

แบบขออนุมัติส่วนลดค่ารักษาพยาบาล

วันที่ 19 / 10 / 64

ส่วนที่ 1 : รายละเอียดของผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย นางสาว วลัยพร ศิลภมร HN 15-16-033188 Ward 6 วันที่รับบริการ 01/07/64
 แพทย์เจ้าของไข้ นพ.แสงสุริย์ มั่นคงพรไพบูลย์ แพทย์ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) นพ.กิตติชัย จันทวิชัย, นพ.นพพันธ์ วอกลาง, นพ.เชษฐา บัณฑิตสิงห์
 การวินิจฉัยโรค Reintubation Bilat Vocal Cord Paralysis. การผ่าตัด P/O Arthroscopy for Subacromion decompression and Repair rotator cuff Rt shoulder
 ประเภทการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ☐ จ่ายเงินเอง ☐ บริษัทผู้สัญญา ☐ ประกันไทย ☐ ประกันต่างประเทศ ☐ อื่นๆ

ส่วนที่ 2 : การขออนุมัติ

ประเภทของการขอสิทธิพิเศษ

- ☐ ส่วนลดพิเศษค่ารักษาพยาบาล อัตรา หมวดที่ยกเว้น
☐ ส่วนลดเนื่องจากปัญหาการเงิน อัตรา หมวดที่ยกเว้น
☒ ส่วนลดพิเศษสำหรับ RM อัตรา หมวดที่ยกเว้น
☐ ส่วนลดพิเศษเนื่องจากลูกค้าไม่พึงพอใจ อัตรา หมวดที่ยกเว้น
☐ ส่วนลดพิเศษอื่นๆ เนื่องจาก

ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด จำนวนส่วนลด บาท คงเหลือ บาท
 เหตุผลในการให้ส่วนลด ผู้ป่วยมาได้รับการรักษาผ่าตัดเอ็นไหล่ขวา เมื่อวันที่ 3 ก.ค.64 มีการประเมินการผ่าตัดผู้ป่วยไว้ที่ราคา 387,000 บาท และการผ่าตัดผู้ป่วยต้องมีการใส่ Reintubation อีกครั้งนอนรักษา ICU เกิดภาวะเส้นเสียงบวม Bilat Vocal Cord Paralysis
 ตั้งแต่วันที่ 3 ก.ค. 64 - 19 ก.ค. 64 โดยผู้ป่วยจ่ายค่าใช้จ่ายตั้งแต่วันที่ 3 ก.ค. 64 - 7 ก.ค. 64 คิดตามการันตี 387,000 บาท
 ค่าใช้จ่ายส่วนเกินทั้งหมดเป็นค่าใช้จ่าย RM และ ทีมจะนำไปเบิกประกันแพทย์ในการดูแลรักษาต่อไปคะ(มีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นจริง ตั้งแต่วันที่ 3 ก.ค.64 - 18 ก.ค. เป็นจำนวนเงิน 643,003 บาท) ผู้ป่วยยังมีการติดตาม F/U ที่แผนก ENTติดตามเรื่องเส้นเสียง ค่าใช้จ่าย RM ยังไม่สิ้นสุดการรักษา
 บันทึกค่าใช้จ่ายเข้าแผนก ชื่อแผนก RM เบลมประกันแพทย์ รหัสแผนก

ลงชื่อผู้อนุมัติ ตำแหน่ง วันที่ 19.10.64

ส่วนที่ 3 : การอนุมัติ

<input checked="" type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ รายละเอียดเพิ่มเติม ลงชื่อผู้อนุมัติ (หัวหน้าแผนก) วันที่ 19 / 10 / 64	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ รายละเอียดเพิ่มเติม ลงชื่อผู้อนุมัติ (ผู้ตรวจการ) วันที่	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ รายละเอียดเพิ่มเติม ลงชื่อผู้อนุมัติ (ผู้จัดการฝ่าย) วันที่
<input checked="" type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ รายละเอียดเพิ่มเติม ลงชื่อผู้อนุมัติ (ผู้จัดการฝ่าย/ผ.ผู้จัดการฝ่ายศูนย์คุณภาพ) (RM) วันที่ 19 / 10 / 64	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ รายละเอียดเพิ่มเติม ลงชื่อผู้อนุมัติ (ผู้จัดการฝ่ายบัญชีและการเงิน) วันที่	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ รายละเอียดเพิ่มเติม ลงชื่อผู้อนุมัติ (ผ.ผู้อำนวยการ) วันที่
<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ รายละเอียดเพิ่มเติม ลงชื่อผู้อนุมัติ (รองผู้อำนวยการ) วันที่	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ รายละเอียดเพิ่มเติม ลงชื่อผู้อนุมัติ (ผู้อำนวยการ) วันที่	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ รายละเอียดเพิ่มเติม ลงชื่อผู้อนุมัติ (ประธานคณะผู้บริหารกลุ่ม 3 และรักษาการประธานคณะผู้บริหารกลุ่ม 6) วันที่

สิทธิในการอนุมัติ

กรณีการให้ส่วนลดค่ารักษาพยาบาล ตามประกาศค่าส่ง ที่ ส.น.ผ.บ.016/2560

- กรณีผู้ป่วยนอก : ผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล 20% รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล 15%
 ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล 10% ผู้ตรวจการ/ผู้บริหารนอกเวลา 10%
- กรณีผู้ป่วยใน : ผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล 20% รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล 15%
 ไม่เกิน 200,000 บาท ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล 10% ไม่เกิน 100,000 บาท
 ผู้ตรวจการ/ผู้บริหารนอกเวลา 10% แต่ไม่เกิน 100,000 บาท
- *** เฉพาะรายการที่โรงพยาบาลกำหนดหรืออยู่ในดุลพินิจของผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล
- *** รายการส่วนลดที่เกิน 20% อยู่ในดุลพินิจของประธานคณะผู้บริหารกลุ่ม 3

กรณีค่าใช้จ่ายเพื่อขอเช่าบริการที่ไม่ได้มาตรฐานหรือไม่เป็นไปตามข้อกำหนด

ตามประกาศค่าส่ง ที่ ส.น.ผ.บ.017/2560

- หัวหน้าแผนก IN-CHARGE 1,000 บาท
- ผู้จัดการฝ่าย 5,000 บาท
- ผู้ตรวจการ 10,000 บาท (เฉพาะนอกเวลาทำการและวันหยุด เสาร์อาทิตย์)
- ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายบริหารการเงินกลุ่ม 3 30,000 บาท
- รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล 50,000 บาท
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 150,000
- *** หากจำนวนเงินที่มากกว่าที่กำหนดให้อยู่ในดุลพินิจของประธานคณะผู้บริหารกลุ่ม 3