ๒ ให้ส่วนงานเงินสมทบและการตรวจสอบ ดำเนินการตามกฎหมายกับผู้ที่เป็นสาเหตุให้สำนักงานประกันสังคมต้องจ่ายเงินประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนที่ไม่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนดังกล่าว และนำเงินที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายไปแล้วมาคืนให้แก่กองทุนประกันสังคมต่อไป

กลุ่มงานกำกับและควบคุมการวินิจฉัยประโยชน์ทดแทน
สำนักสิทธิประโยชน์
ธันวาคม ๒๕๖๐