



ที่ ศก ๐๐๓๒.๐๐๕/๗ ๕๕๕๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ  
ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษ์ ศก ๓๓๐๐๐

๑๕ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง แจ้งปิดงดการรับข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ  
ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรลักษ์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. แบบฟอร์มการขออุทธรณ์ชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ประเภทผู้ป่วยใน (IPD) จำนวน ๑ ชุด  
๓. แบบฟอร์มการขออุทธรณ์ชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ประเภทผู้ป่วยนอก (OPD) จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ได้แจ้งให้หน่วยบริการที่ได้ให้บริการด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ ส่งข้อมูลการขอเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ทางโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ ตามโครงสร้างชุดข้อมูลที่กำหนด หรือ บันทึกข้อมูล (Key In) ผ่านเว็บไซต์กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ <http://state.cfo.in.th> นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ขอให้ท่านแจ้งผู้รับผิดชอบส่งข้อมูลบริการบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔) เพื่อขอเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ และจะทำการปิดรับข้อมูลในวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุรเดช ชวะเดช)  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มงานประกันสุขภาพ

โทรศัพท์ ๐-๔๕๖๑-๖๐๔๐ ต่อ ๓๑๐

โทรสาร ๐-๔๕๖๑-๖๐๔๒

ผู้ประสานงาน นางสาวลักษณ ไซโยค โทรศัพท์ ๐๙-๑๙๖๑-๙๓๖๑

กำหนดการจ่ายชดเชยบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ  
ส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกค่ารักษาพยาบาลทางโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์  
กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อมูลการรักษาระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔

การดำเนินงาน	ระยะเวลา
๑. ส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกชดเชย และตัดยอดข้อมูลเพื่อประมวลผลจ่าย	ภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔
๒. ปิดการรับข้อมูล	วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔
๔. ตอบกลับผลการตรวจสอบเคลมในระบบ	ภายใน ๕ วันทำการ หลังจากส่งข้อมูลเข้าระบบ
๕. จัดทำรายงานและแจ้งผลการตรวจสอบเคลมทางเว็บไซต์กองทุนฯ	ภายในวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๔
๖. การแก้ไขข้อมูลหลังจากแจ้งผลการตรวจสอบเคลม - กรณีอุทธรณ์/แก้ไขข้อมูลให้ส่งแบบฟอร์มการขออุทธรณ์ (ดาวน์โหลดจากหน้าเว็บไซต์กองทุนฯ) และส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ dhes.stateless@gmail.com	ภายในวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๔
๗. ขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน และโอนเงิน	ภายในวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

หมายเหตุ : ๑. กรณีอุทธรณ์ เป็นข้อมูลที่ส่งเข้าระบบสมบูรณ์ มีสถานะขอเอกสาร/หลักฐานเพิ่มเติม ขอให้ตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูล ปฏิเสธการจ่าย หรือได้รับการจ่ายชดเชยแต่เห็นแย้งกับผลการจ่ายชดเชย หน่วยบริการสามารถตรวจสอบและอุทธรณ์ผ่านเว็บไซต์กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ โดยเลือกหน้าหลัก ข้อ ๔ สถานะการ Claim เลือกตัวเลขด้านหลังสถานะดังกล่าว และเลือกปุ่มอุทธรณ์เพื่อแก้ไข เพิ่มเติมข้อมูล หรือรายละเอียดตามข้อความสื่อสารที่แจ้งในระบบ หรือดาวน์โหลดแบบฟอร์มที่กำหนดหน้าหลัก ข้อ ๒ แบบฟอร์ม หัวข้อแบบฟอร์มการขออุทธรณ์ IPD หรือ OPD พร้อมบันทึกข้อมูลให้ครบทุกช่องส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ dhes.stateless@gmail.com

๒. ระยะเวลาอาจเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม



