



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน โทร. ๙๖๕๔
ที่.....ภก..... / ๒๕๖๒.....วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๒
เรื่อง.....แบบบันทึกความยินยอมการชำระเงินยานอกบัญชียาหลัก (NED) ของผู้ป่วยสิทธิ UC
เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....

ตามที่สปสข.ได้จัดทำแบบบันทึกความยินยอมการชำระเงินยานอกบัญชียาหลัก (NED) ของผู้ป่วยสิทธิบัตรประกันสุขภาพ เพื่อป้องกันการร้องเรียน และประธานได้แจ้งในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดให้ทราบ นั้น

ในการนี้ กลุ่มงานเภสัชกรรมซึ่งได้รับมอบหมายให้เผยแพร่เอกสาร จึงขอส่งเอกสารดังกล่าวข้างต้น เพื่อเป็นตัวอย่างให้กลุ่มงานต่างๆได้รับทราบ และนำไปใช้ประโยชน์ตามแนวทางที่สปสข.กำหนด ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดเอกสารดังกล่าวได้ที่ Intranet ของรพ. ในหมวด download เอกสาร ชื่อ “แบบบันทึกความยินยอมการชำระเงินNEDของสปสข.”

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางสมสกุล ศิริไชย)

เภสัชกรเชี่ยวชาญ

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

แนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ให้บริการ

เรื่องการให้คำแนะนำและการบันทึกความยินยอมการเลือกการรักษา
ด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้ให้บริการให้บริการสาธารณสุขที่เป็นไปตามมาตรฐานและเป็นธรรม ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเรื่องการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้นจึงได้ออกแนวปฏิบัติเรื่องการให้คำแนะนำและแบบบันทึกความยินยอมการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไว้ดังนี้

1. แบบบันทึกดังกล่าวเป็นตัวอย่างแนวทางปฏิบัติให้หน่วยบริการสามารถนำไปปรับใช้ได้ตามระบบเอกสารของหน่วยบริการ โดยให้คงหลักการและข้อความสำคัญของแบบบันทึกดังกล่าว
2. การปฏิบัติต่อผู้รับบริการให้เป็นไปตามคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย เมื่อวันที่ 12 สิงหาคม 2558
3. ขอบเขตการใช้แบบบันทึกความยินยอม : แบบบันทึกความยินยอมใช้ในกรณีการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผู้รับบริการหรือผู้ปกครอง/ ทายาทโดยธรรมเลือกเอง โดยที่มิใช่กรณีที่มีความจำเป็นและไม่มียาในบัญชียาหลักแห่งชาติทดแทน หรือมิใช่กรณีฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนหรือเป็นอันตรายต่อชีวิต
4. แพทย์ผู้ให้การรักษาต้องให้ข้อมูลและอธิบายกับผู้รับบริการ หรือผู้ปกครอง/ทายาทโดยธรรมจนเข้าใจ โดยให้มีโอกาสในการซักถาม และทวนสอบความเข้าใจก่อนลงนาม ตามหลักการการให้ข้อมูล และบันทึกความยินยอม (Informed Consent) ซึ่งต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน ดังนี้
 - 4.1 Information: การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน เพียงพอ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ทั้งในด้าน ความปลอดภัยผลต่อการรักษา ผลข้างเคียง และค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น
 - 4.2 Understanding : การทวนสอบความเข้าใจของผู้รับบริการ หรือผู้ปกครอง/ทายาทโดยธรรม จนเข้าใจถ่องแท้ก่อนตัดสินใจ
 - 4.3 Voluntariness: การบันทึกความยินยอมด้วยความสมัครใจ
5. หน่วยบริการจัดทำเอกสารการให้ข้อมูล (Information Sheet) ที่ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผู้รับบริการหรือผู้ปกครอง/ทายาทโดยธรรมเลือกเอง ได้แก่ ชื่อยา ประโยชน์ ความเสี่ยง ข้อจำกัด ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการใช้ยาตามแผนการรักษา และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ตามแผนการรักษาที่แพทย์ให้ข้อมูลไว้เป็นเอกสารแนบพร้อมกับแบบบันทึกความยินยอม (หน่วยบริการสามารถปรับใช้รูปแบบการให้คำอธิบายข้อมูลตามรูปแบบของโรงพยาบาล เช่น QR code, YouTube เป็นต้น)
6. การลงนามแสดงเจตนาโดยผู้รับบริการ หรือผู้ปกครอง/ทายาทโดยธรรม
7. หน่วยบริการจัดทำบันทึกความยินยอมการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 2 ฉบับ โดยหน่วยบริการเก็บไว้ 1 ฉบับ และมอบให้ผู้รับบริการ 1 ฉบับ
8. กรณีที่ผู้รับบริการ หรือผู้ปกครอง/ทายาทโดยธรรม หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา พิจารณาขอยกเลิกความยินยอมการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามที่บันทึกไว้ในแบบบันทึกความยินยอม ก่อนที่จะครบตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้ในเอกสารการให้ข้อมูล สามารถกระทำได้และมีผลทันทีนับแต่วันที่ยกเลิกการให้ความยินยอม และเมื่อยกเลิกการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติดังกล่าวแล้ว ให้ผู้รับบริการใช้สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป

บันทึกความยินยอมของผู้รับบริการในการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
ที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สถานที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/ นาง/ นางสาว) นามสกุล.....

ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ☐ ผู้รับบริการ

☐ ผู้ปกครอง/ทายาทโดยธรรม ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....

- ข้าพเจ้าได้รับทราบสิทธิที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้รับการรักษาด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
- ข้าพเจ้าได้ทราบและมีเวลาเพียงพอในการทำความเข้าใจทางเลือกในด้านการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ชื่อยา..... โดยมีเป้าหมายหลักของการใช้ยาดังกล่าวเพื่อ ☐ หวังผลการรักษาให้หายขาดจากโรค ☐ บรรเทาอาการหรือชะลอการดำเนินของโรค และได้ทราบประโยชน์ ความเสี่ยง ข้อจำกัด ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการใช้ยาตามแผนการรักษา และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น จากการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ โดยได้รับฟังคำอธิบายจาก นพ./พญ. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม..... (แพทย์ผู้ให้การรักษา) และ ☐ ได้อ่านเอกสาร ☐ ได้รับการอธิบาย และ ☐ ตอบข้อซักถามเกี่ยวกับข้อมูล ชื่อยา ประโยชน์ ความเสี่ยง ข้อจำกัด ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการใช้ยาตามแผนการรักษา และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ตามรายละเอียดตามเอกสารการให้ข้อมูลที่แนบมาพร้อมกับบันทึกความยินยอมนี้
- ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดการรักษาในครั้งนี้ โดยจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงความรับผิดชอบค่าใช้จ่ายจนกว่าจะมีการบอกเลิกความยินยอมในการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือนี้โดยละเอียดตลอดแล้ว รวมถึงข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเหล่านี้ หรือผู้อื่นอ่านให้ฟังเรียบร้อยแล้ว ขอรับรองว่าความประสงค์ที่เกิดขึ้นนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ จึงลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... (ผู้ให้ความยินยอม) ลงชื่อ..... (แพทย์ผู้ให้การรักษา)

(.....) (.....)

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยานฝ่ายผู้ให้ความยินยอม

พยานฝ่ายแพทย์ผู้ให้การรักษา

หมายเหตุ : หน่วยบริการจัดทำบันทึกความยินยอมการเลือกการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
ที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 2 ฉบับ โดยหน่วยบริการเก็บไว้ 1 ฉบับและ
มอบให้ผู้รับบริการ 1 ฉบับ

การขอยกเลิกความยินยอมการขอใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วย
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว) นามสกุล.....

☐ ผู้รับบริการ ☐ ผู้ปกครอง/ ทายาทโดยธรรมของผู้รับบริการ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

ขอยกเลิกความยินยอมการขอใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ชื่อยา.....รายละเอียดตามเอกสารข้างต้น
ตั้งแต่บัดนี้ หรือตั้งแต่วันที่.....เวลาเป็นต้นไป

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

(ผู้ขอยกเลิกการแสดงความยินยอม)

(แพทย์ผู้ให้การรักษา)

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

(พยานฝ่ายผู้ขอยกเลิกการแสดงความยินยอม)

(พยานฝ่ายแพทย์ผู้ให้การรักษา)