

บันทึกข้อความ

โรงพยาบาลอรัญประเทศ เลขรับที่ 4550 วันที่ 12 ก.ศ. ๒๒ เวลา 16:15

ส่วน ที่ ส	ราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว (กลุ่มงานประกั ก ๐๐๓๓.๐๐๕/ว ๒๔๖๓ วันที่ ๑๒	กันสุขภาพ) โทร o ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ ต่อ ๑ กันยายน ๒๕๖๕)OK
เรื่อง	ขอให้ตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับ	นผู้ไร้สิทธิเนิกค่ารักษาพยาบาลโรคโควิ	ዎ
เรียน	ดส (COVID-ดส) ปึ่งบประมาณ ๒๕๖๕ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป และผู้อำนวยการโรงพยาบาล	าลชุมชน ทุกแห่ง	*********

๑.เรื่องเดิม

ตามที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้หน่วยบริการในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ไร้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เร่งส่งข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่รักษาหรือจำหน่าย ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๕ และข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่รักษาหรือ จำหน่ายตั้งแต่วันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๕ ให้เป็นปัจจุบัน ทางโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ผ่านเว็บไซต์กองทุน ประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ https://state.moph.go.th นั้น

๒.ข้อเท็จจริง

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ตรวจสอบข้อมูล พบว่า มีข้อมูลที่อยู่ในสถานะที่ไม่ สามารถจ่ายชดเชยได้จำนวนมาก ได้แก่ ปฏิเสธการจ่าย และให้ตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูล จึงขอให้หน่วยบริการ ตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ไร้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ปึงบประมาณ ๒๕๖๕ ถ้าพบอยู่ในสถานะข้างต้น และหากประสงค์จะอุทธรณ์ ขอให้ ดำเนินการตามขั้นตอนการอุทธรณ์ ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ ทั้งนี้ หากพ้นกำหนดระยะเวลาจะถือ ว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ขอรับการชดเชยดังกล่าว

๓. ข้อพิจารณา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว จึงขอให้หน่วยบริการทุกแห่งดำเนินการตรวจสอบ ข้อมูล หากพบข้อมูลอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถจ่ายชดเชยได้ ให้ดำเนินการตามขั้นตอนการอุทธรณ์ ให้แล้วเสร็จ ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ รายละเอียดตามที่แนบมาพร้อมหนังสือนี้

๔.ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

เรียน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ	and I
1	เพื่อโปรดทราบ	(นายุอิทธิพล อุดตมะปัญญา)
/	เพียโปรพหิชารณา	นายแพทย์ช้ำนาญการพิเศษ(ด้านเวชกรรม)
1	เห็นควรมอบ	ปฏิบัติราชการแทบ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
	อื่นๆ	74.8
	15 vo. 92	2
	200.60	(นายราเชษฎ เชิงพนม)
	(//	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ
		1 3 ໗. ຍ. 2565

में तर ०७००.००/वे रिभक्षा

ลำนักงานลาธารณสุขจังหวัดสระแก้ วับเลขที่ <u>VIVS</u> วับที่ **0** 7 NE **2565**

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

ว ไ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอให้ตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ไร้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาน้ำลิโร**จโกรี จะกัน** (COVID-19) ปังบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

อ้างถึง หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด่านที่สุด ที่ สธ ๐๒๑๐.๐๖/ว ๒๗๖๕ ลงวันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๕

ตามหนังสือที่อ้างถึง ขอให้หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ไร้สิทธิเปิกค่ารักษาพยาบาล โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ปึงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ข้อมูลการรักษาหรือจำหน่ายตั้งแต่ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๕ เร่งส่งข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ และข้อมูลการรักษาหรือจำหน่ายตั้งแต่วันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๕ ขอให้ส่งข้อมูลเป็นบัจจุบัน ทางโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ผ่านเว็บไซต์กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ https://state.moph.go.th ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ สำนักงานปลัตกระทรวงสาธารณสุขได้ตรวจสอบแล้ว พบว่า มีข้อมูลที่อยู่ในสถานะ ที่ไม่สามารถจ่ายชดเชยได้จำนวนมาก ได้แก่ ปฏิเสธการจ่าย และขอให้ตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูล จึงขอให้ หน่วยบริการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ไร้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลโรคโควิด 19 (COVID-19) ปึงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ถ้าพบอยู่ในสถานะข้างต้น และประสงค์จะอุทธรณ์ ขอให้ดำเนินการ ตามขั้นตอนการอุทธรณ์ข้อมูลผู้ไร้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณี COVID – 19 ปึงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ หากเกินกำหนดระยะเวลาถือว่าไม่ประสงค์ขอรับการชดเชยตังกล่าว รายละเอียดตาม QR Code ที่ปรากฏท้ายหนังสือฉบับนี้

🖫 🗚 🕾 🐧 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการแจ้งหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องต่อไป

मार्का स्वाम (अपेष्ट) वे से मान्या अप स्टार्ट के क्षेत्र के प्रमाण करते हैं के स्वाम करते हैं के क्षेत्र के स्वाम करते हैं के स्वाम करते

menyelminde og grellnen #2565 Miller forning meling for en ellen en elle Mellen igt mellen en ellen en elle Get populet melle sø amerikets.

- Profite ales or Profite or Set. Shill from

ขอแสดงความนับถือ

(บายสุระ วิเศษศึก**ต์)** รองปลัดกระพรวงสาธารณ**สุง**

รองบลคกรมทรวงสาธารณ**สุข** ปฏิบัติราชการแทน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โพร ๑ ๒๕๙๐ ๓๕๙๙

โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๑๕๗๗ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๕๖๘ ผัประสานงาน นางสาวโชติกา น้อยนวน 10 /15 ·

ขึ้นตอนการอุทธรณ์ข้อมูล https://moch.cc/xKst5hCF9

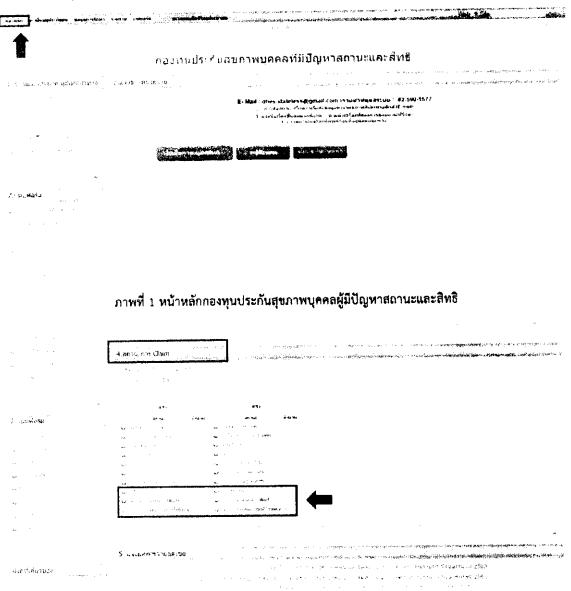
พรายุกำเนินพร (ควนามะคั้ว)

(บายถึงหลังเล อุดงบลบัลเกม)

บายแพทย์ชำนาญการพิเศษ(ด้วนเวชกรรม) ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาชารณสุขจังหวัดสระแก้ว

อนการอุทธรณ์ข้อมูลผู้ไร้สิทธิเบ็กคำรักษาพยาบาลกรณี COVID - 19 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

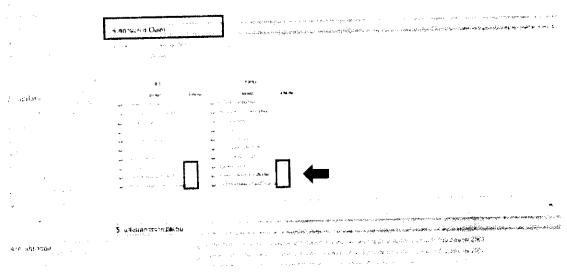
1. เข้าเว็บไซต์กองทุนประกันสุขภาพบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ http://state.moph.go.th โดยยืนยัน ตัวตนเพื่อเข้าสู่ระบบ (Log in) ในหน้าหลัก และเลื่อนดูข้อ 4. สถานะการ Claim



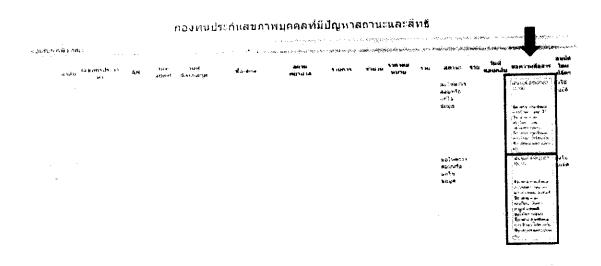
ภาพที่ 2 หน้าหลัก ข้อ 4 สถานะการ Claim

2. เลือกงวดขึ้นทะเบียน "ปีงบประมาณ 2565 รองรับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ไร้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณี COVID – 19" เลือกกองทุน (จังหวัด) และเลือกหน่วยบริการของตนเอง กรณีมีข้อมูลสถานะปฏิเสธการจ่าย หรือขอหลักฐานเอกสารเพิ่มเติม หรือขอให้ตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูล จะปรากฏตัวเลขแสดงจำนวนรายการ ตามสถานะนั้น ๆ

3. เลือกตัวเลขที่แสดงจำนวนสถานะของข้อมูล ตรวจสอบข้อความสื่อสารที่ส่วนกลางแจ้งรายละเอียด เลือกปุ่มอุทธรณ์ จะปรากฏตารางขออุทธรณ์เคลมด้านล่างสุดของหน้า ให้หน่วยบริการระบุข้อมูลรายละเอียด เหตุผลเบื้องต้นในการยื่นอุทธรณ์ และเมื่อกดปุ่มตกลง สถานะของการเคลมจะกลับเป็น "ยังไม่มีการตอบกลับ"

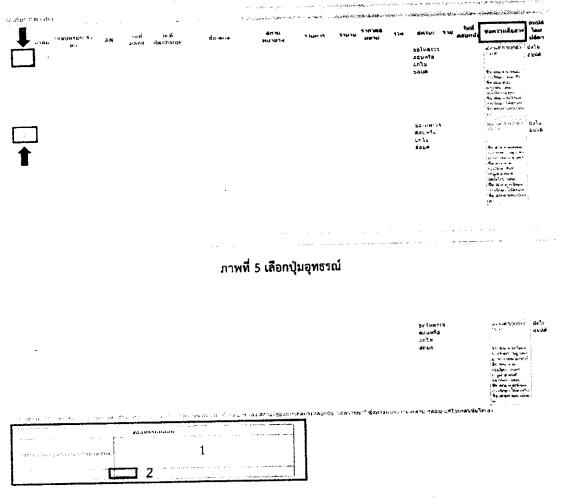


ภาพที่ 3 เลือกตัวเลขที่แสดงจำนวบสถานะของข้อมูล



ภาพที่ 4 ตรวจสอบข้อความสื่อสารที่ส่วนกลางแจ้งรายละเอียต

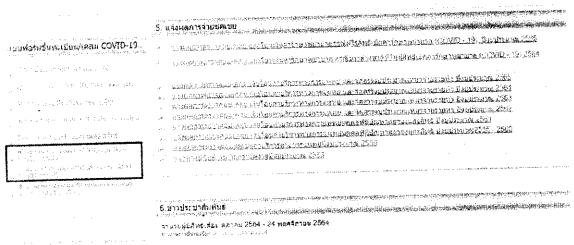
กองทุนประกับสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ



ภาพที่ 6 ระบุข้อมูลรายละเอียดที่ต้องการอุทธรณ์ เช่น ขอแก้ไขรหัสโรคเป็น... ขอแก้ไขค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษาเป็น... ขอแก้ไขชื่อ - สกุลให้ตรงกับทะเบียน เป็นต้น และเมื่อกดปุ่มตกลง สถานะของการเคลมจะกลับเป็น "รอพิจารณา" ซึ่งทางหน่วยงานจะตรวจสอบ แก้ไข และตรวจสอบเคลมต่อไป

the state of the s

4. กรณีไม่พบปุ่มอุทธรณ์ หน่วยบริการต้องจัดทำแบบฟอร์มการขออุทธรณ์ IPD / OPD บุคคลไร้สิทธิ COVID-19 ปี 65 บันทึกรายละเอียดให้ครบทุกช่อง โดยต้องระบุรายละเอียดที่ต้องการแก้ไขให้ชัดเจน และส่งทาง ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ dhes.stateless@gmail.com



ภาพที่ 7 แบบฟอร์มการขออุทธรณ์ IPD / OPD บุคคลไร้สิทธิ COVID-19 ปี 65

5. ส่วนกลางจะทำการตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลตามที่หน่วยบริการแจ้ง และทำการจ่ายชดเชย ค่ารักษาพยาบาลต่อไป

นุกาศตร์นอยสุดสุดมหูกที่สุดมายกายกายกายกายหลังสิดชื่อใหล่กลักษาพยานาล ในบบระบาณ พ.ศ. 2565

> ซื้อผู้ประสามงาน : ซึ่ยโรงพยาบาล

INSPINAL: **อั**สหวัติ

INTARTS:

2. มูก่นากบ้านที่เข้าริบการรักษาและวับที่จำหน่าย หมายเหตุ: เ ขณิหับเรือรูลให้ครบทุกช่อง****

(รับภเดียน/ปี) สรุน 1/12565

รายกะเนียดการอุพธรณ์	บันทีกเฉพาะรายละเอียด/ชื่อมูลใ หม่ ที่ขอมกัน/หันเสิมเท่านั้น			The state of the s		A commence of the same of the		
รมคนร	รายสมาชิยค/ชัยมูลเพิ่ม							
	ระบุสถานะของข้อมูล (สถานะโด) เช่น ขอให้คราจสอบหรือแก็เจข้อมูล/ ขอเอกสารหลักฐานเพิ่มเติม(ปฏิเสธ	10 () () () () () () () () () (and the second s					
	รายการที่ชอเบิก (ชื่อรายการที่ชอเบิก)	And the second s	oberty produced and the state of the state o		***************************************			
	รพัสรายการ ที่ขอเบิก (Claim code)							
	ว ต ป ที่ส่งชื่อมูก เข้าระบบ (วันที่วางเคลม)				Anna			
	วันที่จำหน่าย (วัน∧ดือน∧ี่ปี)							
	รับที่เข้ารับการรักษา (รับงดีอน/ปี)							
	Iaun AM					And the second section of the second section s	The state of the s	
	เลชปาะจำตัว 13 หลัก	the state of the s						
	\$ 9-91/8				A CARLON CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE PART		panament of the state of the st	
	33,		1	T				

: MAIDLINE

า ขอให้เปลือนูตให้ครบทุกช่อง****

2. รูปแบบวันที่เจ้ารับการรักษาและวันที่จำหน่าย

(วันภูลิยมกิ) เช่น 1/1/2565

แบบหอรมการขออุทธรณ์ชดเซยคารักษาพยาบาลบุคคณีให้สีทธิ์เปกคำรักษาพบาบาล ปิงเกโระมาณ พ.ค. 2565

หมาย (2) 11 การกรรมสาราย การกราชสมบัติ สมหานักเทรา กรุงกรมการกรรษ หมู่พระสมบัติเกราะกรรมสมบัติการกรมมีผู้เลื่อ รา

ใหรสาร

J'SWZB ซื้อโรงพยาบาล :

โทรศัพท์

ฮือผู้ประสานงาน :

หมายเพลุ : 1. ขอให้บันศึกข้อมูลให้ครบทุกข้อง 2 รูบฉบบรับที่เช้ารับการรักษาและรับที่จำหน่าย (รับ/เดือนก์ใ) เช่น 1/1/2565

รายละเอียคการอุทธรณ์	บันทึกเฉพาะรายละเอียง/จัอมูลใหม่ พีซอนกิ[ซ/เพิ่มเพิ่มเท่านั้น									
	ราชละเอีย ง/ ชื่อมูลเดิม									
ระบุสถานะของข้อมูต (สถานะโด)	- 1									
	(ระบุชื่อรพัสรายการ รพัสรายการที่ขอเบิก ตามโปรนกรม (Claim code) E-Claim)									
รายการพื้นอนุโก										1
	ว ค ป ที่สงข้อมูล เข้าระบบ (วันที่วางเคลม)									
	วันที่รับบริการ (วันภ.คือนภ์))									
	NH Kanaga									
	เลชประจำตัว 13 หลัก									
	ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย									
t	ลำคับ									

: ผมาดเสม

- 1. ซอให้บันทึกซ้อมูลให้ครบทุกช่อง****
- 2. รูบแบบวันที่เข้ารับการรักษาและวันที่จำหน่าย (วัน/เดือน/ปี) เช่น 1/1/2565