

ที่ สปสช. ๒.๕๗ / ว.๒๘๔๑

๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ชักซ้อมความเข้าใจการบันทึกข้อมูลการขอรับค่าใช้จ่ายกรณีการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับ
สถานบริการเอกชน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หนังสือ สปสช.๒.๕๗/ว.๒๐๑๔ ลงวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๔ จำนวน ๑ ชุด
๒. คู่มือการใช้งานระบบพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการเข้ารับบริการ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้แจ้งแนวทางขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม) รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

ในการนี้ สปสช.ขอชักซ้อมความเข้าใจแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับการตรวจ
คัดกรองการติดเชื้อ COVID-19 โดยตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป สถานบริการเอกชนสามารถดำเนินการตรวจ
คัดกรองเพื่อค้นหาการติดเชื้อ COVID ได้ โดยถือเป็นกรณีเหตุสมควร โดยมีการดำเนินการเพื่อบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย ดังนี้

๑) ตรวจสอบว่าคุณคลดังกล่าวเป็นประชาชนไทย ผ่านโปรแกรมการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการเข้ารับบริการ
ด้วยบัตร Smart card หรือบันทึกเลขบัตรประชาชนของผู้รับบริการ เพื่อขอ Authen Code (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒)

๒) บันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim โดยบันทึกเลขบัตรประจำตัวประชาชน และรายการ
ที่จะขอเบิก สำหรับวิธีการบันทึกสามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ <https://eclaim.nhso.go.th/> เมื่อดาวน์โหลด

๓) กรณีแพทย์ส่งตรวจคัดกรองการติดเชื้อ COVID-19 ตามเกณฑ์ดุลยพินิจของแพทย์ หรือตรวจคัดกรอง
ก่อนทำหัตถการ มีคำสั่งแพทย์บันทึกไว้ในเวชระเบียน โดยเก็บหลักฐานไว้ที่สถานบริการ โดยไม่ต้องนำส่งมาที่ สปสช.

อนึ่ง หากมีข้อสงสัย สามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เบอร์ ๐๒-๑๔๒-๓๑๐๐ ถึง ๒ และ
๐๒-๕๕๔-๐๕๐๕ ทั้งนี้ สปสช.จะดำเนินการชี้แจงการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายดังกล่าวอีกครั้ง โดยจะประสานให้ท่านทราบ
ผ่านช่องทาง Line Square UCEP&NON UCEP ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นายจเด็จ ธรรมรัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ

โทรศัพท์ ๐๖๑ ๔๐๒ ๖๓๖๘ , ๐๙๐ ๑๙๗ ๕๑๒๙

ผู้ประสานงาน นางนิสา ผู้สำอางค์ /นางสาวพิมพ์วิสา ศรีเมือง

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑-๑๓



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๒-๔ อาคารรวมหน่วยงานราชการ " ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ " ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐ โทรศัพท์ ๐๒ ๑๔๑ ๐๐๐๐ โทรสาร (Fax) ๐๒ ๑๔๓ ๘๗๓๐

ที่ สปสช. ๒.๕๗ / ว. ๒๐๑๑

๒๓ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)

เรียน ผู้อำนวยการหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถานบริการทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฯ (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม) จำนวน ๑ ชุด

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ และ เพิ่มเติม (ฉบับที่ ๓) กำหนดค่าใช้จ่ายบริการตรวจคัดกรอง บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับประชาชนไทยทุกคน ในหน่วยบริการ หรือในสถานบริการอื่น และค่าใช้จ่ายบริการดูแลรักษาและบริการรับส่งต่อผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น

ในการนี้ เพื่อให้การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงขอส่งแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม) (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

รองเลขาธิการฯ ปฏิบัติงานแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
โทรศัพท์ ๐๖๑ ๔๐๒ ๖๓๖๘ / ๐๙๐ ๑๙๗ ๕๑๒๙
ผู้ประสานงาน นางนิตา ผู้สำอาง และนางवासพิมพ์สา ศรีเมือง

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต

FM-๔๐๑-๐๔-๐๔๐

ฉบับที่ ๐๔
วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๓



แนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข
กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19))
ปีงบประมาณ 2564 (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขอแจ้งแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19)) ปีงบประมาณ 2564 (ฉบับแก้ไข) โดยยกเลิกแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข สำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 (ตามหนังสือที่ สปสช.2.57/ว.7155 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2563) โดยให้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขต่อไปนี้แทน ซึ่งครอบคลุมการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข 2 ส่วน ดังนี้

1) แนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข กรณีการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำหรับประชาชนไทยทุกคน) โดยมีการกำหนดวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 และเพิ่มเติม ดังนี้

- 1) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)
- 2) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำแบบรวมตัวอย่าง (Pooled Sample)
 - 2.1) ตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) 5 ตัวอย่าง
 - 2.2) ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอแบบรวมตัวอย่าง (Pooled nasopharyngeal and throat swab samples) 4 ตัวอย่าง
- 3) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)
- 4) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)

สำหรับค่าใช้จ่ายการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำแบบรวมตัวอย่าง (Pooled Sample) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) และการตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) สำนักงานฯ จ่ายชดเชยตามผลงานการให้บริการ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 เป็นต้นไป

ทั้งนี้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ขึ้นอยู่กับแพทย์พิจารณาวิธีการตรวจ ที่เหมาะสมสำหรับผู้มีสิทธิแต่ละราย และขอรับค่าใช้จ่ายตามเงื่อนไขในแต่ละวิธีที่ สปสช.กำหนด

2) แนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขในการให้บริการกรณีการดูแลรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิ UC))

คำจำกัดความ ในแนวทางนี้

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สถานบริการอื่น” หมายความว่า สถานบริการเอกชนประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์” หมายความว่า สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ ที่เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

“ผู้ป่วย” หมายความว่า ผู้ติดเชื้อ หรือ ผู้ที่มีอาการและอาการแสดงที่สันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 หรือตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำหรับประชาชนไทยทุกคน)

1. วัตถุประสงค์

1. เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อในระยะแรก (early detection) ให้สามารถบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันการติดเชื้อโรค Covid-19 (early screening)

2. หลักเกณฑ์เงื่อนไขการจ่าย

1. ผู้มีสิทธิในการตรวจคัดกรองเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ได้แก่ประชาชนไทยทุกคน (ทุกสิทธิ)
2. เกณฑ์การตรวจคัดกรอง ได้แก่
 - 2.1) เกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
 - 2.2) การตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
 - 2.3) แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นตามดุลยพินิจของแพทย์ เฉพาะกรณีดำเนินการภายในหน่วยบริการ และสถานบริการอื่น
3. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถานบริการอื่น ที่ทำการตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันการติดเชื้อ ต้องผ่านการทดสอบความชำนาญทางห้องปฏิบัติการ และได้รับการรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในการตรวจแต่ละวิธี ดังนี้
 - 3.1) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)
 - 3.2) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR ตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) จำนวน 5 ตัวอย่าง
 - 3.3) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอแบบรวมตัวอย่าง (Pooled nasopharyngeal and throat swab samples) จำนวน 4 ตัวอย่างทั้งนี้ กรณีห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ชำรงต้น หากมีการเปลี่ยนแปลงการใช้เครื่องมือ หรือชุดน้ำยาสำหรับการตรวจ ต้องมีการแจ้งต่อกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อทดสอบความชำนาญทางห้องปฏิบัติการก่อนใช้ดำเนินการ ถ้ามีการตรวจสอบพบว่าไม่ได้ดำเนินการตามขั้นตอนของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด สปสช.จะถือว่าไม่เป็นไปตามมาตรฐาน และจะไม่ได้รับการจ่ายชดเชยค่าบริการ
4. สำหรับสถานบริการอื่น ที่ดำเนินการตรวจคัดกรอง จะต้องดำเนินการเก็บส่งตรวจ และส่งส่งตรวจไปตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
5. แนวทางการตรวจคัดกรองและตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ทางห้องปฏิบัติการ ในแต่ละวิธี เป็นไปตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

6. การจ่ายชดเชยค่าบริการ หากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสถานบริการอื่น ได้รับการจ่าย หรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายรายการใดรายการหนึ่งจากงบประมาณของรัฐ หรือจากหน่วยงานภาครัฐอื่นแล้ว ต้องไม่นำข้อมูลมาเบิกจ่ายซ้ำซ้อนกับ สปสช.อีก

7. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ และสถานบริการอื่น ที่ให้บริการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ แก่ผู้มีสิทธิ ต้องใช้ระบบพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการเข้ารับบริการ โดยขอ Authentication Code ด้วยบัตร Smart card ตามแนวทางดำเนินการที่ สปสช.กำหนด โดยนำร่องดำเนินการในหน่วยบริการเอกชน และสถานบริการอื่น

8. การตรวจคัดกรองเชิงรุกนอกสถานบริการ หรือนอกสถานที่ ของหน่วยบริการภาครัฐ ภาคเอกชน และสถานบริการอื่น ต้องผ่านความเห็นชอบให้ดำเนินการจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือสาธารณสุขจังหวัด หรือหรือสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยหน่วยบริการเอกชนในระบบ/สถานบริการอื่น ต้องดำเนินการดังนี้

8.1) การตรวจคัดกรอง ต้องดำเนินการร่วมกับหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ (กรณีสถานบริการเอกชน ดำเนินการด้วยตนเอง โดยผู้รับบริการเป็นกลุ่มเสี่ยงตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สามารถดำเนินการได้ตามเงื่อนไขตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข โดยให้ดำเนินการได้ ณ ที่พำนักของผู้ป่วย หรือสถานที่กักกัน เป็นการชั่วคราว ไม่ได้กระทำเป็นปกติธุระ เนื่องจากไม่สามารถออกมาภายนอกได้ จะต้องดำเนินการ ณ ที่พักหรือสถานที่กักกันเท่านั้น ห้ามตั้งจุดในพื้นที่สาธารณะ หรือแหล่งชุมชนที่มีการสัญจรพลุกพล่านโดยเด็ดขาด) โดยแจ้งรายละเอียดตามแบบ สพ.อ.4 (แบบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล) ตามที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด ไปยังผู้อนุญาตทราบก่อนให้บริการอย่างน้อย 5 วันก่อนดำเนินการ และเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประชากรกลุ่มเสี่ยง สถานที่เสี่ยง และการตรวจเพื่อวัตถุประสงค์อื่นกรณีเข้าเงื่อนไขการผ่อนปรนของรัฐบาล ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1) นอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้แจ้งไปยังคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือสาธารณสุขจังหวัด เพื่อพิจารณาเห็นชอบในการดำเนินการ ซึ่งอาจกำหนดพื้นที่เป้าหมาย จำนวนกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดแนวทางการปฏิบัติในระดับพื้นที่ร่วมกัน พร้อมทั้ง สำเนาแผนการให้บริการแจ้งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตในพื้นที่รับผิดชอบ

2) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้แจ้งไปยังคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อพิจารณาเห็นชอบในการดำเนินการ ซึ่งอาจกำหนดพื้นที่เป้าหมาย จำนวนกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดแนวทางการปฏิบัติในระดับพื้นที่ร่วมกัน พร้อมทั้ง สำเนาแผนการให้บริการแจ้งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

โดยหน่วยบริการเอกชน/สถานบริการอื่น ต้องเก็บแบบ สพ.อ.4 ไว้สำหรับการตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย และดำเนินการตามวิธีการที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกาศ หรือกำหนด

8.2) ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์และต้องดำเนินการตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยใช้ชุดตรวจภูมิคุ้มกันโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19)) วัสดุ อุปกรณ์หรือเครื่องมือดังกล่าวต้องได้รับอนุญาตจาก

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวมทั้ง ต้องส่งสิ่งส่งตรวจไปตรวจยังห้องปฏิบัติการตามที่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้การรับรองเท่านั้น

8.3) การรายงาน และการให้คำปรึกษา

1) เมื่อทราบผลการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้แจ้งไปยังผู้รับบริการ พร้อมทั้ง รายงานผลไปยังกรมควบคุมโรคและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ตามช่องทางที่กำหนด ทุกราย

2) การให้คำปรึกษาแก่กลุ่มเสี่ยงทุกราย ระหว่างรอผลตรวจคัดกรองและตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติตัว และการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่นโดยการแยกตัวที่บ้าน เป็นระยะเวลา 14 วัน (Self-Quarantine) ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ กรณีพบผู้ป่วยผลบวก (Positive) หากหน่วยบริการ หรือสถานบริการเอกชน มี ศักยภาพในการให้ดูแลรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19)) สถานบริการนั้นควรรับผู้ป่วยไว้รักษาให้พ้นอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยไม่มีเงื่อนไขการ เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วย ทั้งนี้ กรณีสถานบริการไม่มีศักยภาพให้ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในเครือข่าย ของสถานบริการ หรือประสานสายด่วน สปสช. 1330 เพื่อส่งผู้ป่วยในการรักษาต่อไป

3. อัตราจ่ายการคัดกรองและการตรวจยืนยันการติดเชื้อ COVID-19

3.1) การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการนำ nasopharyngeal and throat swab sample

- 1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,600 บาทต่อครั้งบริการ
- 2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ใน อัตรา 600 บาทต่อครั้งบริการ
- 3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ

3.2) การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการนำ Pooled Sample

เงื่อนไขบริการ

- 1) สำหรับการตรวจคัดกรองเชิงรุกนอกสถานบริการ หรือนอกสถานที่
- 2) การตรวจบุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการ ที่มีการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเป็นจำนวนมาก
- 3) การตรวจโดยการนำ Pooled Sample แล้วพบผลตรวจเป็นบวก (SARS-CoV-2 Detected) หน่วยบริการต้องตรวจยืนยันการติดเชื้อโรค COVID -19 อีกครั้ง ตามมาตรฐานที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กำหนด

อัตราจ่าย

- 1) ตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) (ตัวอย่างน้ำลายไม่เกิน 5 รายต่อ 1 กลุ่ม)
 - 1.1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 320 บาท ต่อตัวอย่าง
 - 1.2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาท ต่อตัวอย่าง
 - 1.3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 40 บาทต่อตัวอย่าง

2) ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอแบบรวมตัวอย่าง (Pooled nasopharyngeal and throat swab samples) (ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอ ไม่เกิน 4 ราย ต่อ 1 กลุ่ม)

2.1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 400 บาท ต่อตัวอย่าง

2.2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 75 บาท ต่อตัวอย่าง

2.3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการจ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาท ต่อตัวอย่าง

3) การตรวจยืนยันการติดเชื้อโรค COVID -19 กรณีตรวจแบบ Pooled Sample พบผลตรวจเป็นบวก

3.1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR จาก saliva samples หรือ nasopharyngeal and throat swab sample จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,600 บาทต่อครั้งบริการ

3.2) ค่าบริการอื่น ๆ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ และค่าบริการทางห้องปฏิบัติการฯ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 200 บาทต่อครั้งบริการ

3.3) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 350 บาท ต่อครั้งบริการ

หมายเหตุ :

1) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แนะนำการใช้ชุดตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) การติดเชื้อ SARS-CoV-2 ต้องผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) โดยให้จำหน่ายได้เฉพาะสถานพยาบาล โรงพยาบาลเฉพาะทาง คลินิกเวชกรรม คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม คลินิกเทคนิคการแพทย์ หรือสหคลินิกที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือเทคนิคการแพทย์ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ซึ่งการตรวจและการแปลผลต้องทำโดยบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น

2) แนวทางการตรวจคัดกรองและตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ ในแต่ละวิธีเป็นไปตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

3.4) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,200 บาทต่อครั้งบริการ

กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน สามารถตรวจ Antigen ร่วมกับการตรวจ RT-PCR ได้โดยขึ้นอยู่กับดุลยพินิจแพทย์ผู้รักษาพิจารณา โดยจ่ายอัตราค่าการตรวจ Antigen จ่ายตามจริงไม่เกิน 500 บาทต่อครั้งบริการ

4. เอกสารหลักฐานประกอบการตรวจสอบของหน่วยตรวจสอบ

4.1 กรณีหน่วยบริการ สถานบริการอื่น ที่มีศักยภาพในการคัดกรอง เก็บสิ่งส่งตรวจ และตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ใบประเมินความเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยต้องระบุว่าเป็นการตรวจคัดกรองประเภทใดตามประกาศของกรมควบคุมโรค
- เวชระเบียนที่มีการบันทึกอาการแสดง และแพทย์ผู้ดูแลรักษาต้องระบุเหตุผลในการส่งตรวจในกรณีที่เป็นการใช้ดุลยพินิจของแพทย์ หรือ ตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ
- ใบแสดงความยินยอมให้ตรวจ lab มีการลงนามผู้เก็บตัวอย่าง และลงนามผู้ป่วย(ควรมี)
- ใบ request lab / ใบคำสั่งตรวจ lab ของแพทย์ที่ดูแลรักษา
- รายงานผลการตรวจ lab ต้องเป็นไปตามมาตรฐานที่สภาเทคนิคการแพทย์ และหรือ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด

1.2 กรณีหน่วยบริการ สถานบริการอื่น ที่มีศักยภาพในการคัดกรอง เก็บสิ่งส่งตรวจ แต่ไม่สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้

- ใบประเมินความเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ที่ระบุว่าเป็นการตรวจคัดกรองประเภทใด
- เวชระเบียนที่มีการบันทึกอาการแสดง และแพทย์ผู้ดูแลรักษาต้องระบุเหตุผลในการส่งตรวจในกรณีที่เป็นการใช้ดุลยพินิจของแพทย์ หรือ ตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ
- ใบแสดงความยินยอมให้ตรวจ lab มีการลงนามผู้เก็บตัวอย่าง และลงนามผู้ป่วย(ควรมี)

4.3 กรณีหน่วยบริการ สถานบริการอื่น ที่มีศักยภาพในการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ แต่ไม่ได้เก็บสิ่งส่งตรวจเอง

- ใบ request lab / ใบคำสั่งตรวจ lab ของแพทย์ที่ดูแลรักษา
- รายงานผลการตรวจ lab ต้องเป็นไปตามมาตรฐานที่สภาเทคนิคการแพทย์ และหรือ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด

ทั้งนี้ สปสช. ได้จัดทำ ตัวอย่างบันทึกสำหรับหน่วยตรวจคัดกรองเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ COVID 19 แบบ one- page ให้หน่วยบริการสามารถปรับให้เหมาะสมสำหรับการใช้งาน แต่ขอให้มีข้อมูลสำคัญตามแนวทางเวชปฏิบัติ และมาตรฐานวิชาชีพ รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย

การให้บริการกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิ UC))

1. ขอบเขตบริการและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นผู้ติดเชื้อ หรือผู้ที่มีอาการ และอาการแสดงที่สันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข
2. เป็นการจ่ายให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้บริการแก่ผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. สำหรับการเข้ารับบริการประเภทบริการผู้ป่วยนอก และประเภทผู้ป่วยใน ที่จำหน่ายออกจากหน่วยบริการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 เป็นต้นไป
4. สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 เพิ่มรายการตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) และการตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) สำหรับประเภทบริการผู้ป่วยนอก และประเภทผู้ป่วยใน ที่จำหน่ายออกจากหน่วยบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 เป็นต้นไป
5. กรณีที่หน่วยบริการได้รับการจ่ายหรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายรายการใดรายการหนึ่งจากงบประมาณของรัฐ หรือจากหน่วยงานภาครัฐอื่นแล้ว ต้องไม่นำข้อมูลมาเบิกซ้ำซ้อนกับ สปสช.อีก

2. การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

สปสช. จ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากอัตราตามระบบปกติ ดังนี้

- 1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ
- 2) ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19))
- 3) ค่าห้องควบคุมและค่าอาหาร
- 4) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal protective equipment : PPE) หรือ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
- 5) ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย

3. อัตราและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในการให้บริการแก่ผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีอาการและอาการแสดงที่สันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) โดยเป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากอัตราตามระบบปกติ ดังนี้

1) ประเภทบริการผู้ป่วยนอก (OP)

1.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อที่ส่งตรวจกับห้องปฏิบัติการที่ผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับบริการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ มีรายละเอียด ดังนี้

1.1.1) การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการนำ nasopharyngeal and throat swab sample

- 1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,600 บาทต่อครั้งบริการ
- 2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 600 บาทต่อครั้งบริการ
- 3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ

1.1.2) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 350 บาท ต่อครั้งบริการ

1.1.3) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,200 บาทต่อครั้งบริการ

1.2 ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) จ่ายตามจริง ไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย หรือจ่ายชดเชยเป็นยา

ทั้งนี้ ในกรณีมีความจำเป็นที่หน่วยบริการต้องใช้รักษาผู้ป่วยเกินกว่าอัตราที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์มายัง สปสช. เป็นรายกรณี ถ้าหน่วยบริการได้รับจ่ายชดเชยเป็นยา หรือ หน่วยบริการได้รับยาตามระบบการจัดส่งยาขององค์การเภสัชกรรม (Vendor Managed Inventory : VMI) จะไม่ได้การชดเชยเป็นเงินอีก

1.3 ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ รับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างบ้าน ด้านท่าอากาศยาน ด้านพรมแดน ด้านท่าเรือ สถานที่กักกันโรค โรงพยาบาลสนาม และหน่วยบริการ เฉพาะกรณีสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เพื่อเป็นการลดการแพร่กระจายเชื้อในระหว่างการเดินทางเองของผู้ป่วย สปสช. จะจ่ายชดเชยให้ทุกกรณีที่หน่วยบริการดำเนินการจัดให้มีพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย และมีระบบการจัดเชื้อเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด (ทั้งการส่งต่อภายในจังหวัดและข้ามจังหวัด)

1.3.1 ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย อัตราจ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงาน

1.3.2 ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 3,700 บาทต่อครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วย

2) ประเภทบริการผู้ป่วยใน (IP) หมายถึง กรณีเป็นผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด 19 หรือ ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ต้องสอบสวนโรค (Patient Under Investigation : PUI) ตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และแพทย์มีความเห็นว่าต้องรับไว้ในหน่วยบริการหรือหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 หรือผู้ที่รับบริการในสถานกักกันในโรงพยาบาล (Hospital Quarantine) ตามประกาศศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด-19 เรื่องหลักเกณฑ์แนวทางการกำหนดสถานที่กักกันที่รัฐกำหนด พ.ศ.2563 ฉบับที่ 2 จะถือว่า เป็นกรณีบริการประเภทผู้ป่วยใน ซึ่งสามารถขอรับค่าใช้จ่ายจาก สปสช.ได้ตามอัตราและเงื่อนไข

2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อที่ส่งตรวจกับห้องปฏิบัติการที่ผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

2.1.1) การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการนำ nasopharyngeal and throat swab sample

1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,600 บาทต่อครั้งบริการ

2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 600 บาทต่อครั้งบริการ

3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ

2.1.2) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 350 บาท ต่อครั้งบริการ

2.1.3) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,200 บาทต่อครั้งบริการ

2.2 ค่าห้องควบคุมรวมค่าอาหาร

2.2.1 ค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลการรักษา รวมค่าอาหาร ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือแนะนำ จ่ายตามจริงไม่เกิน 2,500 บาทต่อวัน

2.2.2 ค่าหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 และสถานกักกันในโรงพยาบาล (Hospital Quarantine) ตามประกาศศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด-19 เรื่องหลักเกณฑ์แนวทางการกำหนดสถานที่กักกันที่รัฐกำหนด พ.ศ.2563 ฉบับที่ 2 จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,500 บาทต่อวัน

“ หอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 หมายถึง สถานที่อื่นของหน่วยบริการ ที่จัดให้เป็นหอผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของหน่วยบริการนั้น ๆ ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือแนะนำ”

2.3 ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) ทั้งแบบชนิดใช้ซ้ำ และชนิดที่ใช้ได้ครั้งเดียว หรือ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ภูมิใดกรณีหนึ่ง ดังนี้

2.3.1 ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) จ่ายแบบเหมาจ่าย 740 บาทต่อชุด

1) * สำหรับผู้ป่วยอาการเล็กน้อย ถึงอาการปานกลาง จ่ายตามการให้บริการจริงไม่เกินจำนวน 15 ชุดต่อวัน

2) ** สำหรับผู้ป่วยอาการรุนแรง จ่ายตามการให้บริการจริง ไม่เกินจำนวน 30 ชุดต่อวัน

2.3.2 ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

1) * สำหรับผู้ป่วยอาการเล็กน้อย ถึงอาการปานกลาง จ่ายตามจริงไม่เกินวันละ 11,100 บาทต่อวัน

2) ** สำหรับผู้ป่วยอาการรุนแรง จ่ายตามจริงไม่เกินวันละ 22,200 บาทต่อวัน

หมายเหตุ :

* ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบัน หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มอาการระดับ 1,2 และ 3

** ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบัน ผู้ป่วยกลุ่มอาการระดับ 4

2.4 ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) จ่ายตามจริง ไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย หรือจ่ายชดเชยเป็นยา ทั้งนี้ ในกรณีมีความจำเป็นที่หน่วยบริการต้องใช้ยารักษาผู้ป่วยเกินกว่าอัตราที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์มายัง สปสช. เป็นรายกรณี

ทั้งนี้ กรณียาที่หน่วยบริการ ได้รับจ่ายชดเชยเป็นยา หรือ หน่วยบริการได้รับยาตามระบบการจัดส่งยาขององค์การเภสัชกรรม (Vender Managed Inventory : VMI) จะไม่ได้การชดเชยเป็นเงินอีก

2.5 ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ รับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างบ้าน ด้านท่าอากาศยาน ด้านพรมแดน ด้านท่าเรือ สถานที่กักกันโรค โรงพยาบาลสนาม และหน่วยบริการ เฉพาะกรณีสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เพื่อเป็นการลดการแพร่กระจายเชื้อในระหว่างการเดินทางเองของผู้ป่วย สปสช. จะจ่ายชดเชยให้ทุกกรณีที่หน่วยบริการดำเนินการจัดให้มีพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย และมีระบบการจัดเชื้อเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด (ทั้งการส่งต่อภายในจังหวัดและข้ามจังหวัด)

2.5.1 ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย อัตราจ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงาน

2.5.2 ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 3,700 บาทต่อครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วย

ทั้งนี้ ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและมีค่าใช้จ่ายสูง หากไม่ได้รับการรักษาจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านให้หน่วยบริการขออนุมัติต่อสำนักงาน เป็นรายกรณี ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

สรุปการเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19)) ปีงบประมาณ 2564 (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม) มีรายละเอียด ดังนี้

ฉบับเดิม	ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม
<p>1. การตรวจคัดกรอง เพื่อค้นหาการติดเชื้อ COVID สำหรับประชาชนไทยทุกคน</p>	
<p>บริการตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค.63 เป็นต้นไป ดำเนินการได้เฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)</p>	<p>บริการตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค.63 เป็นต้นไป ดำเนินการได้เฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) สำหรับบริการตั้งแต่ 1 ม.ค.64 เป็นต้นไป เพิ่มเติม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถานบริการอื่น ดำเนินการตรวจคัดกรอง เพื่อค้นหาการติดเชื้อ COVID ได้ โดยถือเป็นกรณีเหตุสมควร ทั้งนี้สถานบริการอื่นต้องผ่านการทดสอบความชำนาญทางห้องปฏิบัติการ และได้รับการรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2. การตรวจเชิงรุก สำหรับผู้มีสิทธิประกันสังคม ในสถานประกอบการ ซึ่งเป็นจังหวัดที่เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดตามที่คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร พิจารณาเห็นชอบให้ดำเนินการ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ดำเนินการโดยหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขอรับค่าใช้จ่ายจาก สปสช. 2.2 ดำเนินการโดยสถานบริการอื่น ขอรับค่าใช้จ่ายไปยังสำนักงานประกันสังคมจังหวัด <p>ทั้งนี้ เมื่อสำนักงานประกันสังคมสิ้นสุดการดำเนินการ ให้ขอรับค่าใช้จ่ายมายัง สปสช.</p>
<p>2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ COVID-19</p>	
<p>บริการตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค.63 เป็นต้นไป ตรวจ Lab ด้วยวิธี RT – PCR จากตัวอย่าง nasopharyngeal swab</p>	<p>บริการตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค.63 เป็นต้นไป ตรวจ Lab ด้วยวิธี RT – PCR จากตัวอย่าง nasopharyngeal swab สำหรับบริการตั้งแต่ 1 ม.ค.64 เป็นต้นไป เพิ่มเติม การตรวจ Lab ด้วยวิธี</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pooled saliva samples 3. Pooled nasopharyngeal and throat swab samples 4. การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) 5. การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)

ตัวอย่างบันทึกสำหรับหน่วยตรวจคัดกรองเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ COVID 19

โรงพยาบาล/หน่วยบริการ.....HN/VN.....

เลขที่บัตรประชาชน.....ชื่อ-สกุล.....อายุ.....

วันที่รับบริการ.....

● ประวัติ และการตรวจร่างกาย โดยสังเขป

○ อาการ.....

○ การตรวจร่างกาย.....

● ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจ COVID 19

○ ความเสี่ยงเข้าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ระบุว่าเป็นการตรวจคัดกรองประเภทใด (หรือใช้เอกสารแนบ).....

○ แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นต้องตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด ระบุว่าเป็นข้อบ่งชี้ใด

.....
กรณีที่แพทย์ผู้ตรวจรักษามีดุลยพินิจว่ามีความจำเป็นต้องตรวจคัดกรอง ระบุว่าเป็นข้อบ่งชี้ใด

● คำสั่งแพทย์ในการส่งตรวจ COVID 19

○ Nasopharyngeal /throat swab for Real-time RT-PCR

○ Pooled saliva samples

○ Pooled nasopharyngeal and throat swab samples

○ Antibody

○ Antigen

○ อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจรักษา.....

(.....) เลข ว.

คำยินยอมของผู้ป่วยในการส่งตรวจเชื้อ COVID 19 (ควรมี)

ข้าพเจ้า.....รับทราบเหตุผลความจำเป็นในการส่งตรวจเชื้อ COVID และมีความยินยอมให้เก็บส่งตรวจตามที่แพทย์ส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค COVID 19

ลงชื่อผู้ป่วย/ผู้แทน.....

(.....)

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เก็บส่งตรวจ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หน่วยบริการห้อง LAB-COVID19 ที่ส่ง specimen ไปตรวจ.....

คู่มือการใช้งานระบบพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการเข้ารับบริการ

(Authen Code/Claim Code)



สารบัญ

สารบัญ	หน้า
ภาพรวมการเตรียมพร้อมสำหรับการใช้งานระบบพิสูจน์ตัวตน เพื่อยืนยันเข้ารับบริการ (Authen Code/Claim Code)	1
วิธีขอสิทธิการเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพโดยการ Authentication ด้วยบัตร Smart Card	2
วิธีติดต่อขอรับ PIN CODE ของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการ	3
คุณสมบัติเครื่องอ่านบัตรประจำตัวประชาชน Smart Card	3
การเข้าใช้งานโปรแกรมพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันเข้ารับบริการ (Authen Code)	4
การเชื่อมต่อเครื่องอ่านบัตร Smart Card กับเครื่องคอมพิวเตอร์	4
การเปิดใช้งานโปรแกรม E-FORM Agent	4-5
การเปิดใช้งานโปรแกรม UC Authentication 4.x	6-8
แนวทางการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันเข้ารับบริการ	8
การพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันเข้ารับบริการ (Authen Code/Claim code) กรณีมีบัตรประจำตัวประชาชน	9-10
การพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันเข้ารับบริการ (Authen Code/Claim code) <u>กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน มีญาติพามา</u>	11-12
การพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันเข้ารับบริการ (Authen Code/Claim code) <u>กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน ไม่มีญาติพามา</u>	13-15
ระบบรายงานการขอ Authen Code/Claim code	15
แบบฟอร์มขอสิทธิการเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพโดยการ Authentication ด้วยบัตร Smart Card	16

ภาพรวมการเตรียมพร้อมสำหรับการใช้งานระบบพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันเข้ารับบริการ (Authentication Code) ของหน่วยบริการ

1. แจ้งขอสิทธิเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพโดยการ Authentication ด้วยบัตร Smart Card



แบบฟอร์มการขอสิทธิ
การเข้าใช้งาน.pdf

2. เจ้าหน้าที่ที่ขอสิทธิเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิฯ ขอ PIN Code



หนังสือสั่งการของ สน
บท.เรื่องการขอ PinCo

3. ติดตั้งโปรแกรม E-Form Agent : link <https://www.nhso.go.th/FrontEnd/Index.aspx>
4. ติดตั้งโปรแกรม UC Authentication 4.x : link <https://www.nhso.go.th/FrontEnd/Index.aspx>
5. จัดหาเครื่องอ่านบัตร Smart Card Reader และ คอมพิวเตอร์

หมายเหตุ หน่วยบริการสามารถดำเนินการไปพร้อมกันได้โดยไม่ต้องรอขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งให้แล้วเสร็จ

วิธีขอสิทธิการเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพโดยการ Authentication ด้วยบัตร Smart Card

1. หน่วยงานต้นสังกัดจัดทำหนังสือแจ้งรายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ โดยดาวน์โหลดแบบฟอร์มเพื่อขอสิทธิการเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพโดยการ Authentication ด้วยบัตร Smart Card จาก link https://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-information_detail.aspx?ContentID=NjlwMDAwMzE4
2. ส่งหนังสือแจ้งรายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ตามพื้นที่ที่ตั้งของหน่วยบริการ
3. เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการกำหนดสิทธิการเข้าใช้งานเรียบร้อยแล้ว จะแจ้งผลผ่านทาง e-mail ของเจ้าหน้าที่แต่ละท่าน
4. กรณีมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบ หน่วยงานต้นสังกัดจะต้องดำเนินการส่งหนังสือแจ้งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตทราบ เพื่อกำหนดสิทธิผู้ใช้งานใหม่ และยกเลิกรายเดิม
5. เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับสิทธิผู้ใช้งานเรียบร้อยแล้ว จะต้องไม่ให้สิทธิการเข้าใช้งานระบบแก่ผู้อื่น เพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูลโดยผู้อื่นที่ไม่ได้รับอนุญาต
6. กรณีเจ้าหน้าที่ไม่เข้าใช้งานระบบภายใน 60 วัน สปสช.จะดำเนินการยกเลิกสิทธิอัตโนมัติ หน่วยงานต้นสังกัดจะต้องดำเนินการขอแจ้งสิทธิใหม่

หมายเหตุ การขอสิทธิการเข้าใช้งานไม่ได้จำกัดจำนวน ขึ้นอยู่กับการมอบหมายหน้าที่ของหน่วยงานต้นสังกัด

วิธีติดต่อขอรับ PIN CODE ของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการ

1. สามารถติดต่อได้ที่สำนักทะเบียนของกรมการปกครองทุกแห่งทั่วประเทศ โดยไม่ต้องกรอกคำขอหรือทำหนังสือจากหน่วยงานต้นสังกัด
2. ผู้ขอต้องเป็นเจ้าของบัตรประชาชนเท่านั้น ใช้เพียงบัตรประจำตัวประชาชนและไม่มีค่าธรรมเนียมใดๆ
3. การกำหนดรหัส ผู้ขอควรกำหนดเองและยากต่อการคาดเดาจากผู้อื่นเพราะหากผู้อื่นนำบัตรประจำตัวประชาชนและ PIN Code ที่ถูกไปเข้าระบบได้แล้วนำไปสู่การกระทำความผิด ความผิดเบื้องต้นจะอยู่ที่เจ้าของบัตร

กรณีลืม PIN Code

1. หากลืม PIN Code สามารถติดต่อขอได้ใหม่ที่สำนักทะเบียนทั่วประเทศ
2. การนับความผิดพลาดหาระบุ PIN Code ผิดจำนวน 3 ครั้งติดต่อกัน จะต้องดำเนินการขอใหม่ที่สำนักทะเบียนทั่วประเทศ
3. หาระบุ PIN Code ผิดจำนวน 5 ครั้งติดต่อกันบัตรจะล๊อคเฉพาะในส่วนของโครงสร้างข้อมูลที่ยืนยันตัวบุคคลเท่านั้น สามารถนำบัตรประจำตัวประชาชนไปใช้ได้ขอรับบริการตามหน่วยงานต่างได้ตามปกติ แต่ไม่สามารถนำไปใช้ในการยืนยันตัวบุคคลเพื่อเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลได้ หากต้องการใช้ในการยืนยันตัวบุคคลต้องทำบัตรใหม่ เท่านั้น

คุณสมบัติเครื่องอ่านบัตรประจำตัวประชาชน Smart Card

3.1 คุณสมบัติของเครื่องอ่านบัตร

- การติดต่อใช้งานเป็นไปตามมาตรฐาน Microsoft PC/SC
- สามารถอ่าน/เขียน บัตร Smart Card ตามมาตรฐาน ISO 7816
- ได้มาตรฐาน FCC หรือ UL เป็นอย่างน้อย
- มีความสามารถในการเขียน/อ่าน บัตรประจำตัวประชาชนแบบ Smart Card ของกรมการปกครอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 Driver สำหรับเครื่องอ่าน

- 3.3 ผู้ใช้งานระบบจะต้องทำการติดตั้งเครื่องอ่านบัตรพร้อมทั้งลง Driver ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน โดยรายละเอียดการติดตั้งเครื่องอ่านรุ่นต่างๆ สามารถสอบถามจากตัวแทนจำหน่ายหรือคู่มือการใช้งานในแต่ละรุ่นได้

3.4 คอมพิวเตอร์ ระบบปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ที่รองรับ Windows7

การเข้าใช้งานโปรแกรมการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันเข้ารับบริการ (Authentication Code)

- เชื่อมต่อเครื่องอ่านบัตร Smart Card Reader กับเครื่องคอมพิวเตอร์ พร้อม
- เสียบบัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าหน้าที่ กับเครื่องอ่านบัตร Smart Card Reader
- เปิดใช้งานโปรแกรม E-Form Agent
- เปิดใช้งานโปรแกรม UC Authentication 4.x

เชื่อมต่อเครื่องอ่านบัตร Smart Card กับเครื่องคอมพิวเตอร์



Note book




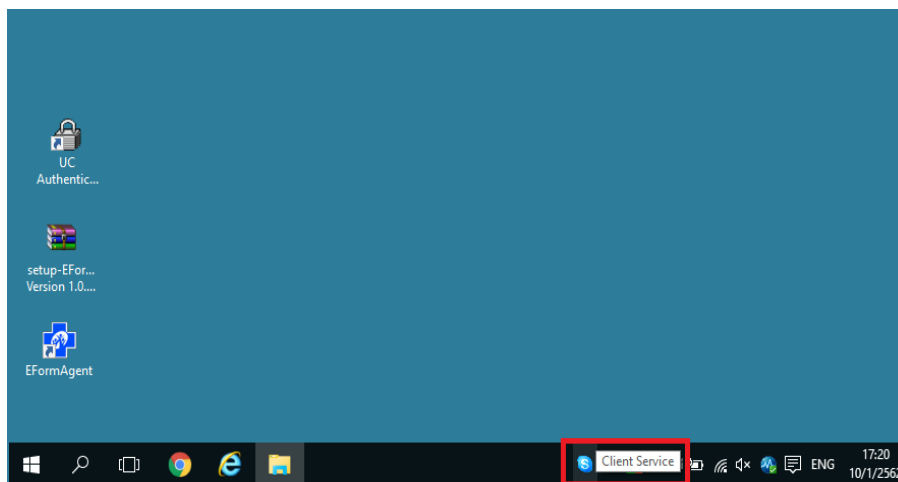
คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ (PC)

การเปิดใช้งานโปรแกรม E-Form Agent

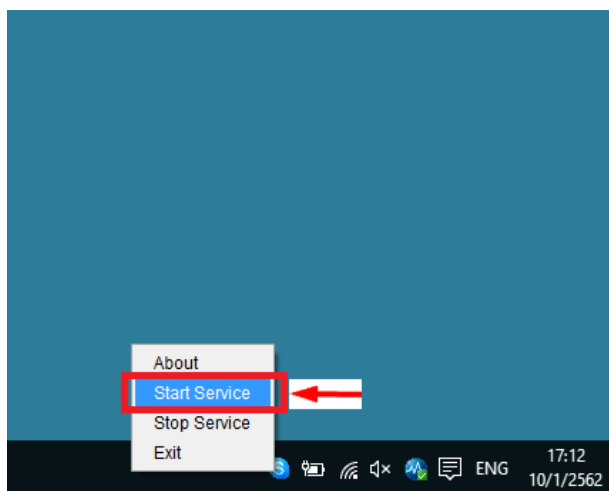
1.1 ดับเบิลคลิกโปรแกรม EFormAgent ที่หน้าจอคอมพิวเตอร์ ดังรูป



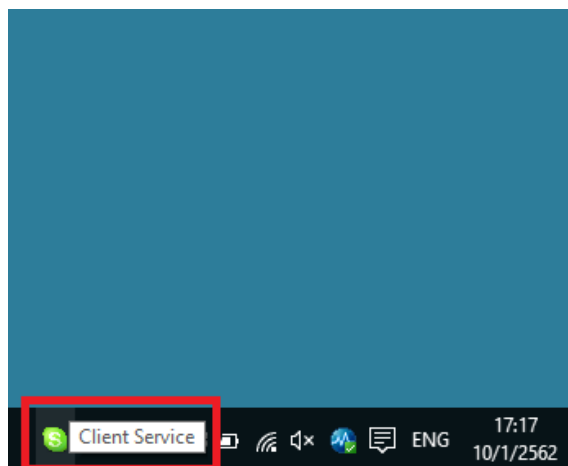
1.2 โปรแกรมจะแสดงสัญลักษณ์  ที่มุมขวาล่างของคอมพิวเตอร์ ดังรูป



3. คลิกขวาที่สัญลักษณ์  เลือกที่ Start Service ดังรูป

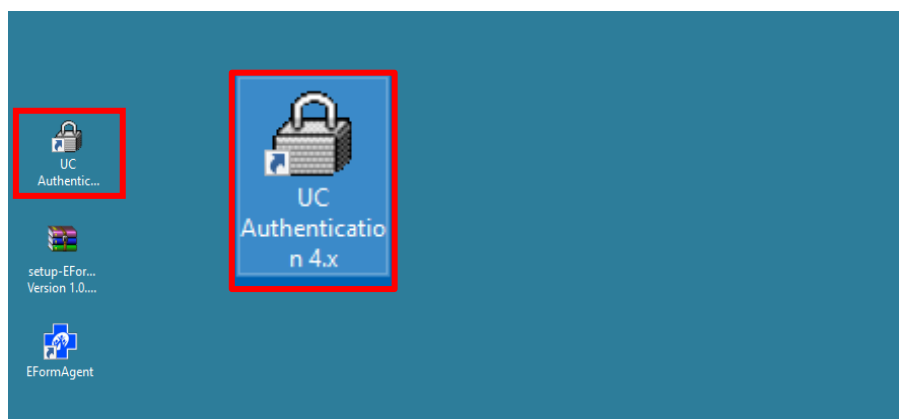


4. เมื่อคลิกเลือก Start Service สัญลักษณ์จะเปลี่ยนเป็นสีเขียว  ดังรูป



การเปิดใช้งานโปรแกรม UC Authentication 4.x

2.1 ดับเบิลคลิกโปรแกรม UC Authentication 4.x



หมายเหตุ กรุณาเสียบบัตรประจำตัวประชาชนกับเครื่องอ่านบัตรก่อน

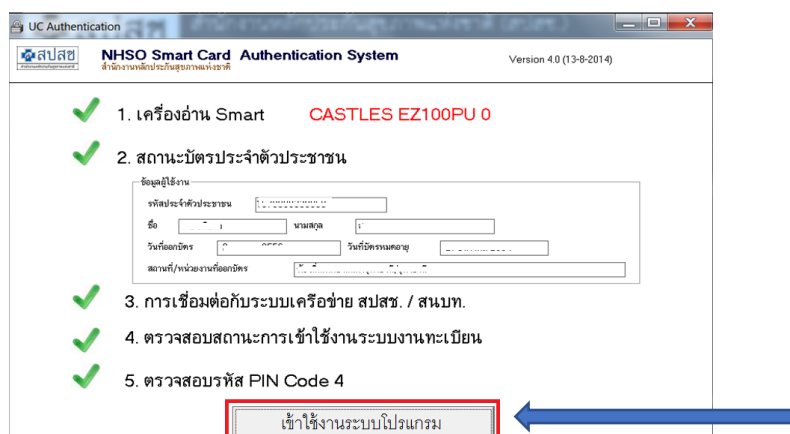
2.2 คลิกที่ปุ่ม “เข้าใช้งานระบบเว็บตรวจสอบสิทธิโดยใช้บัตรประจำตัวประชาชน รุ่น Smart Card”



2.3 กรอกรหัส PIN 4 หลัก จากนั้นกดปุ่ม “ตกลง”



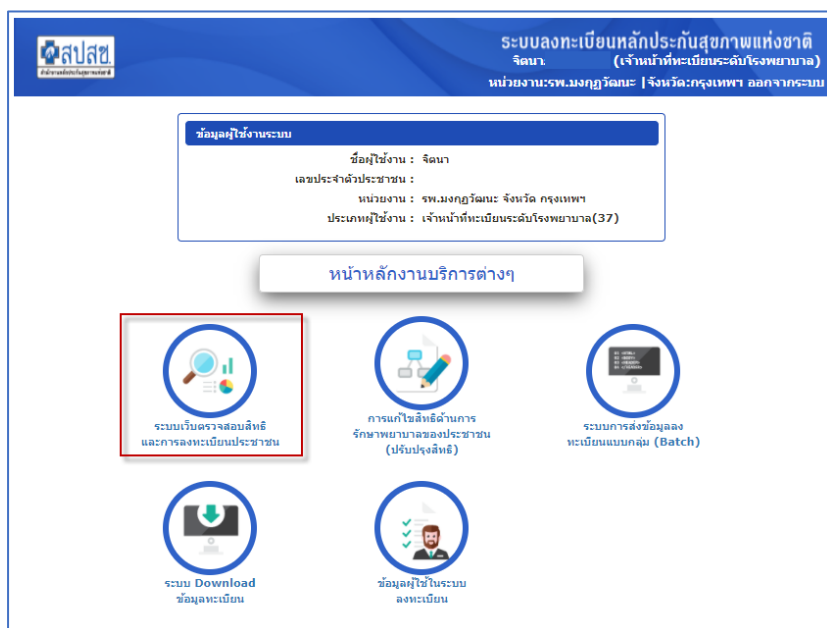
2.4 กดปุ่ม “เข้าใช้งานระบบโปรแกรม” เพื่อเข้าใช้งาน



2.5 คลิกที่เมนู “เข้าใช้งานระบบเว็บตรวจสอบสิทธิและลงทะเบียนออนไลน์ (ERM)”

ข้อมูลผู้ใช้งานระบบ	
ชื่อผู้ใช้งาน	
เลขประจำตัวประชาชน	
หน่วยงาน	สำนักบริหารงานทะเบียน
ประเภทหน่วยงาน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
จังหวัด	กรุงเทพฯ
ประเภทผู้ใช้งาน	นายทะเบียน
พิสูจน์ตัวตนคนเข้าใช้งานระบบ	ชื่อผู้ใช้งานระบบและรหัสผ่าน (Username/Password)
	เข้าใช้งานระบบเว็บตรวจสอบสิทธิและลงทะเบียนออนไลน์ (ERM) <ul style="list-style-type: none"> ตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพ ระบบลงทะเบียนออนไลน์ โปรแกรมการแก้ไขสิทธิด้านการรักษาพยาบาลของประชาชน (ปรับปรุงสิทธิ)
	เข้าใช้งานระบบค้นหาประวัติการเปลี่ยนแปลงสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCTRANS) <ul style="list-style-type: none"> ตรวจสอบข้อมูลประวัติการเปลี่ยนแปลงสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า
	เข้าใช้งานระบบทำแบบคำร้องการลงทะเบียน ด้วยบัตรประจำตัวประชาชน (UCRegister EForm) <ul style="list-style-type: none"> จัดทำแบบคำร้องการลงทะเบียน กรณีลงทะเบียนด้วยตนเอง จัดทำแบบคำร้องการลงทะเบียน กรณีโดยผู้รับมอบอำนาจ

2.6 คลิ๊กเลือกโมดูล “ระบบเว็บตรวจสอบสิทธิและการลงทะเบียนประชาชน”



แนวทางการการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันเข้ารับบริการ (Authentication Code) มี 3 แนวทางดังนี้

1. กรณีมีบัตรประจำตัวประชาชน
2. **ไม่มี**บัตรประจำตัวประชาชน มีญาติพามา
 - เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี
 - ผู้สูงอายุที่มีบัตรประจำตัวตลอดชีพ
ที่ไม่ใช่ Smart Card
 - บัตรหมดอายุ
 - อ่านข้อมูลจาก Ship ในบัตร
 - Smart Card ไม่ได้
 - พกบัตรอื่นแทนบัตรประจำตัวประชาชน
3. **ไม่มี**บัตรประจำตัวประชาชน **ไม่มี**ญาติพามา

การพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันเข้ารับบริการ (Authen Code/Claim Code) กรณีมีบัตรประจำตัวประชาชน

หน้าจอหลัก

ตรวจสอบสิทธิ (เลขประจำตัวประชาชน)

ตรวจสอบสิทธิ (ชื่อ-สกุล)

ตรวจสอบสิทธิโดยการพิสูจน์ตัวตน (Smart Card) 1

ตรวจสอบประวัติการลงทะเบียนสิทธิ UC

ตรวจสอบและยืนยันการเข้ารับบริการ (Authen Code)

ระบบรายงานข้อมูลการลงทะเบียน

รายงานสรุปการขอรหัส Authen Code

ออกจากระบบ

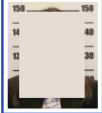
ค้นหา

* เครื่องอ่านบัตร Smart Card : Generic EMV Smartcard Reader 0 **ตรวจสอบสิทธิ 2**

ไม่แสดงภาพ แสดงภาพ

ข้อมูลประชากร (Smart Card)

ข้อมูลรายละเอียดบุคคล (Smart Card)

เลขประจำตัวประชาชน :	เดือนปีเกิด : สิงหาคม 2526	
ชื่อ-สกุล :	เพศ : หญิง	
สถานภาพบุคคล : มีคู่สมรสอยู่ในบ้านนี้	ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน : 18/147 หมู่ที่ 5 ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด	
วัน เดือน ปี ที่ออกบัตร : 13 พฤศจิกายน 2562	วัน เดือน ปี ที่ครบรอบอายุ : 16 สิงหาคม 2571	
จังหวัดตามภูมิลำเนา : จังหวัดนนทบุรี	ข้อมูล ณ วันที่ : 22 ธันวาคม 2563 เวลา 12:03 น.	

ข้อมูลตรวจสอบสิทธิ ณ ปัจจุบัน ประวัติการเปลี่ยนแปลงสิทธิประกันสุขภาพ ประวัติการขอเลข Claim Code (UC)

สิทธิ์ที่ไร้เด็ก

สิทธิ์ที่ไร้เด็ก :	สิทธิ์ที่ไร้เด็กประกันสุขภาพแห่งชาติ
ประเภทสิทธิข้อมอบ :	ยังอายุ 12-59 ปี
รหัสบัตรประกันสุขภาพ :	8914207227
วันเริ่มใช้สิทธิ์ :	17 พฤษภาคม 2547
วันหมดสิทธิข้อมอบ :	
จังหวัดที่ลงทะเบียนรักษา :	นครราชสีมา
หน่วยบริการปฐมภูมิ :	รพ.สต.เหล็กดัด หมู่ที่ 13 ตำบลเสภา (02768)
หน่วยบริการที่รับส่งต่อ :	รพ.สุพรรณ (10887)
Model :	1
จำนวนครั้งที่เปลี่ยนหน่วยบริการประจำ :	0
หน่วยบริการประจำ :	รพ.สุพรรณ (10887) 3

ลงทะเบียนเปลี่ยนหน่วยบริการ การพิสูจน์ตัวตนเพื่อเข้ารับบริการ (Authen Code) ดึงเลข SMART CARD

๑. พิมพ์เลขบัตรตรวจสอบสิทธิ ๒. พิมพ์บัตรประชาชน ๓. ประวัติข้อมูลการฝากครรภ์

รายละเอียดการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันเข้ารับบริการ (Authen Code/Claim Code) กรณีมีบัตรประจำตัวประชาชน มีดังนี้

- คลิกที่เมนู “ตรวจสอบสิทธิโดยการพิสูจน์ตัวตน (Smart Card)”
- คลิกที่ปุ่ม “ตรวจสอบสิทธิ”
 - จะต้องเสียบบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เข้ารับบริการกับเครื่องอ่านบัตร Smart Card ด้วย
 - กรณีที่เสียบเครื่องอ่านบัตร Smart Card 2 เครื่องจะต้องทำการเลือกเครื่องอ่านบัตร Smart Card ด้วยที่

* เครื่องอ่านบัตร Smart Card : Feitian SCR301 0 **ตรวจสอบสิทธิ**

Feitian SCR301 0

- คลิกที่ปุ่ม “การพิสูจน์ตัวตนเพื่อเข้ารับบริการ (Authen Code/Claim Code)”

การพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันเข้ารับบริการ (Authen Code/Claim Code) ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน มีญาติพามา

หน้าจอหลัก

ตรวจสอบสิทธิ (เลขประจำตัวประชาชน)

ตรวจสอบสิทธิ (ชื่อ-สกุล)

ตรวจสอบสิทธิโดยการพิสูจน์ตัวตน (Smart Card)

ตรวจสอบประวัติการลงทะเบียนสิทธิ UC

ตรวจสอบและยืนยันการเข้ารับบริการ (Authen Code)

ระบบรายงานข้อมูลการลงทะเบียน

รายงานสรุปการขอรหัส Authen Code

ออกจากระบบ

ค้นหา

ค้นหาข้อมูลจาก สปสช. สน.บพ.

* เลขประจำตัวประชาชน * วันที่ตรวจสอบ/วันที่เข้ารับบริการ

ข้อมูลประชากร (สปสช.)

ข้อมูลรายละเอียดบุคคล (สปสช.)

เลขประจำตัวประชาชน :	เดือนปีเกิด : - 2501
ชื่อ-สกุล :	เพศ : หญิง
สถานภาพบุคคล : มีผู้สำเนาอยู่ในบ้านนี้	ข้อมูล ณ วันที่ : 22 ธันวาคม 2563 เวลา 12:39 น.

ข้อมูลตรวจสอบสิทธิ ณ ปัจจุบัน ประวัติการเปลี่ยนแปลงสิทธิประกันสุขภาพ ประวัติการขอเลข Claim Code (UC)

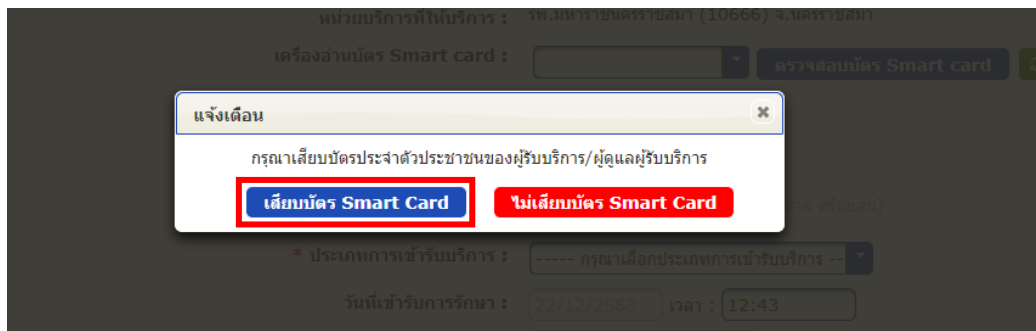
สิทธิทั่วไป

สิทธิทั่วไป :	สิทธิทั่วไป : สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ประเภทสิทธิ :	ประเภทสิทธิ : ช่างอายุ 12-59 ปี
รหัสบัตรประกันสุขภาพ :	รหัสบัตรประกันสุขภาพ : 8914207727
วันเริ่มใช้สิทธิ :	วันเริ่มใช้สิทธิ : 17 พฤษภาคม 2547
วันหมดสิทธิ :	วันหมดสิทธิ :
จังหวัดที่ลงทะเบียนรักษา :	จังหวัดที่ลงทะเบียนรักษา : นครราชสีมา
หน่วยบริการปฐมภูมิ :	หน่วยบริการปฐมภูมิ : รพ.สต.เหล็กแอ่ หมู่ที่ 13 ตำบลเสมา (02768)
หน่วยบริการรับส่งต่อ :	หน่วยบริการรับส่งต่อ : รพ.สูงเนิน (10887)
Model :	Model : 1
จำนวนครั้งที่เปลี่ยนหน่วยบริการประจำ :	จำนวนครั้งที่เปลี่ยนหน่วยบริการประจำ : 0
หน่วยบริการประจำ :	หน่วยบริการประจำ : รพ.สูงเนิน (10887)

รายละเอียดการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันเข้ารับบริการ (Authen Code/Claim Code) กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน มีดังนี้

1. คลิกที่เมนู “ตรวจสอบสิทธิ (เลขประจำตัวประชาชน)”
2. กรอกเลขประจำตัวประชาชนของผู้เข้ารับบริการ และ
3. คลิกที่ปุ่ม “ตรวจสอบสิทธิ” จากนั้นระบบจะแสดงรายละเอียดข้อมูลบุคคลและสิทธิการรักษาพยาบาล และ
4. คลิกที่ปุ่ม “การพิสูจน์ตัวตนเพื่อเข้ารับบริการ (Authen Code/Claim Code)”

เมื่อคลิกที่ปุ่ม “การพิสูจน์ตัวตนเพื่อเข้ารับบริการ (Authen Code/Claim Code) ระบบจะแสดงหน้าจอเพื่อให้เสียบบัตรประจำตัวประชาชนของญาติ ดังรูป



ให้ทำการเสียบบัตรประจำตัวประชาชนแบบ Smart Card ของญาติที่มาพา และคลิกที่ปุ่ม “เสียบบัตร Smart Card” ระบบจะแสดงหน้าจอเพื่อกรอกรายละเอียดสำหรับการ Authen Code ดังรูป

1.ระบุความสัมพันธ์ของผู้เข้ารับบริการกับญาติที่มาพา

กรณีที่ระบบสามารถเช็คความสัมพันธ์ได้ ได้แก่ บิดา/มารดา ระบบจะแสดงให้อัตโนมัติ

2.เลือกประเภทการเข้ารับบริการ

- ผู้ป่วยใน (IPD) **ขอย้อนหลังได้ภายใน 90 วัน
- ผู้ป่วยนอก(OPD) **ขอย้อนหลังได้ภายในวันที่เข้ารับบริการ ไม่สามารถขอย้อนหลังได้
- บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP)

**ขอย้อนหลังได้ภายในวันที่เข้ารับบริการ ไม่สามารถขอย้อนหลังได้

3.ระบุเวลาที่เข้ารับการรักษา **กรณีไม่เลือกระบบจะแสดงเป็นเวลาปัจจุบัน**

4.HN CODE **ไม่บังคับ**

5.คีย์หมายเลขโทรศัพท์ของผู้รับบริการ/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล **ไม่บังคับ**

6.กดปุ่ม “บันทึก”

หมายเหตุ HN CODE,หมายเลขโทรศัพท์ กรณีที่มีข้อมูลในระบบ จะแสดงให้อัตโนมัติและสามารถแก้ไขได้

การพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันเข้ารับบริการ (Authentication Code) ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน ไม่มีญาติพามา

1 หน้าจอหลัก

ตรวจสอบสิทธิ (เลขประจำตัวประชาชน)

ตรวจสอบสิทธิ (ชื่อ-สกุล)

ตรวจสอบสิทธิโดยการพิสูจน์ตัวตน (Smart Card)

ตรวจสอบประวัติการลงทะเบียนสิทธิ UC

ตรวจสอบและยืนยันการเข้ารับบริการ (Authen Code)

ระบบรายงานข้อมูลการลงทะเบียน

รายงานสรุปการขอใช้ Authen Code

ออกจากระบบ

ค้นหา

ค้นหาข้อมูลจาก สปสช. สบ.บพ.

* เลขประจำตัวประชาชน: * **2** วันที่ตรวจสอบ/วันที่เข้ารับบริการ: 22/12/2563 **3**

ข้อมูลประชากร (สปสช.)

ข้อมูลรายละเอียดบุคคล (สปสช.)

เลขประจำตัวประชาชน : เดือนปีเกิด : - 2501

ชื่อ-สกุล : เพศ : หญิง

สถานภาพบุคคล : มีคู่สมรสอาศัยในบ้านนี้ ข้อมูล ณ วันที่ : 22 ธันวาคม 2563 เวลา 12:39 น.

ข้อมูลตรวจสอบสิทธิ ณ ปัจจุบัน ประวัติการเปลี่ยนแปลงสิทธิประกันสุขภาพ ประวัติการขอเลข Claim Code (UC)

สิทธิใช้เบิก

สิทธิใช้เบิก : สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเภทสิทธิย่อย : ช่วงอายุ 12-59 ปี

จัดบัตรประกันสุขภาพ : 8914207727

วันเริ่มใช้สิทธิ : 17 พฤษภาคม 2547

วันหมดสิทธิย่อย :

จังหวัดที่ลงทะเบียนรักษา : นครราชสีมา

หน่วยบริการปฐมภูมิ : รพ.สต.เหินล่อแอ หมู่ที่ 13 ตำบลเสมา (02768)

หน่วยบริการที่รับส่งต่อ : รพ.สูงเนิน (10887)

Model : 1

จำนวนครั้งที่เปลี่ยนหน่วยบริการประจำ : 0

หน่วยบริการประจำ : รพ.สูงเนิน (10887) **4**

รายละเอียดการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันเข้ารับบริการ (Authen Code/Claim Code) กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน มีดังนี้

1. คลิกที่เมนู “ตรวจสอบสิทธิ (เลขประจำตัวประชาชน)”
2. กรอกเลขประจำตัวประชาชนของผู้เข้ารับบริการ และ
3. คลิกที่ปุ่ม “ตรวจสอบสิทธิ” จากนั้นระบบจะแสดงรายละเอียดข้อมูลบุคคลและสิทธิการรักษาพยาบาล และ
4. คลิกที่ปุ่ม “การพิสูจน์ตัวตนเพื่อเข้ารับบริการ (Authen Code/Claim Code)”

4.เลือกประเภทการเข้ารับบริการ

- ผู้ป่วยใน (IPD) **ขอย้อนหลังได้ภายใน 90 วัน
- ผู้ป่วยนอก(OPD) **ขอภายในวันที่เข้ารับบริการ ไม่สามารถขอย้อนหลังได้
- บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP)
**ขอภายในวันที่เข้ารับบริการ ไม่สามารถขอย้อนหลังได้

5.ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา **กรณีไม่เลือกระบบจะแสดงเป็นเวลาปัจจุบัน**

6.HN CODE **ไม่บังคับคีย์**

7.คีย์หมายเลขโทรศัพท์ของผู้รับบริการ/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล **ไม่บังคับคีย์**

8.กดปุ่ม “บันทึก”

หมายเหตุ HN CODE,หมายเลขโทรศัพท์ กรณีที่มีข้อมูลในระบบ จะแสดงให้อัตโนมัติและสามารถแก้ไขได้

ระบบรายงานการขอ Authen Code/Claim Code

รายงานสรุปการขอรหัส claim code ของรพ.ชุมแพ ช่วงวันที่ 01 พฤศจิกายน 2563 ถึง 08 ธันวาคม 2563																
รหัสหน่วยบริการที่ให้บริการ	ชื่อหน่วยบริการ	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อผู้ลงทะเบียน	รหัสการเข้ารับบริการ (Authen Code)	ประเภทการเข้ารับบริการ	HN Code	AN Code	วันที่เข้ารับบริการ	วันที่บันทึกข้อมูล Authen Code	สถานะการใช้งาน	ช่องทางขอ Authen code	วิธีการเชื่อมโยงในการเข้ารับบริการ	ผู้ร้องขอเข้ารับบริการ	วันที่แก้ไข Authen Code	ชื่อผู้แก้ไข Authen Code	หมายเหตุ
10998	รพ.ชุมแพ	1111111111111	ชิตา ไช	OP1000001444	OPD	HN1111		07 ธันวาคม 2563	07 ธันวาคม 2563		ERM-ONLINE	โดยการระบุเลขประจำตัวประชาชน	ผู้ดูแลรับบริการ			
10998	รพ.ชุมแพ	2222222222222	นันทิ นน	OP1000001380	OPD	N66666		03 ธันวาคม 2563	03 ธันวาคม 2563		ERM-ONLINE	ด้วยบัตรประจำตัวประชาชน (SMART CARD)	ผู้ปกครอง			4
10998	รพ.ชุมแพ	3333333333333	สราภ เทียน	OP1000001376	OPD	N77777		03 ธันวาคม 2563	03 ธันวาคม 2563		ERM-ONLINE	ด้วยบัตรประจำตัวประชาชน (SMART CARD)	ผู้ดูแลรับบริการ			
10998	รพ.ชุมแพ	4444444444444	บุญ เกื้อน	OP1000001379	OPD	N88888		03 ธันวาคม 2563	03 ธันวาคม 2563		ERM-ONLINE	ด้วยบัตรประจำตัวประชาชน (SMART CARD)	ผู้ดูแลรับบริการ			

1. คลิกที่เมนู “รายงานสรุปการขอรหัส Authen Code/Claim Code
2. ระบบจะเอนไซท์ที่ต้องการค้นหา
3. กดปุ่ม “ค้นหา”
4. ระบบจะแสดงข้อมูลที่ค้นหาตามเงื่อนไข
5. หากต้องการ Export สามารถดำเนินการได้โดยคลิกที่ปุ่ม “รายงานสรุปการขอรหัส Authen Code”

ตัวอย่างแบบฟอร์ม หนังสือขอลิทธิเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิ

ที่.....

ครุฑ

ชื่อหน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอลิทธิเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพโดยการ Authentication ด้วยบัตร Smart Card

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต.....

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักบริหารงานทะเบียน ได้จัดให้มีระบบพิสูจน์ตัวตน (Authentication) เพื่อเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพผ่านเว็บไซต์ของ สปสช. เพื่อสนับสนุนการทำงานของหน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นั้น

ชื่อหน่วยงาน..... รหัสหน่วยงาน..... ขอแจ้งรายชื่อผู้ขอสิทธิเข้าใช้งานผ่านระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพของ สปสช. โดยการ Authentication ด้วยบัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ (Smart Card) (ให้ผู้ขอสิทธิเข้าใช้งานเลือก 1 ระดับสิทธิการเข้าใช้งานเพียง 1 ระดับสิทธิการเข้าใช้งานเท่านั้น เพื่อเข้าใช้งานผ่านระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพของ สปสช. ตามเอกสารแนบ) ดังนี้

1.ชื่อ-สกุล ผู้ขอสิทธิเข้าใช้งาน :

ระดับสิทธิการเข้าใช้งาน :

เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก :

โทรศัพท์ ที่ทำงาน :

โทรศัพท์เคลื่อนที่ :

อีเมล (ส่วนตัว) :

2.ชื่อ-สกุล ผู้ขอสิทธิเข้าใช้งาน :

ระดับสิทธิการเข้าใช้งาน :

เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก :

โทรศัพท์ ที่ทำงาน :

โทรศัพท์เคลื่อนที่ :

อีเมล (ส่วนตัว) :

- 1.ชื่อ-สกุล ผู้ขอสิทธิเข้าใช้งาน :
- ระดับสิทธิการเข้าใช้งาน :
- เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก :
- โทรศัพท์ ที่ทำงาน :
- โทรศัพท์เคลื่อนที่ :
- อีเมล (ส่วนตัว) :

ชื่อหน่วยงาน..... ขอรับรองว่าผู้ที่มีรายชื่อตามที่ระบุข้างต้นเป็นผู้ที่รับผิดชอบและ
ปฏิบัติงานตรวจสอบข้อมูลผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจริง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....

(ชื่อตัวบรรจงของผู้บังคับบัญชา)

ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา/ชื่อหน่วยงานที่ขอ

ชื่อหน่วยงาน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเลขโทรสาร.....

(เอกสารแนบ)

หน่วยงานรับคำขอลงทะเบียน ตามประกาศ สปสช. เรื่อง การกำหนดหน่วยงานรับคำขอลงทะเบียน เพื่อเลือกหน่วยบริการหรือเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ให้หน่วยงานรับคำขอลงทะเบียน ตามประกาศ สปสช.

เลือกรายการระดับสิทธิการเข้าใช้งานผ่านระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพของ สปสช.

โดยการ Authentication ด้วยบัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ (Smart Card)

ระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพ	ระดับสิทธิการใช้งาน
ระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพ ผ่านเว็บไซต์ของ สปสช. เลือกได้ 1 ระดับสิทธิการใช้งานเท่านั้น	1.กรณี ประเภทของหน่วยงานรับคำขอลงทะเบียน 1.1 สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ได้แก่ รพช. /รพร. /รพท. /รพศ. เป็นต้น 1.1.1 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิ 1.1.2 เจ้าหน้าที่ทะเบียนหน่วยบริการ 1.2 สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ รพ.สต./รพ./คลินิกชุมชนอบอุ่น/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นต้น 1.2.1 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิระดับรพ.สต./คลินิกชุมชนอบอุ่น 1.2.2 เจ้าหน้าที่ทะเบียนระดับรพ.สต./คลินิกชุมชนอบอุ่น 1.3 สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยบริการร่วมให้บริการ 1.3.1 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิ สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการ

เอกสารตัวอย่าง (ห้ามพิมพ์แล้วกรอกรหัส) ให้แก่ผู้สมัครเข้ารับการลงทะเบียน สปสช. เขตพื้นที่รับผิดชอบ