

ที่ ศก ๐๗๓๓/ว ๒๕๖



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

ตำบลสี อำเภอขุนหาญ

จังหวัดศรีสะเกษ ๓๓๑๕๐

๑๗ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง แนวทางการแก้ไขข้อมูลการให้บริการกรณีไม่ได้พิสูจน์ตัวตนเข้ารับบริการ (Authentication) สำหรับบริการแพทย์แผนไทย (ติด TT๐๓๓), บริการฟื้นฟูและอุปกรณ์สำหรับคนพิการ (ติด DSo๒๗) และบริการกัญชา (ติด CB๓๔๙)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ลงวันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๖

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ ได้รับแจ้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๐ อุบลราชธานี กรณีประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนให้มีกลไก กำกับ ติดตาม ทั้งก่อนจ่ายและหลังจ่ายชัดเจน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้กำหนดให้มีการพิสูจน์ตัวตนเข้ารับบริการ (Authentication) และแนบเอกสารข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ(ไม่พบการ Authentication) โดยแนบเอกสารได้ถึงวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๖ นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จึงขอแจ้งผู้เกี่ยวข้องและดำเนินการต่อไป ตามรายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิสิฐศักดิ์ สิริยานนท์)

สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

งานเทคโนโลยีสารสนเทศ

โทรศัพท์ ๐ ๔๕๖๖ ๙๒๓๒



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
วันที่ ๒๕/๑๒/๒๕๖๖
เรื่อง ๒๕๖๖

ที่ ศก ๐๐๓๓.๐๐๕/๑๕๓๓๓

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษ์ ศก ๓๓๐๐๐

กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง แนวทางการแก้ไขข้อมูลการให้บริการกรณีไม่ได้พิสูจน์ตัวตนเพื่อเข้ารับบริการ (Authentication) สำหรับบริการแพทย์แผนไทย (ติด TT๐๓๓), บริการฟื้นฟูและอุปกรณ์สำหรับคนพิการ (ติด DS๐๒๗) และบริการกัญชา (ติด CB๓๔๔)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรลักษ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และสาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบหนังสือรับรองการให้บริการ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒. แบบแสดงรายการข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ได้รับแจ้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๐ อุบลราชธานี กรณีประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนให้มีกลไก กำกับ ติดตาม ทั้งก่อนจ่ายและหลังการจ่ายชัดเจน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้กำหนดให้มีการ พิสูจน์ตัวตนเพื่อเข้ารับบริการ (Authentication) ในบริการที่กำหนด แต่จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าหน่วย บริการไม่ได้ทำการ Authentication เป็นจำนวนมากและได้ขออุทธรณ์การขอรับค่าใช้จ่ายกรณีข้อมูลไม่ผ่านการ ตรวจสอบ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ดำเนินการพัฒนาโปรแกรมเพื่อเป็นช่องทางให้หน่วยบริการ สามารถขออุทธรณ์กรณีดังกล่าว สำหรับสำหรับบริการแพทย์แผนไทย (ติด TT๐๓๓), บริการฟื้นฟูและอุปกรณ์ สำหรับคนพิการ (ติด DS๐๒๗) และบริการกัญชา (ติด CB๓๔๔)

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ขอให้ท่านแจ้งผู้รับผิดชอบดำเนินการผ่านทาง <http://appeal349.nhso.go.th/login/> พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ๑. หนังสือรับรองการให้บริการลงนามโดยผู้อำนวยการของหน่วยบริการ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑)
- ๒. ไฟล์เอกสารรายละเอียดข้อมูลบริการระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ (ไม่พบการ Authentication) ตามรูปแบบที่กำหนด (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒)

โดยสามารถแนบเอกสารได้ถึงวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๖

เรียน สาธารณสุขอำเภอฯ จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป
-เพื่อโปรดทราบ

...เสร็จสิ้นแล้ว...
กลุ่มงานประกันสุขภาพ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิเชษฐ์ อมเจริญ)

(นายวิเชษฐ์ อมเจริญ)
สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

โทรศัพท์ ๐-๔๕๖๑-๖๐๔๐ ต่อ ๓๑๐ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
โทรสาร ๐-๔๕๖๑-๖๐๔๒ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผู้ประสานงาน นางสาวลักขณ์ ไชยโชค โทรศัพท์ ๐๙-๑๙๖๑-๙๓๖๑

ในนาม ๒๖ ๑๗๑๑ ๒๖๖๖

๒๕ ก.ย. ๒๕๖๖



ที่

โรงพยาบาล.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขออุทธรณ์ข้อมูลการจ่ายชดเชยเนื่องจากไม่ได้ยื่นยันตัวตนก่อนให้บริการสำหรับบริการแพทย์แผนไทย (TTo๓๓) ,บริการฟื้นฟูและอุปกรณ์สำหรับคนพิการ (DS๐๒๗) และบริการกัญชา (CB๓๔๙)

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารยืนยันการจัดบริการและไม่ได้ขอเลขยืนยันตัวตน จำนวน.....รายการ
ด้วย โรงพยาบาล.....จังหวัด.....รหัสหน่วยบริการ.....

ได้มีการให้บริการ

(.....) สำหรับบริการแพทย์แผนไทย (TTo๓๓) , จำนวน.....รายการ

(.....) บริการฟื้นฟูและอุปกรณ์สำหรับคนพิการ (DS๐๒๗) จำนวน.....รายการ

(.....) บริการกัญชา (CB๓๔๙) จำนวน.....รายการ

แก่ผู้มีสิทธิ โดยไม่ได้ขอ Authentication หรือมีการขอ Authentication ผิดประเภท ทำให้ข้อมูลบริการดังกล่าว
ไม่ผ่านการตรวจสอบ ดิจิต TTo๓๓/ DS๐๒๗/CB๓๔๙ นั้น

ในการนี้ข้าพเจ้าตำแหน่ง.....ขอรับรองว่า

โรงพยาบาล.....ได้มีการให้บริการดังกล่าวแก่ผู้มีสิทธิจริง ตามเอกสารที่ส่งมาด้วย จึงขอให้

หน่วยงานของท่านได้พิจารณาจ่ายชดเชยแก่โรงพยาบาลด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ชื่อผู้ประสานงาน

โรงพยาบาล

โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อยังได้

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

	A	B
1	Transit	
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		