



แนวทางการจัดเตรียมเอกสาร หลักฐาน  
เพื่อประกอบการทักท้วงผลการตรวจสอบ  
ก่อนจ่ายการให้บริการ HI/CI  
แก่ผู้ติดเชื้อโรค COVID 19  
สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ

# หัวข้อนำเสนอ

1.รายการ/รหัสการเบิกจ่ายชดเชยกรณีการให้บริการ HI/CI

2.รหัสปฏิเสธการจ่าย (Deny Code)

3.สิ่งที่ตรวจพบแยกตามรหัสการเบิก/แนวทางการจัดเตรียมเอกสารแยกตาม Deny Code

4.ถาม ตอบ

# รายการ/รหัสการเบิกจ่ายชุดเชยกรณีการให้บริการ HI/CI

รายการ	รหัสเบิก	จำนวนเงินที่เบิกได้ (บาท)
1.1 ค่าดูแลการให้บริการผู้ติดเชื้อโรค COVID 19 (ค่าติดตามประเมินอาการ+ให้คำปรึกษา+ค่ายาพื้นฐาน+ค่าอาหาร 3 มื้อ) 1.2 ค่าดูแลการให้บริการ (ค่าติดตามประเมินอาการ+ให้คำปรึกษา+ค่ายาพื้นฐาน)	COVR05 (HI) COVR06 (CI) COVR11(HI) COVR12(HI)	1,000 บาท/วัน ไม่เกิน 14 วัน. 600 บาท/วัน ไม่เกิน 14 วัน
2. ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยประกอบด้วย ปรอทวัดไข้ดิจิตอล เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด และอุปกรณ์อื่นๆที่จำเป็น	14509	ตามรายการที่ใช้จริงไม่เกิน 1,100 บาท/ราย
3. ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ติดเชื้อฯ 3.1 ยา Favipiravir 3.2 ยาฟ้าทะลายโจร	DRUG04 DRUG11	จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาท/รายหรือชุดเชยเป็นยา
4. ค่าบริการ Chest X-ray	08001	100บาท/ครั้ง
5. ค่าออกซิเจนสำหรับผู้ติดเชื้อที่มีอาการเปลี่ยนแปลง/มีความจำเป็นต้องให้ออกซิเจนตามดุลยพินิจของแพทย์	145014	จ่ายตามจริงไม่เกิน 450 บาท/วัน

# รหัสปฏิเสธการจ่าย (Deny Code) ตามรายการ/รหัสที่เบิก

รายการ	รหัสเบิก	รหัสปฏิเสธการจ่าย (Deny Code)
1.1 ค่าดูแลการให้บริการผู้ติดเชื้อโรค COVID 19 (ค่าติดตามประเมินอาการ+ให้คำปรึกษา+ค่ายาพื้นฐาน+ค่าอาหาร 3 มื้อ)	COVR05 (HI) COVR06 (CI)	V008,V009,V010,V011,V012
1.2 ค่าดูแลการให้บริการ (ค่าติดตามประเมินอาการ+ให้คำปรึกษา+ค่ายาพื้นฐาน)	COVR11(HI) COVR12(CI)	
2. ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยประกอบด้วย ปรอทวัดไข้ดิจิตอล เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด และอุปกรณ์อื่นๆที่จำเป็น	14509	V013,V014,V015
3. ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ติดเชื้อฯ		
3.1 ยา Favipiravir	DRUG04	V016
3.2 ยาฟ้าทะลายโจร	DRUG11	V022
4. ค่าบริการ Chest X-ray	08001	V017
5. ค่าออกซิเจนสำหรับผู้ติดเชื้อที่มีอาการเปลี่ยนแปลง/มีความจำเป็นต้องให้ออกซิเจนตามดุลยพินิจของแพทย์	145014	V019

# ค่าบริการตรวจ RT-PCR

รหัสเบิก	รายการ	ราคา (บาท)
PCR2G	LAB RT-PCR (2 Genes)	1,100.00
PCR3G	LAB RT-PCR (3 Genes)	1,300.00
145004	ค่าบริการสำหรับตรวจ Lab	300.00
145005	ค่าบริการเก็บ Swab	100.00

Deny code : V018

รายละเอียดการตรวจพบ : ไม่พบการให้บริการตรวจคัดกรองโควิด RT-PCR ช้ำ

เอกสารหลักฐานที่ต้องส่ง

➤ รายงานผลการตรวจ RT PCR ที่ระบุหน่วยบริการส่งตรวจและหน่วยตรวจ (official report)  
โดยต้องเป็นการตรวจในช่วงเวลาที่ให้บริการ HI/CI

# ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย

รหัสเบิก	รายการ	ราคา (บาท)
COVR05	ค่าดูแลรักษาในที่พัก (Home Isolation)	1,000.00
COVR06	ค่าดูแลรักษาแยกกันในชุมชน (Community Isolation)	1,000.00
COVR11	ค่าประเมินอาการ (Home Isolation)	600.00
COVR12	ค่าประเมินอาการ (Community Isolation)	600.00

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

รายละเอียดการตรวจพบ : ไม่พบการประเมิน และ/หรือไม่ได้ รับอาหาร ตามจำนวนวันที่ขอเบิก

## เอกสารหลักฐาน

1. เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ ตามจำนวนวันที่เบิก
2. หลักฐานการจัดอาหารตามจำนวนวันที่เบิก หรือ
3. หลักฐานการรับอาหารของผู้ติดเชื้อ/ญาติ

# ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์

รหัสเบิก	รายการ	ราคา (บาท)
145009	ค่าอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย Home Isolation & Community Isolation	1,100.00
045009	ค่าอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย Home Isolation & Community Isolation	1,100.00

## Deny code

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

รายละเอียดการตรวจพบ : ไม่พบการจ่ายอุปกรณ์ที่ใช้ตรวจประเมิน ได้แก่ เครื่องวัดไข้ เครื่องวัด O2sat ให้ผู้ติดเชื้อใช้ต่อเนื่องที่บ้าน

## เอกสารหลักฐาน

1. หลักฐานแสดงการจัดส่งเวชภัณฑ์ ตามรายการที่ให้แก่ผู้ติดเชื้อ(ระบุชื่อผู้รับ) หรือ
2. หลักฐานการรับเวชภัณฑ์ของผู้ติดเชื้อ/ญาติตามรายการที่ให้แก่ผู้ติดเชื้อ

# แนวทางการจัดเตรียมเอกสาร ค่ายา

รหัสเบิก	รายการ	ราคา (บาท)
COVID-DRUG11	ฟ้าทะลายโจร	ตามจริงไม่เกิน 7,200 บาท ทั้งนี้ ฟ้าทะลายโจร ไม่เกิน 300 บาท
COVID-DRUG4	Favipiravir	

## Deny code

1. V016 ไม่ได้รับยาฟ้าทะลายโจร
2. V022 ไม่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์

รายละเอียดการตรวจพบ : ไม่ได้รับยาตามที่ส่งเบิก

## เอกสารหลักฐานที่ต้องส่ง

1. หลักฐานแสดงการจัดส่งยา (ระบุชื่อผู้รับ) หรือ
2. หลักฐานการรับยาของผู้ติดเชื่อ/ญาติ



# ค่า CHEST X-Ray

รหัสเบิก	รายการ	ราคา
080001	Chest X-ray กรณีโควิด	100 บาท /ครั้ง

Deny code : V017

รายละเอียดการตรวจพบ : ไม่พบการให้บริการ Chest X-Ray

เอกสารหลักฐานที่ต้องส่ง

- รายงานผลการตรวจ Chest X-Ray ในช่วงที่ให้บริการ HI/CI ที่ระบุวันที่ชัดเจน

# ค่าออกซิเจนสำหรับผู้ป่วย

รหัสเบิก	รายการ	ราคา (บาท)
145014	ค่าออกซิเจน	ตามจริงไม่เกิน 450 บาท/วัน

Deny code : V019

รายละเอียดการตรวจพบ : ไม่พบการให้บริการออกซิเจน ตามจำนวนวันที่ขอเบิก

เอกสารหลักฐานที่ต้องส่ง

1. หลักฐานแสดงการจัดส่งอุปกรณ์ oxygen หรือ หลักฐานการรับอุปกรณ์ oxygen หรือ
2. หลักฐานการให้/การได้รับออกซิเจน ของผู้ติดเชื้อ
3. โดยระบุจำนวนวันที่เริ่มให้ และจำนวนวันที่สิ้นสุดการให้บริการ

# Deny Code ที่จะปฏิเสธการจ่ายทุกรายการที่เบิก

DENY CODE	ความหมาย
V000	ไม่มีข้อมูล Authen
V001	ไม่สามารถติดต่อผู้ติดต่อได้ / เบอร์โทรไม่ถูกต้อง
V002	ไม่สามารถติดต่อผู้ติดต่อได้ / ติดต่อไม่ได้
V003	เลขบัตรประชาชนไม่ตรงกับข้อมูลที่ Authen
V004	ผู้รับบริการตามรายชื่อ/เลขที่บัตรประชาชนตามที่ Authen แจ้งว่าไม่เป็นผู้ติดเชื้อโรค Covid 19
V006	ผู้ติดต่อแจ้งว่าได้รับบริการดูแลจากหน่วยบริการอื่นไม่ตรงหน่วยบริการที่ Authen

## จะติดทุกรายการที่ส่งเบิก

เอกสารหลักฐานที่ต้องส่ง: หลักฐานตามที่มีการระบุตามรายการที่เบิก



THANK YOU  
FOR  
YOUR  
ATTENTION  
ANY QUESTIONS?