



สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุราษฎร์ธานี ชุมพร

กลุ่มบริหารการเงินและสินทรัพย์

คู่มือการให้บริการ

สำหรับผู้รับบริการหรือผู้มาติดต่อ

ชื่องาน : การเบิกค่ารักษาพยาบาล

คำนำ

เอกสารคู่มือการเบิกค่ารักษาพยาบาล จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้โรงเรียนในสังกัดภาครัฐ สังกัดเอกชน และผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล ได้สร้างความเข้าใจ และได้้นำเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ จะทำให้ผู้ปฏิบัติและผู้รับผิดชอบ มีแนวทางในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการเบิกค่ารักษาพยาบาลต่อไป

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุราษฎร์ธานี ชุมพร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ต่อสถานศึกษา บุคลากรสถานศึกษา ที่ปฏิบัติงานด้านนี้ต่อไป

กลุ่มบริหารการเงินและสินทรัพย์

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุราษฎร์ธานี ชุมพร

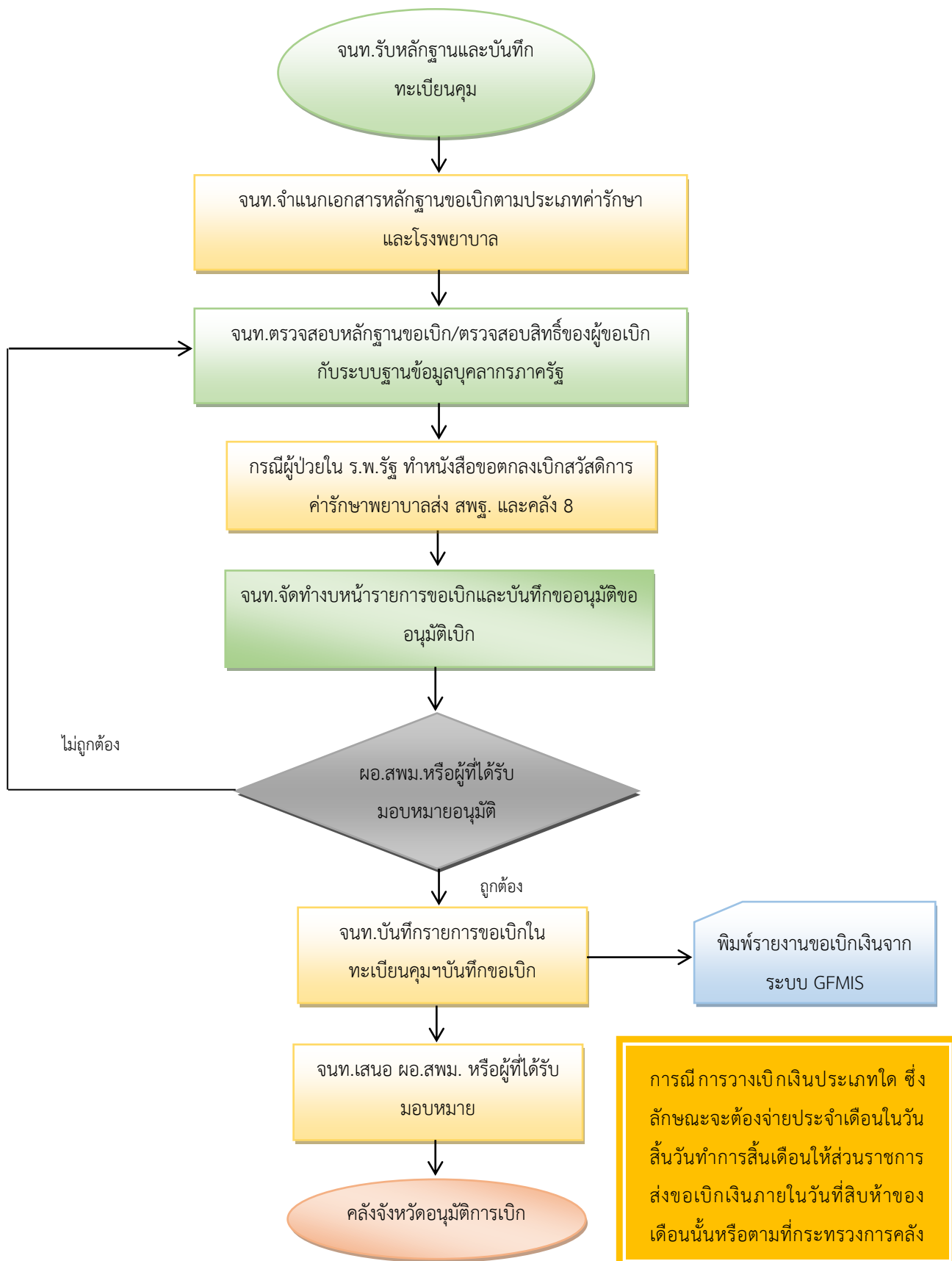
สารบัญ

หน้า

คู่มือการเบิกค่ารักษาพยาบาล	1 - 4
การขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล	5 - 6
ภาคผนวกแบบฟอร์มค่ารักษาพยาบาล 7131	7 - 9
หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินสถานพยาบาลเอกชน	10
การเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปี	11-12
การถูกจำกัดสิทธิและสิทธิซ้ำซ้อน	13
ตรวจสอบสิทธิ	14
อัตราค่าบริการสาธารณสุข	14
เอกสารประกอบการเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล	15

Flowchart

การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล



ชื่องาน

การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การเบิกเงินของ สพม.เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ถูกต้อง เป็นระบบตามขั้นตอนที่ระเบียบกำหนด

ขอบเขตของงาน

การเบิกเงิน ตามระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง การเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลัง พ.ศ.2551 และแต่ไม่รวมถึงการรับเงินในระบบ GFMS ซึ่งผู้ปฏิบัติงานจะต้องจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของตนเองตามที่ได้รับมอบหมายงาน

คำจำกัดความ

-

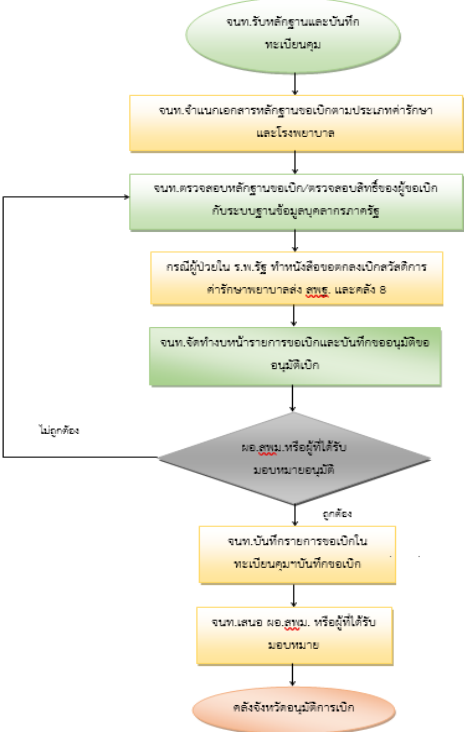
วิธีการขั้นตอนการให้บริการ

การเบิกค่ารักษาพยาบาล

- 1 เจ้าหน้าที่รับหลักฐานขอเบิกและเอกสารใบเสร็จ (ไม่เกิน 1 ปี) บันทึกในทะเบียนคุมหลักฐานขอเบิก
- 2 เจ้าหน้าที่จำแนกเอกสารหลักฐานขอเบิกตามประเภทค่ารักษาและโรงพยาบาล
- 3 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบหลักฐานขอเบิก/ตรวจสอบสิทธิของผู้ขอเบิกกับระบบฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ
- 4 กรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐทำหนังสือขอตกลงเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ประเภทคนไข้ในส่ง สพฐ. และผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ทำหนังสือขอตกลงเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ประเภทคนไข้ในส่ง คลังเขต 8 จากนั้นรอหนังสือตอบกลับ
- 5 เจ้าหน้าที่จัดทำบหนัารายการขอเบิกและบันทึกขออนุมัติเบิกเงิน
- 6 ผอ.สพม.อนุมัติ
- 7 เจ้าหน้าที่บันทึกรายการวางเบิกในทะเบียนคุมเอกสารการวางเบิก/พิมพ์รายงานขอเบิกจากระบบ GFMS
- 8 เจ้าหน้าที่บันทึกขอเบิกเสนอ ผอ.สพม. หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายอนุมัติ
- 9 คลังจังหวัดอนุมัติค่าขอเบิกเงินผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์

เงื่อนไข การณิการวางเบิกเงินประเภทใดโดยลักษณะจะต้องจ่ายประจำเดือนในวันทำการสิ้นเดือนให้ส่วนราชการส่งค่าขอเบิกเงินภายในวันที่สิบห้าของเดือนนั้น หรือตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

ระยะเวลาดำเนินงาน

ชื่องาน : เบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล		กลุ่มงาน : กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุราษฎร์ธานี ชุมพร					
วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การเบิกเงินของ สพม.เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ถูกต้อง เป็นระบบตามขั้นตอนที่ระเบียบกำหนด							
ลำดับที่	วิธีการขั้นตอนการบริการ	รายละเอียดของงาน	ระยะเวลาดำการ	ช่องทางให้บริการ	ค่าธรรมเนียม	หมายเหตุ	
1		เจต.รับหลักฐานและบันทึกทะเบียนคุม	เจต.รับหลักฐานและบันทึกทะเบียนคุม	3 นาที	กลุ่มงาน : กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุราษฎร์ธานี ชุมพร	ไม่มีค่าธรรมเนียม	ระยะเวลาอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสมและปริมาณงานที่ได้รับ
2		เจต.จำแนกเอกสารหลักฐานขอเบิกตามประเภทค่ารักษาและโรงพยาบาล	5 นาที				
3		เจต.ตรวจสอบหลักฐานขอเบิก/ตรวจสอบสิทธิของผู้ขอเบิกกับระบบฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ	10 นาที				
4		กรณีผู้ป่วยใน ร.พ.รัฐ ทำหนังสือขอลงเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลส่ง สปพ. และคลัง 8	1 วัน				
5		เจต.จัดทำงบหน้ารายการขอเบิกและบันทึกขออนุมัติขออนุมัติเบิก	1 วัน				
6		ผอ.สปม.หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายอนุมัติ	1 วัน				
7		เจต.บันทึกรายการขอเบิกในทะเบียนคุมฯบันทึกขอเบิก	5 นาที				
8		เจต.เสนอ ผอ.สปม. หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย	1 วัน				
9		คลังจังหวัดอนุมัติการเบิก	1 วัน				

กฎหมาย/ระเบียบ ที่เกี่ยวข้อง

1. ระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง การเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลัง พ.ศ.2551
 - หมวด 3 การเบิกเงิน ส่วนที่ 3
2. พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553
3. หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และหนังสือกระทรวงการคลังที่เกี่ยวข้อง



การขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

การขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

การรักษาพยาบาล หมายถึง การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรงแก่ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิเพื่อการรักษาโรค การตรวจวินิจฉัย การฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

ค่ารักษาพยาบาล หมายความว่า ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล ดังต่อไปนี้

1. ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่นๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค
2. ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ดังกล่าว
3. ค่าบริการทางการแพทย์ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าวิเคราะห์โรคแต่ไม่รวมถึงค่าธรรมเนียมแพทย์พิเศษ ค่าจ้างพยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษและค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ
4. ค่าตรวจครรภ์ ค่าคลอดบุตรและการดูแลหลังคลอดบุตร
5. ค่าห้องและค่าอาหาร ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล
6. ค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค
7. ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ
8. ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นแก่การรักษาพยาบาลตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

สถานพยาบาล หมายความว่า สถานพยาบาลของทางราชการและสถานพยาบาลเอกชนที่มีลักษณะการให้บริการเป็นโรงพยาบาล ซึ่งได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล

1. ผู้มีสิทธิ

- 1.1 ข้าราชการและลูกจ้างประจำซึ่งได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณ
- 1.2 ลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณ
- 1.3 ผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเพราะเหตุทุพพลภาพ

2. บุคคลในครอบครัว

- 2.1 บิดาหรือมารดาที่ขอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ
- 2.2 คู่สมรสที่ขอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ
- 2.3 กรณีบุตรนั้นให้ไม่เกิน 3 คน เรียงลำดับก่อนหลัง โดยต้องเป็นบุตรโดยขอบด้วยกฎหมาย และยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือบรรลุนิติภาวะ แต่เป็นผู้ไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถที่อยู่ในอุปการะ

เลี้ยงดูของข้าราชการ (ไม่รวมบุตรบุญธรรมและบุตรที่ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมผู้อื่น) หากบุตรคนใดตายลงก่อนบรรลุนิติภาวะ ให้สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรคนถัดไปแทนได้ (กรณีบุตรมากกว่า 3 คน)

การเกิดสิทธิ คลอดเป็นทารก

หมดสิทธิ

- บรรลุนิติภาวะบุตรมีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์
- จดทะเบียนสมรส

ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่น

**** ผู้เบิกมีสิทธินำใบเสร็จรับเงินมาขอเบิกได้ภายในกำหนด 1 ปี นับแต่วันที่ระบุในใบเสร็จรับเงิน ****

หลักเกณฑ์การใช้สิทธิเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

1. นำใบเสร็จรับเงินที่สถานพยาบาลออกให้ยื่นเบิกที่ต้นสังกัด
2. กรณีจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ ต้องแนบหนังสือรับรองการใช้ยานอก
3. กรณีการนัดเพื่อการบำบัดรักษาโรค ต้องแนบบใบรับรองแพทย์
4. แบบใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7131)
5. ใบประเมินคัดแยกผู้ป่วย (กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเอกชนประเภทผู้ป่วยใน)



ภาคผนวก

บัญชีธนาคารกรุงไทยเลขที่บัญชี..... เลขที่บัตรประชาชน.....

แบบ 7131

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1.	ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุราษฎร์ธานี ชุมพร โทรศัพท์.....
2.	ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ตนเอง <input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่..... <input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ
	ป่วยเป็นโรค..... และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)..... ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ
3.	ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย เป็นเงิน.....บาท (.....) และ
(1)	ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
(2)ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 11

ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำชี้แจง

ก

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดาหรือบุตรแล้วแต่กรณีให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ง

คำอธิบายขั้นตอนการกรอกแบบฟอร์มใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7131)

1. ชื่อ-นามสกุล/ตำแหน่ง/สังกัดของผู้ขออนุมัติเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
2. ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างใบเสร็จรับเงิน ☐ ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิ/ผู้อาศัยสิทธิตามใบเสร็จรับเงิน

2.1 กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาลของบิดา/มารดา/คู่สมรส/บุตร ให้ระบุสาระสำคัญ-ชื่อ-นามสกุล เลขประจำตัว-บุตร ให้กรอกข้อมูล ชื่อ-นามสกุล/เกิดเมื่อ/เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)/(มารดา)/ยังไม่บรรลุนิติภาวะ/เป็นบุตรไร้ความสามารถ

2.2 ระบุโรคที่รักษา

2.3 ระบุชื่อสถานพยาบาลที่รับการรักษา

2.4 ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง ☐ หน้าสถานพยาบาลทางราชการ/หรือเอกชน

2.5 ตั้งแต่วันที่ ถึง วันที่สิ้นสุดที่ทำการเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

2.6 ระบุตัวเลขเงินรวมเป็นเงินทั้งสิ้น (โดยคิดจากยอดเงินรวมทั้งหมดที่ทำการรักษา) จำนวนรวมทั้งสิ้นกี่ฉบับที่ขอเบิก

2.7 ตามใบเสร็จรับเงินตามจำนวนที่แนบ (ฉบับ)

3. ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

3.1 ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องสิทธิของผู้รับสิทธิสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

4. ฝ่ายการเงินเสนอผู้มีอำนาจลงนามอนุมัติ

4.1 ผู้ขอรับเงินสวัสดิการลงลายมือชื่อและเขียนชื่อ-นามสกุลตัวบรรจง

4.2 วัน/เดือน/ปีที่ขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

5. ผู้มีอำนาจลงนามอนุมัติลงลายมือชื่อและเขียนชื่อ-นามสกุลตัวบรรจงพร้อมทั้งตำแหน่ง

6. ให้ผู้มีสิทธิรับเงินเขียนจำนวนเงินที่ได้รับ ลงลายมือชื่อและเขียนชื่อ-นามสกุลตัวบรรจง

7. ให้ผู้รับเงินลงลายมือชื่อและเขียนชื่อ-นามสกุลตัวบรรจง

8. ให้ผู้รับจ่ายเงินลงลายมือชื่อและเขียนชื่อ-นามสกุลตัวบรรจง

9. ลงวันที่จ่ายเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

ภาคผนวก (ถ้ามี)

ไม่มี

หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินสถานพยาบาลเอกชน

1. ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยฉุกเฉินตามประกาศกระทรวงการคลังฯ (ฉุกเฉินวิกฤตหรือฉุกเฉินเร่งด่วนให้สถานพยาบาลเอกชนเป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)
2. กรณี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่อนุมัติจ่ายเงินเนื่องจากไม่เข้าเงื่อนไขผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์คัดแยก หากแพทย์ผู้รักษาออกใบรับรองแพทย์ระบุความจำเป็นต้องรักษาเนื่องจากเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงตามเกณฑ์คัดแยก (ต้องแนบใบประเมินคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน) ให้นำหลักฐานยื่นเบิกเงินที่ต้นสังกัดตามสิทธิเบิกได้ดังนี้
 - ค่าห้องและค่าอาหาร ไม่เกินวันละ 1,000 บาท
 - ค่ารักษาพยาบาลอื่น ๆ เบิกได้ครึ่งหนึ่งของจำนวนเงินที่จ่ายจริงไม่เกิน 8,000 บาท
 - ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้บำบัดรักษา เบิกตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด

ข้อควรระวัง
 ข้อความเข้าใจกรณีการเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินในสถานพยาบาลของเอกชน
 หนังสือกระทรวงการคลัง ที่ กค ๐๔๑๖.๔/ว ๗๖ ลงวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

กรณีผลการพิจารณาของระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Preauthorize) หรือคำวินิจฉัยของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) ระบุว่า **ผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤต** แต่เป็น**ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน** หรือ**ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง** ให้ผู้มีสิทธินำหลักฐานการรับเงินประเภทผู้ป่วยใน และใบประเมินคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้ระดับความฉุกเฉินยื่นขอเบิกที่ส่วนราชการต้นสังกัด ทั้งนี้ ในกรณีที่ใบประเมินคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ระบุระดับความฉุกเฉินให้แนบใบรับรองแพทย์ระบุระดับความฉุกเฉินเพิ่มเติม เพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ดังนั้น เพื่อให้การเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นไปอย่างถูกต้องเกิดความเข้าใจที่ตรงกันควรปฏิบัติ ดังนี้

๑. ผู้มีสิทธิที่ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและฉุกเฉินไม่รุนแรงกับส่วนราชการต้นสังกัด จะต้องแนบ “ใบประเมินคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน” เพื่อประกอบการเบิกจ่ายทุกครั้ง
๒. ส่วนราชการจะสามารถอนุมัติการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลตามประกาศกระทรวงการคลังฯ ข้อ ๘ ได้นั้น ต้องพิจารณาใบประเมินคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ในหัวข้อ ดังนี้
 - ข้อ ๒.๓ ผลการประเมินจะต้องปรากฏข้อความว่า “ไม่เข้าเกณฑ์” และจำแนกระดับความฉุกเฉิน
 - ข้อ ๒.๑ การประเมินโดยแพทย์ผู้ให้การรักษา โดยพิจารณาจากรหัส ESI ประกอบด้วย

ประเภทผู้ป่วย	ข้อความปรากฏใน รหัส ESI
ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน	“xxเร่งด่วนx”
ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง	“xxไม่เร่งด่วนx”
ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน	“xxอื่นๆ” หรือ “xxทั่วไปx”

ดังนั้น หากผลการประเมิน “xxอื่นๆ” หรือ “xxทั่วไปx” จะไม่ถือเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินตามประกาศกระทรวงการคลังฯ และไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการได้

การเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปี

(เบิกได้เฉพาะผู้มีสิทธิโดยตรงเท่านั้น บุคคลในครอบครัวไม่สามารถเบิกได้)

1. ผู้มีสิทธิอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ เบิกได้ 7 รายการ (อัตราตามกรมบัญชีกลางกำหนด 580 บาท)+

รายการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นไปตามรายการแนบท้าย: ค่าตรวจสุขภาพประจำปี ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง
ด่วนที่สุด ที่ กค 0417 /ว 177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549

โดยให้ผู้มีสิทธิตรงจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล และนำไปเสร็จรับเงินยื่นขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล ณ ส่วนราชการ
ต้นสังกัด ซึ่งสถานพยาบาลของทางราชการ ไม่สามารถเบิกจ่ายตรงในกรณีดังกล่าวได้ ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง
ด่วนที่สุด ที่ กค 0416.4/ว 143 ลงวันที่ 19 มีนาคม 2561

การตรวจสำหรับผู้มีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์	
รายการ	ราคา
1. ค่าตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) *	170
2. Urine Examination - Urine Analysis (รหัส 31001)	50
3. Stool Examination - Routine direct smear (รหัส 31201) ร่วมกับ Occult blood (รหัส 31203)	70
4. Complete Blood Count: CBC แบบ Automation (รหัส 30101)	90
5. ตรวจมะเร็งปากมดลูก	
• ตรวจภายใน (รหัส 55620)	100
• Pap Smear (รหัส 38302) **	100

หมายเหตุ

* แก้ไขเพิ่มเติมตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0422.2/ว 362 ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2554

** แก้ไขเพิ่มเติมตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0417/ว 17 ลงวันที่ 9 มกราคม 2550

2. ผู้มีสิทธิอายุมากกว่า 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เบิกได้ 16 รายการ (อัตราตามกรมบัญชีกลางกำหนด 1,050 บาท)

รายการตรวจสอบสุขภาพประจำปีเป็นไปตามรายการแนบท้าย: ค่าตรวจสอบสุขภาพประจำปี ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง
ด่วนที่สุด ที่ กค 0417 /ว 177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549

โดยให้ผู้มีสิทธิตรงจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล และนำใบเสร็จรับเงินยื่นขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล ณ ส่วนราชการ
ต้นสังกัด ซึ่งสถานพยาบาลของทางราชการ ไม่สามารถเบิกจ่ายตรงในกรณีดังกล่าวได้ ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง

ด่วนที่สุด ที่ กค 0416.4/ว 143 ลงวันที่ 19 มีนาคม 2561

การตรวจสำหรับผู้มีอายุมากกว่า 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป	
รายการ	ราคา
1. ค่าตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) *	170
2. Urine Examination - Urine Analysis (รหัส 31001)	50
3. Stool Examination - Routine direct smear (รหัส 31201) ร่วมกับ Occult blood (รหัส 31203)	70
4. Complete Blood Count: CBC แบบ Automation (รหัส 30101)	90
5. ตรวจมะเร็งปากมดลูก	
• ตรวจภายใน (รหัส 55620)	100
• Pap Smear (รหัส 38302) **	100
6. Blood Chemistry	
• Glucose (รหัส 32203)	40
• Cholesterol (รหัส 32501)	60
• Triglyceride (รหัส 32502)	60
• Blood Urea Nitrogen: BUN (รหัส 32201)	50
• Creatinine (รหัส 32202)	50
• SGOT (AST) (รหัส 32310)	50
• SGPT (ALT) (รหัส 32311)	50
• Alkaline Phosphatase (รหัส 32309)	50
• Uric Acid (รหัส 32205)	60

หมายเหตุ

* แก้ไขเพิ่มเติมตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0422.2/ว 362 ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2554

** แก้ไขเพิ่มเติมตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0417/ว 17 ลงวันที่ 9 มกราคม 2550

**** ผู้มีสิทธิสามารถเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีได้ ปีละ 1 ครั้ง ตามปีงบประมาณ ค่าตรวจสุขภาพประจำปี จะไม่สามารถใช้เบิกจ่ายตรงได้ ต้องชำระเงินสดไปก่อนและนำไปเบิกหน่วยงานต้นสังกัด****

การถูกจำกัดสิทธิและสิทธิซ้ำซ้อน

1. กรณีผู้มีสิทธิมี 2 สิทธิ (สิทธิซ้ำซ้อน) กล่าวคือมีสิทธิทั้งจากหน่วยงานราชการหรือหน่วยงานอื่น สามารถเลือกใช้สิทธิได้ โดยในการเลือกใช้สิทธิควรเลือกในสิ่งที่ดีที่สุด โดยถ้าเลือกสิทธิจากหน่วยงานอื่นแล้วจะหมดสิทธิจากกรมบัญชีกลางทันที ทั้งนี้ผู้มีสิทธิจะสามารถเปลี่ยนแปลงสิทธิได้ปีละ 1 ครั้ง (ภายในตุลาคมของทุกปี) หากไม่แจ้งถือว่าประสงค์ใช้สิทธิราชการ/ไม่ประสงค์เปลี่ยนแปลง

2. กรณีที่บุคคลในครอบครัว มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลของตนเองจากหน่วยงานอื่น เช่น ประกันสังคม ฯลฯ ซึ่งตามกฎหมายกำหนดว่าต้องใช้สิทธิตนเอง และเลือกสิทธิไม่ได้ เพราะบุคคลในครอบครัว เป็นเพียงผู้อาศัยสิทธิ ไม่ใช่ผู้มีสิทธิตามกฎหมาย แต่หากค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับนั้น ต่ำกว่าเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่มีสิทธิ ก็ให้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิได้

3. กรณีที่บุคคลในครอบครัวเป็นผู้อาศัยสิทธิผู้อื่นซึ่งมีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวจากหน่วยงานอื่นในขณะเดียวกัน ให้ผู้มีสิทธิมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกา^{นี้}มีบัญญัติไว้ในพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 มาตรา 10วรรค 1-3^{**}

1.ตรวจสอบสิทธิ

<https://dps.cgd.go.th/pension/mainPage/personnelProfile>

2.อัตราค่าบริการสาธารณสุข

<https://mbdb.cgd.go.th/wel/searcheqpandmed2.jsp>

กรมบัญชีกลาง
The Comptroller General's Department

- อัตราอุปกรณ์อวัยวะเทียม
- วัสดุสิ้นเปลืองที่เป็นวัสดุทางการแพทย์
- อัตราค่าบริการสาธารณสุข
- รายการหักการในห้องผ่าตัด
- อัตราตรวจสอบภาพประจำปี
 - การตรวจสอบสำหรับผู้ที่มีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์
 - การตรวจสอบสำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปีบริบูรณ์

เอกสารประกอบการเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

1. กรณีเบิกให้บิดามารดา

- สำเนาทะเบียนบ้านผู้เบิก (ข้าราชการ)
- ใบเปลี่ยนชื่อสกุล (ถ้ามี)

2. กรณีเบิกให้คู่สมรส

- สำเนาทะเบียนสมรสของผู้เบิก (ข้าราชการ)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนคู่สมรส
- ใบเปลี่ยนชื่อสกุล (ถ้ามี)

3. กรณีเบิกให้บุตร

- สำเนาสูติบัตร/ทะเบียนบ้านบุตร
- หากผู้ใช้สิทธิประสงค์จะเบิกให้บุตรแต่เพียงผู้เดียวให้แนบหนังสือแจ้งการใช้สิทธิหรือการงดเบิกของอีกฝ่ายด้วยทุกครั้ง

****กรณีตรวจสอบสุขภาพประจำปี ต้องแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและรายละเอียดรายการตรวจสอบสุขภาพมาด้วย****