



**การดำเนินการตรวจสอบก่อนจ่าย (Pre audit)  
กรณีการให้บริการ Home isolation / Community isolation / OP Self isolation  
สำหรับหน่วยบริการ เขต 7 ขอนแก่น เขต 8 อุดรธานี และเขต 10 อุบลราชธานี**



วันที่ 25 เมษายน 2565

ฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ  
สายงานบริหารกองทุน  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

# ประเด็นนำเสนอ



Flow การดำเนินงานตรวจสอบก่อนจ่ายชดเชยบริการ HI/CI /OPSI ใหม่



แนวทางการตรวจสอบก่อนจ่ายชดเชยบริการ HI/CI/OPSI



การใช้งานโปรแกรม PPFS สำหรับแนบไฟล์ Pre audit





# ข้อมูลบริการ HI/CI / OPSI ที่ส่งเบิกใน e-claim ข้อมูลตามรอบ REP

## Flow Pre audit HI/CI/OPSI

เริ่มข้อมูล date send 1 มี.ค.65

HI/CI



ฐานข้อมูล

OPSI



Verify ตัดความซ้ำซ้อนบริการ + Map เบอร์โทรศัพท์ จาก Authen

Verify รูปแบบ Authen (ปชช.ทำเอง)\*\*

Yes

ข้อมูลจะถูกสุ่มตรวจ post audit

OPSI จ่าย 1,000 และ 300 บาท

No

\*\* ยกเว้น Authen ด้วย INP จาก ERM (เจ้าหน้าที่ / ผู้ปกครองรับรอง)

### 2. ประมวลผลตามข้อมูล Line (โปรแกรม Pre audit HICI)

Yes



2.1 ถูกต้อง >> จ่ายชดเชยตามที่ส่งเบิก

No



### 3. ประมวลผลตามข้อมูล AMED

No

4. สุ่มตรวจเอกสาร 15% ของข้อมูลที่ส่งเบิก ในหน่วยนั้น (คิดรวม HI และ CI)

Yes

3.1 ถูกต้อง >> จ่ายชดเชยตามที่ส่งเบิก

Yes

4.1 พบถูกต้อง >= 85 % ของจำนวนที่สุ่มตรวจ จ่ายในข้อมูลที่ตรวจพบแล้วว่าถูกต้อง และ อนุมัติจ่ายในข้อมูลที่ยังไม่ได้ตรวจ

No

2.2 ไม่ถูกต้อง ติด V ขอหักทวง

ข้อมูลนี้จะไม่ตรวจ post audit

No

3.2 ไม่ถูกต้อง ติด V ขอหักทวง

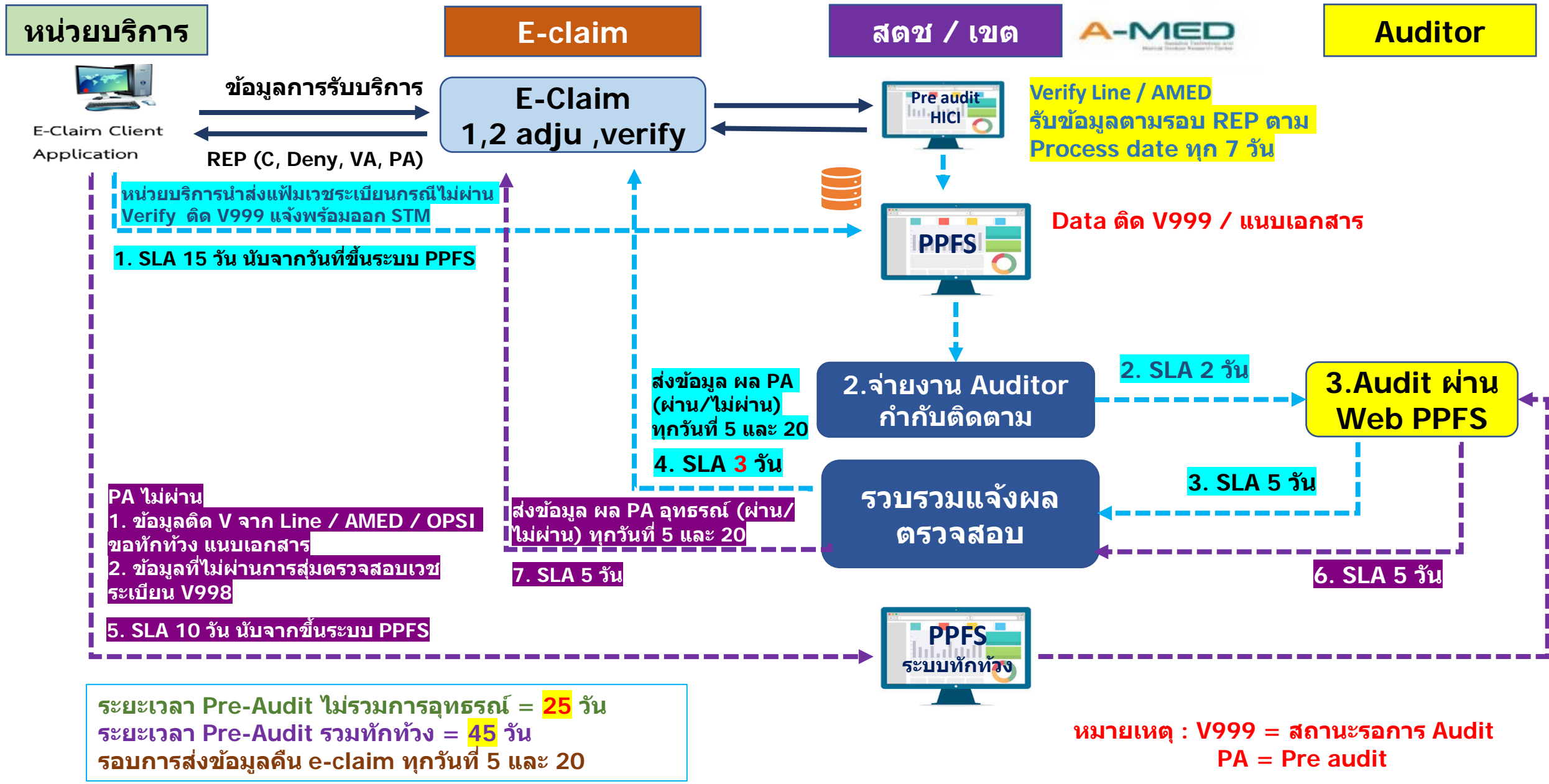
No

4.2 พบข้อมูลถูกต้อง < 85% ให้จ่ายในข้อมูลที่ถูกต้อง และไม่จ่ายในข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง และยังไม่ได้ตรวจ (ติด V998) >> หักทวง

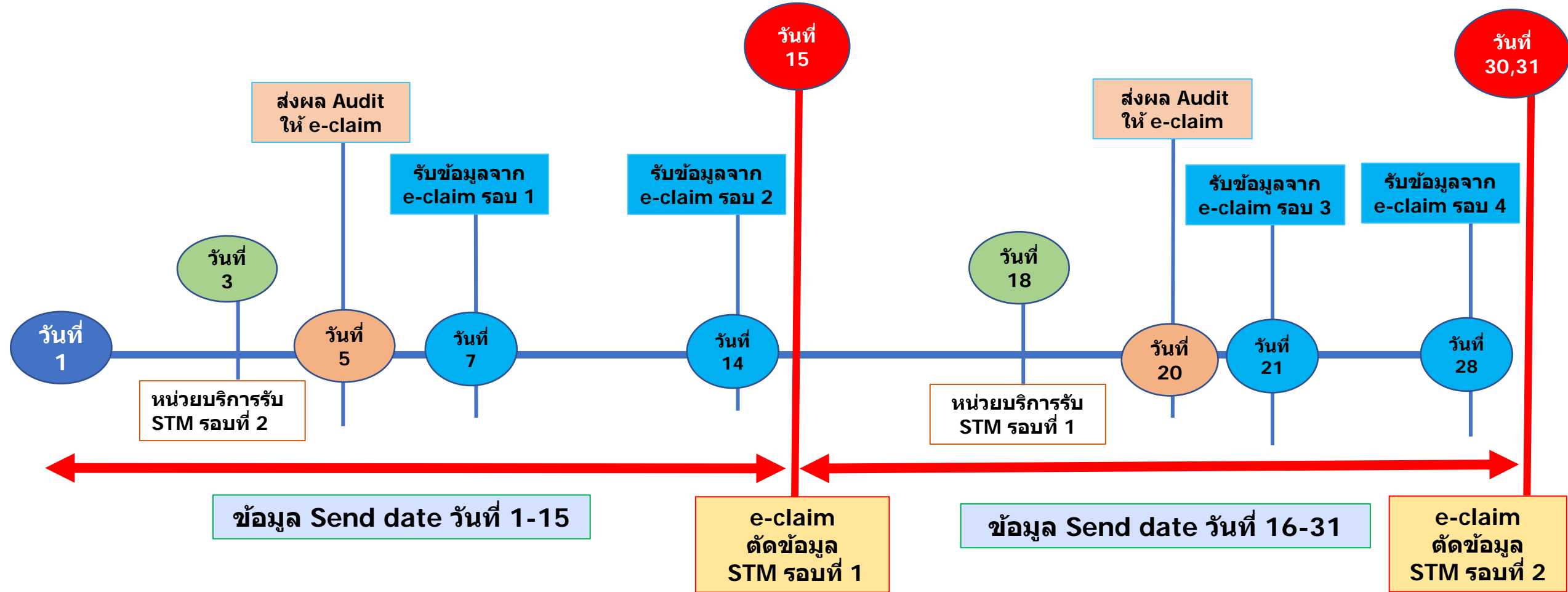
\*\*ปรับ วันศุกร์ 11 มี.ค.65  
ยกเลิก Flow audit โทรศัพท์

ออก Statement = ข้อ 4.1 ข้อมูลที่ผ่าน โดยไม่ได้ตรวจจะถูกนำมาสุ่มตรวจ post audit

# ขั้นตอนการตรวจสอบก่อนจ่าย Pre audit Business Flow (New)



# Cycle การตัดรอบข้อมูล HI/CI /OPSI



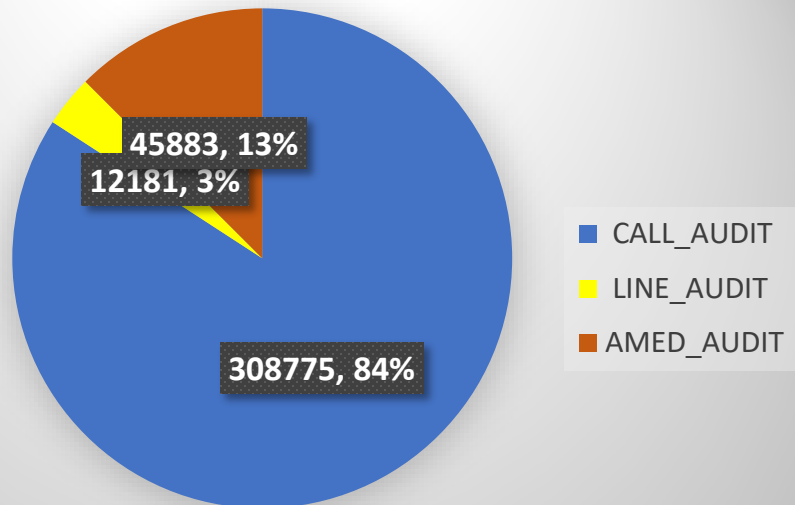
หมายเหตุ รอบการส่งข้อมูลคืน e-claim กรณี OP ทุกวันที่ 5 และ 20

# ปฏิทินรอบการรับ - ส่งข้อมูล REP จาก e-claim

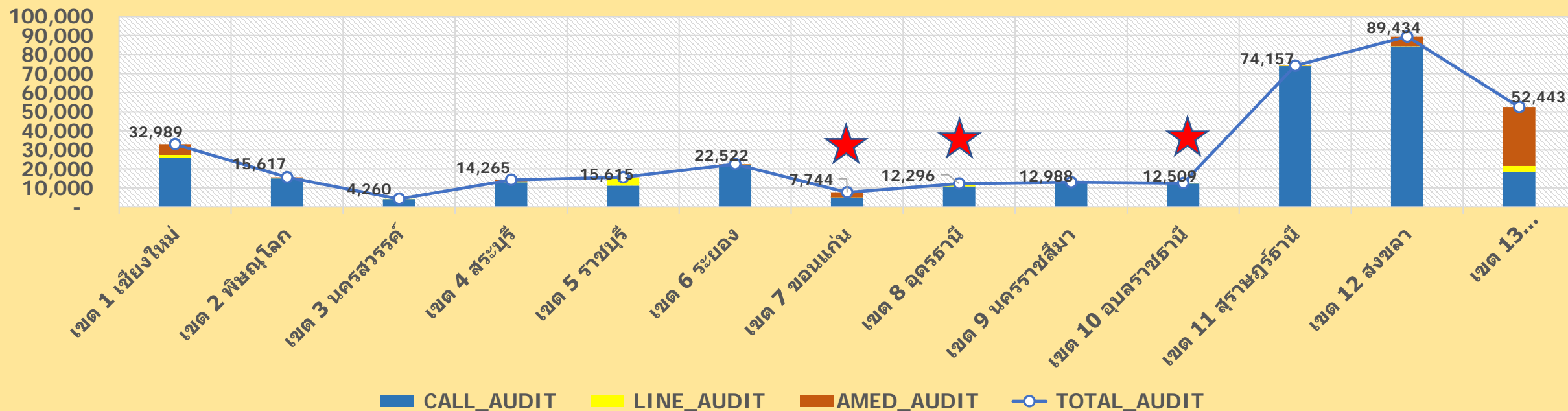
เดือน	รับข้อมูล REP จาก e-claim รอบที่ 1	ขึ้นระบบ PPFS ให้หน่วยแนบ รอบที่ 1 (15 วัน)	รับข้อมูล REP จาก e-claim รอบที่ 2	ขึ้นระบบ PPFS ให้หน่วยแนบ รอบที่ 2 (15 วัน)	รับข้อมูล REP จาก e-claim รอบที่ 3	ขึ้นระบบ PPFS ให้หน่วยแนบ รอบที่ 3 (15 วัน)	รับข้อมูล REP จาก e-claim รอบที่ 4	ขึ้นระบบ PPFS ให้หน่วยแนบ รอบที่ 4 (15 วัน)
เม.ย.65	วันที่ 7	วันที่ 9-23	วันที่ 14	วันที่ 16-30	วันที่ 21	วันที่ 23-7	วันที่ 28	วันที่ 30-15
พ.ค.65	วันที่ 7	วันที่ 9-23	วันที่ 14	วันที่ 16-30	วันที่ 21	วันที่ 23-6	วันที่ 28	วันที่ 30-14
มิ.ย.65	วันที่ 7	วันที่ 9-23	วันที่ 14	วันที่ 16-30	วันที่ 21	วันที่ 23-7	วันที่ 28	วันที่ 30-15
ก.ค. 65	วันที่ 7	วันที่ 9-23	วันที่ 14	วันที่ 16-30	วันที่ 21	วันที่ 23-6	วันที่ 28	วันที่ 30-14
ส.ค.65	วันที่ 7	วันที่ 9-23	วันที่ 14	วันที่ 16-30	วันที่ 21	วันที่ 23-7	วันที่ 28	วันที่ 30-15
ก.ย.65	วันที่ 7	วันที่ 9-23	วันที่ 14	วันที่ 16-30	วันที่ 21	วันที่ 23-6	วันที่ 28	วันที่ 30-14

- หมายเหตุ**
1. ตัดข้อมูลตามรอบ ทุก 7 วัน และขึ้นระบบ PPFS ให้หน่วยบริการแนบเอกสาร 2 วันนับจากตัดข้อมูล
  2. หน่วยบริการดำเนินการแนบไฟล์ 15 วัน นับจากขึ้นใน PPFS ครั้งแรก ข้อมูล Send date 1-28 มี.ค.65  
ตั้งแต่วันที่ 7 – 21 เมษายน 2565 (\*\*ขยายเวลาถึงวันที่ 30 เม.ย.65 เวลา 23.59 น.\*\*)
  3. เมื่อถึงวันที่สิ้นสุดแล้ว หน่วยบริการไม่ได้ดำเนินการใด จะนับว่ารายการที่ไม่แนบไฟล์ไม่ผ่านการตรวจสอบ Pre audit และติด V998 เพื่อขึ้นระบบทั้งหมด

# ข้อมูลตรวจสอบ HI/CI (Authen) ตั้งแต่ 1 ต.ค.64 – 25 มี.ค.65



สปสช.เขต	TOTAL (ราย)	% CALL	% LINE	% AMED
เขต 1	32,989	77.96%	4.84%	17.20%
เขต 2	15,617	96.14%	1.16%	2.70%
เขต 3	4,260	98.80%	1.20%	0.00%
เขต 4	14,265	90.84%	4.19%	4.97%
เขต 5	15,615	71.68%	27.45%	0.86%
เขต 6	22,522	97.24%	1.74%	1.02%
เขต 7	7,744	65.04%	0.40%	34.56%
เขต 8	12,296	88.22%	10.94%	0.85%
เขต 9	12,988	99.03%	0.97%	0.00%
เขต 10	12,509	98.33%	1.67%	0.00%
เขต 11	74,157	99.69%	0.28%	0.02%
เขต 12	89,434	94.26%	0.13%	5.61%
เขต 13	52,443	35.29%	5.79%	58.92%
Grand Total	366,839	84.17%	3.32%	12.51%



# ข้อมูล HI/CI Send Date ตั้งแต่ 1 - 28 มี.ค.65



รอบแรก

Process date 25650314-25650328

สปสช.เขต	หน่วย (แห่ง)	ทั้งหมด (ราย)	LINE	% LINE	AMED	% AMED	คงเหลือตรวจเอกสาร	%คงเหลือตรวจเอกสาร	สุ่ม 15% ชั้นต่ำ 5 ราย	% สุ่มเอกสาร
เขต 1 เชียงใหม่	65	841	127	15.10%	6	0.71%	708	84.19%	295	35.08%
เขต 2 พิษณุโลก	29	386	20	5.18%			366	94.82%	139	36.01%
เขต 3 นครสวรรค์	29	244					244	100.00%	90	36.89%
เขต 4 สระบุรี	39	714	4	0.56%			710	99.44%	211	29.55%
เขต 5 ราชบุรี	34	299	22	7.36%			277	92.64%	131	43.81%
เขต 6 ระยอง	52	538	7	1.30%			531	98.70%	252	46.84%
เขต 7 ขอนแก่น	47	442	1	0.23%	2	0.45%	439	99.32%	191	43.21%
เขต 8 อุดรธานี	45	286	22	7.69%			264	92.31%	153	53.50%
เขต 9 นครราชสีมา	50	305	1	0.33%			304	99.67%	169	55.41%
เขต 10 อุบลราชธานี	69	300	7	2.33%			293	97.67%	201	67.00%
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	43	800					800	100.00%	252	31.50%
เขต 12 สงขลา	25	331					331	100.00%	116	35.05%
เขต 13 กรุงเทพฯ	63	670	71	10.60%	32	4.78%	567	84.63%	225	33.58%
<b>Grand Total</b>	<b>590</b>	<b>6,156</b>	<b>282</b>	<b>4.58%</b>	<b>40</b>	<b>0.65%</b>	<b>5,834</b>	<b>94.77%</b>	<b>2,425</b>	<b>39.39%</b>

หมายเหตุ ข้อมูลทั้งหมด 6,156 ราย สุ่มตรวจเอกสาร 15% ชั้นต่ำ 5 ฉบับ จำนวน 2,425 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 39.39 ของข้อมูลทั้งหมด



## รายงานการแนบไฟล์ ณ วันที่ 21 เม.ย.65 (ข้อมูล Send Date ตั้งแต่ 1 - 28 มี.ค.65 )

### รวมแรก

NHSO_ZONENAME	จำนวนหน่วย	จำนวน (ราย)	แนบไฟล์แล้ว/รอดตรวจ	ร้อยละ	ยังไม่ส่ง	ร้อยละ
เขต 1 เชียงใหม่	60	295	118	40.00%	177	60.00%
เขต 2 พิษณุโลก	29	139	122	87.77%	17	12.23%
เขต 3 นครสวรรค์	29	90	44	48.89%	46	51.11%
เขต 4 สระบุรี	39	211	113	53.55%	98	46.45%
เขต 5 ราชบุรี	31	131	26	19.85%	105	80.15%
เขต 6 ระยอง	51	252	195	77.38%	57	22.62%
เขต 7 ขอนแก่น	45	191	75	39.27%	116	60.73%
เขต 8 อุดรธานี	41	153	92	60.13%	61	39.87%
เขต 9 นครราชสีมา	50	169	73	43.20%	96	56.80%
เขต 10 อุบลราชธานี	67	201	39	19.40%	162	80.60%
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	43	252	183	72.62%	69	27.38%
เขต 12 สงขลา	25	116	71	61.21%	45	38.79%
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	54	225	133	59.11%	92	40.89%
<b>Grand Total</b>	<b>564</b>	<b>2425</b>	<b>1284</b>	<b>52.95%</b>	<b>1141</b>	<b>47.05%</b>

**หมายเหตุ ขยายระยะเวลาแนบไฟล์ ให้สิ้นสุดการแนบในวันที่ 30 เม.ย.65 เวลา 23.59 น.**

**รายงานการแนบไฟล์ ณ วันที่ 21 เม.ย.65**  
**(ข้อมูล HI/CI Send Date ตั้งแต่ 28 มี.ค. - 9 เม.ย.65)**

NHSO_ZONENAME	จำนวนหน่วย	จำนวน (ราย)	แนบไฟล์แล้ว/รอดตรวจ	ร้อยละ	ยังไม่ส่ง	ร้อยละ
เขต 1 เชียงใหม่	43	274	43	15.69%	231	84.31%
เขต 2 พิษณุโลก	27	112	6	5.36%	106	94.64%
เขต 3 นครสวรรค์	24	154	41	26.62%	113	73.38%
เขต 4 สระบุรี	32	169	11	6.51%	158	93.49%
เขต 5 ราชบุรี	25	136	15	11.03%	121	88.97%
เขต 6 ระยอง	50	280	23	8.21%	257	91.79%
เขต 7 ขอนแก่น	35	145	24	16.55%	121	83.45%
เขต 8 อุดรธานี	36	112	14	12.50%	98	87.50%
เขต 9 นครราชสีมา	45	190	1	0.53%	189	99.47%
เขต 10 อบลราชธานี	43	150	5	3.33%	145	96.67%
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	47	392	23	5.87%	369	94.13%
เขต 12 สงขลา	34	156	30	19.23%	126	80.77%
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	45	209	23	11.00%	186	89.00%
<b>Grand Total</b>	<b>486</b>	<b>2479</b>	<b>259</b>	<b>10.45%</b>	<b>2220</b>	<b>89.55%</b>

**หมายเหตุ ขยายระยะเวลาแนบไฟล์ ให้สิ้นสุดการแนบในวันที่ 30 เม.ย.65 เวลา 23.59 น.**



**แนวทางการตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่าย  
กรณีกลุ่มอาการสีเขียว  
Home Isolation/ Community Isolation/  
Hotel Isolation /โรงพยาบาลสนาม/ Hospitel / OP self isolation**



ฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ  
สายงานบริหารกองทุน  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



## แนวทางการตรวจสอบ Pre audit กลุ่มอาคารสีเขียว บริการ HI/CI/Hotel isolation/Hospitel/โรงพยาบาลสนาม

1. หน่วยบริการพิสูจน์การเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ โดยการขอ Authentication Code ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด
2. สปสช. ตรวจสอบข้อมูลการรับบริการจาก AMED, Line form หรือ platform อื่น ๆ ตาม standard data set
3. สปสช. ตรวจสอบการเข้ารับบริการตามแนวทางที่กำหนด
  - 3.1 สุ่มตรวจสอบบริการ HI/CI ด้วยวิธีโทรศัพท์ เฉพาะรายที่รูปแบบเบอร์โทรศัพท์ถูกต้อง และไม่มีข้อมูลใน platform อื่น
  - 3.2 สุ่มตรวจสอบบริการ HI/CI ด้วยการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ เฉพาะรายที่ไม่มีข้อมูลใน platform อื่น
4. สปสช. ประมวลผลตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขที่กำหนด หากพบว่า ไม่เป็นไปตามเงื่อนไข สปสช. จะปฏิเสธการจ่าย หากหน่วยบริการไม่เห็นด้วยสามารถขออุทธรณ์ พร้อมส่งเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมายัง สปสช. เพื่อประกอบการพิจารณาต่อไป

**ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการตรวจประเมิน** ซึ่งต้องเป็นข้อมูลที่ถูกต้องตรงการให้บริการและตรงกับข้อมูลที่ส่งเบิกชดเชย 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 ข้อมูลการตรวจคัดกรองซ้ำ ด้วยวิธี RT-PCR (ถ้ามีการเบิกชดเชย)



# หลักฐานการให้บริการเพื่อประกอบการตรวจสอบการให้บริการกลุ่มอาการสีเขียว HI/CI/Hotel isolation/Hospital/โรงพยาบาลสนาม

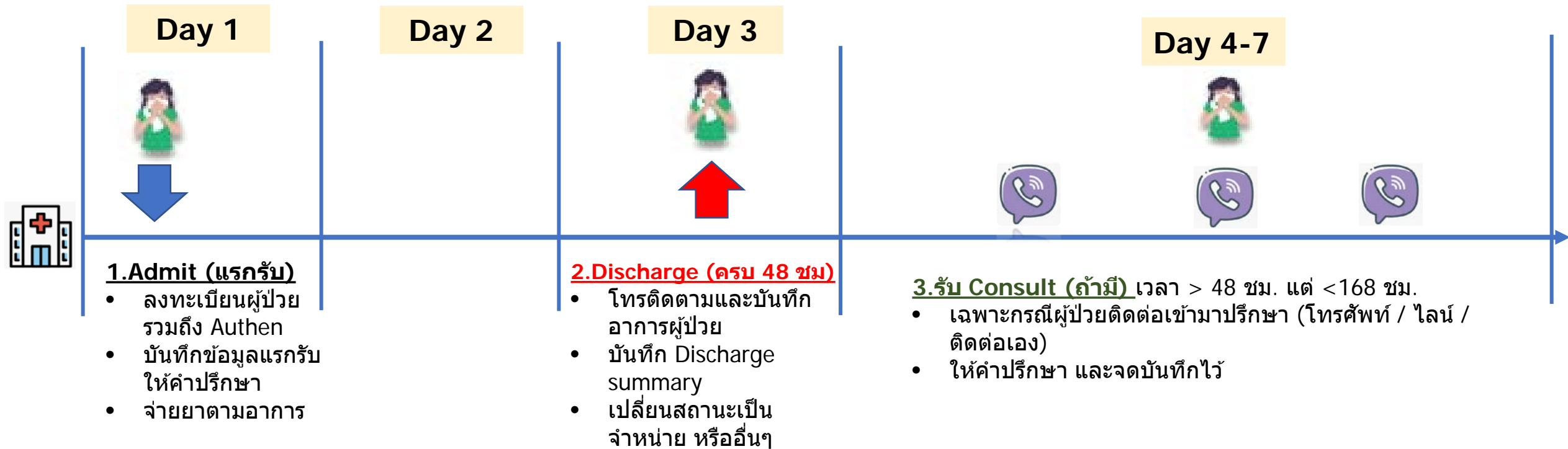
## หลักฐานที่หน่วยบริการให้บริการผู้ติดเชื้อในรายการต่าง ๆ

1. หลักฐานการติดตามประเมินอาการ ซึ่งอาจจะรวมทั้งหลักฐานอื่น ๆ ที่อยู่ในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น การสื่อสารทางโปรแกรม line (chat line) ที่ติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น
2. หลักฐานการได้รับหรือส่งอาหารจากหน่วยบริการ
3. หลักฐานการได้รับหรือส่งยาเฉพาะโรคโควิด 19 จากหน่วยบริการ เช่น ยาฟ้าทะลายโจร
4. หลักฐานการได้รับหรือส่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือหลักฐานบันทึกการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวจากหน่วยบริการ ได้แก่ ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว เป็นต้น
5. รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 ถ้ามีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ RT-PCR

# เกณฑ์การตรวจสอบการจ่ายชุดแยกกลุ่มอาการสีเขียว HI/CI/Hotel isolation/Hospitel/โรงพยาบาลสนาม

1. พบว่าเลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ติดเชื้อและหรือ ชื่อ-ชื่อสกุล ตรงกับข้อมูลที่ได้จากการยืนยันตัวตน (authentication)
2. พบหลักฐานเป็นผู้ติดเชื้อโควิด 19 เช่น ผลการตรวจ หรือการบันทึกผล/การวินิจฉัยของแพทย์
3. พบหลักฐานการประเมินอาการและการจัดส่งอาหาร ตามรายการและจำนวนวันที่เหมาะสมจ่ายค่าใช้จ่าย
4. พบหลักฐานการให้บริการหรือจัดส่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือหลักฐานการบันทึกการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว
5. พบหลักฐานการสั่งยา หรือจัดส่งยาเฉพาะโรคโควิด 19 เช่น ยาฟ้าทะลายโจร
6. พบรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจหาเชื้อไวรัส (Antigen) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวิธี RT-PCR ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย
  - พบรายงาน ที่เป็น official report มีมาตรฐานตามสภาเทคนิคการแพทย์ หรือกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กำหนด ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR

# สรุป Timeline การบันทึกข้อมูลผู้ติดเชื้อ OP self isolation



## 1. ค่าเบิกจ่าย เหมา 1,000 บาท (รหัสเบิก COVR22)

- ค่ายารักษาตามดุลยพินิจของแพทย์
- ค่าติดตามประเมินอาการเมื่อครบ 48 ชม.

## 2. ค่าเบิกจ่ายเพิ่มเติม เหมา 300 บาท (รหัสเบิก COVR23)

- เฉพาะกรณีที่ดำเนินการในส่วนแรกครบถ้วนเท่านั้น
- เฉพาะที่ผู้ป่วยเป็นผู้เริ่มติดต่อเข้ามาปรึกษา



# หลักฐานการให้บริการเพื่อประกอบการตรวจสอบ OP Self Isolation



## • ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อ

1. เลขบัตรประจำตัวประชาชน และ ชื่อ สกุล รวมทั้งหลักฐานในการยืนยันตัวตน เช่น ข้อมูลในระบบ authentication หรือ ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ติดเชื้อ เป็นต้น
2. เบอร์โทรศัพท์ของผู้ติดเชื้อหรือผู้ดูแลที่ได้จากระบบการยืนยันตัวตน (authentication) ที่สามารถติดต่อกับผู้ติดเชื้อได้
3. หลักฐานการติดเชื้อโควิด 19 เช่น ผลการตรวจ หรือการบันทึกผล/การวินิจฉัยของแพทย์

## • หลักฐานที่หน่วยบริการให้บริการผู้ติดเชื้อในรายการต่าง ๆ

1. หลักฐานการให้บริการ การประเมินอาการโดยแพทย์ในครั้งแรก การให้คำแนะนำการแยกกักตัวที่บ้าน และติดตามอาการ เมื่อให้การดูแลครบ 48 ชั่วโมง ซึ่งอาจจะรวมทั้งหลักฐานอื่น ๆ ที่อยู่ในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น การสื่อสารทางโปรแกรม line (chat line) ที่ติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น
2. หลักฐานการสั่งยาของแพทย์ ทั้งนี้ความจำเป็นในการสั่งยาเป็นไปตามดุลยพินิจของแพทย์
3. หลักฐานการบริการการให้คำปรึกษาหรือการดูแลรักษาเบื้องต้น เมื่อผู้ป่วยโควิด 19 มีอาการเปลี่ยนแปลง และหรือให้ปรึกษาอื่นๆ หลังให้การดูแลครบ 48 ชั่วโมง ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย 300 บาท หลักฐานการให้บริการ อาจอยู่ในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น การสื่อสารทางโปรแกรม line (chat line) ที่ติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

## เกณฑ์การตรวจสอบการจ่ายชดเชย **OP Self Isolation**

- พบว่าเลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ติดเชื้อและหรือ ชื่อ-ชื่อสกุล ตรงกับข้อมูลที่ได้จาก การยืนยันตัวตน (authentication)
- พบหลักฐานเป็นผู้ติดเชื้อโควิด 19 เช่น ผลการตรวจ หรือการบันทึกผล/การวินิจฉัยของแพทย์
- **พบหลักฐานการให้บริการ การประเมินอาการในครั้งแรกโดยแพทย์** การให้คำแนะนำการแยกกักตัวที่บ้าน ซึ่งอาจจะรวมทั้งหลักฐานอื่น ๆ ที่อยู่ในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น การสื่อสารทางโปรแกรม line (chat line) ที่ติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น
- **พบหลักฐานการติดตามอาการเมื่อให้การดูแลครบ 48 ชั่วโมง** ซึ่งอาจจะรวมทั้งหลักฐานอื่น ๆ ที่อยู่ในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น การสื่อสารทางโปรแกรม line (chat line) ที่ติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น
- พบหลักฐานหลักฐานการสั่งยาของแพทย์ ทั้งนี้ความจำเป็นในการสั่งยา เป็นไปตามดุลยพินิจของแพทย์
- **พบหลักฐานการบริการการให้คำปรึกษาหรือการดูแลรักษาเบื้องต้น** เมื่อผู้ป่วยโควิด 19 มีอาการเปลี่ยนแปลง และหรือให้ปรึกษาอื่นๆ **หลังให้การดูแลครบ 48 ชั่วโมง** ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย **300 บาท** หลักฐานการให้บริการอาจอยู่ในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น การสื่อสารทางโปรแกรม line (chat line) ที่ติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

แบบบันทึกการดูแลรักษาผู้ป่วย Covid-19 กรณี OP With Self isolation

ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสหน่วยบริการ.....วันที่รับบริการ.....วันที่จำหน่าย.....

ชื่อ-นามสกุล.....PID.....HN..... เพศ.....อายุ.....ปี สิทธิ  UC  ประกันสังคม  กรมบัญชีกลาง  อื่น ๆระบุ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....เบอร์โทร.....ID Line (ถ้ามี).....

อาการสำคัญ.....ผู้บันทึกข้อมูล (พยาบาล/แพทย์).....เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

การซักประวัติเพื่อประเมินอาการแรกรับ	ตรวจร่างกายแรกรับ	คำสั่งการรักษา
<input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะเสี่ยง	น้ำหนัก.....Kg.	รายการสั่งยา
<input type="checkbox"/> มีภาวะเสี่ยง (กลุ่มเสี่ยง 608) ระบุ	ส่วนสูง.....cm	<input type="checkbox"/> Favipiravir .....
<input type="checkbox"/> อายุ > 60 ปี	BT..... <sup>o</sup> C	<input type="checkbox"/> ฟาโพลายโจร .....
<input type="checkbox"/> โรคระบบทางเดินหายใจ	PR...../min	<input type="checkbox"/> Paracetamol (500).....
<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดสมอง	RR...../min	<input type="checkbox"/> Dextromethorphan.....
<input type="checkbox"/> โรคหัวใจและหลอดเลือด	BP...../.....mmHg	<input type="checkbox"/> CPM.....
<input type="checkbox"/> โรคเมเร็ง	ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LPM).....	<input type="checkbox"/> ORS.....
<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	ผล Lab	<input type="checkbox"/> ยาคนไข้ที่จำเป็นต้องสั่งเพิ่ม.....
<input type="checkbox"/> โรคอ้วน (BMI > 30 or BW > 90 kg)	Chest X-ray <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
<input type="checkbox"/> CKD (โรคไตวายเรื้อรัง)	ถ้ามีผล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ.....	
<input type="checkbox"/> หญิงตั้งครรภ์ :	ผลตรวจคัดกรอง	
ปัญหาและการวินิจฉัยอื่น ๆ	<input type="checkbox"/> Rapid antigen test	แบบยินยอมเข้ารับการรักษา
.....	วันที่ตรวจ.....	ข้าพเจ้ายินยอมรับการรักษาแบบ OP With Self isolation
.....	หน่วยที่คัดกรอง.....	ลงชื่อผู้ป่วย/ญาติ.....
Plan	<input type="checkbox"/> RTPCR (ถ้ามี) ผล.....	ลงชื่อพยาน
.....	วันที่ตรวจ.....	ผ่าน เบอร์โทรศัพท์ .....
.....	หน่วยที่คัดกรอง.....	

การติดตามประเมินอาการ เมื่อครบ 48 ชั่วโมง วันที่.....เวลา.....น.		การติดตามประเมินอาการ เมื่อเกิน 48 ชม. วันที่.....เวลา.....น.	
อาการแทรกซ้อน	การดูแลรักษา	อาการแทรกซ้อน	การดูแลรักษา
<input type="checkbox"/> เหนื่อย <input type="checkbox"/> ไอ		<input type="checkbox"/> เหนื่อย <input type="checkbox"/> ไอ	
<input type="checkbox"/> ไข้		<input type="checkbox"/> ไข้	
<input type="checkbox"/> เจ็บหน้าอก		<input type="checkbox"/> เจ็บหน้าอก	
<input type="checkbox"/> Resting O2 sat <= 94%		<input type="checkbox"/> RestingO2 sat <= 94%	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ		<input type="checkbox"/> อื่นๆ	

การส่งต่อ			
Refer ไปยัง : .....	ลงชื่อแพทย์ผู้รักษา.....	ลงชื่อพยาบาล.....	
ส่งตัวเพื่อ : .....	(.....)	(.....)	
สาเหตุที่ส่ง : .....	เลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....	เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....	

• ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลบริการ OP Self Isolation

• การบันทึกแบบฟอร์มนี้ ไม่มีผลต่อการจ่ายชดเชย

# ขั้นตอนง่าย ๆ เพื่อการเบิกจ่ายที่ถูกต้อง ลดการทักท้วง

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

2. บันทึกและเก็บหลักฐานในการดูแลผู้ป่วยทุกราย >>> หลักฐานครบ ตรวจสอบได้ จ่ายทันที (กรณีใช้ AMED จะ API ข้อมูลมาตรวจสอบ)

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

แอดเป็นเพื่อนกับเราเพียง  
พิมพ์ค้นหา @nhso  
หรือสแกน QR Code

สแกนเลย 



# แบบติดตามผู้ติดเชื้อโควิด-19 สำหรับ Line OA @nhso

สแกนเลย 



## ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ไม่มีอาการทุกราย

ต้องกักตัวที่บ้านหรือที่ชุมชน

### สปสช. จัดคู่มือคลินิกชุมชนอบอุ่นดูแลที่บ้าน

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



สปสช. 1666 HRI

Surfiderh 11-7-64

<p>วิธีลงทะเบียน/ย้ายสิทธิ์ ก่อนเปลี่ยนหน่วยบริการ</p> 	<p><b>บอกรหัส</b> เข้ารับบริการ</p> 	<p><b>บริการเกี่ยวกับ</b> โควิด-19</p> 
<p>ตรวจสอบสิทธิ์</p> 	<p><b>สิทธิบัตรทอง</b></p> <p>เปลี่ยนหน่วยบริการ (ด้วยตนเอง)</p> 	<p>คุยกับน้องยูซี (Chatbot)</p> 

## บริการเกี่ยวกับ โควิด-19

ตามนโยบายรัฐบาล เจอ แจก จบ และ UCEP Plus

(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

-  ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบการดูแลที่บ้าน (Home Isolation)
-  แบบติดตามการเข้ารับบริการแบบ ผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน (OP With Self Isolation)
-  แบบประเมินการเข้ารับบริการดูแลที่บ้าน / แยกกักตัวในชุมชน (Home/Community Isolation) หลังการรักษา

# แบบติดตามผู้ติดเชื้อโควิด-19 สำหรับ Line OA @nhso

สุวิมล ชื่นนิเวศวิภา

สิทธิที่ใช้เบิก  
สิทธิข้าราชการ/สิทธิสวัสดิการ  
สิทธิย่อย  
บุคลากรสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**แบบติดตามผู้ติดเชื้อโควิด-19  
ในระบบดูแลที่บ้าน (Home Isolation)**

แบบติดตามผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในระบบดูแลที่บ้าน  
(Home Isolation)

ทำแบบติดตาม



สิทธิที่ใช้เบิก  
สิทธิข้าราชการ/สิทธิหน่วยงานรัฐ  
สิทธิย่อย  
บุคลากรสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**แบบติดตามผู้ติดเชื้อโควิด-19  
ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน (OP  
With Self isolation)**

แบบติดตามผู้ติดเชื้อโควิด-19

ทำแบบติดตาม



# การใช้งานโปรแกรม PPFS สำหรับการแนบไฟล์เพื่อตรวจสอบก่อนจ่าย บริการ Home isolation /Community isolation



ฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ  
สายงานบริหารกองทุน  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เข้าโปรแกรม PPFS ของ สปสช. ผ่าน website <https://ppfs.nhso.go.th/ppaudit>

**สปสช.**  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบการตรวจสอบกรณีจ่ายชดเชยและคุณภาพ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจ่ายตามรายการบริการ  
ฝ่ายตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**ยินดีต้อนรับ**  
หากต้องการเข้าสู่ระบบ

[เข้าสู่ระบบ →](#)

**ต้องการสมัครเข้าใช้งาน**

[สมัครเข้าใช้งาน →](#)

**ประชาสัมพันธ์**

ลำดับ	การทักท้วง	Statement เริ่ม ต้น	Statement ปัจจุบัน
1	การทักท้วง บริการดูแลผู้ติดเชื้อโควิดที่บ้าน	STM OP6409	STM OP6501
2	การทักท้วง บริการดูแลผู้ติดเชื้อโควิดที่บ้าน	STM IP6409	STM IP6501
3	การแนบเอกสารเพื่อแก้ไข VA กรณีคัดกรองและตรวจ LAB COVID-19	STM OP6409	STM OP6409
4	การแนบเอกสารเพื่อแก้ไข VA กรณีการรักษา COVID-19 สำหรับผู้ป่วยใน	STM IP6408	STM IP6409

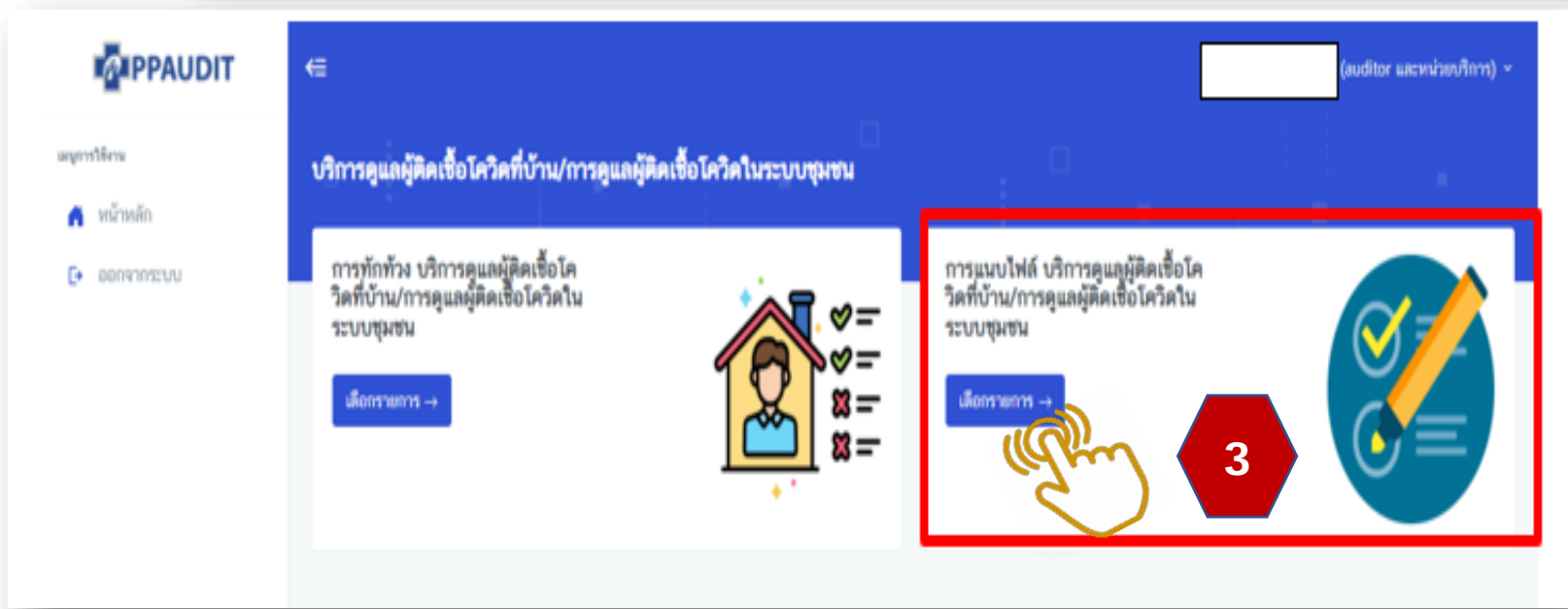
เอกสารเกี่ยวข้องกับการให้บริการ COVID19

[ดูสรุปภาพรวมและเอกสารที่นี้ →](#)

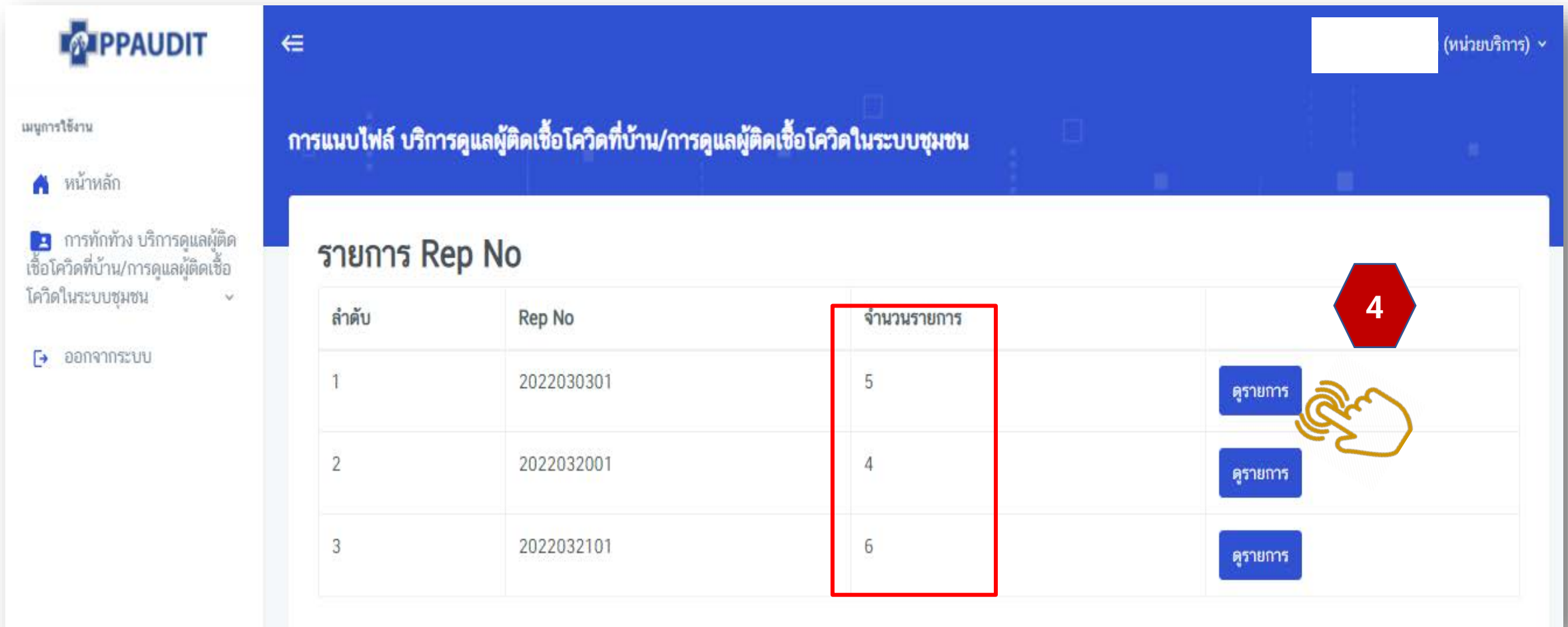
[คู่มือการใช้งาน เพื่อแก้ไขข้อมูลติด V →](#)

**คู่มือการใช้โปรแกรม PPFS เพื่อแนบเอกสารสำหรับ Pre-audit HI CI OPSI สามารถ download คู่มือการแนบเอกสารผ่านโปรแกรม PPFS ขอให้ศึกษาคู่มือก่อนดำเนินการต่าง ๆ**





# ปรากฏรายการตาม REP และจำนวนข้อมูลที่ถูกส่งตรวจเวชระเบียน ที่จะต้องดำเนินการแนบไฟล์ ดังภาพ ให้กดเลือก **“ดูรายการ”** ตาม REP No ที่ต้องการ



PPAUDIT

เมนูการใช้งาน

- หน้าหลัก
- การทักห้วง บริการดูแลผู้ติดเชื้อโควิดที่บ้าน/การดูแลผู้ติดเชื้อโควิดในระบบชุมชน
- ออกจากระบบ

← (หน่วยบริการ) ▾

## การแนบไฟล์ บริการดูแลผู้ติดเชื้อโควิดที่บ้าน/การดูแลผู้ติดเชื้อโควิดในระบบชุมชน

### รายการ Rep No

ลำดับ	Rep No	จำนวนรายการ	
1	2022030301	5	<b>4</b> ดูรายการ
2	2022032001	4	ดูรายการ
3	2022032101	6	ดูรายการ

เมื่อเข้าเมนูเลือก REP แล้ว จะพบรายการของ visit ที่ต้องดำเนินการแนบไฟล์ และวันที่สิ้นสุดการแนบเอกสารโดยกดปุ่ม **“รายละเอียด”** เพื่อดูรายละเอียดของแต่ละรายการ **ดังภาพ**



PPAUDIT

เมนูการใช้งาน

- หน้าหลัก
- การแนบไฟล์ บริการดูแลผู้ติดเชื้อโควิดที่บ้าน/การดูแลผู้ติดเชื้อโควิดในระบบชุมชน
- ออกจากระบบ

← (หน่วยบริการ) ▾

การแนบไฟล์ บริการดูแลผู้ติดเชื้อโควิดที่บ้าน/การดูแลผู้ติดเชื้อโควิดในระบบชุมชน

ค้นหาตามเงื่อนไข

สถานะข้อมูล: กรุงเทพมหานคร PID:

ค้นหาข้อมูล | เคลียร์ข้อมูล

ผลการค้นหาข้อมูล:

ลำดับ	หน่วยบริการ	ชื่อ สกุล ผู้รับ บริการ	PID	วันที่รับ บริการ	ประเภท บริการ	รหัสรายการ ขอเบิก	วันที่สิ้นสุดการแนบเอกสาร	สถานะ	
1				16/02/2565	COVID_HI, COVID_HI	COVID-DRUG11, COVR05	21/04/2565	ยังไม่ส่ง	รายละเอียด
2				19/02/2565	COVID_HI, COVID_HI	COVID-DRUG11, COVR05	21/04/2565	ยังไม่ส่ง	รายละเอียด

5

หมายเหตุ วันที่สิ้นสุดแนบเอกสาร 15 วัน นับจากวันที่ปรากฏรายการใน PPFS

การแบบไฟล์ บริการดูแลผู้ติดเชื้อโควิดที่บ้าน/การดูแลผู้ติดเชื้อโควิดในระบบชุมชน

สปสช. Case No. -

แบบตรวจเวชระเบียนคำบริการ

การแบบไฟล์ บริการดูแลผู้ติดเชื้อโควิดที่บ้าน/การดูแลผู้ติดเชื้อโควิดในระบบชุมชน

หน่วยบริการ : [ ]  
 ชื่อ : [ ]  
 หน่วยบริการตาม  
 ชื่อ : [ ]  
 ประเภทบริการ : [ ]  
 วันที่เข้ารับ/รับ Date Admit : 17/02/2565

Case : [ ]  
 Tran ID : [ ]  
 PID : [ ]  
 STMT Period : 6503\_OP\_01

6

รายการ	จำนวนที่เบิก	จำนวนเงินที่ขอเบิก (บาท)
COVR05 : ค่าดูแลรักษาในที่พัก (Home Isolation)	10	
<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px;"> <a href="#">V999 : ยังไม่มี Audit</a> <span style="float: right;"><a href="#">ดูหลักฐานที่ต้องแนบ</a></span> </div>		

คลิกที่ลูกศรซึ่งจะมีรายการเอกสารแสดงให้เห็นตามภาพด้านล่าง

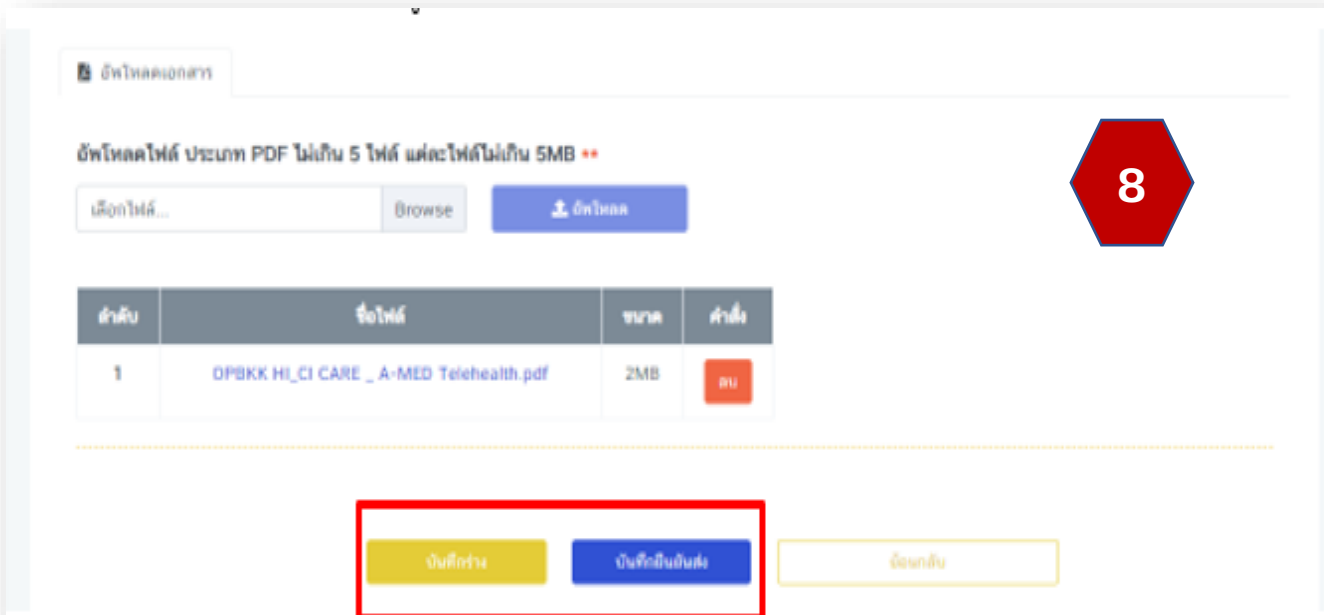


รายการ	จำนวนที่เบิก	จำนวนเงินที่ขอเบิก (บาท)
COVR05 : ค่าดูแลรักษาในที่พัก (Home Isolation)	10	10000
<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px;"> <a href="#">V999 : ยังไม่มี Audit</a> <span style="float: right;"><a href="#">ดูหลักฐานที่ต้องแนบ</a></span> </div>		
<div style="border: 2px solid red; padding: 10px;"> <p><b>หลักฐานที่ต้องแนบ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>หลักฐานการยืนยันตัวตนการรับผู้ติดเชื้อ (Authen) เข้ารับบริการ</li> <li>เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ ตามจำนวนวันที่ขอเบิก</li> <li>หลักฐานการจัดอาหารตามจำนวนวันที่เบิก หรือ หลักฐานการรับอาหาร</li> <li>หลักฐานแสดงการจัดส่งยา หรือ หลักฐานการรับยาฟ้าทะลายโจร</li> <li>หลักฐานแสดงการจัดส่งยา หรือ หลักฐานการรับยา Favipiravir</li> <li>หลักฐานการส่งชื่อที่ระบุราคาอุปกรณ์</li> <li>หลักฐานการบันทึก การดูแลด้วยการให้ออกซิเจน รวมทั้งวันเริ่มต้นและวันสิ้นสุดการให้ออกซิเจน</li> <li>รายงานผลการตรวจ Chest X-ray ที่ระบุหน่วยบริการ วันที่ให้บริการ</li> <li>รายงานผลการตรวจ RT PCR (official report) ที่ระบุหน่วยบริการ วันที่ให้บริการ ตามประเภทการตรวจคัดกรองที่ส่งเบิก</li> </ol> </div>		

เวชระเบียนทั้งฉบับ และหลักฐานการให้บริการของหน่วยการตามรายการที่ส่งเบิก



แนบเป็น PDF เท่านั้น และขนาดของไฟล์ไม่เกิน ไฟล์ละ 5MB แนบได้ทั้งสิ้น 5 ไฟล์ โดยแม้จะมีรายการเบิกหลายตัวแต่สามารถแนบเอกสารเป็นชุดเดียวกันได้



### กดบันทึกข้อมูล

1. กดปุ่ม **"บันทึกร่าง"** สามารถแก้ไขได้จนกว่า จะครบระยะเวลาสิ้นสุด 15 วัน หรือ

2. กดปุ่ม **"บันทึกยืนยันส่ง"** ในกรณีที่ไม่ต้องการแก้ไขไฟล์แนบรายการนี้แล้ว หากกดปุ่มบันทึกยืนยันส่งจะแก้ไขการบันทึกข้อมูลชุดนี้ไม่ได้อีก

## ประชาสัมพันธ์ เรื่อง การแนบไฟล์เพื่อส่งตรวจสอบ Pre audit HI/CI

สปสช. จะดำเนินการสุ่มเวชระเบียน เพื่อตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย (Pre-audit) สำหรับการให้บริการ Home isolation / Community isolation (เฉพาะรายที่ไม่พบข้อมูลบริการจาก Line และ AMED เท่านั้น) โดยจะเริ่มดำเนินการสุ่มเวชระเบียนในข้อมูลที่ส่งเบิก ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2565 เป็นต้นไป

ตั้งแต่วันที่ 7 เมษายน 2565 สปสช. จะเปิดให้หน่วยบริการแนบเอกสารในโปรแกรม PPFS โดยมีคู่มือแนวทางการใช้โปรแกรม PPFS เพื่อแนบเอกสารสำหรับ Pre-audit HI/CI/OPSI ไว้ใน Note ท่านสามารถ Download ได้ที่หน้าโปรแกรม PPFS ขอให้ท่านศึกษาคู่มือก่อนดำเนินการต่าง ๆ

ทั้งนี้ ขอให้หน่วยบริการดำเนินการตรวจสอบรายการและแนบไฟล์ข้อมูลรอบแรก (Send date 1 -28 มีนาคม 2565) ได้ตั้งแต่วันที่ 7 – 21 เมษายน 2565

**\*\* ขยายระยะเวลาสิ้นสุดการแนบไฟล์เป็นวันที่ 30 เม.ย.65 เวลา 23.59 น. \*\***

หมายเหตุ สปสช. จะจัดทำหนังสือแจ้งแนวทางฯ ให้หน่วยบริการทราบอีกครั้ง



# ขอบคุณสำหรับความร่วมมือที่ดีเสมอมาค่ะ



พบปัญหาการใช้งาน

ประสาน สปสช.เขต / provider centerหมายเลข 02-554-0505/line open chat

(กรณีเข้าไลน์ขอให้ใส่ชื่อแสดงเป็นชื่อหน่วยบริการเท่านั้น)

