



แนวทางการจัดทำข้อมูลการเบิกจ่ายการให้บริการ Home isolation และ Community Isolation สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



Home Isolation



สายด่วน สปสช.

1 3 3 0

วันที่ 7 มกราคม 2565

ฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สายงานบริหารกองทุน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเด็นนำเสนอ



Home Isolation

1. แนวทางการตรวจสอบบริการ HICI

2. แนวทางการจัดเตรียมหลักฐานสำหรับการตรวจสอบ

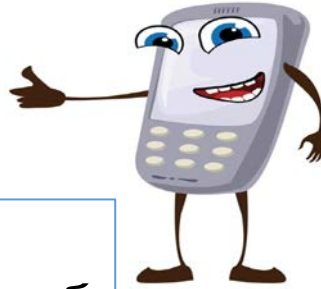
3. ประเด็นเน้นย้ำเพื่อการเบิกจ่ายที่ถูกต้อง

1. หน่วยบริการพิสูจน์การเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ โดยการขอ Authentication Code ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด
2. สปสช. นำข้อมูลการขอ Authentication Code สำหรับบริการ Home Isolation และ Community Isolation ตรวจสอบรูปแบบเบอร์โทรศัพท์ที่ถูกต้องตามรูปแบบของ กสทช. เพื่อจ่ายค่าใช้จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 1,000 บาท ต่อราย ให้กับหน่วยบริการ เฉพาะบริการ Home Isolation
3. สปสช. ตรวจสอบข้อมูลการรับบริการจาก AMED, Line form หรือ platform อื่น ๆ ตาม standard data set
4. สปสช. ตรวจสอบการเข้ารับบริการตามแนวทางที่กำหนด
 - 4.1 บริการ HI ด้วยวิธีโทรศัพท์ เฉพาะรายที่รูปแบบเบอร์โทรศัพท์ถูกต้อง และไม่มีข้อมูลใน platform อื่น
 - 4.2 บริการ CI ดำเนินการโดย สปสช. เขต
5. เมื่อสิ้นสุดการดูแลตามระยะเวลาที่กำหนด หน่วยบริการควรส่งข้อมูลการขอรับค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim มายัง สปสช. ภายใน 30 วันหลังให้บริการ
6. สปสช. ประมวลผลตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขที่กำหนด หากพบว่า ไม่เป็นไปตามเงื่อนไข สปสช. จะปฏิเสธการจ่าย หากหน่วยบริการไม่เห็นด้วยสามารถขออุทธรณ์ พร้อมส่งเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมายัง สปสช. เพื่อประกอบการพิจารณาต่อไป

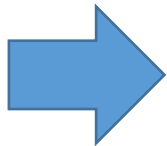
รายการเบิกชดเชยที่ได้รับการ Pre audit แล้วจะไม่ถูกสุ่มหรือเลือกมาตรวจ Post audit



เริ่มวันที่ 1 ธันวาคม 2564

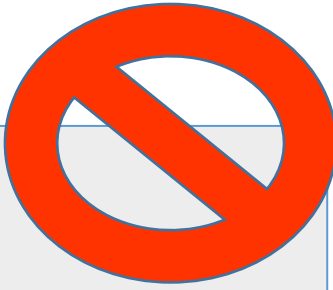


• ผลตรวจสอบข้อมูลจากการ Authentication เบอร์โทรศัพท์ **ต้องถูกต้อง** ตามเงื่อนไขรูปแบบ เบอร์โทรศัพท์ของ กสทช. เท่านั้น



เงื่อนไขรูปแบบเบอร์โทรศัพท์ที่ผิดปกติ

1. อักขระพิเศษ (* #, / - เป็นต้น)
2. บันทึกลงเป็นตัวอักษร
3. ขึ้นต้นด้วย 0000
4. เบอร์ซ้ำ (> 20 คน /เบอร์)
5. จำนวนตัวเลข = 9 หลัก แต่ไม่ได้ขึ้นต้นด้วย 02, รหัสทางไกล (เบอร์ไม่ครบ)
6. จำนวนตัวเลข < 9 หลัก
7. จำนวนตัวเลขมีจำนวนมาก
8. เป็นค่าว่าง



ผลการตรวจสอบ Pre audit จะเป็นข้อมูลในการประกอบการประมวลผลการจ่ายชดเชยตามรายการในระบบ e-claim ซึ่งเป็น การเบิกชดเชยส่วนที่เหลือที่หน่วยบริการเบิกชดเชยตามรายการในระบบ eclaim ดังนั้นหน่วยบริการต้อง **ทบทวนข้อมูลการ ให้บริการเพื่อการเบิกชดเชยที่ถูกต้อง**

ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการตรวจประเมิน ซึ่งต้องเป็นข้อมูลที่ถูกต้องตรงการให้บริการและตรงกับข้อมูลที่ส่งเบิกชุดเชย ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้



1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อ

1. เลขบัตรประจำตัวประชาชน และ ชื่อสกุล

2. เบอร์โทรศัพท์ของผู้ติดเชื้อที่ได้จากระบบ Authen ที่สามารถติดต่อกับผู้ติดเชื้อได้

3. ต้องเป็นผู้ที่ติดเชื้อโควิด



2. ข้อมูลที่หน่วยบริการให้บริการผู้ติดเชื้อในรูปแบบต่าง ๆ

2.1 ข้อมูลการติดตามประเมินอาการ

2.2 ข้อมูลการได้รับอาหาร

2.3 ข้อมูลการได้รับยาเฉพาะโรคโควิด 19 อุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว ออกซิเจนจากหน่วยบริการ

2.4 ข้อมูลการตรวจคัดกรองซ้ำด้วยวิธี RT-PCR หรือ CXR โดยหน่วยบริการ



ชุดมาตรฐานข้อมูลทาง **electronic** (standard data set) เพื่อการตรวจสอบก่อนจ่ายชุดเซviceบริการ HI/CI

- รหัสหน่วยบริการ , ชื่อหน่วยบริการ
- รหัสบัตรประจำตัวประชาชน
- เบอร์โทรศัพท์
- คำนำหน้า , ชื่อ , นามสกุล
- วันที่ Swab พบการติดเชื้อ
- วันที่ Admit , วันที่จำหน่าย
- ประเภทการจำหน่าย
- เลขที่ใบประกอบวิชาชีพแพทย์
- อุณหภูมิร่างกาย
- ความอิ่มตัว Oxygen
- สถานะของผู้ป่วยในการติดตามประเมินสุขภาพรายวัน



- การสั่งยา (ฟ้าทะลายโจร / Favipiravia)
- การส่งตรวจ X ray ในระหว่างที่อยู่ HI/CI
- การส่งตรวจ LAB คัดกรองในระหว่างที่อยู่ HI/CI
- การให้ O2 แก่ผู้ติดเชื้อ
- การจัดหาอาหาร ให้ผู้ป่วย
- วิธีการติดต่อระหว่างหน่วยบริการและผู้ป่วย
- การรับประทัดไข้ และเครื่องวัด O2 ปลายนิ้ว
- File รูปภาพหรือ file scan ที่เป็นหลักฐานประกอบการให้บริการ



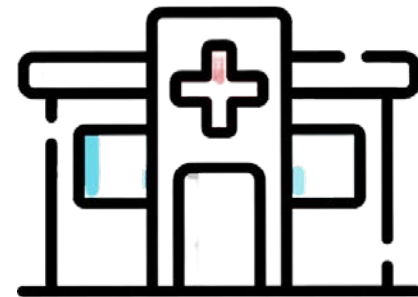
เล่ม ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๒๐๖ ง ราชกิจจานุเบกษา ๓ กันยายน ๒๕๖๔

หน้า ๑๐

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง โครงสร้างชุดข้อมูลสำหรับการตรวจสอบการให้บริการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับ
การรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) และการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม
สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
พ.ศ. ๒๕๖๔

กรณีที่หน่วยบริการเก็บหลักฐานการให้บริการทาง electronic /platform สามารถส่งข้อมูลตามชุดมาตรฐานข้อมูล เพื่อสะดวกในการตรวจสอบ

แนวทางการจัดเตรียมเอกสารหลักฐานการให้บริการ
HI/CI แก่ผู้ติดเชื้อโรค COVID 19
สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



คำดูแลการให้บริการผู้ติดเชื้อ

Deny code : V008,V009,V010,V011,V012

ไม่ได้รับการประเมิน และ หรือไม่ได้ รับประทานอาหาร ตามจำนวนวันที่ขอเบิก

รายละเอียดการตรวจพบ :

- ไม่พบบันทึกการติดตามประเมินอาการ หรือประเมินไม่ครบ
- ส่งหลักฐานภาพหน้าจอการสนทนาทางไลน์ ซึ่งไม่มีวันที่ และ ID line ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ติดเชื้อจริง
- ไม่พบหลักฐานการจัดส่งอาหาร หรือไม่ได้รับอาหารตามจำนวนวันที่ขอเบิก
- ไม่พบหลักฐานการบริการอาหาร **รายบุคคล** แต่มีหลักฐานการจัดซื้ออาหาร / จัดจ้างการส่งอาหาร / ใบเสร็จจ่ายค่าอาหาร

เอกสารหลักฐาน การติดตามประเมินอาการ และการจัดส่งอาหาร

1. เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ / เวชระเบียน / Nurse note **หรือ** หลักฐานที่สื่อสารกับผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก **โดยเอกสารทุกฉบับต้องระบุชื่อและนามสกุลของผู้ติดเชื้อได้** (กรณีใช้ Line ควรส่งออกข้อมูลจากประวัติสนทนาที่แสดงวันที่ได้)
2. หลักฐานการจัดอาหารจากหน่วยผลิตอาหารจัดส่งให้ผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก เป็นรายบุคคล **หรือ**
3. หลักฐานการรับอาหารของผู้ติดเชื้อหรือญาติ

หมายเหตุ สามารถใช้บันทึกการให้บริการทั้งในรูปแบบเอกสาร หรือบันทึกใน platform แต่จะต้องสามารถสืบค้นได้ว่าเป็นข้อมูลของผู้ติดเชื้อจริง

ตัวอย่างเอกสารบันทึก การติดตามประเมินอาการ ตามจำนวนวันที่ขอเบิก

line

พบหลักฐาน การติดตามประเมินอาการ ตรงกับผู้ติดเชื้อที่ตรวจสอบตามจำนวนวันที่ขอเบิก



AMED

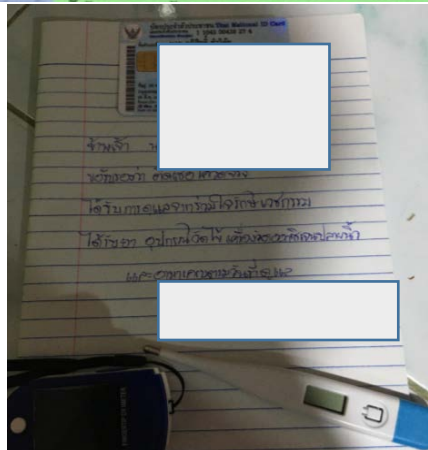
- นางสาว [redacted] วันที่ 8 ส.ค. 2564 เวลา 10:44
ติดตามอาการผู้ป่วย COVID-19 วันที่ 8/8/64 1.อุณหภูมิร่างกาย T 36.7C 2.ชีพจร 96 3.ออกซิเจนปลายนิ้ว SpO2 98% ไม่มีไข้ ไม่มีไอ ไม่เหนื่อย กินได้ ขับถ่ายปกติ ไม่ซึม ผู้ป่วยได้รับยาครบตามแผนการรักษา อาหารครบ 3 มื้อ และน้ำดื่ม เกิดอาการต่อไป
- นางสาว [redacted] วันที่ 8 ส.ค. 2564 เวลา 17:36
ติดตามอาการผู้ป่วย COVID-19 วันที่ 8/8/64 1.อุณหภูมิร่างกาย T 36.3C 2.ชีพจร 104 3.ออกซิเจนปลายนิ้ว SpO2 97% ไม่มีไข้ ไม่มีไอ ไม่เหนื่อย กินได้ ขับถ่ายปกติ ไม่ซึม ผู้ป่วยได้รับยาครบตามแผนการรักษา อาหารครบ 3 มื้อ และน้ำดื่ม เกิดอาการต่อไป

รูปภาพประกอบรายงานประจำวัน



เอกสาร

การติดเชื้อ	อาการ	การตรวจ
<input type="checkbox"/> ไอแห้ง (Dry cough) <input type="checkbox"/> ไอมีเสมหะ (Chest tightness) <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก (Poor appetite) <input type="checkbox"/> อ่อนเพลีย (Fatigue) <input type="checkbox"/> ไข้ (Fever) <input type="checkbox"/> ไข้หวัดใหญ่ (Flu) <input type="checkbox"/> COVID-19 (COVID-19)	ไข้: 36.7 ชีพจร: 96 SpO2: 98%	Level 1 (Green) <input type="checkbox"/> Paracetamol 325 mg 1 tab po tid ac # 135 tabs <input type="checkbox"/> Dextromethorphan 1 tab po tid pc # 20 tabs <input type="checkbox"/> CPM 1 tab po tid pc # 10 tabs <input type="checkbox"/> Zinnin 1 tab po tid pc # 10 tabs
<input type="checkbox"/> COVID, include chronic lung disease <input type="checkbox"/> OAD (โรคเบาหวาน) <input type="checkbox"/> Chronic heart disease <input type="checkbox"/> CVA (หลอดเลือดสมอง) <input type="checkbox"/> TDMH <input type="checkbox"/> BMI > 30 or BW > 90 kg <input type="checkbox"/> Cortical (โรคไต) <input type="checkbox"/> Immunocompromised (การติดเชื้อ) <input type="checkbox"/> Absolute lymphocyte < 1000 cells/mm ³	Test: Exercise induce Hypoxia test SpO2: 98%	Level 2 (Yellow) <input type="checkbox"/> Paracetamol 325 mg/Tab 1 tab po bid pc day <input type="checkbox"/> Zinnin 1 tab po bid pc x 4 days <input type="checkbox"/> Day 1: 12 tabs po bid pc <input type="checkbox"/> Day 2: 5 tabs po bid pc
<input type="checkbox"/> อาการเหนื่อย (เหนื่อย) <input type="checkbox"/> อาการเจ็บหน้าอก (เจ็บหน้าอก) <input type="checkbox"/> อาการไอ (ไอ) <input type="checkbox"/> อาการอื่น (อื่น)	SpO2: 97% HR: 104	Level 3 (Red) <input type="checkbox"/> Refer to



ตัวอย่างเอกสารบันทึกการบริการอาหาร ตามจำนวนวันที่ขอเบิก

1. เอกสารการสั่งจ้าง ประกอบอาหาร / ส่งอาหาร
2. รายชื่อผู้ติดเชื้อ จำนวนวันที่ส่งอาหาร ประกอบการจัดจ้าง

ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยเดือนกรกฎาคม 2564

วันที่	ชื่อ	นามสกุล	อายุ	ที่อยู่	จำนวน วัน/ 1 ชุด มี 3กล่อง	ค่าอาหาร	ค่ารถส่งของอาหาร / ยา และ อุปกรณ์
			1 เดือน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
			1 เดือน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
			1 เดือน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
			1 เดือน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
			1 เดือน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
			1 เดือน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
			1 เดือน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
			1 เดือน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท

หนังสือสั่งจ้าง

วัตถุประสงค์
(ค/น188คส10 23/07/2564) /4
ประเภทการจ้าง K

เลขที่ สจ 0321/ **6794**

วันที่ 23 กรกฎาคม 2564

ถึง ผู้จัด **ผู้บริหารหน่วยงาน**

ตามใบเสนอราคาของ บริษัท **ชื่อบริษัท**

เลขที่ - ลงวันที่ 23 กรกฎาคม 2564

ได้พิจารณาเกี่ยวกับราคาและตกลงว่าจ้างตามรายการข้างท้ายนี้แล้ว ฉะนั้น จึงให้ผู้จ้างส่งของ ณ ฝ่ายพัสดุและบำรุงรักษา

ภายในกำหนด 68 วัน โดยนับตั้งแต่วันที่ได้รับหนังสือสั่งจ้างคือ-

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย	ราคารวม
1	จ้างเหมาบริการจัดทำอาหารให้ผู้ป่วย พร้อมบริการส่งอาหารและอุปกรณ์การแพทย์ 1. ค่าอาหาร 3 มื้อ คิดค่าบริการ 321บาท/คน/วัน 2. ค่าจัดส่งอาหาร วันละ 1 ครั้ง คิดค่าบริการ ดังนี้ 2.1 พื้นที่กรุงเทพมหานคร 230 บาท/คน/วัน 2.2 พื้นที่กรุงเทพมหานคร 402.50 บาท/คน/วัน 3. ค่าจัดส่งวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ กรณีนอกเหนือการจัดส่งปกติ คิดค่าบริการ ดังนี้ 3.1 พื้นที่กรุงเทพมหานคร 230 บาท/ครั้ง 3.2 พื้นที่กรุงเทพมหานคร 402.50 บาท/ครั้ง	1	ครั้ง	3,340,220.00	3,340,220.00
หมายเหตุ ชำระค่าบริการตามที่จัดส่งจริง				ราคากินค้ำ	3,121,700.93
				ส่วนลดจากบริษัท	

ต้องมีรายละเอียดเป็นรายบุคคล

ตัวอย่างเอกสาร การจัดส่งอาหาร เฉพาะหน่วย บริการภาครัฐ

รายงานการให้บริการอาหารผู้ป่วย กรณีให้บริการ Home Isolation / Communication Isolation

โรงพยาบาล รหัสหน่วยบริการ จังหวัด กรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้ป่วย เลขบัตรประชาชน

ประเภทการรับบริการ(ระบุ HIหรือ CI) HI วันที่เข้ารับบริการ 08/08/2564 วันที่สิ้นสุดบริการ 21/08/2564

ลำดับ	วันที่จัด/ส่งอาหาร	ผู้มาส่ง / หน่วยที่ส่ง	หมายเหตุ
1	08/08/2564	บริ	
2	09/08/2564	บริ	
3	10/08/2564	บริ	
4	11/08/2564	บริ	
5	12/08/2564	บริ	
6	13/08/2564	บริ	
7	14/08/2564	บริ	
8	15/08/2564	บริ	
9	16/08/2564	บริ	
10	17/08/2564	บริ	
11	18/08/2564	บริ	
12	19/08/2564	บริ	
13	20/08/2564	บริ	
14	21/08/2564	บริ	

ขอรับเงินค่าจัดบริการอาหารรวมทั้งสิ้น 14 วัน

ขอรับรองว่าเป็นรายละเอียดการดำเนินการจัดบริการอาหารให้กับผู้ติดเชื้อจริง เพื่อการขอรับเงินค่าจัดบริการอาหารของหน่วยบริการ และไม่ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากงบประมาณของรัฐ หรือจากหน่วยงานภาครัฐอื่น

**เอกสารรับรองการจัดส่งอาหาร
เป็นรายบุคคล ลงนามโดย
ผู้อำนวยการของหน่วยบริการ**

พลโท

ผู้อำนวยการ

Deny code

1. V013 ไม่ได้รับอุปกรณ์วัดไข้และ เครื่องวัดออกซิเจน
2. V014 ไม่ได้รับอุปกรณ์วัดไข้
3. V015 ไม่ได้รับเครื่องวัดออกซิเจน

รายละเอียดการตรวจพบ :

- ไม่พบการจ่ายอุปกรณ์ที่ใช้ตรวจประเมิน ได้แก่ เครื่องวัดไข้ เครื่องวัด O2sat ให้ผู้ติดเชื้อเป็นรายบุคคล แต่พบการเบิกเป็นรายบุคคล
- พบว่ามีการจ่ายเป็นเงินให้กับผู้ติดเชื้อ

เอกสารหลักฐาน

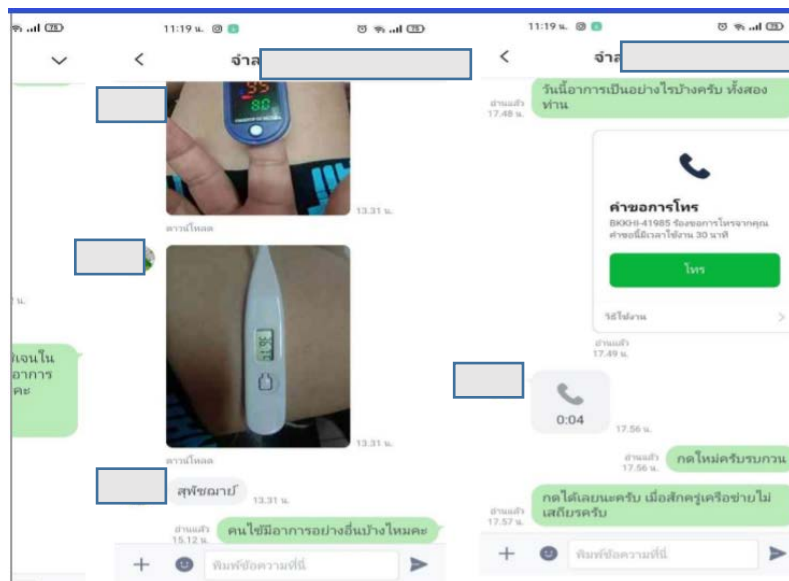
1. หลักฐานแสดงการจัดส่งเวชภัณฑ์ ตามรายการที่ให้แกผู้ติดเชื้อ (ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา) หรือ
2. หลักฐานการรับเวชภัณฑ์ของผู้ติดเชื้อ/ญาติตามรายการที่ให้แกผู้ติดเชื้อ (ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา)
3. กรณีที่จ่ายเป็นเงินให้กับหลักฐานสลิปโอนเงิน

หมายเหตุ กรณีที่ไม่ได้จัดหาเครื่องวัดไข้ และ เครื่องวัด O2sat แต่จัดหาเป็นอุปกรณ์อื่นแทน ต้องระบุเหตุผล การจัดหาอุปกรณ์ดังกล่าว

ตัวอย่างเอกสารบันทึกการได้รับอุปกรณ์

พบหลักฐาน การส่งอุปกรณ์ ภาพการใช้อุปกรณ์ การบันทึกการส่ง/รับอุปกรณ์ ของผู้ติดเชื้อหรือบุคลากร ตรงกับ ผู้ติดเชื้อที่ตรวจสอบ

AMED



line

วันที่ 31 ส.ค.64 – 5 ก.ย.64 (Day1-6) ผู้ป่วยประสงค์ขอรับเป็นอาหารแห้งนำไปปรุงเอง



วันที่ 6 -13 กันยายน 2564 (Day7-14) ผู้ป่วยประสงค์ขอเปลี่ยนเป็นอาหารปรุงสุก 3 มื้อ

ภาพถ่าย

บันทึกการพยาบาล

- นางสาว [redacted] วันที่ 2 ก.ย. 2564 เวลา 10:25
รับใหม่ 02/09/64 แรกรับ : ปวดศีรษะเล็กน้อย คอแห้ง ตรวจ : คลินิก [redacted] ATK+ 01/09/64 ต้องการ
อาหาร ยาสามัญ 1 ชุด และ ปรอท เครื่องวัดออกซิเจน จัดให้แล้วเตรียมนำจ่ายค่ะ
- นาง [redacted] วันที่ 2 ก.ย. 2564 เวลา 16:37
วันนี้มีญาติมารับเครื่องออกซิเจนปลายนิ้วเรียบร้อยแล้ว

ตัวอย่างเอกสารบันทึกการได้รับอุปกรณ์

พบหลักฐานการส่งอุปกรณ์ ให้กับผู้ป่วย / บันทึกการได้รับอุปกรณ์

วันที่	ชื่อ	นามสกุล	อายุ	ที่อยู่	จำนวน วัน/ 1 ชุด มี 3กล่อง	ค่าอาหาร	ค่ารถส่งของอาหาร / ยา และ อุปกรณ์
					1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
					1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
					1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
					1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
					1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท

การตรวจคัดกรอง	ตรวจร่างกาย	คำสั่งการรักษา
อาการสำคัญที่บ่งชี้ว่าจะเกิดอาการรุนแรง <input type="checkbox"/> ไอเยอะ (Severe cough) <input type="checkbox"/> แน่นหน้าอก (chest tightness) <input type="checkbox"/> หายอาหารไม่ได้ (poor appetite) <input type="checkbox"/> อ่อนเพลียมาก (fatigue) <input type="checkbox"/> ซีดตลอดทั้งวันในช่วงที่มีอาการ	น้ำหนัก.....Kg. ส่วนสูง.....cm BT.....°C PR...../min RR...../min BP.....mmHg ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LPM).....	<input type="checkbox"/> Level 1 (green) <input type="checkbox"/> พาทะลายใจร แคปซูล 9 tabs po tid ac # 135 tabs <input type="checkbox"/> Paracetamol (500) 1 tab po prn q 6 hrs for fever # 20 tabs <input type="checkbox"/> Dextromethorphan 1 tab po tid pc # 20 tabs <input type="checkbox"/> CPM 1 tab po tid pc # 10 tabs <input type="checkbox"/> Lorazepam (0.5) 1 tab po prn/hs for insomnia # 10 tabs <input type="checkbox"/> ยาคนไข้ที่จำเป็นต้องสั่งเพิ่ม
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง <input type="checkbox"/> อายุ > 60 ปี <input type="checkbox"/> COPD, include chronic lung disease <input type="checkbox"/> CKD (โรคไตวายเรื้อรัง) <input type="checkbox"/> Chronic Heart disease <input type="checkbox"/> CVA (โรคหลอดเลือดสมอง) <input type="checkbox"/> T2DM <input type="checkbox"/> BMI > 30 or BW > 90 kg <input type="checkbox"/> Emphysema (โรคตีบแข็ง) <input type="checkbox"/> Immunocompromise (ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ) <input type="checkbox"/> Absolute lymphocyte < 1000 cell/mm3	Test Exercise Induce Hypoxia test O2 sat.....% (ก่อน) O2 sat.....% (หลัง) Test ให้ผลบวก(spO2 drop ≥3) <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ผล Lab Chest X-ray <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ถ้ามีผล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ..... ผลตรวจคัดกรอง <input type="checkbox"/> Rapid antigen test วันที่ตรวจ..... หน่วยที่คัดกรอง..... <input type="checkbox"/> RTPCR ผล..... วันที่ตรวจ.....	<input type="checkbox"/> Level 2 (yellow) <input type="checkbox"/> Favipiravira (200 mg/tab) 9 tab po bid pc day1, then 4 tabs po bid pc x 4 days If BW > 90 kgs, <input type="checkbox"/> Day 1 : 12 tabs po bid pc <input type="checkbox"/> Day....., 5 tabs po bid pc <input type="checkbox"/> Level 3 (Red) <input type="checkbox"/> Refer รพ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
การประเมินสภาพจิตใจและภาวะซึมเศร้า <input type="checkbox"/> สภาพจิตใจ feeling ..ปกติ ..อารมณ์ ..ปกติรวม <input type="checkbox"/> ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อชีวิตประจำวัน - ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาผม/ฉันรู้สึกหงุดหงิดหรือเครียดหรือเหนื่อยหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่ - ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาผม/ฉันรู้สึก เบื่อ หงุดหงิดหรือเหนื่อยหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่	แบบยินยอมเข้ารับการรักษา การเตรียมอุปกรณ์และยา <input checked="" type="checkbox"/> พร้อหวัดใช้ <input type="checkbox"/> เครื่องพ่นยา <input checked="" type="checkbox"/> เครื่องวัด O2 ปลายนิ้ว <input type="checkbox"/> ยา <input type="checkbox"/> เครื่องผลิตออกซิเจน <input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย <input type="checkbox"/> ถุงแดง วันที่..... 18/7/64	ข้าพเจ้ายินยอมรับการรักษา โดยวิธีดูแลตัวเองที่บ้าน (Home isolation / community isolation) ลงชื่อผู้ป่วย/ดูแล..... ลงชื่อพยาบาล..... วันที่.....

มีลายมือผู้ติดเชื้อ หรือญาติ ลงนาม และมีบันทึกการเตรียมอุปกรณ์

Deny code

1. V016 ไม่ได้รับยาฟ้าทะลายโจร
2. V022 ไม่ได้รับยาฟาวิพิลาเวียร์

รายละเอียดการตรวจพบ :

- ไม่พบบันทึกหลักฐานการจัดส่งยา หรือบันทึกที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาตามที่ส่งเบิก
- มีการเบิกค่ายาฟ้าทะลายโจร กรณีที่มีการ Stepdown มาจากโรงพยาบาล
- การจ่ายยาฟาวิพิลาเวียร์ ส่วนใหญ่เป็นยาที่รัฐจัดหาให้
- ไม่พบหลักฐานการจัดซื้อยาฟาวิพิลาเวียร์

เอกสารหลักฐาน

1. หลักฐานแสดงการจัดส่งยา (ระบุชื่อผู้รับ) **หรือ**
2. หลักฐานการรับยาของผู้ติดเชื้อหรือญาติ เช่น กล่องยา หรือรูปถ่ายหน้าซองยาที่ระบุชื่อผู้ป่วย
3. หลักฐานการจัดซื้อยาฟาวิพิลาเวียร์ (กรณีเบิกค่ายาฟาวิพิลาเวียร์)

หมายเหตุ กรณีที่มีการ Stepdown มาจากโรงพยาบาล **ไม่ควร**เบิกค่ายาซ้ำซ้อนกับผู้ป่วยใน

ตัวอย่างเอกสารการสั่งยา / ได้รับยา

พบหลักฐาน คำสั่งการรักษา การสั่งยา ให้กับผู้ติดเชื้อ
พบบันทึก/ภาพ การได้รับยา

วันที่ 14 ส.ค. 2564 เวลา 16:25
อาหาร: อาหารธรรมดา

แบบรายวัน
แพทย์ที่ [redacted] วันที่ 14 ส.ค. 2564 เวลา 16:30
รายการยาทั้งหมด 4 ชนิด

1. FA-THALAI-CHON (ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย) (ผงใบฟ้าทะลายโจร 250 mg) capsule, hard, 1 cap (TPU) หลังอาหาร x 1 หน่วย
2. A-MOL CAPLETS (สยามเภสัช) (paracetamol 500 mg) tablet, 1 tablet (TPU) เมื่อมีอาการ x 1 หน่วย
3. CHLOPHEN (เมดิซีน โปรดักส์) (chlorphenamine maleate 4 mg) tablet, 1 tablet (TPU) หลังอาหาร x 20 หน่วย
4. A-TUSSIN (โอสถอินเตอร์ แลบบอราทอรีส์) (dextromethorphan hydrobromide 15 mg) tablet (TPU) หลังอาหาร x 20 หน่วย

วันที่ออกรายงาน: 14 ก.ย. 2564 ผู้ออกรายงาน [redacted]

AMED

ใบสั่งการรักษาพยาบาล

วันที่ (เวลา)	สั่งการครั้งเดียว	วันที่ (เวลา)	ส่งใช้ตลอดไป
30/07/64 08.00 น.	Admit ward Home Isolation CXR portable ผู้ป่วยให้ความยินยอมเข้ารับการรักษาในระบบกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าผ่านทาง <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> Line Application/ VDO call ลงชื่อ [redacted] แพทย์ผู้ให้คำแนะนำ ลงชื่อ [redacted] พยาบาล	30/07/64 08.00 น.	- Regular Diet - Record V/S, SpO2 OD - Medication Paracetamol (500) Sig. 1 tab o prn q 4-6 hours Dextromethorphan Sig. 1 x 3 o pc Chlorpheniramine Sig. 1 x 1 o hs Favipiravir (200) Sig. 9 tabs o bid x 1 day then 4 tabs o bid x 9 days (รวม 10 วัน)

90 tab [redacted]

เอกสาร



ต้องมีรายละเอียดเป็นรายบุคคล

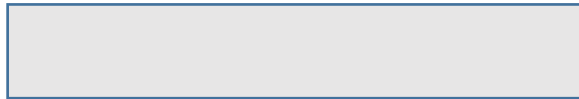
ตัวอย่างเอกสารการจัดซื้อยา

รหัสลูกค้า: 120000210



เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520

สถานที่ส่งสินค้า: 120000210



แขวงลาดกระบัง

Billing No.: 3000427060

PO No.: -

Sales Order No.:100247802

Delivery Order No.: 200583770

Transfer Order No.: 2100515071

งบประมาณ :-

รหัสประเภทเอกสาร: : ZS01/ZB01

กลุ่มลูกค้า: : 2028

หน้า 1 / 1

วันที่:

วันที่:

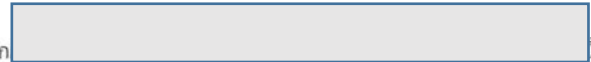
วันที่: 10/08/2564

วันที่: 10 ส.ค. 2564

วันที่:

กรณีเบิกจ่ายยาฟาวิพิราเวียร์ ต้องมีหลักฐานการจัดซื้อ

คลินิก



ลำดับ	รายชื่อผู้ป่วย	เลขบัตรประจำตัวประชาชน	วันที่จ่ายยา	จำนวนเงิน
1	[Redacted]	[Redacted]	27/08/64	4,000 บาท
2			13/08/64,18/08/64	7,200 บาท
3			18/08/64	2,080 บาท
4			31/08/64	4,000 บาท
5			28/08/64	4,000 บาท



ต้องมีรายละเอียดเป็นรายบุคคล

No.	รหัสสินค้า	ชื่อสินค้า	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย	ส่วนลด	จำนวนเงิน
1	110122260011	FAVIRAVIR TABLETS 200 mg 10x10's - FAVIR (200 MG)	5.00	BOX	1,600.72		8,003.60
Lot: W640076 Mfg: 23/07/2564 Exp: 23/07/2566							

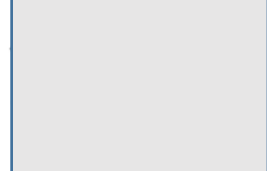
รวมเงิน	8,003.60
มูลค่าที่ไม่รวมภาษี	7,480.00
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7.00 %	523.60
ยอดชำระเงิน	8,003.60

ใบเสร็จรับเงิน (แนบต้นฉบับมาที่เภสัชกร)



ผ่านการตรวจสอบจาก

กรรมการ/หัวหน้า



Deny code : V018 ไม่ได้ตรวจ RT-PCR ช้ำ

รายละเอียดการตรวจพบ :

- ไม่พบหลักฐานการให้บริการตรวจคัดกรองโควิด RT-PCR ช้ำ
- พบหลักฐานตรวจ Lab ก่อนวันเข้ารับบริการ HI

เอกสารหลักฐาน

- รายงานผลการตรวจ RT PCR ที่ระบุหน่วยบริการส่งตรวจและหน่วยตรวจ (official report)

โดยต้องเป็นการตรวจในช่วงเวลาที่ให้บริการ HI/CI

ตัวอย่างเอกสาร ผลตรวจ RT-PCR ไข้

พบหลักฐาน ผลตรวจ official report ระบุ ชื่อ สกุล ตรงกับพป. และวันที่ อยู่ในช่วงที่รับบริการ HI/CI กรณี ตรวจคัดกรองก่อนเข้ารับบริการ HI/CI ต้องเบิกจากการคัดกรอง

ใบรายงานผลการตรวจชันสูตรโรค

	หน่วยงานพยาธิ	HN : 000038991	LN 128314268&N 640018227	วันที่พิมพ์ 10/08/2021	18:02:19 น.
	โรงพยาบาล	ชื่อ - สกุล น		วันที่ส่งตรวจ 08/08/2021	10:54
		สิทธิ UC ไม่มี		วันที่รายงาน 09/08/2021	14:04
	หน่วยงานที่ส่งตรวจ :	ผู้ป่วยนอก(ล0)	เตียง KC326	สถานะปัจจุบัน	

ลำดับ	Parameter	Result	Unit	ค่าปกติ	ค่าปกติ ชาย	ค่าปกติ หญิง
SARS coronavirus 2 ,qualitative RT-PCR						
1	SARS coronavirus 2 ,qualitative RT	Detected E gene : Ct = 25.05 ORF1ab gene : Ct = 24.61		Not Detected	-	-
2	SAT code	10819E080821MC1125			-	-
Result Text						

ผู้รายงานผล : น.ส. อ	ผู้ตรวจสอบ : ล	ผู้พิมพ์รายงาน : 0605
----------------------	----------------	-----------------------



รายงานผลการตรวจวิเคราะห์

ศ

วันที่รับตัวอย่าง : 29 กรกฎาคม 2564

วันที่รายงานผล : 1 สิงหาคม 2564

หน่วยงานที่ส่งตรวจ : โรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ : ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active case finding)

ชื่อในการทดสอบ : การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (SARS-CoV-2) ด้วยเทคนิค Real time RT-PCR

ผลการวิเคราะห์ :

หมายเลขวิเคราะห์	รายละเอียดสิ่งส่งตรวจ	ผลการวิเคราะห์
Sample No. 0006288317	ชื่อ : เมอร์ไทร์ หมายเลขบัตรประชาชน : หมายเลขหนังสือเดินทาง : ชนิดตัวอย่าง : THROAT SWAB NASOPHARYNGEAL SWAB วันที่เก็บตัวอย่าง : 29 กรกฎาคม 2564	Detected N gene Ct = 19.686 RdRp gene Ct = 15.394

หมายเหตุ : ข้างหลอดระบุชื่อ

ผู้วิเคราะห์
ตำแหน่ง นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระดับปฏิบัติการ
1 สิงหาคม 2564

ผู้รับรองผล
ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ ระดับชำนาญการ
1 สิงหาคม 2564

Deny code : V017 ไม่พบบริการ Chest X-Ray

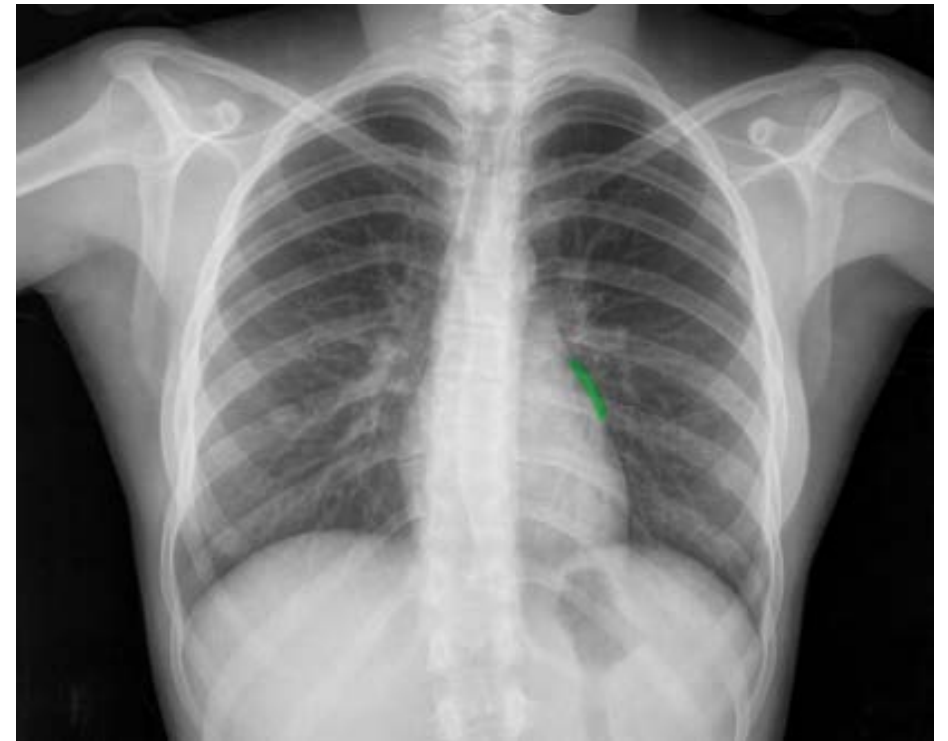
รายละเอียดการตรวจพบ :

- ไม่พบหลักฐานการให้บริการ Chest X-Ray
- พบมีคำสั่งการรักษา แต่ไม่พบรายงานผล **หรือ** บันทึกการอ่านผล
- ทำ Chest X-Ray ก่อนวันเข้ารับบริการ HI

เอกสารหลักฐาน

- รายงานผลการตรวจ Chest X-Ray ในช่วงที่ให้บริการ HI/CI ที่ระบุวันที่ชัดเจน (กรณี OP เท่านั้น)

ตัวอย่างหลักฐาน Chest X-RAY



Deny code : v019 ไม่พบการให้บริการออกซิเจน

รายละเอียดการตรวจพบ : ไม่พบการให้บริการออกซิเจน ตามจำนวนวันที่ขอเบิก

เอกสารหลักฐาน

1. หลักฐานแสดงการจัดส่งอุปกรณ์ oxygen หรือ
2. หลักฐานการรับอุปกรณ์ oxygen ให้แก่ผู้ติดเชื้อ (ระบุชื่อผู้รับ) (กรณี HI) หรือ
3. หลักฐานการให้/การได้รับออกซิเจน ของผู้ติดเชื้อ (กรณี CI) ได้แก่ คำสั่งแพทย์ และบันทึกพยาบาล
4. โดยระบุจำนวนวันที่เริ่มให้ และจำนวนวันที่สิ้นสุดการให้บริการ

ตัวอย่างหลักฐาน การได้รับออกซิเจน

พบหลักฐาน คำสั่งการรักษา หรือ บันทึกการให้บริการออกซิเจน การส่งออกซิเจนให้กับผู้ป่วย พบบันทึก/ ภาพการให้ / ได้รับบริการออกซิเจน

Handwritten notes: H1, E54, UDL, ควณคดี

วันที่	Bed No.	วันที่เริ่มป่วย	sick date	9.00 น.		17.00 น.		อาการ	การรักษาพยาบาล	ยา	ส่งต่อ
				T	O2sat	T	O2sat				
28 ต.ค. 64	E6	26/7/64	8	36.5	87	36.5	98	ไอ, เหนื่อย, อก ใจได้ดื้อ	- งดระงับ + งด - งดระงับ + งด - งดระงับ T, O ₂	พินทาลิโร (ตาม) - Paritranil rotab - Bromhex	
								29.25 น. คัดแยก พอดใจไม่ RR 28/min, O ₂ 95% ระดับ O ₂ คาร์บ 5 LPM	งดระงับ (งดระงับ) หัวใจ, หอบเหนื่อย, อก ใจได้ดื้อ RR 28 น/น		
29 ต.ค. 64	E6		4	36.2	96	36.2	95	ไอ, เหนื่อย, อก ใจได้ดื้อ	พินทาลิโร, งด งดระงับ + งด - Paritranil rotab - Bromhex	- Discontinuation 15-91K30	
30 ต.ค. 64	E6		5	37	98	36.9	99	- งดระงับ	งดระงับ		
31 ต.ค. 64	E6		6	36.6	100	36.4	99	- งดระงับ	งดระงับ		
1 Nov	E6		7	36.3	100	36.4	98	ไอ, เหนื่อย, อก ใจได้ดื้อ	งดระงับ		

Handwritten notes at bottom: 19 out of O₂ carb mult, RR 28 O₂ at 95% Paritranil 100 carb/min งดระงับ + งด



การพิสูจน์ตัวตนเพื่อรับบริการ (Authentication)

Deny code :

- 1.V000 ไม่มีข้อมูล Authen/ Authen ไม่ถูกต้อง / ไม่ผ่านการตรวจสอบ
2. V001 เบอร์โทรรูปแบบไม่ถูกต้องทำให้ไม่สามารถติดต่อผู้ติดต่อได้

รายละเอียดการตรวจพบ :

- ไม่พบข้อมูลการ Authen / authen ซ้ำ / authen ผิดประเภท
- ระบุเบอร์โทรศัพท์ไม่ถูกต้อง (รูปแบบไม่ถูก เป็นเลข 00 ค่าว่าง อักขระพิเศษ / ใช้เบอร์เจ้าหน้าที่ / เบอร์ซ้ำจำนวนมาก)

เอกสารหลักฐาน เวชระเบียนทั้งฉบับ

แนวทางการแก้ไข

- แนะนำให้ผู้ติดต่อยืนยันตัวตนด้วยการ **Add Line OA @nhso**
- กรณีหน่วยบริการ Authen ด้วยเลขบัตรประชาชน ให้ระบุเบอร์โทรของผู้ติดต่อเท่านั้น โดยรูปแบบเบอร์โทรจะต้องถูกต้องตาม กสทช.



ตัวอย่างหลักฐานการยืนยันตัวตนการรับผู้ป่วย (Authen) เข้ารับบริการ

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 "ศูนย์การดูแลสุขภาพเชิงรุก 50 พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐" เลขที่ ๕๐๐ หมู่ ๕ ซ.๕ ซอยการเวกนครสวรรค์
 แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๐๐ โทร: ๐๒-๕๕๕-๕๐๐๐ โทรสาร: ๐๒-๕๕๕-๕๐๐๑

เลขยืนยันข้อมูลการขอรับบริการ (Authen Code)

หมายเลข Authen Code : OP1005045569

สถานะข้อมูล Authen Code : เข้ารับบริการ

เลขประจำตัวประชาชน :

ชื่อ-สกุล :

อายุ ณ วันที่เข้ารับบริการ : 0 ปี 1 เดือน 27 วัน

จังหวัดที่ลงทะเบียน : กรุงเทพฯ

สิทธิหลัก : สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ยกเว้นการร่วมจ่ายค่าบ)

สิทธิย่อย : เด็กอายุไม่เกิน 12 ปีบริบูรณ์

หน่วยบริการที่ให้บริการ : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชนิ (12438) กรุงเทพฯ

วันที่เข้ารับการรักษา : 24 กรกฎาคม 2564 เวลา 14:27 น.

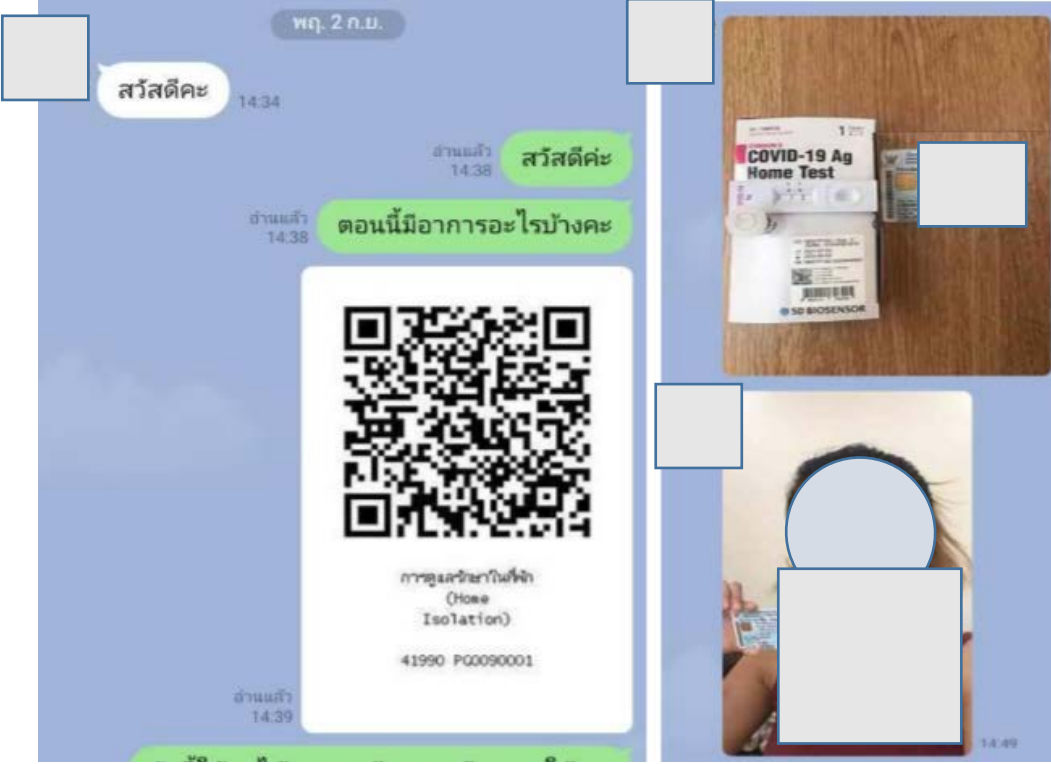
ผู้รับรอง : ผู้รับบริการอายุต่ำกว่า 15 ปี ต้องมีผู้ปกครอง หรือ ผู้ดูแล

เลขประจำตัวประชาชนผู้รับรอง :

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล :

Authen

พบหลักฐาน การยืนยันตัวตน ตรงกับผู้ป่วยที่ตรวจสอบ



line

Deny Code ที่จะปฏิเสธการจ่ายทุกรายการที่เบิก

DENY CODE	ความหมาย
V000	ไม่มีข้อมูล Authen/ Authen ไม่ถูกต้อง ไม่ผ่านการตรวจสอบ
V001	เบอร์โทรรูปแบบไม่ถูกต้องทำให้ไม่สามารถติดต่อผู้ติดต่อได้
V002	มีเบอร์โทรแต่ไม่สามารถติดต่อผู้ติดต่อได้
V003	เลขบัตรประชาชนไม่ตรงกับข้อมูลที่ Authen
V004	ผู้รับบริการตามรายชื่อ/เลขที่บัตรประชาชนตามที่ Authen แจ้งว่าไม่เป็นผู้ติดเชื้อโรค Covid 19
V006	ผู้ติดเชื้อแจ้งว่าได้รับบริการดูแลจากหน่วยบริการอื่นไม่ตรงหน่วยบริการที่ Authen

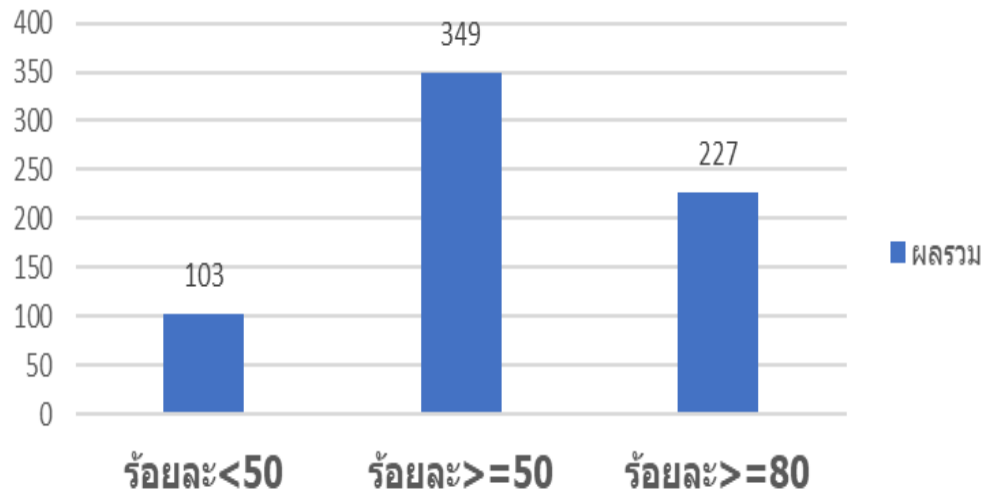
เอกสารหลักฐาน:

เวชระเบียนทั้งฉบับอาจเป็นเอกสารที่บันทึกเป็นกระดาษหรือในรูปแบบอื่น ที่ยืนยันได้ว่าหน่วยบริการได้มีการให้บริการผู้ติดเชื้อรายเดียวกันกับที่ขอเบิก ได้แก่

1. บัตรประชาชนของผู้ติดเชื้อ
2. หลักฐานการตรวจพบเชื้อ
3. หลักฐานการให้บริการของหน่วยการตามรายการที่ส่งเบิก

เหตุผลของการขอทบทวนแล้วไม่ผ่าน

จำนวนหน่วยบริการจำแนกตาม ผลการตรวจสอบ



grร้อยละ(4/1) ▾

1. แนบหลักฐานถูกต้อง แต่ไม่ครบตามจำนวนวันที่ขอเบิก (จ่ายตามหลักฐานที่พบ)
2. ไม่พบการหลักฐานการส่งอาหาร หรือ อุปกรณ์ เช่น บันทึกการส่งอุปกรณ์ / ภาพการใช้อุปกรณ์ ภาพการรับ / ส่งอาหาร ตารางการส่งอาหาร หรืออุปกรณ์ เป็นต้น
3. แนบเอกสารผิดคน
4. หลักฐานเอกสารบันทึกการให้บริการ **ไม่ได้ระบุชื่อ สกุล หรือ เลขบัตรประชาชน** ผู้รับบริการ
5. หลักฐานการให้บริการผิดประเภทกับการขอเบิก เช่น บริการ HI แต่หลักฐานเป็นการให้บริการผู้ป่วยใน

ประเด็นเน้นย้ำเพื่อการเบิกจ่ายที่ถูกต้อง

Authen

- ต้อง Authen ทูทราย ที่มีการให้บริการ โดยเน้น Authen ผ่าน Line OA @nhso
- ต้องบันทึกข้อมูลเบอร์โทรศัพท์ที่ถูกต้องของผู้ติดต่อเท่านั้น >>> ได้รับเหมาจ่าย 1,000 บาท (บริการ HI)

การดูแล ผู้ป่วย

- ต้องบันทึกข้อมูลการติดตามประเมินอาการในเวชระเบียน หรือบันทึกใน platform ต่างๆ เช่น AMED เป็นต้น
- ต้องเก็บหลักฐานในการจัดส่งอาหาร อุปกรณ์ หรือยา เป็นรายบุคคล
- กรณีที่เบิก Chest X-ray ต้องมีหลักฐานรายงานผล **หรือ** บันทึกการอ่านผล
- ตรวจ Lab RT-PCR ซ้ำ ต้องมีหลักฐานใบ official report
- ต้องจัดเก็บเอกสารไว้สำหรับการตรวจสอบ

การบันทึก เบิก

- ควรบันทึกเบิกใน E-claim ภายใน 30 วัน นับตั้งแต่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากระบบ
- ไม่บันทึกข้อมูลเบิกซ้ำซ้อนระหว่าง IP และ OP กรณี Step down หรือ Step up

ขั้นตอนในการทำแบบติดตามผู้ติดเชื้อโควิด-19 สำหรับ Line OA @nhso สำหรับผู้เข้ารับบริการแบบ Home isolation

1

- พิสูจน์ตัวตนเข้ารับบริการแบบ Home isolation ด้วยการแอดไลน์ @nhso หรือ Scan QR code กับคลินิกหรือโรงพยาบาลที่รับดูแล

2

- ทำแบบติดตามผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทาง Line OA @nhso เมื่อหายป่วย หรือพ้นจากความดูแลของคลินิกหรือโรงพยาบาล ภายใน 7 วัน

แอดเป็นเพื่อนกับเราเพียง
พิมพ์ค้นหา **@nhso**
หรือสแกน QR Code

สแกนเลย 



แบบติดตามผู้ติดเชื้อโควิด-19 สำหรับ Line OA @nhso



ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ไม่มีอาการทุกราย
ต้องกักตัวที่บ้านหรือที่ชุมชน
สปสช. จับคู่ให้คลินิกชุมชนอบอุ่นดูแลที่บ้าน

- แจกเครื่องวัดไข้ วัดออกซิเจนในเลือด ยาฟ้าทะลายโจร ส่งอาหาร 3 มื้อ
- วิถีไอคอลลดตามอาการวันละ 2 ครั้ง
- ส่งต่อโรงพยาบาลเมื่ออาการเปลี่ยนแปลง ระหว่างรอเตียง จ่ายยาฟาวิพิราเวียร์ เพื่อประคับประคองอาการระหว่างรอ



สปสช. 1330 IHRI วันที่จัดทำ 11-7-64

วิธีลงทะเบียน/ย้ายสิทธิ์ ก่อนเปลี่ยนหน่วยบริการ	บอร์ดิส เข้ารับบริการ	บริการเกี่ยวกับ โควิด-19
ตรวจสอบสิทธิ์	เปลี่ยนหน่วยบริการ (ด้วยตนเอง)	คุยกับน้องยูซี (Chatbot)

เมนู ▾

บริการเกี่ยวกับ
โควิด-19
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบการดูแลที่บ้าน (Home Isolation) หรือยังไม่ได้รับการติดต่อกลับภายใน 48 ชม. หลังลงทะเบียน
- ขอกลับภูมิลำเนาเพื่อรับบริการ
- รายงานผลการตรวจที่ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ
- แบบติดตามผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในระบบดูแลที่บ้าน (Home Isolation)**
- ติดต่อเจ้าหน้าที่รับเรื่องโควิด-19

ขั้นตอนง่าย ๆ เพื่อการเบิกจ่ายที่ถูกต้อง ลดการหักทวง

1. Authen โดยใช้ Line OA @nhso >>> มั่นใจถูกคน ถูกเบอร์
จ่ายเบื้องต้นได้ (กรณีมี Smart phone)

2. บันทึกและเก็บหลักฐานในการดูแลผู้ป่วยทุกราย >>> หลักฐานครบ
ตรวจสอบได้ จ่ายทันที (กรณีใช้ AMED จะดึงข้อมูลมาตรวจสอบ)

3. แนะนำให้ผู้ติดต่อทำแบบประเมินการเข้ารับบริการ HI ใน *Line OA*
@nhso เมื่อจำหน่ายภายใน 7 วัน >>> ตอบครบ ไม่ต้องโทร ใช้เป็น
ข้อมูล Pre audit ได้ ลดปัญหาส่งเอกสารหักทวง โดยเฉพาะกรณี
ติดต่อไม่ได้

แอดเป็นเพื่อนกับเราเพียง
พิมพ์ค้นหา @nhso
หรือสแกน QR Code

สแกนเลย 



การดำเนินการข้อมูลทั้กทั้วง STM_09_10_11

- STM_09_10_11 ได้สิ้นสุดการทบทวนเมื่อ 15 มค 2565 และระบบปิดไม่ให้หน่วยบริการบันทึกแล้วนั้น
- จากการตรวจสอบของ สปสช. พบว่ามีข้อมูลที่ยังไม่ดำเนินการ หรือทำไม่เสร็จอีกจำนวน 1,440 รายการ แบ่งเป็น
 - 1 หน่วยที่ทำไม่ทัน(ทำบ้าง) 25 แห่ง 322 รายการ
 - 2 หน่วยที่ยังไม่ดำเนินการเลย(ไม่เข้าระบบมาทำเลย) 35 แห่ง 818 รายการ
- เปิดระบบให้หน่วยบริการดำเนินการ **เริ่ม 18 ม.ค. 65 ถึงวันที่ 25 มกราคม 65** ขอให้หน่วยบริการที่ยังทำไม่ทัน(ทำบ้าง) หรือยังไม่เคยเข้าระบบมาทั้กทั้วง หากติดปัญหาอะไรแจ้งกลับที่ mail : maitree.m@nhso.go.th รายละเอียด รายชื่อหน่วยบริการที่ยังไม่ดำเนินการ/ดำเนินการไม่เสร็จ

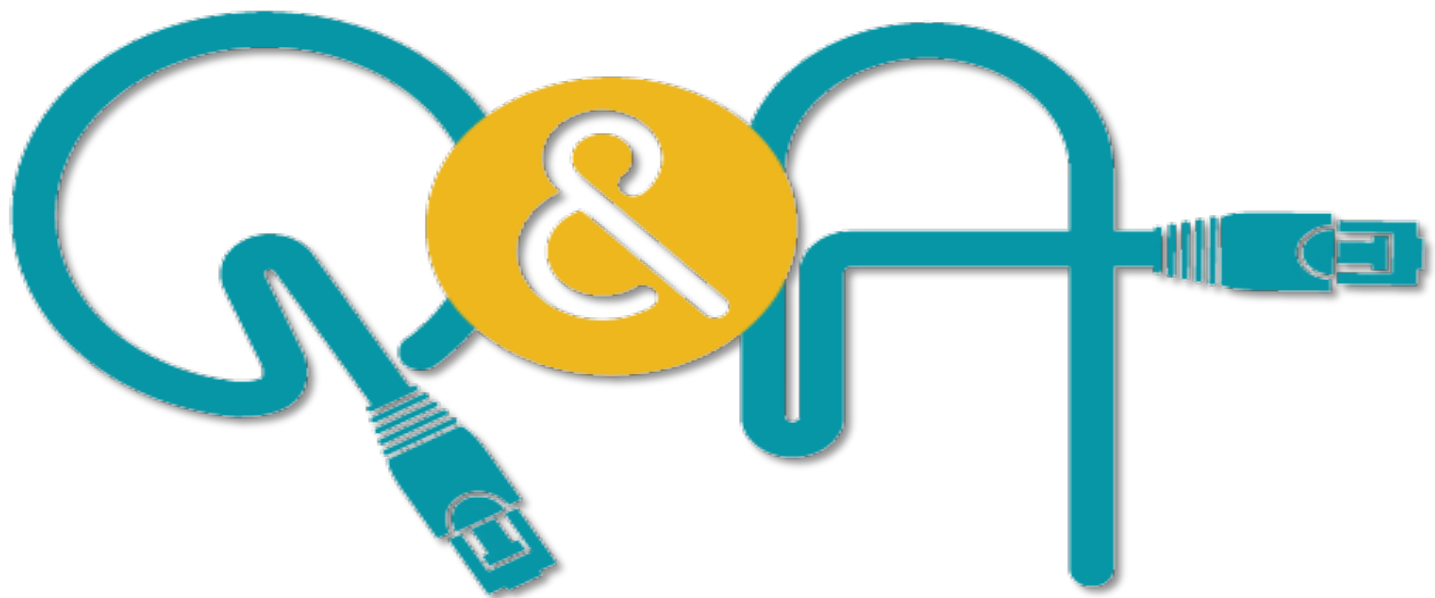
การดำเนินการข้อมูลทั้กทั้วง STM_09_10_11

1 หน่วยที่ทําไม่ทั้หน(ทั้บํ้าง) 25 แห่ง

- กรณีทั้กทั้วงแล้่วไม่แก้ไขอะไร -> ไม่ต้องดําเนินการใ้ตฤ
- กรณีทั้กทั้วงแต่ต้องการแก้ไข -> ใ้เข้าไปแนบเอกสารใ้ใหม่

2 หน่วยที่ใ้ยังไม่ดําเนินการแล้ย(ไม่ใ้ระบบมาทําแล้ย) 35 แห่ง

- กรณีต้องการทั้กทั้วง -> ใ้ระบบ ทั้กทั้วง + แนบเอกสาร
- กรณีไม่ต้องการทั้กทั้วง -> ใ้ระบบ -> "ไม่ทั้กทั้วง" ทุ้รายการ
-



Help desk : แจ้งปัญหาการส่งข้อมูล eclaim การแก้ไขรหัส Deny

- ติดต่อที่เบอร์โทรศัพท์ 02-554-0505 (13 คู่สาย)
- ส่งคำถามมาทางอีเมล eclaimhelpdesk.nhso.go.th
- เว็บไซต์ (<http://eclaim.nhso.go.th>)

