

ที่ รง ๐๖๒๙/ว ๑๗๗๖



สำนักงานประกันสังคม
ถนนติวานนท์ นบ ๑๑๐๐๐

๒๘ มีนาคม ๒๕๖๒

เรื่อง แนวปฏิบัติการพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวปฏิบัติการพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน
จำนวน ๑๐ แผ่น

ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์จำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ข้อ ๘) ลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ตามหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายประกาศข้อ ๖) ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑ นั้น

สำนักงานประกันสังคมจึงกำหนดแนวปฏิบัติการพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้การพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินและกรณีการรักษาที่มีโรคค่าใช้จ่ายสูง เป็นไปตามขั้นตอนและแนวทางเดียวกัน รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดแจ้งสำนักงานประกันสังคมจังหวัดเพื่อถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาว สุวรรณา น้อยกุล)

รองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

สำนักสิทธิประโยชน์

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๖ ๒๒๘๓ - ๙

โทรสาร ๐ ๒๕๒๕ ๒๔๕๕

แนวปฏิบัติการพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

การพิจารณาวินิจฉัยค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือกรณีผู้ประกันตนเข้ารับการรักษายาบาลที่สถานพยาบาลอื่นซึ่งไม่ใช่สถานพยาบาลตามสิทธิให้พิจารณา ดำเนินการ ดังนี้

๑. เมื่อผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ/สถานพยาบาล ยื่นขอรับประโยชน์ทดแทนฯ ณ สำนักงาน ประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา กรณีเข้ารับการรักษายาบาลที่สถานพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่ สถานพยาบาลตามสิทธิ ซึ่งพิจารณาแล้วเห็นว่า เป็นการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษา อย่างเร่งด่วน เช่น กรณีประสบอุบัติเหตุ กรณีเจ็บป่วยหมดสติไม่รู้ตัวไม่หายใจ หายใจติดขัดมีเสียงดัง เจ็บหน้าอก เจ็บปล้นรุนแรง แขนขาอ่อนแรง พุดไม่ชัดแบบปัจจุบันทันด่วนหรือมีอาการชักร่วมด้วย มีอาการที่มีผลต่อ ระบบหายใจ การไหลเวียนโลหิตและระบบสมองที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต เป็นต้น ให้เจ้าหน้าที่พิจารณา ดำเนินการ (ผังขั้นตอน ก) ดังนี้

๑.๑ ตรวจสอบแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยในระบบ Preauthorization ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ในเว็บไซต์ ucep.niems.go.th ว่ามีผลการประเมินเข้าเกณฑ์หรือไม่เข้าเกณฑ์ (ตามแนวปฏิบัติสำนักสิทธิประโยชน์ ที่ รง ๐๖๒๙/ว๖๘ ลงวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๑)

๑.๒ กรณีตรวจสอบแล้วพบว่า “เข้าเกณฑ์” เจ้าหน้าที่ต้องดำเนินการประสาน สถานพยาบาลเพื่อสอบถามข้อเท็จจริงเรื่องค่าบริการทางการแพทย์ตามใบเสร็จรับเงิน ว่าเป็นช่วงเวลาเดียวกัน กับช่วงเวลาวิกฤตที่มีค่าบริการทางการแพทย์ส่งเบิกที่สำนักงานประกันสังคม (ส่วนกลาง) หรือไม่

๑.๓ กรณีสอบถามสถานพยาบาลแล้ว พบว่าค่าบริการทางการแพทย์เป็นช่วงเวลาเดียวกัน เจ้าหน้าที่ประสานสถานพยาบาลคืนเงินให้แก่ผู้ประกันตน

- กรณีสถานพยาบาลคืนเงิน ผู้ประกันตนรับเงินคืนจากสถานพยาบาล
- กรณีสถานพยาบาลไม่คืนเงินให้แก่ผู้ประกันตน ให้สำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา สรุปเรื่อง รวบรวมเอกสารหลักฐาน สำเนาประวัติการรักษา สำเนาใบเสร็จรับเงินและเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ส่งเรื่องแจ้งสำนักสิทธิประโยชน์
- สำนักสิทธิประโยชน์ดำเนินการส่งเรื่องแจ้งให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

๑.๔ กรณีสอบถามสถานพยาบาลแล้ว พบว่าค่าบริการทางการแพทย์ไม่เข้าซ้อนกับช่วงเวลา วิกฤต ให้สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา สรุปเรื่อง รวบรวมเอกสารหลักฐาน สำเนาประวัติการรักษา สำเนาใบเสร็จรับเงินและเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ส่งเรื่องหารือสำนักจัดระบบบริการ การแพทย์ เพื่อพิจารณาจ่ายตาม DRGs

- สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ พิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ โดยแจ้งผลให้ผู้ประกันตนและสำนักงานประกันสังคมเจ้าของเรื่องทราบ หากผู้ประกันตนไม่เห็นด้วยกับคำสั่ง ดังกล่าวให้อุทธรณ์เป็นหนังสือได้ภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งผล

- กรณีผลการพิจารณาจ่ายตาม DRGs ที่มีค่าอุปกรณฯ (ถ้ามี) สำนักจัดระบบ บริการทางการแพทย์ ส่งให้สำนักสิทธิประโยชน์พิจารณาจ่ายและแจ้งผลให้ผู้ประกันตนและสำนักงานประกันสังคม เจ้าของเรื่องทราบ หากผู้ประกันตนไม่เห็นด้วยกับคำสั่งดังกล่าวให้อุทธรณ์เป็นหนังสือได้ภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งผล

- กรณีสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ไม่จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เพิ่มตามผลการคำนวณ DRGs สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์จะแจ้งผลให้สำนักงานประกันสังคม เจ้าของเรื่องทราบ เพื่อให้เจ้าหน้าที่บันทึกผลการวินิจฉัยปฏิเสธและแจ้งผลระบบ Sapiens (F๐๑) พร้อมใส่ เหตุผล ๑๑๘ แจ้งให้ผู้ประกันตนทราบ หากผู้ประกันตนไม่เห็นด้วยกับคำสั่งดังกล่าวให้อุทธรณ์เป็นหนังสือได้ ภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งผล

๒. เมื่อผู้ประกัน...

๒. เมื่อผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ/สถานพยาบาลยื่นขอรับประโยชน์ทดแทนฯ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตามสิทธิ และกรณีตรวจสอบแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยในระบบ Preauthorization ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ตรวจสอบพบว่า “ไม่เข้าเกณฑ์” ให้พิจารณาดำเนินการ (ผั่งขั้นตอน ข) ดังนี้

ประเภทผู้ป่วยนอก

๑. กรณีไม่ฉุกเฉิน

กรณีผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตามสิทธิ เป็นประเภทผู้ป่วยนอกและมีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และวินิจฉัยไม่ฉุกเฉินให้ปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

- (๑) เจ้าหน้าที่วินิจฉัยปฏิเสธเรื่อง
- (๒) จัดพิมพ์หนังสือแจ้งผลจากระบบ (F๑๑)
- (๓) กรณีผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ/สถานพยาบาล ไม่เห็นด้วยกับคำสั่งดังกล่าวให้อุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ภายใน ๓๐ วัน
- (๔) สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ส่งเรื่องหรือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์

๒. กรณีฉุกเฉินและไม่ต้องนำเรื่องส่งหรือคณะกรรมการการแพทย์

กรณีผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตามสิทธิ เป็นประเภทผู้ป่วยนอกและมีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และวินิจฉัยฉุกเฉิน มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามประกาศฯ (กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ๗๒ ชั่วโมง) และพิจารณาแล้วเห็นว่าการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว มีความเหมาะสม จึงไม่ต้องนำเรื่องส่งหรือต่อคณะกรรมการการแพทย์ให้ปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

- (๑) เจ้าหน้าที่วินิจฉัยพิจารณาจ่ายตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจ่ายเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ฉบับลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ (กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ๗๒ ชั่วโมง)
- (๒) จัดพิมพ์หนังสือแจ้งผลจากระบบ (F๑๑)
- (๓) กรณีผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ/สถานพยาบาล ไม่เห็นด้วยกับคำสั่งดังกล่าวให้อุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ภายใน ๓๐ วัน
- (๔) สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ส่งเรื่องหรือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์

๓. กรณีฉุกเฉินและนำเรื่องส่งหรือคณะกรรมการการแพทย์

กรณีผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตามสิทธิ เป็นประเภทผู้ป่วยนอกและมีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และวินิจฉัยฉุกเฉิน มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจ่ายเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ฉบับลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ (กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ๗๒ ชั่วโมง) และเจ้าหน้าที่มีความเห็นว่าสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในประกาศฯ (ข้อ ๘) ให้ปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

- (๑) เจ้าหน้าที่...

(๑) เจ้าหน้าที่วินิจฉัยพิจารณาจ่ายตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจ่ายเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ฉบับลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ (กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ๗๒ ชั่วโมง) และให้เจ้าหน้าที่จัดพิมพ์หนังสือแจ้งผล ตามเอกสารแนบ ๑

(๒) สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ส่งเรื่องหรือต่อคณะกรรมการการแพทย์ เพื่อพิจารณาจ่ายตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย หมวด ๑ การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ข้อ ๘ ในกรณีที่เจ้าหน้าที่เห็นว่าผู้ประกันตนมีสิทธิที่จะได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ ให้สำนักงานพิจารณาจ่ายให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ ประกาศลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐

(๓) เมื่อได้รับผลการพิจารณาจากคณะกรรมการการแพทย์ ให้เจ้าหน้าที่วินิจฉัยแจ้งผลการพิจารณา วินิจฉัยส่งจ่าย พร้อมทั้งจัดพิมพ์หนังสือแจ้งผลจากระบบ (F๑๑) ให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ/สถานพยาบาล ทราบ

(๔) กรณีผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ/สถานพยาบาล ไม่เห็นด้วยกับคำสั่งดังกล่าวให้อุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ภายใน ๓๐ วัน

(๕) สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ส่งเรื่องหรือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์

ประเภทผู้ป่วยใน

๑. กรณีไม่ฉุกเฉิน

กรณีผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตามสิทธิ เป็นประเภทผู้ป่วยในและมีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และวินิจฉัยไม่ฉุกเฉิน ซึ่งพิจารณาแล้วเห็นว่าค่าบริการทางการแพทย์มีค่าใช้จ่ายสูง ให้รวบรวมเอกสาร หลักฐาน เช่น ใบเสร็จรับเงิน ใบรับรองแพทย์ สำเนาเวชระเบียน และหนังสือแจ้งผลตามเอกสารแนบ ๒ พร้อมทั้งสรุปเรื่อง ส่งหาหรือ สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ กรณีการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ประเภทผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน ≥ 2 (AdjRW ≥ 2) ให้ปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

(๑) เจ้าหน้าที่ต้องรับแจ้งเรื่องในระบบและวินิจฉัยปฏิเสธ (N) พร้อมใส่เหตุผล (๐๑๘ ไม่ประสงค์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามสิทธิ) พร้อมทั้งจัดพิมพ์หนังสือแจ้งผล ตามเอกสารแนบ ๒ แจ้งต่อผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ/สถานพยาบาล โดยไม่ต้องจัดพิมพ์หนังสือแจ้งผลจากระบบ (F๑๑)

(๒) สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ส่งเรื่องหรือสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ เพื่อพิจารณาจ่ายตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ตามหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายประกาศ ข้อ ๖) ฉบับลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑

(๓) เมื่อสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ได้รับผลการพิจารณาการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ประเภทผู้ป่วยใน ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับ ตามวันนอน ≥ 2 (AdjRW ≥ 2) จากสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ ที่จ่ายและแจ้งผลให้แก่ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ/สถานพยาบาล ทราบ

(๓.๑) กรณีค่า...

(๓.๑) กรณีค่า AdjRW น้อยกว่า ๒ สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์จัดทำเรื่องแจ้งสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ที่เป็นเจ้าของเรื่อง เพื่อแจ้งผลการปฏิเสธค่าบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ/สถานพยาบาล ให้ทราบ ตามเอกสารแนบ ๓

(๓.๒) กรณีค่า AdjRW มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์พิจารณาจ่ายกรณีการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ประเภทผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน ≥ 2 (AdjRW ≥ 2) โดยตรงและแจ้งผลการพิจารณาจ่ายให้แก่ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ/สถานพยาบาลและสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขาทราบ

(๓.๓) กรณีมีค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค จากสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ ส่งให้สำนักสิทธิประโยชน์ พิจารณาจ่ายและแจ้งผลให้แก่ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ/สถานพยาบาลและสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ทราบ

(๔) กรณีผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ/สถานพยาบาล ไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณา ตามข้อ (๓.๒) และ (๓.๓) ให้อุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ภายใน ๓๐ วัน ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา

(๕) สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ส่งเรื่องหรือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์

๒. กรณีถูกเงินและไม่ต้องนำเรื่องส่งหรือต่อคณะกรรมการการแพทย์

กรณีผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตามสิทธิ เป็นประเภทผู้ป่วยในและมีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และวินิจฉัยถูกเงิน มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามประกาศฯ (กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยถูกเงิน ๗๒ ชั่วโมง) และพิจารณาแล้วเห็นว่าการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว มีความเหมาะสม จึงไม่ต้องนำเรื่องส่งหรือต่อคณะกรรมการการแพทย์ให้ปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

(๑) เจ้าหน้าที่วินิจฉัยพิจารณาจ่ายตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจ่ายเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยถูกเงิน ฉบับลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ (กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยถูกเงิน ๗๒ ชั่วโมง)

(๒) จัดพิมพ์หนังสือแจ้งผลจากระบบ (F๑๑)

(๓) กรณีผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ/สถานพยาบาล ไม่เห็นด้วยกับคำสั่งดังกล่าวให้อุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ภายใน ๓๐ วัน

(๔) สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ส่งเรื่องหรือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์

๓. กรณีถูกเงินและนำเรื่องส่งหรือต่อคณะกรรมการการแพทย์

กรณีผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตามสิทธิ เป็นประเภทผู้ป่วยในและมีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และวินิจฉัยถูกเงิน มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามประกาศฯ (กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยถูกเงิน ๗๒ ชั่วโมง) และเจ้าหน้าที่มีความเห็นว่ามิสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในประกาศฯ (ข้อ ๔) ให้ปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

(๑) เจ้าหน้าที่...

(๑) เจ้าหน้าที่วินิจฉัยพิจารณาจ่ายตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจ่ายเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ฉบับลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ (กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ๗๒ ชั่วโมง) และให้เจ้าหน้าที่จัดพิมพ์หนังสือแจ้งผลตามเอกสารแนบ ๑

(๒) สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ส่งเรื่องหรือต่อคณะกรรมการการแพทย์ เพื่อพิจารณาจ่ายตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหมวด ๑ การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ข้อ ๘ ในกรณีที่สำนักงานเห็นว่าผู้ประกันตนมีสิทธิที่จะได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ ให้สำนักงานพิจารณาจ่ายให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ ฉบับลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐

(๓) เมื่อได้รับผลการพิจารณาจากคณะกรรมการการแพทย์ ให้เจ้าหน้าที่วินิจฉัยแจ้งผลการพิจารณา วินิจฉัยส่งจ่าย พร้อมทั้งจัดพิมพ์หนังสือแจ้งผลจากระบบ (F๑๑) แจ้งผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ/สถานพยาบาล ทราบ

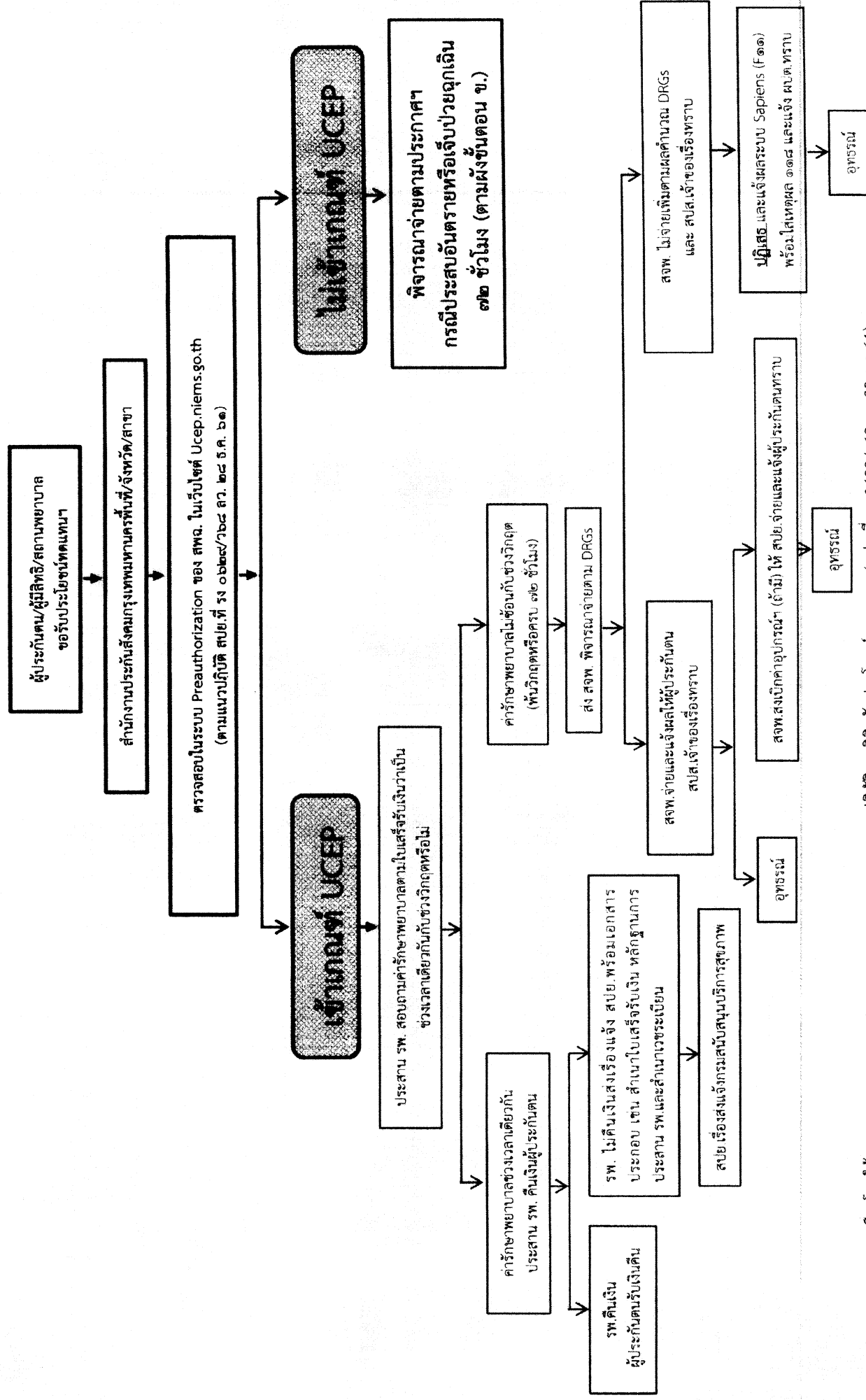
(๔) กรณีผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ/สถานพยาบาล ไม่เห็นด้วยกับคำสั่งดังกล่าวให้อุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ภายใน ๓๐ วัน

(๕) สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ส่งเรื่องหรือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์

สำนักสิทธิประโยชน์

มีนาคม ๒๕๖๒

ผังขั้นตอนการพิจารณาวินิจฉัยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์การแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน
(กรณีประสบอันตรายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต สถานพยาบาลเอกชน)



- หมายเหตุ 1. ตรวจสอบเรื่องโดยใช้ USER ระบบ Preauthorization ของ สพด. ตามแนวปฏิบัติการวินิจฉัยประโยชน์ทดแทนฯ (สปย.ที่ รง ๐629/๖68 ลว 28 ธ.ค. 61)
2. พิจารณาวินิจฉัยตามแนวปฏิบัติการพิจารณาวินิจฉัยฯ UCEP (สปย. ที่ รง ๐629/๖507 ลว. 10 พ.ย. 60)

