

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๔๒

ด้วยคณะกรรมการอำนวยการบัตรประกันสุขภาพ เสนอให้มีการปรับปรุง การดำเนินงานบัตรประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับประโยชน์ยิ่งขึ้น กระทรวง สาธารณสุขจึงออกระเบียบไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกัน สุขภาพ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๒”

ข้อ ๒ ให้ใช้ระเบียบนี้ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๔๒ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก คำว่า “บัตรครอบครัว”, “บัตรเฉพาะตัว” และ “บัตร ข้ามเขต” ในข้อ ๕ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๓๘

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความใน ข้อ ๑๕ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วย บัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๓๘ และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๑๕ บัตรประกันสุขภาพมีชนิดเดียว เป็นบัตรที่ออกให้แก่ผู้มี ประกันเป็นรายคน และมีรหัสเรียกแยกตามประเภทกลุ่มผู้มีประกัน ตามที่คณะกรรมการ อำนวยการบัตรประกันสุขภาพกำหนด

แบบของบัตร ให้เป็นไปตามปลัดกระทรวงกำหนด”

ข้อ ๕ ให้ยกเลิกความในวรรคสอง ของข้อ ๒๐ แห่งระเบียบกระทรวง สาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๓๘

ข้อ ๖ ให้ยกเลิกความในข้อ ๒๒ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๓๘ และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๒๒ การรับ - จ่าย และเก็บรักษาเงินสมทบค่าบัตรประกันสุขภาพที่ผู้มีประกันจ่ายและที่รัฐจ่ายตามข้อ ๑๗ และเงินค่าธรรมเนียมในการขอบัตร ใบแทนบัตรประกันสุขภาพที่ชำรุดหรือสูญหายหรือเพื่อเปลี่ยนหน่วยบริการประจำครอบครัว ให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ”

ข้อ ๗ ให้ยกเลิกความในข้อ ๒๓ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๓๘ และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๒๓ ผู้ที่จะมีบัตรประกันสุขภาพได้ จะต้องไม่อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดขึ้น ยกเว้นบุคคลตามข้อ ๑๗ (๒)

การขอมีบัตรประกันสุขภาพให้ขอเป็นรายครอบครัว เว้นแต่ผู้มีสิทธิตามข้อ ๑๗ (๒) ที่ได้รับสิทธิเป็นการเฉพาะตัว ให้ขอได้เฉพาะตนเอง

เงินสมทบค่าบัตรประกันสุขภาพให้คิดรายครอบครัว เว้นแต่ผู้มีสิทธิตามข้อ ๑๗ (๒) ที่ได้รับสิทธิเป็นการเฉพาะตัว ให้คิดเป็นรายคน

ให้ออกบัตรประกันสุขภาพแก่ผู้มีประกันทุกคน คนละบัตร และเมื่อมีการออกบัตรประกันสุขภาพไปแล้ว จะขอให้ออกบัตรประกันสุขภาพให้แก่บุคคลในครอบครัว เพิ่มอีกไม่ได้

บุคคลที่จะมีสิทธิได้รับ บัตรประกันสุขภาพรายครอบครัว ได้แก่

(๑) บุคคลในครอบครัว คือ สามัญ ภรรยา และบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะเว้นแต่บุตรที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีลงมา และอายุไม่เกิน ๒๕ ปีบริบูรณ์ รวมกันไม่เกิน ๕ คน

(๒) บิดามารดา ของสามีหรือของภรรยา หรือบุตรของสามีภรรยา ซึ่งเป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายที่บรรลุนิติภาวะและยังเป็นโสด ซึ่งอยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกันกับ (๑)

ทั้งนี้บุคคลตาม (๒) จะมีสิทธิได้รับบัตรประกันสุขภาพได้ต่อเมื่อ บุคคลตาม (๑) มิไม่ถึง ๕ คน และเมื่อจำนวนที่รวมกับ (๑) แล้วไม่เกิน ๕ คน

ในการขอบัตรประกันสุขภาพ ผู้ขอมีสิทธิเลือกหน่วยบริการประจำ ครอบครัว เพื่อรับบริการหลักในด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ๑ แห่ง ในตำบลที่มีผู้มีประกันมีภูมิลำเนาหรืออยู่ประจำ และเลือกหน่วยบริการประจำ ครอบครัวที่มีแพทย์ประจำ เพื่อรับบริการหลักในด้านการรักษาพยาบาล อีก ๑ แห่ง ในอำเภอที่มีผู้มีประกันมีภูมิลำเนาหรืออยู่ประจำหรือในอำเภอใกล้เคียง ซึ่งผู้มีประกันไปรับบริการเป็นประจำอยู่ก่อนแล้ว หรือสามารถไปรับบริการได้สะดวกกว่า เว้นแต่ กรณีบ้านที่มีผู้มีประกันอยู่ประจำนั้น ตั้งอยู่ในเขตรับผิดชอบดูแลของหน่วยบริการที่มีแพทย์ประจำตั้งอยู่ ให้เลือกหน่วยบริการที่มีแพทย์ประจำนั้น เป็นหน่วยบริการประจำ ครอบครัวได้เพียงแห่งเดียว เพื่อรับบริการทางการแพทย์ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการรักษาพยาบาล”

ข้อ ๘ ให้ยกเลิกความในข้อ ๒๕ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๓๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๒๕ การขอมีบัตรประกันสุขภาพสำหรับบุคคลทั่วไป ตาม ข้อ ๑๗ (๑) ให้หัวหน้าครอบครัวหรือคนใดคนหนึ่งซึ่งมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ไปยื่นคำขอลงทะเบียนต่อเจ้าหน้าที่ซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นผู้จำหน่ายบัตรประกันสุขภาพ ในเขตปฏิบัติการซึ่งเป็นภูมิลำเนาของผู้ยื่นคำขอนั้นหรือในเขตปฏิบัติการอื่น

ซึ่งผู้ยื่นคำขอได้ไปพักอยู่โดยไม่ได้แจ้งย้ายออกจากภูมิลำเนาของตน และประสงค์จะเลือกหน่วยบริการในเขตปฏิบัติการอื่นนั้นเป็นหน่วยบริการประจำครอบครัวของตน โดยแสดงสำเนาทะเบียนบ้านหรือมีหนังสือรับรองของบุคคลที่มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านในชุมชนนั้นรับรองว่าได้มาพักอาศัยอยู่ในเขตปฏิบัติการนั้นๆ เป็นหลักฐาน

เมื่อเจ้าหน้าที่ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องแล้ว ให้เรียกเก็บเงินสมทบค่าบริการประกันสุขภาพและออกไปเสร็จรับเงินเป็นหลักฐานให้แก่ผู้จ่ายเงินทันที แล้วรีบส่งคำขอนั้นไปยังเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทันที

ให้เจ้าหน้าที่ออกบัตรประกันสุขภาพให้แก่ผู้ยื่นคำขอหลังจากวันที่ได้รับเงินสมทบแล้ว ๓๐ วัน แต่ไม่เกิน ๔๕ วัน และให้ลงวันที่ที่ออกบัตรตามวันออกบัตรจริง เว้นแต่บัตรที่ต่ออายุก่อนวันหมดอายุของบัตรเดิมให้ลงวันที่ที่ออกบัตรต่อจากวันหมดอายุของบัตรเดิม”

ข้อ ๕ ให้ยกเลิกความในข้อ ๒๖ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๓๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๒๖ ผู้มีบัตรประกันสุขภาพซึ่งยังไม่หมดอายุบัตร มีความจำเป็นต้องย้ายไปอยู่ในท้องถิ่นอื่นชั่วคราว และไม่สะดวกที่จะกลับไปรับบริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการประจำครอบครัวที่ระบุชื่อในบัตรประกันสุขภาพ ประสงค์ขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำครอบครัวด้วย ให้ยื่นคำขอเปลี่ยนบัตรใหม่ ณ หน่วยที่ออกบัตรหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ออกบัตรเดิม และต้องเสียค่าธรรมเนียมการออกบัตรใหม่ บัตรละ ๒๐ บาท ทั้งนี้

ให้หน่วยที่ออกบัตร หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ออกบัตรเดิม ออกใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียมแล้ว แจ้งการขอเปลี่ยนหน่วยบริการไปยังหน่วยบริการประจำครอบครัวแห่งใหม่

การขอเปลี่ยนบัตรประกันสุขภาพตามวรรคหนึ่ง ผู้มีประกันจะไปขอเอง หรือมอบให้บุคคลอื่นไปขอแทนก็ได้ แต่จะขอได้ไม่เกิน ๒ ครั้งในช่วงอายุบัตร โดยไม่นับการขอเปลี่ยนกลับมาใช้หน่วยบริการประจำครอบครัวหน่วยแรก

บัตรประกันสุขภาพที่เปลี่ยนใหม่ ให้มีอายุสิ้นสุดตามบัตรเดิม”

ข้อ ๑๐ ให้ยกเลิกความในข้อ ๒๕ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๓๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๒๕ การออกบัตรประกันสุขภาพ สำหรับบุคคลที่รัฐจ่ายเงิน สมทบค่าบัตรแทน ตามข้อ ๑๗ (๒) ให้ส่วนราชการต้นสังกัด หรือส่วนราชการ ที่มีหน้าที่ ควบคุม กำกับ ดูแลบุคคลดังกล่าว จัดให้บุคคลที่มีสิทธิ ทำคำขอรับ บัตรประกันสุขภาพตามแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เป็นรายครอบครัวหรือ เป็นรายคน ตามประเภทสิทธิที่บุคคลนั้นมีสิทธิได้รับสวัสดิการ พร้อมทั้งหลักฐาน สำเนาทะเบียนบ้าน หลักฐานแสดงตำแหน่งหรือฐานะของการมีสิทธิของบุคคลนั้นๆ หรือหนังสือรับรองของส่วนราชการนั้นไม่ต่ำกว่าหัวหน้าส่วนราชการประจำอำเภอ และให้ส่วนราชการนั้นรวบรวมจัดทำเป็นบัญชีแยกเป็นรายหมู่บ้านและตำบล ยื่นต่อ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท้องที่ ภายในเดือนมิถุนายนของปี หรือภายในกำหนด เวลาที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกำหนด ก็ได้

ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรวจสอบหลักฐาน เมื่อถูกต้องแล้ว ให้ส่งคำขอและบัญชีรายชื่อผู้ขอตามวรรคหนึ่ง ไปให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เพื่อออกบัตรประกันสุขภาพ แล้วจัดส่งบัตรประกันสุขภาพที่ออกนั้นกลับมาให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อจ่ายให้ผู้มีสิทธิก่อนสิ้นเดือนกันยายน และให้ใช้บัตรนั้นได้ในปีงบประมาณถัดไป บัตรมีอายุ ๑ ปี นับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคมของปี
 ให้นำความในข้อ ๒๓ มาใช้บังคับ โดยอนุโลม”

ข้อ ๑๑ ให้ยกเลิกความในข้อ ๓๐ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๓๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๓๐ กรณีผู้ประกันตนข้อ ๑๗ (๒) ประสงค์จะเปลี่ยนหน่วยบริการประจำครอบครัวให้นำความในข้อ ๒๖ มาใช้โดยอนุโลม เว้นแต่ ผู้มีประกันซึ่งโดยระเบียบเกี่ยวกับตำแหน่งกำหนดให้ผู้ประกันนั้นต้องอยู่ปฏิบัติหน้าที่ในเขตท้องที่ ที่รับผิดชอบเป็นประจำหรือทุกเดือน จะขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำครอบครัวไม่ได้หากไม่ได้รับความเห็นชอบจากส่วนราชการต้นสังกัด”

ข้อ ๑๒ ให้ยกเลิกความในข้อ ๓๒ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๓๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๓๒ ผู้มีประกันตามระเบียบนี้ ได้รับความคุ้มครอง เฉพาะเมื่อได้ปฏิบัติตามข้อ ๓๑ และไปรับบริการทางการแพทย์ จากหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือกรุงเทพมหานคร หรือหน่วยบริการที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับไว้ร่วมในโครงการ ดังต่อไปนี้ เท่านั้น

(๑) หน่วยบริการประจำครอบครัวที่ระบุชื่อในบัตร

(๒) หน่วยบริการ ที่อยู่ใกล้ที่เกิดเหตุหรือที่เกิดการเจ็บป่วย กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือจำเป็นต้องได้รับบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องตามคำสั่งผู้รักษา

(๓) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อจากหน่วยบริการตาม (๑) และ (๒) ตามความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ตามนัยข้อ ๔๑”

ข้อ ๑๓ ให้ยกเลิกความในข้อ ๓๓ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๓๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๓๓ ผู้มีประกันตามระเบียบนี้ ได้รับความคุ้มครองค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะโรคหรือภาวะที่ไม่ได้ระบุไว้ในข้อ ๓๔ โดยไม่ต้องเสียค่าบริการต่อไปนี้

(๑) ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ ค่าทำคลอด ค่าทำหมัน ค่าบริการวางแผนครอบครัว ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือด ค่าน้ำยาหรืออาหาร ทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน ค่าวัคซีนและเซรัมในการป้องกันโรคที่กรมควบคุมโรค ติดต่อจัดเป็นบริการพื้นฐานสำหรับประชาชนทั่วไปแล้ว และอื่นๆ ทำนองเดียวกัน ที่ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์และอนามัย

ยาดามวรรคก่อน ให้หมายถึงยาซึ่งแพทย์ผู้รักษาใช้ดุลยพินิจว่า จำเป็นต้องใช้ในการบำบัดรักษาโรค ไม่ว่าจะเป็ยานอกหรือในบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือไม่ก็ตาม

(๒) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจโรค ค่าวิเคราะห์โรค ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจทางปฏิบัติการ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการให้บริการทางการแพทย์ ที่ให้แก่ผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งไม่ใช่บริการที่จัดขึ้นเป็นพิเศษแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย หรือจัดขึ้นตามคำขอผู้ป่วยเฉพาะราย

(๓) ค่าอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดโรค รวมทั้ง ค่าซ่อมแซม ยกเว้นค่าอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ที่ปลัดกระทรวงกำหนด

(๔) ค่าถอนฟัน ค่าอุดฟันทุกชนิด ค่าขูดหินน้ำลาย ค่าเคลือบฟลูออไรด์ ค่ารักษาโรคของฟันและเหงือก และค่าทำฟันปลอมที่ใช้อคริลิกเป็นฐานที่ทันตแพทย์เห็นว่าจำเป็นเพื่อการโภชนาการ

(๕) ค่าห้องสามัญ และค่าอาหารสามัญ

ภายใต้วรรคสาม ผู้มีประกันจะใช้ห้องพิเศษหรืออาหารพิเศษได้ จะต้องสละสิทธิตาม (๑) ถึง (๔) ทุกข้อ

ผู้มีประกันตามข้อ ๑๗ (๒) ที่มีสิทธิได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลตามระเบียบอื่น ซึ่งยังบังคับใช้อยู่ ผู้มีประกันจะใช้สิทธิตามระเบียบอื่นนั้นร่วมด้วยก็ได้”

ข้อ ๑๔ ให้ยกเลิกความใน (๒) ของข้อ ๓๔ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วย บัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๓๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๒) การตกแต่งฟันหรือทันตประดิษฐ์ ยกเว้น การทำฟันปลอมตามข้อ ๓๓ (๔)”

ข้อ ๑๕ ให้ยกเลิกความในข้อ ๔๑ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๓๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๔๑ การส่งต่อผู้ป่วยมีประกันไปรักษาหรือรับบริการอย่างอื่นที่หน่วยบริการอื่น เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษาต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข ดังนี้

(๑) การส่งต่อต้องเป็นไปตามเหตุผลทางการแพทย์และสมรรถนะของหน่วยบริการ โดยคำวินิจฉัยของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และเป็นไปตามสายการส่งต่อของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เว้นแต่การส่งต่อของหน่วยบริการในสังกัดส่วนราชการอื่น ให้เป็นไปตามสายการส่งต่อของส่วนราชการอื่นนั้น

(๒) การส่งต่อของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นไปตามลำดับในสายการส่งต่อ ดังนี้

(ก) การส่งต่อไปรับบริการข้ามอำเภอ (นอกจากส่งไปหน่วยบริการที่ระบุชื่อในบัตร) ในจังหวัดเดียวกัน ให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้ออกใบส่งต่อ

(ข) การส่งต่อไปรับบริการข้ามจังหวัด (นอกจากส่งไปหน่วยบริการที่ระบุชื่อในบัตร) ให้โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ของจังหวัดเป็นผู้ออกใบส่งต่อ เว้นแต่การส่งจากโรงพยาบาลชุมชนไปยังหน่วยบริการในอีกจังหวัดหนึ่งนั้นจะสะดวกรวดเร็วและปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากกว่าโรงพยาบาลชุมชนนั้น จะต้องออกใบส่งต่อก็ได้

(ค) การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้โรงพยาบาลศูนย์เป็นผู้ออกใบส่งต่อ เว้นแต่การส่งจากโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชน จะสะดวกรวดเร็วและปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากกว่าหรือทราบแน่ชัดว่าโรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ในสายการส่งต่อตามปกติ มีสมรรถนะไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสมกับการรักษาโรคเฉพาะทางนั้น

(๓) การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์ หรือหน่วยบริการอื่นนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลเฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ออกใบส่งต่อและส่งไปได้เฉพาะกรณีที่เกิดขึ้นจากความสามารถของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลเฉพาะทางนั้นแล้วเท่านั้น

(๔) หน่วยบริการที่ส่งต่อต้องออกหนังสือส่งต่อให้ไปกับผู้ป่วย เพื่อนำไปยื่นต่อหน่วยบริการที่รับการส่งต่อด้วยทุกราย

เมื่อมีหนังสือการส่งต่อแล้ว หากหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเห็นว่า จำเป็นนัดผู้ป่วยให้มาตรวจหรือรักษาโรคเดียวกันนั้นอีกก็ครั้งก็ตามภายในอายุบัตร ประกันสุขภาพ ให้ถือว่าผู้ป่วยนั้นได้รับความคุ้มครองตามหนังสือส่งต่อฉบับนั้นด้วย และหน่วยบริการที่รับส่งต่อนั้นจะมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามเงื่อนไข จากหน่วยบริการต่อเมื่อได้ตอบหนังสือส่งต่อกลับให้หน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยหลังการ รักษาการส่งต่อครั้งแรก แจ้งผลการให้บริการและความจำเป็นต้องมีคำสั่งหรือใบนัด ให้ผู้ป่วยไปรับบริการต่ออีก

(ก) ในการให้บริการทางการแพทย์ครั้งแรก หน่วยบริการ ที่รับหนังสือส่งต่อผู้ป่วย มีสิทธิได้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่อยู่ในความคุ้มครอง ของบัตรประกันสุขภาพตามหลักเกณฑ์ทุกรายการจากหน่วยบริการที่ส่งต่อผู้ป่วย เมื่อได้แจ้งผลการให้บริการและความจำเป็นต้องมีใบนัดให้ผู้ป่วยไปรับบริการต่อเนื่อง ให้หน่วยบริการที่ส่งต่อทราบล่วงหน้าหรือส่งไปพร้อมกับใบแจ้งเรียกเก็บค่าบริการ ทางการแพทย์

(ข) ในการให้บริการทางการแพทย์ครั้งต่อไปตามใบนัด และไม่มีใบส่งต่อฉบับใหม่อีกหน่วยบริการจะขอเบิกค่าบริการได้เฉพาะค่าบริการ ทางการแพทย์ที่เป็นเคมีหรือยาหรือหัตถการหรือเทคนิคอื่นที่จำเป็นสำหรับโรคหรือ ภาวะ เนื่องจากใบส่งต่อฉบับก่อน เท่านั้น ส่วนค่าบริการทางการแพทย์สำหรับโรค หรือภาวะอย่างอื่นหรือเกิดขึ้นใหม่ และบริการทางการแพทย์นั้นอยู่ในสมรรถนะของ หน่วยบริการซึ่งส่งต่อผู้ป่วยจะทำได้เองจะเบิกไม่ได้ เว้นแต่โรคหรือภาวะนั้นๆ เกิดจาก อุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือจำเป็นต้องให้การบำบัดรักษาโดยรีบด่วน มิฉะนั้น จะเป็นอันตรายอย่างรุนแรงต่อผู้ป่วย

(ค) การขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์ในกรณีส่งต่อให้ขอเบิกเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละครั้งทั้งนี้เพื่อมิให้เป็นภาระแก่หน่วยงานซึ่งเป็นผู้จ่าย

(๕) การส่งต่อโดยไม่มีข้อบ่งชี้ตาม (๑) หรือ การส่งต่อไปรักษาที่หน่วยบริการอื่นนอกจาก (๒) หรือ (๓) หรือการส่งต่อไปโรงพยาบาลเอกชน หรือการส่งต่อไปโรงพยาบาลของส่วนราชการอื่นซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่ได้รับเข้าร่วมโครงการ หน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยต่อต้องเป็นผู้รับผิดชอบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ส่งต่อไปนั่นเองทั้งสิ้น เว้นแต่ จะได้รับความยินยอมจากสำนักงานเงินทุนสาขาที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ ถ้าผู้มีประกันเรียกร้องเอาคืนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้จ่ายไปเพราะเหตุการณ์ส่งต่อครั้งนั้น ให้หน่วยบริการที่รับผิดชอบจ่ายเงินจากเงินของหน่วยบริการนั้นหรือสำนักงานเงินทุนสาขาที่รับผิดชอบจะจ่ายคืนให้ผู้ประกันไปก่อนแล้วหักคืนจากเงินทุนส่วนแบ่งที่หน่วยบริการนั้นจะพึงได้รับ ก็ได้”

ข้อ ๑๖ ให้ยกเลิกความในข้อ ๕๓ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๓๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๕๓ หน่วยบริการจะได้รับค่าบริการทางการแพทย์ที่ให้แก่ผู้มีประกัน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ โดยแยกประเภท ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าบริการด้านอนามัย ได้แก่ บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการอนามัยอื่นที่หน่วยบริการจัดให้แก่ผู้มีประกันในหมู่บ้านและตำบลรับผิดชอบ

(๒) ค่าบริการด้านการรักษาพยาบาลในเขตเครือข่ายหน่วยบริการ

(๓) ค่าบริการด้านการรักษาพยาบาลนอกเขตเครือข่ายหน่วยบริการ ทั้งในและนอกจังหวัดในกรณีส่งต่อผู้ป่วย หรือกรณีผู้มีประกันเกิดความเจ็บป่วย นอกเขตเครือข่ายหน่วยบริการ เช่น เกิดอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือมีความจำเป็น ต้องได้รับการบำบัดรักษาต่อเนื่อง

(๔) ค่าบริการด้านการรักษาพยาบาล กรณีการรักษาพิเศษที่มี ค่าใช้จ่ายสูง

ค่าบริการทางการแพทย์ (๑) (๒) และ (๓) จ่ายโดยสำนักงาน เงินทุนสาขา ส่วนค่าบริการทางการแพทย์ตาม (๔) สำนักงานเงินทุนสาขาและ สำนักงานเงินทุนกลาง ร่วมกันจ่าย”

ข้อ ๑๗ ให้ยกเลิกความในข้อ ๔๔ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๓๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๔๔ ให้หน่วยบริการส่งคำขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์ พร้อมด้วยหลักฐานประกอบไปยังสำนักงานเงินทุนสาขา จังหวัดที่หน่วยบริการสังกัด ทุกเดือน เพื่อสำนักงานเงินทุนสาขานั้นจะดำเนินการตรวจสอบและขอเบิกจ่ายไปยัง สำนักงานเงินทุนสาขาที่เกี่ยวข้อง ทุกเดือน

หลักฐานประกอบคำขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์ ให้เป็นไปตาม ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพกำหนด”

ข้อ ๑๘ ให้ยกเลิกความในข้อ ๔๕ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๓๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๔๕ ให้สำนักงานเงินทุนกลางและสำนักงานเงินทุนสาขา
จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่หน่วยบริการ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข
ว่าด้วยเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพกำหนด แต่ต้องไม่ช้ากว่า ๒ เดือน
ต้องงวด”

ประกาศ ณ วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๒

กร ทัพพะรังสี

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข