

ที่ สปสช.๐๖ /ร.๐๐๐๘

๑๕ มีนาคม ๒๕๕๒

เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการขออุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๕๒

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตทุกเขต / ผู้อำนวยการหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกแห่ง


สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางปฏิบัติในการอุทธรณ์การจ่ายชดเชย ปีงบประมาณ ๒๕๕๒ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการพิจารณาจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการต่าง ๆ ที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการบริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๒ นั้น

เนื่องจากในปีงบประมาณ ๒๕๕๒ ได้มีการเปลี่ยนแปลงโปรแกรมในการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย ฯ มาเป็นโปรแกรม e-Claim พร้อมทั้งได้มีการพัฒนาระบบการอุทธรณ์การจ่ายชดเชยให้เป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์โดยหน่วยบริการสามารถขออุทธรณ์ผ่านทางโปรแกรม e-Claim ได้เช่นเดียวกับการขอแก้ไขข้อมูล แต่ทั้งนี้ เนื่องจากการพิจารณาข้อมูลการขออุทธรณ์การจ่ายชดเชยมีความซับซ้อน ในระยะแรกจึงจำเป็นต้องพิจารณาเอกสาร/หลักฐานประกอบเพื่อยืนยันข้อมูลที่ถูกต้องในการขออุทธรณ์ด้วย สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ จึงขอแจ้งแนวทางปฏิบัติในการขออุทธรณ์การจ่ายชดเชยในปีงบประมาณ ๒๕๕๒ รายละเอียดตามสิ่งที่มาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาแจ้งผู้เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายอรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ)

ผู้อำนวยการสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ

ปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ

โทรศัพท์ ๐ ๒๑๔๑ ๔๐๗๖

ผู้รับผิดชอบ นางอัญชลี หอมหวล

## แนวทางปฏิบัติในการอุทธรณ์การจ่ายชดเชย ปีงบประมาณ ๒๕๕๒

ตามที่ในปีงบประมาณ ๒๕๕๒ มีการเปลี่ยนแปลงโปรแกรมในการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข มาเป็นโปรแกรม e-Claim พร้อมทั้งได้มีการพัฒนาระบบการอุทธรณ์การจ่ายชดเชยให้เป็น ระบบอิเล็กทรอนิกส์โดยหน่วยบริการสามารถขออุทธรณ์ผ่านทางโปรแกรม e-Claim ได้เช่นเดียวกับการขอ แก้ไขข้อมูล แต่ทั้งนี้ เนื่องจากการพิจารณาข้อมูลการขออุทธรณ์การจ่ายชดเชยมีความซับซ้อน ในระยะแรก จำเป็นต้องพิจารณาเอกสาร/หลักฐานประกอบเพื่อยืนยันข้อมูลที่ถูกต้องในการขออุทธรณ์ด้วย สำนักบริหาร การชดเชยค่าบริการจึงขอแจ้งแนวทางปฏิบัติในการขออุทธรณ์การจ่ายชดเชยในปีงบประมาณ ๒๕๕๒ ดังต่อไปนี้

### ● คำนิยาม

การอุทธรณ์การจ่ายชดเชย หมายถึง การขอแก้ไขข้อมูลภายหลังวันตัดยอดข้อมูลตามที่กำหนดในคู่มือ แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๕๒ ซึ่งรวมถึงกรณีที่หน่วย บริการได้รับการปฏิเสธการจ่ายชดเชย หรือ หน่วยบริการมีความเห็นแย้งกับผลการพิจารณาจ่ายชดเชย ทั้งกรณี ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

### ● หลักเกณฑ์

#### ๑. กรณีการอุทธรณ์ ได้แก่

๑.๑ เป็นการขอแก้ไขข้อมูลภายหลังวันตัดยอดข้อมูลตามที่กำหนดในหนังสือคู่มือแนวทางปฏิบัติ ในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๕๒

๑.๒ เป็นการขออุทธรณ์ภายหลังได้รับทราบรายงานการจ่ายเงินชดเชยค่าใช้จ่าย ทั้งกรณีถูก ปฏิเสธการจ่ายชดเชย และกรณีได้รับการจ่ายชดเชยแต่หน่วยบริการเห็นแย้งกับผลการจ่ายชดเชย

๒. การอุทธรณ์กำหนดให้ขออุทธรณ์โดยการแก้ไขข้อมูลทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านโปรแกรม e-Claim และส่งเอกสาร/หลักฐานมายืนยันการขออุทธรณ์

๓. ระยะเวลาในการอุทธรณ์ กำหนดเป็นภายในเวลา ๓๐ วัน (รวมวันหยุดราชการ) โดยนับจาก วันที่ สปสช.แจ้งรายงานการจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข (วันที่ปรากฏข้อมูลการจ่ายชดเชยใน [www.nhso.go.th/acc](http://www.nhso.go.th/acc))

### ● วิธีดำเนินการกรณีอุทธรณ์

เมื่อหน่วยบริการพบว่าข้อมูลที่ส่งมายัง สปสช. มีความผิดพลาดและต้องการแก้ไขข้อมูลนั้น แต่ เนื่องจากการขอแก้ไขข้อมูลภายหลังวันที่ สปสช.ตัดยอดข้อมูลของเดือนนั้นเรียบร้อยแล้ว หรือหลังจาก หน่วยบริการได้รับทราบและตรวจสอบข้อมูลการจ่ายเงินชดเชยจากรายงานการจ่ายเงินชดเชยค่าใช้จ่ายแล้ว และพบว่ามิข้อมูลที่ได้รับการปฏิเสธการจ่าย หรือ ได้รับการจ่ายชดเชยแต่หน่วยบริการมีความเห็นแย้งกับผล การจ่ายชดเชยนั้น หน่วยบริการสามารถดำเนินการขออุทธรณ์ ดังนี้

๑. หน่วยบริการขอแก้ไขข้อมูลในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านทางโปรแกรม e-Claim โดยปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการขออุทธรณ์ข้อมูล (e-Appeal) ของสำนักบริหารสารสนเทศการประกัน ซึ่งหน่วยบริการสามารถ download ได้จาก <http://eclaim.nhso.go.th>

๒. หน่วยบริการส่งหนังสือขออุทธรณ์ โดยใช้แบบฟอร์ม FM-06-009 กรณีผู้ป่วยนอกและแบบฟอร์ม FM-06-010 กรณีผู้ป่วยใน พร้อมทั้งแนบเอกสาร/หลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาอุทธรณ์ตามแต่ละกรณี รายละเอียดตามหัวข้อเอกสาร/หลักฐานประกอบการขออุทธรณ์

ทั้งนี้ในการส่งเอกสาร/หลักฐานประกอบการขออุทธรณ์แต่ละกรณี ขอให้หน่วยบริการส่งมายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใน ๑๕ วันหลังจากแก้ไขข้อมูล e-Appeal ผ่านโปรแกรม e-Claim

๓. สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการจะแจ้งผลการพิจารณาอนุมัติการขออุทธรณ์ให้หน่วยบริการทราบในรูปแบบเอกสารตามหนังสือขออุทธรณ์ของหน่วยบริการ

๔. สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ จะพิจารณาข้อมูลอุทธรณ์ที่หน่วยบริการบันทึกผ่านทาง e-Appeal เมื่อได้รับเอกสารที่หน่วยบริการขออุทธรณ์ และจะออกรายงานการจ่ายชดเชยกรณีอุทธรณ์เป็นรายไตรมาส

อนึ่ง ภายหลังจากการขออุทธรณ์ข้อมูลทาง e-Appeal แล้ว หากหน่วยบริการไม่ส่งเอกสาร/หลักฐานมายัง สปสช. ภายใน ๕๐ วัน จะถือว่าหน่วยบริการไม่ได้ขออุทธรณ์ สปสช. จะใช้ข้อมูลเดิมก่อนการแก้ไขทาง e-Appeal เป็นข้อมูลที่ถูกต้อง

ทั้งนี้ การขออุทธรณ์ข้อมูลตามแนวทางปฏิบัติดังกล่าวข้างต้น เริ่มใช้สำหรับข้อมูลการให้บริการตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ เป็นต้นมา

● เอกสาร/หลักฐานประกอบการขออุทธรณ์ในแต่ละกรณี

| ลำดับ<br>ที่ | กรณี<br>Deny | คำอธิบาย   | การดำเนินการ/<br>เอกสาร/หลักฐานประกอบการขออุทธรณ์  |
|--------------|--------------|--|--|
| 1            | A01          | -หน่วยบริการที่รักษา และหน่วย<br>บริการประจำ อยู่ <u>กองทุนจังหวัด</u><br>เดียวกัน | ตรวจสอบการบันทึก PID , วันรักษา,สิทธิ ณ วัน<br>รักษา หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน<br>ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนาการตรวจสอบสิทธิหน้า web ณ วันรักษา<br>- สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้าน<br>(กรณีขอแก้ไข PID)<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>หรือสำเนา OPD Card ส่วนที่มีการบันทึกวัน<br>เวลารับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น |

| ลำดับ<br>ที่ | กรณี<br>Deny | คำอธิบาย  | การดำเนินการ/<br>เอกสาร/หลักฐานประกอบการขออุทธรณ์   |
|--------------|--------------|---|---|
|              |              |   | (ผู้ป่วยนอก)  |
| 2            | A05          | -บันทึกข้อมูลว่าเบิกจาก พรบ./<br>กองทุนเงินทดแทน (ประกันสังคม)  | ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลการเบิก พรบ.<br>ผู้ประสบภัยจากรถ/กองทุนเงินทดแทน<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนาการตรวจสอบสิทธิหน้า web ณ วันรักษา   |
| 3            | A06          | -หน่วยบริการที่รักษาเป็นที่เดียวกับ<br>หน่วยบริการประจำ จึงไม่เข้าเกณฑ์<br>กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน | ตรวจสอบการบันทึก PID , วันรักษา, สิทธิ ณ วัน<br>รักษา<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนาการตรวจสอบสิทธิหน้า web ณ วันรักษา<br>- สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้าน<br>(กรณี<br>ขอแก้ไข PID)<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>หรือสำเนา OPD Card <u>ส่วนที่มีการบันทึกวัน<br/>เวลารับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น</u><br>(ผู้ป่วยนอก) |
| 4            | B03          | -ให้รหัสโรคไม่สัมพันธ์กับน้ำหนัก<br>เด็ก  | ตรวจสอบการบันทึกรหัสโรค รหัสหัตถการ, น้ำหนัก<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)   |
| 5            | B04          | -เป็นรหัสโรคที่ไม่ใช้ในกลุ่มปริ<br>กำเนิด<br>( Perinatal period )   | ตรวจสอบการบันทึกรหัสโรค รหัสหัตถการ, น้ำหนัก<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน) หรือ<br>สำเนา OPD Card <u>ส่วนที่มีการบันทึกวัน เวลา<br/>รับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น</u> (ผู้ป่วย<br>นอก)   |
| 6            | C01          | -เบิกค่ารถรับส่งต่อ กรณีส่งต่อไป<br>รักษาที่อื่น ชนิดการจำหน่ายต้องเป็น                                   | ตรวจสอบการบันทึกชนิดการจำหน่าย<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้  |

| ลำดับ<br>ที่ | กรณี<br>Deny | คำอธิบาย  | การดำเนินการ/<br>เอกสาร/หลักฐานประกอบการขออุทธรณ์   |
|--------------|--------------|---|---|
|              |              | by transfer เท่านั้น  | - แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน) หรือ<br>สำเนา OPD Card <u>ส่วนที่มีการบันทึกวัน เวลา<br/>รับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น (ผู้ป่วย<br/>นอก)</u>  |
| 7            | C02          | -เบิกค่ารถรับส่งต่อ แต่ไม่ได้บันทึก<br>หน่วยบริการรับส่งต่อ   | ตรวจสอบการบันทึกหน่วยบริการรับส่งต่อ<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge / สำเนาใบส่งต่อ หรือ<br>สำเนา OPD Card <u>ส่วนที่มีการบันทึกวัน เวลา<br/>รับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น (ผู้ป่วยนอก)</u>   |
| 8            | C03          | -เบิกค่ารถรับส่งต่อ แต่เป็นข้อมูลซ้ำ<br>โดยตรวจสอบจาก HCODE, PID,<br>วันที่เข้ารับบริการ และวันที่จำหน่าย | ตรวจสอบการบันทึก PID , วันรักษา<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน) หรือสำเนา<br>OPD Card <u>ส่วนที่มีการบันทึกวัน เวลา<br/>รับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น (ผู้ป่วยนอก)</u>   |
| 9            | C04          | -เบิกค่ารถรับส่งต่อ แต่บันทึกรายการ<br>ขอเบิกไม่ครบถ้วน   | ตรวจสอบการบันทึกรายการค่าพาหนะ<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนาใบส่งต่อ   |
| 10           | D01          | -เบิกค่ารักษาในโครงการบริหารโรค<br>เฉพาะ  | กรณีนี้หน่วยบริการอาจไม่ต้องอุทธรณ์หากมีการเบิก<br>ในโครงการบริหารโรคเฉพาะจริง แต่หากต้องการขอ<br>อุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>ตรวจสอบการบันทึก PID , วันรักษา<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้าน<br>(กรณีขอแก้ไข PID)<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>หรือสำเนา OPD Card <u>ส่วนที่มีการบันทึกวัน เวลา</u> |

| ลำดับ<br>ที่ | กรณี<br>Deny | คำอธิบาย   | การดำเนินการ/<br>เอกสาร/หลักฐานประกอบการขออุทธรณ์  |
|--------------|--------------|--|--|
|              |              |  | รับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น(ผู้ป่วยนอก)  |
| 11           | G01          | -หน่วยบริการ ไม่บันทึกข้อมูลระบุมการใช้สิทธิ UC                                    | ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลการใช้สิทธิ หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ MF-06-010<br>- แบบ FM-06-011 (แบบรับรองสิทธิ)   |
| 12           | G02          | -การทำ Organ Transplantation ไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของ UC                       | ตรวจสอบการบันทึกรหัสโรค ,รหัสหัตถการ หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge   |
| 13           | G03          | -ระหว่างรักษาเป็น IP มีการรักษาเป็น OP ในหน่วยบริการเดียวกัน                       | ตรวจสอบการบันทึกวันรับบริการ /วันจำหน่าย หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน) หรือสำเนา OPD Card ส่วนที่มีการบันทึกวัน เวลารับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น (ผู้ป่วยนอก) |
| 14           | G04          | -มีสิทธิอื่นที่ไม่ใช่สิทธิ UC (ข้าราชการ หรือ ประกันสังคม หรือ พนักงานรัฐวิสาหกิจ) | ตรวจสอบการบันทึก PID , วันรักษา,สิทธิ ณ วันรักษา หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนาการตรวจสอบสิทธิหน้า web ณ วันรักษา<br>- หนังสือรับรองการปลดสิทธิข้าราชการ ประกันสังคม / พนักงานรัฐวิสาหกิจ               |
| 15           | G05          | -จำนวนวันนอน ไม่สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาล /ค่าใช้จ่าย                              | ตรวจสอบการบันทึก วันรับ /วันจำหน่าย , ค่าใช้จ่าย หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge<br>- แบบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาล  |
| 16           | G06          | -ข้อมูล OP เป็นข้อมูลซ้ำ เนื่องจาก มี PID เดียวกัน วัน Admit / Discharge           | ตรวจสอบการบันทึก PID ,วันรับ /วันจำหน่าย หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้  |

| ลำดับ<br>ที่ | กรณี<br>Deny | คำอธิบาย  | การดำเนินการ/<br>เอกสาร/หลักฐานประกอบการขออุทธรณ์   |
|--------------|--------------|---|---|
|              |              | เดียวกัน  | - แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้าน<br>(กรณีขอแก้ไข PID)<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>หรือสำเนา OPD Card ส่วนที่มีการบันทึกวัน<br>เวลารับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น<br>(ผู้ป่วยนอก)   |
| 17           | G07          | -หน่วยบริการประจำไม่อยู่ใน<br>โครงการ UC                | ตรวจสอบการบันทึก PID ,วันรักษา<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้าน<br>(กรณีขอแก้ไข PID)<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>หรือสำเนา OPD Card ส่วนที่มีการบันทึกวัน<br>เวลารับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น<br>(ผู้ป่วยนอก) |
| 18           | G08          | -บททวนการให้รหัสหัตถการ 8606<br>( เฉพาะใน รพศ. / รพช. ) | ตรวจสอบการให้และการบันทึกรหัสโรค รหัส<br>หัตถการ<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)   |
| 19           | G09          | -ชนิดการจำหน่ายไม่ถูกต้อง                               | ตรวจสอบการบันทึกชนิดการจำหน่าย<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)   |
| 20           | G10          | - ICD-10/ICD-9-CM ไม่ถูกต้องตาม<br>หลักการให้รหัส       | ตรวจสอบการให้และการบันทึกรหัสโรค รหัส<br>หัตถการ<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)   |
| 21           | H01          | -เบิก OPHC/ IPHC แต่ ICD10/ICD-                         | ตรวจสอบรายการขอเบิก,รหัสโรค รหัสหัตถการ   |

| ลำดับ<br>ที่ | กรณี<br>Deny | คำอธิบาย   | การดำเนินการ/<br>เอกสาร/หลักฐานประกอบการขออุทธรณ์  |
|--------------|--------------|--|--|
|              |              | 9CM ไม่สัมพันธ์กับรายการที่เบิก  | หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>หรือสำเนา OPD Card <u>ส่วนที่มีการบันทึกวัน เวลา<br/>รับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น(ผู้ป่วย<br/>นอก)</u>   |
| 22           | H03          | -เบิก OPHC / IPHC ไม่บันทึกจำนวน<br>เงิน / จำนวนครั้งที่ขอเบิก             | ตรวจสอบการบันทึกจำนวนเงิน, จำนวนครั้ง<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>หรือสำเนา OPD Card <u>ส่วนที่มีการบันทึกวัน<br/>เวลา<br/>รับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น (ผู้ป่วย<br/>นอก</u><br>- รายการแสดงค่าใช้จ่าย/รายการแสดงจำนวนครั้ง<br>การรักษา |
| 23           | H04          | - เบิก OPHC (CA Breast) แต่เมื่อยา<br>ไม่สัมพันธ์กับจำนวนครั้งที่ให้บริการ | ตรวจสอบการบันทึกจำนวนครั้ง หรือ จำนวนเมื่อยา<br>ที่บันทึก<br>- แบบ FM-06-009<br>- OPD Card <u>ส่วนที่มีการบันทึกวัน เวลา<br/>รับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น (ผู้ป่วย<br/>นอก)</u><br>- รายการแสดงค่าใช้จ่าย/รายการแสดงจำนวนครั้ง/<br>จำนวนยา  |
| 24           | H05          | - เบิก OPHC (CA Breast) ไม่ตรงตาม<br>โปรโตคอลที่กำหนด                      | ตรวจสอบการบันทึกการเบิกกรณีการรักษา CA<br>Breast ตามโปรโตคอล<br>- แบบ FM-06-009<br>- OPD Card <u>ส่วนที่มีการบันทึกวัน เวลา<br/>รับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น(ผู้ป่วย<br/>นอก)</u><br>- รายการแสดงค่าใช้จ่าย/รายการแสดงจำนวนครั้ง/<br>จำนวนยา  |



| ลำดับ<br>ที่ | กรณี<br>Deny | คำอธิบาย  | การดำเนินการ/<br>เอกสาร/หลักฐานประกอบการขออุทธรณ์  |
|--------------|--------------|---|--|
| 25           | H06          | - เบิก MMT ที่จำนวนครั้งมากกว่า<br>จำนวนวันในเดือนที่เบิก             | ตรวจสอบจำนวนครั้งที่ขอเบิก หรือ วัน/เดือน/ปี รับ<br>บริการ<br>หากต้องการขออุทธรณ์ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009<br>- OPD Card ส่วนที่มีการบันทึกวัน เวลา<br>รับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น(ผู้ป่วย<br>นอก)   |
| 26           | I01          | -เบิก Instrument แต่ไม่บันทึกจำนวน<br>เงิน/จำนวน Instrument ที่ขอเบิก | ตรวจสอบการใช้ Instrument , การบันทึกรหัส<br>Instrument , จำนวนเงิน<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>หรือสำเนา OPD Card ส่วนที่มีการบันทึกวัน เวลา<br>รับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น (ผู้ป่วย<br>นอก)<br>- รายการแสดงการใช้/ค่าใช้จ่าย/จำนวน Instrument                       |
| 27           | I02          | -เบิก Instrument แต่ไม่มีรายการใน<br>บัญชี Instrument ที่จ่ายชดเชยได้ | ตรวจสอบการใช้ และการบันทึกรหัส Instrument<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>หรือสำเนา OPD Card ส่วนที่มีการบันทึกวัน<br>เวลารับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น<br>(ผู้ป่วยนอก)<br>- บันทึกรายงานการผ่าตัด/ทำหัตถการ (ผู้ป่วยใน)<br>- รายการแสดงการใช้/ค่าใช้จ่าย/จำนวน Instrument |
| 28           | I03          | -เบิก Instrument แต่ไม่มีการทำ<br>หัตถการ (ICD 9CM)                   | ตรวจสอบการทำหัตถการ ,การให้และการบันทึก<br>รหัสหัตถการ<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>หรือสำเนา OPD Card ส่วนที่มีการบันทึกวัน<br>เวลารับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น   |

| ลำดับ<br>ที่ | กรณี<br>Deny | คำอธิบาย  | การดำเนินการ/<br>เอกสาร/หลักฐานประกอบการขออุทธรณ์  |
|--------------|--------------|---|--|
|              |              |   | (ผู้ป่วยนอก)<br>- บันทึกรายงานการผ่าตัด/ทำหัตถการ(ผู้ป่วยใน)<br>- รายการแสดงการใช้/ค่าใช้จ่าย/จำนวน Instrument   |
| 29           | I04          | - ICD 10/ICD-9CM ไม่สัมพันธ์กับ<br>รายการ Instrument ที่ขอเบิก                              | ตรวจสอบรหัสโรค/รหัสหัตถการ ,รายการและรหัส<br><b>Instrument ที่ขอเบิก</b><br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>หรือสำเนา OPD Card <u>ส่วนที่มีการบันทึกวัน<br/>เวลารับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น</u><br>(ผู้ป่วยนอก)<br>- บันทึกรายงานการผ่าตัด/ทำหัตถการ(ผู้ป่วยใน)<br>- รายการแสดงการใช้/ค่าใช้จ่าย/จำนวน Instrument |
| 30           | I05          | -จำนวน Instrument ที่ขอเบิก ไม่<br>สัมพันธ์กับการให้บริการ                                  | ตรวจสอบจำนวน <b>Instrument ที่ขอเบิก</b><br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>หรือสำเนา OPD Card <u>ส่วนที่มีการบันทึกวัน<br/>เวลารับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น</u><br>(ผู้ป่วยนอก)<br>- รายการแสดงการใช้/ค่าใช้จ่าย/จำนวน Instrument   |
| 31           | I06          | - ICD 10/ICD-9CM และรายการ<br>Instrument ไม่สัมพันธ์กับประเภทการ<br>เข้ารับบริการ (OP / IP) | ตรวจสอบรหัสโรค/รหัสหัตถการ ,รายการและรหัส<br><b>Instrument ที่ขอเบิก</b><br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>หรือสำเนา OPD Card <u>ส่วนที่มีการบันทึกวัน<br/>เวลารับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น</u><br>(ผู้ป่วยนอก)<br>- บันทึกรายงานการผ่าตัด/ทำหัตถการ(ผู้ป่วยใน)<br>- รายการแสดงการใช้/ค่าใช้จ่าย/จำนวน Instrument |
| 32           | I07          | -รายการ Instrument ที่ขอเบิก ไม่ตรง   | ตรวจสอบรหัสโรค/รหัสหัตถการ ,รายการและรหัส  |

| ลำดับ<br>ที่ | กรณี<br>Deny | คำอธิบาย                                  | การดำเนินการ/<br>เอกสาร/หลักฐานประกอบการขออุทธรณ์   |
|--------------|--------------|---|---|
|              |              | ตามข้อบ่งชี้                              | <b>Instrument ที่ขอเบิก</b><br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>หรือสำเนา OPD Card ส่วนที่มีการบันทึกวัน<br>เวลารับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น<br>(ผู้ป่วยนอก)<br>- บันทึกรายงานการผ่าตัด/ทำหัตถการ(ผู้ป่วยใน)<br>- รายการแสดงการใช้/ค่าใช้จ่าย/จำนวน Instrument |
| 33           | I08          | - เบิกข้อเช่าเทียมจากองค์การเภสัช<br>กรรม | <b>ตรวจสอบการบันทึก PID , รหัสโครงการพิเศษ</b><br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-010<br>- สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้าน<br>(กรณีขอแก้ไข PID)<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)   |
| 34           | M02          | -เบิกจากกองทุน พรบ.                       | - ตรวจสอบการบันทึกรหัสโรค รหัสหัตถการ หรือ<br>หน่วยบริการที่ส่งต่อมา<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>- สำเนาใบส่งต่อ   |
| 35           | M03          | - ไม่มีข้อมูลการส่งต่อจาก Inclusive       | <b>ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลหน่วยบริการที่ส่งต่อมา</b><br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>- สำเนาใบส่งต่อ  |
| 36           | M04          | - สิทธิอื่น                               | <b>ตรวจสอบการบันทึก PID , วันรักษา, สิทธิ ณ วัน<br/>รักษา</b><br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนาการตรวจสอบสิทธิหน้า web ณ วันรักษา  |

| ลำดับ<br>ที่ | กรณี<br>Deny | คำอธิบาย  | การดำเนินการ/<br>เอกสาร/หลักฐานประกอบการขออุทธรณ์  |
|--------------|--------------|---|--|
|              |              |   | - หนังสือรับรองการปลดสิทธิข้าราชการ<br>ประกันสังคม / พนักงานรัฐวิสาหกิจ  |
| 37           | M06          | -ตรวจสอบรหัส Hcode กรณีกรม<br>แพทย์ทหารเรือ/อากาศ รักษาผู้มีสิทธิ<br>ที่เป็นทหารเรือ/ทหารอากาศ  | ตรวจสอบการใช้รหัสหน่วยบริการในการบันทึก<br>ข้อมูล  |
| 38           | M10          | -Hcode <> Hmain มาตรา 7 กรณีเหตุ<br>สมควร   | ตรวจสอบการบันทึกรหัสโครงการพิเศษ<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>หรือสำเนา OPD Card ส่วนที่มีการบันทึกวัน<br>เวลารับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น<br>(ผู้ป่วยนอก) |
| 39           | M12          | -เบิก ม.7 กรณีเหตุสมควร Refer out<br>ไม่ใช่สถานบริการอื่น                                       | ตรวจสอบการบันทึกหน่วยบริการที่ส่งต่อ , รหัส<br>โครงการพิเศษ<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>- สำเนาใบส่งต่อ   |
| 40           | M13          | -เบิก ม.7 ชนิดการจำหน่ายไม่ใช่ By<br>transfer   | ตรวจสอบการบันทึกชนิดการจำหน่าย<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>หรือสำเนา OPD Card ส่วนที่มีการบันทึกวัน<br>เวลารับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น<br>(ผู้ป่วยนอก)   |
| 41           | M14          | - Hcode <> Hmain และ ไม่มีข้อมูล<br>การรับส่งต่อ กรณีข้ามเขต ยกเว้น<br>สิทธิคนพิการ ทหารผ่านศึก | ตรวจสอบการบันทึกกรณีการรักษา เช่น การส่งต่อ<br>หรือ อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน / หน่วยบริการที่ส่ง<br>ต่อมา<br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)                                 |

| ลำดับ<br>ที่ | กรณี<br>Deny | คำอธิบาย  | การดำเนินการ/<br>เอกสาร/หลักฐานประกอบการขออุทธรณ์  |
|--------------|--------------|---|--|
|              |              |   | หรือสำเนา OPD Card <u>ส่วนที่มีการบันทึกวัน<br/>เวลารับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น</u><br>(ผู้ป่วยนอก)<br>- หากเป็นกรณีส่งต่อ ใช้สำเนาใบส่งต่อด้วย  |
| 42           | M15          | - Hcode ไม่ใช่หน่วยบริการสำรอง<br>เตียง และไม่มีข้อมูลการรับส่งต่อ<br>กรณีศูนย์สำรองเตียง | <b>ตรวจสอบการบันทึกหน่วยบริการที่ส่งต่อ , รหัส<br/>โครงการพิเศษ</b><br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>- สำเนาใบส่งต่อ   |
| 43           | S01          | -หน่วยบริการที่รักษาไม่อยู่ใน<br>โครงการที่กำหนด  | <b>ตรวจสอบการบันทึกรหัสโครงการพิเศษ</b><br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>หรือสำเนา OPD Card <u>ส่วนที่มีการบันทึกวัน<br/>เวลารับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น</u><br>(ผู้ป่วยนอก)                  |
| 44           | S02          | - ICD 10 / ICD-9CM / กลุ่ม DRG ไม่<br>เข้าเกณฑ์จ่ายชดเชย                                  | <b>ตรวจสอบการให้และการบันทึกรหัสโรค รหัส<br/>หัตถการ</b><br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)<br>หรือสำเนา OPD Card <u>ส่วนที่มีการบันทึกวัน<br/>เวลารับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น</u><br>(ผู้ป่วยนอก) |
| 45           | S03          | -มีรหัสโครงการพิเศษ แต่หมายเลข<br>บัตรประชาชน ไม่ผ่าน MOD 11                              | <b>ตรวจสอบการบันทึก PID</b><br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้<br>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010<br>- สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้าน  |
| 46           | S04          | -ไม่ใช่สิทธิประกันสังคมหรือสิทธิ<br>ข้าราชการ   | <b>ตรวจสอบการบันทึก PID , วันรักษา</b><br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้   |

| ลำดับ<br>ที่ | กรณี<br>Deny | คำอธิบาย   | การดำเนินการ/<br>เอกสาร/หลักฐานประกอบการขออุทธรณ์   |
|--------------|--------------|--|---|
|              |              |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010</li> <li>- สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้าน (กรณีขอแก้ไข PID)</li> <li>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน) หรือสำเนา OPD Card ส่วนที่มีการบันทึกวัน เวลารับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น (ผู้ป่วยนอก)</li> <li>- หนังสือรับรองสิทธิประกันสังคม/สิทธิข้าราชการ</li> </ul>     |
| 47           | S05          | - มีการเบิกจ่ายใน disease management   | <b>ตรวจสอบการบันทึก PID</b><br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบ FM-06-010</li> <li>- สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้าน</li> <li>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน)</li> </ul>  |
| 48           | S06          | -บันทึกรหัส โครงการพิเศษไม่ตรงตามเงื่อนไขที่กำหนดหรือสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ตรงตามเงื่อนไขการจ่าย | <b>ตรวจสอบการบันทึกรหัสโครงการพิเศษ</b><br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบ FM-06-009 หรือ แบบ FM-06-010</li> <li>- สำเนา Summary Discharge (ผู้ป่วยใน) หรือสำเนา OPD Card ส่วนที่มีการบันทึกวัน เวลารับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น(ผู้ป่วยนอก)</li> <li>- หนังสือรับรองสิทธิประกันสังคม</li> </ul> |
| 49           | S07          | - มีการจ่ายชดเชยตรวจสุขภาพหลังคลอดไปแล้ว หรือมีการจ่ายชดเชยการวางแผนครอบครัวแล้วในเดือนเดียวกัน          | <b>ตรวจสอบการบันทึกข้อมูล</b><br>หากต้องการขออุทธรณ์ ใช้เอกสาร/หลักฐาน ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบ FM-06-009</li> <li>- สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้าน (กรณีขอแก้ไข PID)</li> <li>- สำเนา OPD Card ส่วนที่มีการบันทึก วัน เวลารับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น(ผู้ป่วยนอก)</li> </ul>  |

**หมายเหตุ** สำเนา OPD CARD ส่วนที่มีการบันทึกวัน เวลารับและการตรวจรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น ที่ใช้ประกอบการขออุทธรณ์ หน่วยบริการต้องบันทึกการให้รหัสโรค (ICD-10)และรหัสหัตถการ(ICD-9CM) ไว้ด้วย



แบบขออุทธรณ์ข้อมูลหลังการพิจารณาจ่ายเงินชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข  
ประเภทผู้ป่วยนอก (AP 1)

ที่.....

ที่อยู่.....

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออุทธรณ์ข้อมูลหลังการจ่ายเงินชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประเภทผู้ป่วยนอก  
เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีรายงานการรักษา/รายงานแจ้งโอนเงิน  
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้กับโรงพยาบาล.....รหัสโรงพยาบาล.....  
โรงพยาบาลมีความประสงค์ขออุทธรณ์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

| ลำดับ | เลขงวดการโอนเงิน<br>(รายงวด 1 เดือน) | ข้อมูลเดิม |    |                     | รายละเอียดที่ขออุทธรณ์ |                            | ผลการ<br>พิจารณา<br>(สปสข.) |
|-------|--------------------------------------|------------|----|---------------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|
|       |                                      | PID        | HN | วันที่รับ<br>บริการ | รายละเอียดเดิม         | รายละเอียดที่ขอ<br>อุทธรณ์ |                             |
|       |                                      |            |    |                     |                        |                            |                             |
|       |                                      |            |    |                     |                        |                            |                             |
|       |                                      |            |    |                     |                        |                            |                             |
|       |                                      |            |    |                     |                        |                            |                             |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หัวหน้าหน่วยบริการ/ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

(ชื่อหน่วยงาน)

(หมายเลขโทรศัพท์ / โทรสาร หน่วยงานเจ้าของเรื่อง)



แบบขอุทธธณ์ข้อมูลหลังการพิจารณาจ่ายเงินชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข  
ประเภทผู้ป่วยใน (AP 2)

ที่.....

ที่อยู่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอุทธธณ์ข้อมูลหลังการจ่ายเงินชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประเภทผู้ป่วยใน  
เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีรายงานการรักษา/รายงานแจ้ง  
โอนเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้กับโรงพยาบาล.....รหัสโรงพยาบาล  
..... โรงพยาบาลมีความประสงค์ขอุทธธณ์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

| ลำดับ | เลขงวด<br>การโอนเงิน | ข้อมูลเดิม |    |    | รายละเอียดที่ขอุทธธณ์ |                       | ผลการ<br>พิจารณา<br>(สปสข.) |
|-------|----------------------|------------|----|----|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
|       |                      | PID        | HN | AN | รายละเอียดเดิม        | รายละเอียดที่ขอุทธธณ์ |                             |
|       |                      |            |    |    |                       |                       |                             |
|       |                      |            |    |    |                       |                       |                             |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หัวหน้าหน่วยบริการ/ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

(ชื่อหน่วยงาน)

(หมายเลขโทรศัพท์/โทรสาร หน่วยงานเจ้าของเรื่อง)