กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Department of Health Service Support

คู่มือการดำเนินงาน (Work Flow) ภายในศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ฉบับย่อ)

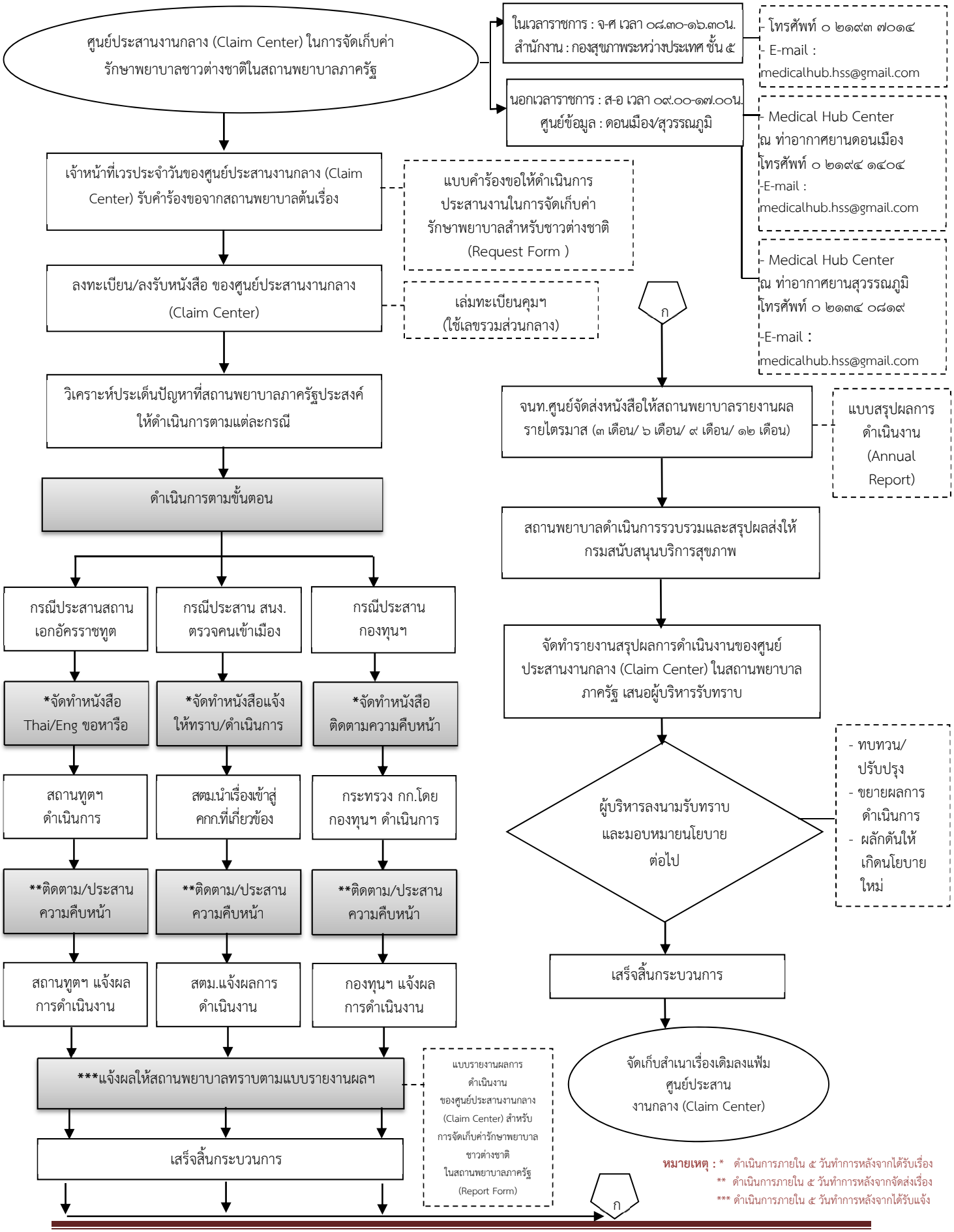
จัดทำโดย
กองสุขภาพระหว่างประเทศ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

สารบัญ

	หน้า
➢ **ลำดับขั้นตอน (Work Flow)**	
๑. กระบวนการปฏิบัติงานภายในศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) ในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลชาวต่างชาติสำหรับสถานพยาบาลภาครัฐ	๓
๒. การให้ความช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษาด้านการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ชาวต่างชาติสำหรับสถานพยาบาลภาครัฐของศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center)	๔
➢ **หมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้ในการติดต่อ**	**๕**
➢ **แบบฟอร์มคำร้อง**	
๑. หนังสือขอความอนุเคราะห์ศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center)	๖
๒. แบบคำร้องขอ (Request Form)	๗
๓. แบบรายงานผลการดำเนินงาน (Report Form)	๘
๔. แบบสรุปผลการดำเนินงาน (Annual Report)	๙

ลำดับขั้นตอน (Work Flow)

(๑) กระบวนการปฏิบัติงานภายในศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) ในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลชาวต่างชาติสำหรับสถานพยาบาลภาครัฐ



หมายเหตุ : * ดำเนินการภายใน ๕ วันทำการหลังจากได้รับเรื่อง
** ดำเนินการภายใน ๕ วันทำการหลังจากจัดส่งเรื่อง
*** ดำเนินการภายใน ๕ วันทำการหลังจากได้รับแจ้ง

ลำดับขั้นตอน (Work Flow)

(๒) การให้ความช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษาด้านการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลชาวต่างชาติสำหรับสถานพยาบาลภาครัฐ ของศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center)

สถานพยาบาลภาครัฐติดต่อขอความช่วยเหลือ/ขอคำปรึกษาด้านประกันต่างประเทศ มายังศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center)

ในเวลาราชการ
- โทรศัพท์ ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๑๔
- E-mail medicalhub.hss@gmail.com

ในเวลาราชการ : จ-ศ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.
สำนักงาน : กองสุขภาพระหว่างประเทศ ชั้น ๕

นอกเวลาราชการ : ส-อ เวลา ๐๙.๐๐-๑๗.๐๐ น.
ศูนย์ข้อมูล : ดอนเมือง/ สุวรรณภูมิ

นอกเวลาราชการ
Medical Hub Center
ณ ท่าอากาศยานดอนเมือง
- โทรศัพท์ ๐ ๒๑๙๔ ๑๔๐๔
- E-mail medicalhub.hss@gmail.com

Medical Hub Center
ณ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ
- โทรศัพท์ ๐ ๒๑๓๔ ๐๘๑๙
- E-mail medicalhub.hss@gmail.com

เจ้าหน้าที่เวรประจำวัน ของศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center)ให้คำแนะนำเบื้องต้นในการตรวจสอบเอกสารจากผู้ป่วยชาวต่างชาติ ดังนี้

๑) สอบถามและขอหลักฐานทางด้านประกันจากผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย เช่น บัตรประกัน/บัตรเครดิต
๒) ตรวจสอบหนังสือเดินทาง/วีซ่า ของผู้ป่วย
๓) หากมีหลักฐานทางด้านประกันให้ติดต่อบริษัทประกันในต่างประเทศตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ระบุในบัตร หรือติดต่อผ่านทาง Assistant company ในประเทศไทย
๔) หากไม่มีหลักฐานทางด้านประกัน ให้ตรวจสอบสิทธิ์อื่นที่ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิ์ได้ เช่น กองทุนช่วยเหลือเยียวยานักท่องเที่ยว/ พรบ.ที่เกี่ยวข้อง/ ประกันพร้อมบัตรเครดิต
๕) หากไม่มีสิทธิ์ใดๆให้แจ้งผู้ป่วยชำระค่ารักษาพยาบาลด้วย เงินสด หรือ บัตรเครดิตเท่านั้น
๖) ดำเนินการรักษาพยาบาลเบื้องต้นไปก่อนจนกว่าจะสามารถตรวจสอบสิทธิ์ หรือเจรจาค่าใช้จ่ายได้

เจ้าหน้าที่ฯ ให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ประสงค์จะให้ติดต่อบริษัทประกันต่างประเทศ เพื่อขอ Guarantee payment

สถานพยาบาลส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและเอกสารประมาณการค่าใช้จ่ายให้เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ ดำเนินการทาง E-mail

- ใบรับรองแพทย์ (ระบุวันที่เข้ารับการรักษา รายละเอียดผลการวินิจฉัย และประวัติการให้การรักษาพยาบาล/การทำหัตถการ/ยา/อื่นๆ)
- เอกสารประมาณค่าใช้จ่ายตลอดการรักษาพยาบาล

เจ้าหน้าที่ฯ ติดต่อ Assistant company ในประเทศไทยเพื่อขอให้ช่วยประสานบริษัทประกันต่างประเทศในการ Guarantee payment

เจ้าหน้าที่ฯ ส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ Assistant company ในประเทศไทยทาง E-mail

เจ้าหน้าที่ฯ รอการตอบกลับจาก Assistant company ในประเทศไทย

เจ้าหน้าที่ฯ แจ้งผลให้สถานพยาบาลทราบทางโทรศัพท์/ E-mail

สถานพยาบาลดำเนินการรักษาตามขั้นตอน และส่งใบวางบิลเบิกให้บริษัทประกัน

เจ้าหน้าที่ฯ ให้ความช่วยเหลือด้านแปลภาษา/แปลเอกสาร ระหว่างกระบวนการ Guarantee payment และวางบิลเบิก

เจ้าหน้าที่ฯ ติดตามสอบถามสถานพยาบาลต้นเรื่องในการเบิกจ่ายเงิน

เจ้าหน้าที่ฯ ลงบันทึกในทะเบียนรายการให้ความช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษาประจำวัน

เล่มทะเบียนรายการฯ (ใช้เลขรวมส่วนกลาง)

เจ้าหน้าที่ฯ รายงานผลการดำเนินการให้ผู้บริหารรับทราบ

เสร็จสิ้นกระบวนการ

หมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้ในการติดต่อ

ศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

****

<u>ในเวลาราชการ</u>

วันจันทร์ - ศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

โทรศัพท์ : ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๔

โทรสาร : ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๓๐

<u>นอกเวลาราชการ</u>

- วันเสาร์ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๗.๐๐ น.

  Medical Hub Center ณ ท่าอากาศยานดอนเมือง

  โทรศัพท์ : ๐ ๒๑๙๔ ๑๔๐๔

  โทรสาร : ๐ ๒๑๙๔ ๑๔๐๔
- วันอาทิตย์ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๗.๐๐ น.

  Medical Hub Center ณ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ

  โทรศัพท์ : ๐ ๒๑๓๔ ๐๘๑๙

  โทรสาร : ๐ ๒๑๓๔ ๐๘๑๙

****

สายด่วน : ๐ ๒๑๙๓ ๗๙๙๙

E-mail : medicalhub.hss@gmail.com

Website : www.thailandmedicalhub.net

- แบบฟอร์มคำร้อง -

ที่ สธ .....

ส่วนราชการ.....

.....

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสำหรับชาวต่างชาติ

เรียน อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ผ่านผู้อำนวยการกองสุขภาพระหว่างประเทศ)

สิ่งที่สิ่งมาด้วย แบบคำร้องขอ (Request Form) จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยโรงพยาบาล..... จังหวัด..... สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์ศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ดำเนินการประสานงานในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสำหรับชาวต่างชาติ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

(หน่วยงานเจ้าของเรื่อง)
โทร.....
โทรสาร.....
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) ในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลชาวต่างชาติ ในสถานพยาบาลภาครัฐ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
โทร ๐๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๔ โทรสาร ๐๒๑๔๙๕๖๓๐
สายด่วน ๐๒๑๙๓ ๗๙๙๙ email : medicalhub๗๐๒@gmail.com

วันที่ศูนย์ฯ รับเรื่อง.....
หมายเลขรับเรื่อง.....
เจ้าหน้าที่รับเรื่อง.....

แบบคำร้องขอให้ดำเนินการประสานงานในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสำหรับชาวต่างชาติ
(Request Form)

๑. ข้อมูลสถานพยาบาล

ชื่อผู้แจ้ง นาย/ นางสาว/ นาง ชื่อ.....นามสกุล.....
เลขประจำตัวประชาชน.....อายุ..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

<u>กรณีนิติบุคคล</u>

ชื่อสถานพยาบาล.....เลขที่ตั้ง.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....

๒. เรื่องที่ต้องดำเนินการ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ ติดตามค่าค้างชำระ ☐ ประสานสถานเอกอัครราชทูต
☐ ประสานสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง ☐ ประสานกองทุน ตาม พรบ./ระเบียบที่เกี่ยวข้อง
☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๓. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ- สกุล.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....
หมายเลขหนังสือเดินทาง.....เข้ารับการรักษาด้วยอาการ.....
เมื่อวันที่.....เสร็จสิ้นการรักษาเมื่อวันที่.....
จำนวนค้างชำระ.....บาท สาเหตุ.....
.....

๔. เอกสารประกอบยื่นคำร้อง

☐ สำเนาหนังสือเดินทาง
☐ ใบรายงานความเห็นทางการแพทย์
☐ สำเนาใบลงวันทึกประจำวัน
☐ หนังสือมอบอำนาจ
☐ หลักฐานการค้างชำระค่ารักษาพยาบาล จำนวน.....รายการ
☐ เอกสารอื่น ๆ ที่จะเป็นประโยชน์ในการประสานงาน จำนวน.....รายการ

๕. รายละเอียดประกอบการยื่นคำร้อง *(สามารถแนบเป็นเอกสารได้)*

.....
.....
.....
.....
.....

ผู้ยื่นคำร้อง.....
(.....)
วันที่...../...../.....

แบบรายงานผลการดำเนินงาน (Report Form)

ของศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) สำหรับการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลชาวต่างชาติ
ในสถานพยาบาลภาครัฐ

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

○ ยังไม่เริ่มดำเนินการ
เนื่องจาก.....

○ อยู่ระหว่างดำเนินการ โดยได้ดำเนินงานต่าง ๆ แล้ว ดังนี้

.....
.....
.....
.....

○ ดำเนินโครงการแล้วเสร็จ โดยมีผลการดำเนินงาน ดังนี้

๑. วันที่ดำเนินการ
.....

๒. ผลการดำเนินการ

.....
.....
.....
.....
.....

๓. ปัญหา/อุปสรรคและแนวทางแก้ไข

.....
.....
.....

ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....ผู้รายงาน
(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน
(.....)
ตำแหน่ง .....

แบบสรุปผลการดำเนินงาน (Annual Report)

๑. ข้อมูลสถานบริการ โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

☐ รอบ ๓ เดือน ☐ รอบ ๖ เดือน
☐ รอบ ๙ เดือน ☐ รอบ ๑๒ เดือน

๒. ข้อมูลผู้รับบริการชาวต่างชาติ

ที่	ชื่อ-นามสกุล	Passport No.	สัญชาติ	วันที่รับการรักษา	วันที่จำหน่ายกลับ	ค้างชำระ (บาท)	คำร้องขอให้ศูนย์ฯ ดำเนินการ	ผลการดำเนินการ	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่...../...../.....