



การดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบ สำหรับการให้บริการ Home isolation / Community isolation



Home Isolation



วันที่ 28 มิถุนายน 2565

ฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สายงานบริหารกองทุน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเด็นนำเสนอ



Flow การดำเนินงาน**การทบทวน** การตรวจสอบก่อนจ่ายชุดเชยบริการ HI/CI



ภาพรวมการดำเนินงาน**การทบทวน** การตรวจสอบก่อนจ่ายชุดเชยบริการ HI/CI



แนวทางการจัดเตรียมเอกสาร หลักฐาน เพื่อประกอบการทักท้วงผลการตรวจสอบ ก่อนจ่ายการให้บริการ HI/CI แก่ผู้ติดเชื้อโรค COVID 19 สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกัน



การขอทบทวน ในระบบ PPFS



ขั้นตอนการตรวจสอบก่อนจ่าย Pre audit Business Flow

หน่วยบริการ

E-claim

ฝดช / เขต



Auditor



ข้อมูลการรับบริการ
← REP (C, Deny, VA, PA)

**E-Claim
1,2 adju ,verify**

**Pre audit
HICI**

Verify Line / AMED
รับข้อมูลตามรอบ REP ตาม
Process date ทุก 7 วัน

หน่วยบริการนำส่งแฟ้มเวชระเบียนกรณีไม่ผ่าน
Verify ดิด V999 แจ้งพร้อมออก STM

1. SLA 15 วัน นับจากวันที่ขึ้นระบบ PPFS



PPFS

Data ดิด V999

**2.จ่ายงาน Auditor
กำกับติดตาม**

2. SLA 2 วัน

**3.Audit ผ่าน
Web PPFS**

ส่งข้อมูล ผล PA
(ผ่าน/ไม่ผ่าน)
ทุกวันที่ 5 และ 20

4. SLA 3 วัน

**รวบรวมแจ้งผล
ตรวจสอบ**

3. SLA 5 วัน

PA ไม่ผ่าน
1. ข้อมูลดิด V จาก LINE / AMED
ขอหักทวง แบนเอกสาร
2. ข้อมูลที่ไม่ผ่านการคุ้มครองเวช
ระเบียน V998

ส่งข้อมูล ผล PA อุทธธณ์ (ผ่าน/
ไม่ผ่าน) ทุกวันที่ 5 และ 20

7. SLA 5 วัน

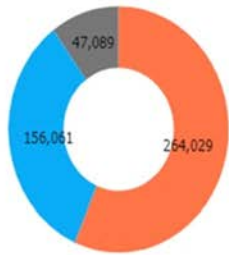
6. SLA 5 วัน

5. SLA 10 วัน นับจากขึ้นระบบ PPFS

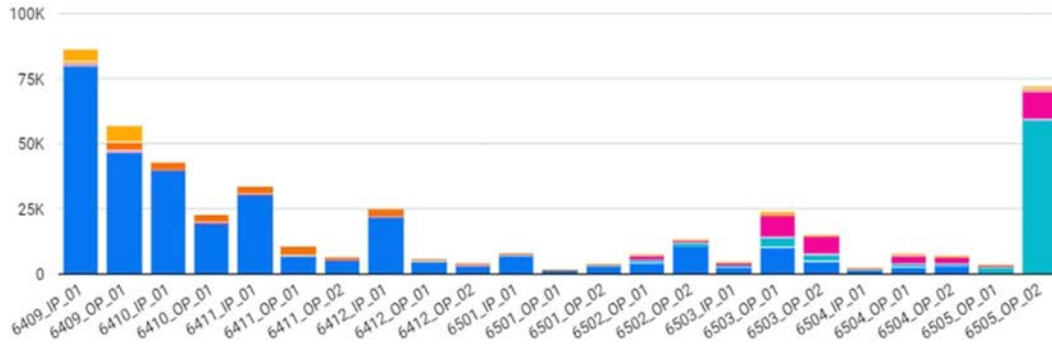
**PPFS
ระบบทักท้วง**

ระยะเวลา Pre-Audit ไม่รวมการอุทธธณ์ = 25 วัน
ระยะเวลา Pre-Audit รวมทักท้วง = 45 วัน
รอบการส่งข้อมูลคืน e-claim ทุกวันที่ 5 และ 20

หมายเหตุ : V999 = สถานะรอการ Audit
V998 = ไม่แนบไฟล์ / ผลตรวจสอบไม่ผ่าน
PA = Pre audit



audit ส่ง claim
ยังไม่ audit
audit ยังไม่ส่ง claim



จำนวนหน่วย	จำนวนรายการ	ขอเบิก	เงินpreaudit	เงินหลังทบทวน	บริการเข้าซ้อน
2,173	467,179	3,438,541,446.03	767,880,800	1,446,809,293.66	52,777

ภาพรวมการดำเนินงานการทบทวนผลการตรวจสอบก่อนจ่ายชดเชยบริการ HI/CI

เริ่มดำเนินการตรวจสอบ โดยชี้แจงแนวทางการขอทบทวนผลการตรวจสอบ Preaudit ติด V000-022 วันที่ 9 ตุลาคม 2564 และเริ่มเปิดระบบหักทวง (preaudit PPFs) 10 ตุลาคม 2564 ใน statement UC 6409_OP_IP และดำเนินการตามแนวทางต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

Statement 6409-6412 สิ้นสุดการขอทบทวนผลแล้ว รายการที่ audit แล้ว อยู่ระหว่างการตรวจสอบผลและส่งคืน e-claim

Statement 6501-6502 สิ้นสุดการขอทบทวนผล 31 พฤษภาคม 2565 รายการที่ยังไม่แนบไฟล์ และยังไม่ส่ง จะถือว่าไม่ประสงค์หักทวง จะส่งคืน e-claim ตามผล preaudit

Statement 6503-6505 สิ้นสุดการขอทบทวนผล 30 มิถุนายน 2565 รายการที่ยังไม่แนบไฟล์ และยังไม่ส่ง จะถือว่าไม่ประสงค์หักทวง จะส่งคืน e-claim ตามผล preaudit

*** การสิ้นสุดการขอทบทวน ใน Statement 6506_OP_01 6506_OP_02 ,6506_IP_01, 6507_OP_01 6507_OP_02 ,6507_IP_01, **6508_OP_01 6508_OP_02 ,6508_IP_01**

*** สิ้นสุดการขอทบทวน 15 วัน หลังแจ้งใน e-Claim เมื่อถึงกำหนดวันที่สิ้นสุด รายการที่ยังไม่แนบไฟล์ และยังไม่ส่ง จะถือว่าไม่ประสงค์หักทวง จะส่งคืน e-Claimตามผล preaudit**

Statement UC	ทั้งหมด	Audit ส่ง e-claim แล้ว	audit แล้ว	แนบไฟล์แล้ว/รอตรวจ	ไม่ประสงค์หักทวง	ยังไม่แนบไฟล์	ยังไม่ส่ง	วันสิ้นสุดการขอทบทวน
6409_IP_01	86,152	76,057	10,095					15 มีค 65
6409_OP_01	56,986	42,603	14,383					15 มีค 65
6410_IP_01	43,111	37,417	5,694					30 เมย 65
6410_OP_01	23,075	17,801	5,274					30 เมย 65
6411_IP_01	33,899	28,711	5,188					30 เมย 65
6411_OP_01	10,826	6,728	4,098					30 เมย 65
6411_OP_02	6,653	5,177	1,476					30 เมย 65
6412_IP_01	25,225	19,808	5,417					30 เมย 65
6412_OP_01	5,781	4,648	1,133					30 เมย 65
6412_OP_02	4,144	3,209	935					30 เมย 65
6501_IP_01	8,049	6,045	918	314	300	64	408	31 พค 65
6501_OP_01	1,662	1,412	58	2	56	53	81	31 พค 65
6501_OP_02	3,778	3,163	261	54	139	10	151	31 พค 65
6502_OP_01	7,605		4,518	1,672	329	102	984	31 พค 65
6502_OP_02	13,358	9,966	762	669	358	193	1,410	31 พค 65
6503_IP_01	4,768		2,606	1,009	59	419	675	30 มิย 65
6503_OP_01	23,977	344	10,002	7,810	737	1,108	3,976	30 มิย 65
6503_OP_02	15,162	93	5,052	6,927	489	248	2,353	30 มิย 65
6504_IP_01	2,299		1,645	426	34	47	147	30 มิย 65
6504_OP_01	7,969	441	2,503	3,202	401	411	1,011	30 มิย 65
6504_OP_02	7,063	175	3,010	2,510	538	128	702	30 มิย 65
6505_OP_01	3,475			605	84	64	2,722	30 มิย 65
6505_OP_02	72,162			11,250	779	1,112	59,021	30 มิย 65
Grand Total	467,179	263,752	47,918	36,890	29,460	15,146	73,690	

รหัสปฏิเสธการจ่าย (Deny Code) รายการเบิก รหัสเบิกและเอกสารหลักฐาน กรณี ให้บริการผู้ติดเชื้อโควิด 19 ประเภท HI/CI



Deny code	ความหมาย	เอกสารหลักฐาน (เฉพาะบริการที่ส่งเบิก)
V000	ไม่มีข้อมูล Authen / Authen ไม่ถูกต้อง	1. หลักฐานการยืนยันตัวตนการรับผู้ติดเชื้อ (Authen) เข้ารับบริการ
V001	เบอร์โทรรูปแบบไม่ถูกต้องทำให้ไม่สามารถติดต่อผู้ติดเชื้อได้	2. เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ ตามจำนวนวันที่ขอเบิก 3. หลักฐานการจัดอาหารตามจำนวนวันที่เบิก หรือ หลักฐานการรับอาหาร
V002	มีเบอร์โทรแต่ไม่สามารถติดต่อผู้ติดเชื้อได้	4. หลักฐานแสดงการจัดส่งยา หรือ หลักฐานการรับยาฟ้าทะลายโจร
V003	เลขบัตรประชาชนไม่ตรงกับข้อมูลที่ Authen	5. หลักฐานแสดงการจัดส่งยา หรือ หลักฐานการรับยา Favipiravir
V004	ผู้รับบริการตามรายชื่อ/เลขที่บัตรประชาชนตามที่ Authen แจ้งว่าไม่เป็นผู้ติดเชื้อโรค Covid 19	6. หลักฐานการสั่งซื้อที่ระบุราคาอุปกรณ์ 7. หลักฐานการบันทึก การดูแลด้วยการให้ออกซิเจน รวมทั้งวันเริ่มต้นและวันสิ้นสุดการให้ออกซิเจน
V006	ผู้ติดเชื้อแจ้งว่าได้รับการดูแลจากหน่วยบริการอื่นไม่ตรงหน่วยบริการที่ Authen	8. รายงานผลการตรวจ Chest X-ray ที่ระบุหน่วยบริการ วันที่ให้บริการ 9. รายงานผลการตรวจ RT-PCR official report ที่ระบุหน่วยบริการ วันที่ให้บริการ ตามประเภทการตรวจคัดกรองที่ส่งเบิก

รหัสปฏิเสธการจ่าย (Deny Code) รายการเบิก รหัสเบิกและเอกสารหลักฐาน กรณีให้บริการผู้ติดเชื้อโควิด 19 ประเภท HI/CI



Deny code	ความหมาย	รายการเบิก	รหัสเบิก	เอกสารหลักฐาน
V008 V009 V010 V011 V012	ผู้ติดเชื้อไม่ได้รับการ ประเมิน และ หรือ ไม่ได้ รับอาหาร ตามจำนวน วันที่ขอเบิก	1.1 ค่าดูแลการให้บริการผู้ติดเชื้อโรค COVID 19 (ค่าติดตามประเมินอาการ และให้คำปรึกษา และค่าอาหาร 3 มื้อ) 1.2 ค่าดูแลการให้บริการ (ค่าติดตามประเมินอาการ และให้คำปรึกษา)	COVR05 (HI) COVR06 (CI) COVR11(HI) COVR12(CI)	1. เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ เวชระเบียน Nurse note /หลักฐานที่สื่อสารกับผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก 2. หลักฐานการจัดอาหารจากหน่วยผลิตอาหารจัดส่งให้ผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก หรือ 3. หลักฐานการรับอาหารของผู้ติดเชื้อ/ญาติ ทั้งนี้หลักฐานในการจ่ายอาหาร ไม่สามารถจ่ายเป็นเงินสดให้กับผู้ติดเชื้อได้ นับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป
V013 V014 V015 V020	ไม่ได้รับ พรอท และหรือ อุปกรณ์ O2 sat	2. ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยประกอบด้วย พรอทวัดไข้ดิจิตอล เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด และอุปกรณ์อื่นๆที่จำเป็น	14509	1. หลักฐานแสดงการจัดส่งเวชภัณฑ์ ตามรายการที่ให้แก่ผู้ติดเชื้อระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา หรือ 2. หลักฐานการรับเวชภัณฑ์ของผู้ติดเชื้อ/ญาติตามรายการที่ให้แก่ผู้ติดเชื้อ ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา หมายเหตุ กรณีจัดหาเป็นอุปกรณ์อื่นที่ไม่ใช่เครื่องวัดไข้ และ เครื่องวัด O2sat ต้องระบุเหตุผลการไม่ได้จัดหาให้

รหัสปฏิเสธการจ่าย (Deny Code) รายการเบิก รหัสเบิกและเอกสารหลักฐาน กรณี ให้บริการผู้ติดเชื้อโควิด 19 ประเภท HI/CI



Deny code	ความหมาย	รายการเบิก	รหัสเบิก	เอกสารหลักฐาน
V022	ไม่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์	3.ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ติดเชื้อฯ 3.1 ยา Favipiravir	DRUG04	1. หลักฐานแสดงการจัดส่งยาที่ระบุชื่อผู้รับ หรือ 2. หลักฐานการรับยาของผู้ติดเชื้อ/ญาติ 3. หลักฐานการจัดซื้อยาฟาวิพิราเวียร์
V016	ไม่ได้รับยาฟ้าทะลายโจร	3.2 ยาฟ้าทะลายโจร	DRUG11	1. หลักฐานแสดงการจัดส่งยาระบุชื่อผู้รับ หรือ 2. หลักฐานการรับยาของผู้ติดเชื้อ/ญาติ
V017	ไม่ได้ทำ Chest X-ray	4.ค่าบริการ Chest X-ray	08001	รายงานผลการตรวจChest X-Ray ในช่วงที่ให้บริการ HI/CI ที่ระบุวันที่ชัดเจน(กรณี OPD เท่านั้น)
V018	ไม่ได้ตรวจคัดกรองซ้ำ	5. ค่าบริการตรวจ RT-PCR	PCR2G PCR3G	รายงานผลการตรวจ RT PCR ที่ระบุหน่วยบริการส่งตรวจและหน่วยตรวจ official report โดยต้องเป็นการตรวจในช่วงเวลาที่ให้บริการ HI/CI
V019	ไม่ได้รับบริการ oxygen	6.ค่าออกซิเจนสำหรับผู้ติดเชื้อที่มีอาการเปลี่ยนแปลง/มีความจำเป็นต้องให้ออกซิเจนตามดุลยพินิจของแพทย์	145014	1.หลักฐานแสดงการจัดส่งอุปกรณ์ oxygen หรือหลักฐานการรับอุปกรณ์oxygen ให้แก่ผู้ติดเชื้อระบุชื่อผู้รับ (กรณี HI) หรือ 2.หลักฐานการให้/การได้รับออกซิเจน ของผู้ติดเชื้อ (กรณี CI) ได้แก่ คำสั่งแพทย์ และบันทึกพยาบาล 3. โดยระบุจำนวนวันที่เริ่มให้ และจำนวนวันที่สิ้นสุดการให้บริการ

รหัสปฏิเสธการจ่าย (Deny Code) รายการเบิก รหัสเบิกและเอกสารหลักฐาน กรณี ให้บริการผู้ติดเชื้อโควิด 19 ประเภท HI/CI กรณีรหัสเหมาจ่าย (COVR14 / COVR15 / COVR16 / COVR17)



Deny code	ความหมาย	เอกสารหลักฐาน
V012	ผู้ติดเชื้อไม่ได้รับการดูแลตามจำนวนวันที่ขอเบิก	1. เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ เวชระเบียน Nurse note / หลักฐานที่สื่อสารกับผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก
V008	ผู้ติดเชื้อไม่ได้รับการประเมิน ตามจำนวนวันที่ขอเบิก	1. เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ เวชระเบียน Nurse note / หลักฐานที่สื่อสารกับผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก
V009	ผู้ติดเชื้อไม่ได้รับอาหารตามจำนวนวันที่ขอเบิก	1. หลักฐานการจัดอาหารจากหน่วยผลิตอาหารจัดส่งให้ผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก หรือ 2. หลักฐานการรับอาหารของผู้ติดเชื้อ/ญาติ ทั้งนี้หลักฐานในการจ่ายอาหาร ไม่สามารถจ่ายเป็นเงินสดให้กับผู้ติดเชื้อได้ นับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป
V015	ผู้ติดเชื้อไม่ได้รับอุปกรณ์ เครื่องวัด O2 sat	1. หลักฐานแสดงการจัดส่งเวชภัณฑ์ ตามรายการที่ให้แก่ผู้ติดเชื้อระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา หรือ 2. หลักฐานการรับเวชภัณฑ์ของผู้ติดเชื้อ/ญาติตามรายการที่ให้แก่ผู้ติดเชื้อ ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา หมายเหตุ กรณีจัดหาเป็นอุปกรณ์อื่นที่ไม่ใช่ เครื่องวัดไข และ เครื่องวัด O2sat ต้องระบุเหตุผลผลการไม่ได้จัดหาให้

เหตุผลของการปฏิเสธการขอทบทุน



1. แบนหลักฐานถูกต้อง แต่ไม่ครบ ตามจำนวนวันที่ขอเบิก
2. ไม่พบหลักฐานการส่งอาหาร **หรือ** อุปกรณ์ เช่น บันทึกการส่งอุปกรณ์ **หรือ** ภาพการใช้อุปกรณ์ **หรือ** ภาพการรับ / ส่งอาหาร **หรือ** ตารางการส่งอาหาร / อุปกรณ์ ใดๆ อย่างหนึ่ง
3. **แบนเอกสารผิดคน**
4. หลักฐานเอกสารบันทึกการให้บริการ ไม่ได้ระบุชื่อ สกุล หรือ เลขบัตรประชาชน ผู้รับบริการ
5. ให้บริการผิดประเภทกับการขอเบิก เช่น บริการ HI แต่หลักฐานเป็นการให้บริการผู้ป่วยในรพ. และพบบันทึกเป็นการรักษาในแผนก ผป.ใน ของหน่วยบริการ

ผลการตรวจสอบการขอหักทวง



ผลการตรวจสอบ	เหตุผล	จำนวนเงินทบทวน	หมายเหตุ
ไม่ผ่าน	ไม่พบหลักฐานการให้บริการตามรายการที่ขอเบิก	0 บาท	คลิกช่อง ทักท้วง
ผ่าน		เท่ากับจำนวนเงินขอเบิก หรือ ขอหักทวง แต่ไม่เกินเพดานจ่ายแต่ละรายการ	คลิกช่อง ทักท้วง
ผ่านบางส่วน	พบหลักฐานการให้บริการไม่ครบตามจำนวนวันที่ขอเบิก หรือ พบค่าใช้จ่ายตามหลักฐานน้อยกว่าที่ขอเบิก	น้อยกว่า จำนวนเงินขอเบิก หรือ ขอหักทวง	คลิกช่อง ทักท้วง
ไม่ประสงค์ทักท้วง		0 บาท หรือ ตามจำนวนเงินที่ตรวจสอบได้จาก โทรศัพท์ AMED , LINE	ช่อง ทักท้วง ว่าง

ช่องทางการแจ้งผลการตรวจสอบ >> ระบบ e-Claim StatementUC)

คำดูแลการให้บริการผู้ติดเชื้อ

เอกสารหลักฐาน การติดตามประเมินอาการ และการจัดส่งอาหาร

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

หมายเหตุ สามารถใช้บันทึกการให้บริการทั้งในรูปแบบเอกสาร หรือบันทึกใน platform แต่จะต้องสามารถสืบค้นได้ว่าเป็นข้อมูลของผู้ติดเชื้อจริง

รายละเอียดการตรวจพบ :

- ไม่พบบันทึกการติดตามประเมินอาการ หรือประเมินไม่ครบ
- ส่งหลักฐานภาพหน้าจอการสนทนาทางไลน์ ซึ่งไม่มีวันที่ และ ID line ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ติดเชื้อจริง
- ไม่พบหลักฐานการจัดส่งอาหารหรือไม่ได้ รับอาหาร ตามจำนวนวันที่ขอเบิก
- ไม่พบหลักฐานการบริการอาหารรายบุคคล แต่มีหลักฐานการจัดซื้ออาหาร / จัดจ้างการส่งอาหาร /

เอกสารหลักฐาน

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

หมายเหตุ กรณีที่ไม่ได้จัดหาเครื่องวัดไข้ และ เครื่องวัด O2sat แต่จัดหาเป็นอุปกรณ์อื่นแทน ต้องระบุเหตุผลการจัดหาอุปกรณ์ดังกล่าว

รายละเอียดการตรวจพบ :

- ไม่พบการจ่ายอุปกรณ์ที่ใช้ตรวจประเมิน ได้แก่ เครื่องวัดไข้ เครื่องวัด O2sat ให้ผู้ติดเชื้อเป็นรายบุคคล แต่พบการเบิกเป็นรายบุคคล
- พบว่ามีการจ่ายเป็นเงินให้กับผู้ติดเชื้อ

เอกสารหลักฐาน

1. หลักฐานแสดงการจัดส่งยา (ระบุชื่อผู้รับ) หรือ
2. หลักฐานการรับยาของผู้ติดเชื้อ/ ญาติ เช่น กล่องยา หรือรูปถ่ายหน้าซองยาที่ระบุชื่อผู้ป่วย
3. หลักฐานการจัดซื้อยาฟาวิพิลาเวียร์ (กรณีเบิกค่ายาฟาวิพิลาเวียร์)

หมายเหตุ กรณีที่มีการ Stepdown มาจากโรงพยาบาล **ไม่ควรเบิกค่ายาซ้ำซ้อนกับผู้ป่วยใน**

รายละเอียดการตรวจพบ :

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

เอกสารหลักฐาน

- รายงานผลการตรวจ RT PCR ที่ระบุหน่วยบริการส่งตรวจและหน่วยตรวจ (official report)

โดยต้องเป็นการตรวจในช่วงเวลาที่ให้บริการ HI/CI

รายละเอียดการตรวจพบ :

- ไม่พบหลักฐานการให้บริการตรวจคัดกรองโควิด RT-PCR ช้ำ
- พบหลักฐานตรวจ Lab ก่อนวันเข้ารับบริการ HI

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

รายละเอียดการตรวจพบ : ไม่พบการให้บริการออกซิเจน ตามจำนวนวันที่ขอเบิก

การเข้าใช้งาน ระบบ PPFS



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

ยินดีต้อนรับ
หากต้องการเข้าสู่ระบบ

เข้าสู่ระบบ →

ต้องการสมัครเข้าใช้งาน

สมัครเข้าใช้งาน →

ประชาสัมพันธ์

ลำดับ	การทักท้วง	Statement เริ่มต้น	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

ดูสรุปภาพรวมและเอกสารที่นี่ →

คู่มือการใช้งาน เพื่อแก้ไขข้อมูลติด V →

สามารถ download คู่มือการแนบเอกสารผ่านโปรแกรม PPFS ขอให้ศึกษาคู่มือก่อนดำเนินการต่าง ๆ

การเข้าใช้งาน ระบบ PPFS

PPAUDIT

หน้าหลักระบบตรวจสอบเวชระเบียน

การแนบไฟล์ / การทักห้วง บริการดูแลผู้ติดเชื้อโควิดที่บ้าน / การดูแลผู้ติดเชื้อโควิดในระบบชุมชน

เลือกรายการ ->

2

แนบเอกสารเพื่อแก้ไข VA กรณีคัดกรองและตรวจ LAB COVID-19

เลือกรายการ ->

บริการดูแลผู้ติดเชื้อโควิดที่บ้าน/การดูแลผู้ติดเชื้อโควิดในระบบชุมชน

การทักห้วง บริการดูแลผู้ติดเชื้อโควิดที่บ้าน/การดูแลผู้ติดเชื้อโควิดในระบบชุมชน

เลือกรายการ ->

3

การแนบไฟล์ บริการดูแลผู้ติดเชื้อโควิดที่บ้าน/การดูแลผู้ติดเชื้อโควิดในระบบชุมชน

เลือกรายการ ->

การเข้าใช้งาน ระบบ PPFS

การทักห้วง บริการดูแลผู้ติดเชื้อโควิดที่บ้าน/การดูแลผู้ติดเชื้อโควิดในระบบชุมชน

Statement Periods

ลำดับ	Statement Period	จำนวนรายการ	
1	6409_IP_01	245	<input type="button" value="ดูรายการ"/>
2	6409_OP_01	299	<input type="button" value="ดูรายการ"/>

ภาพที่ 1 โปรแกรมจะปรากฏ statement และจำนวนข้อมูลที่ติด V ที่จะต้องดำเนินการแนบไฟล์ เพื่อส่งให้ สปสช. ตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่ายชดเชย ดังภาพ ให้กดเลือก **ดูรายการ**

การทักห้วง บริการดูแลผู้ติดเชื้อโควิดที่บ้าน/การดูแลผู้ติดเชื้อโควิดในระบบชุมชน

ค้นหาตามเงื่อนไข

สถานะข้อมูล: PID: TRAN ID:

ผลการค้นหาข้อมูลจาก:

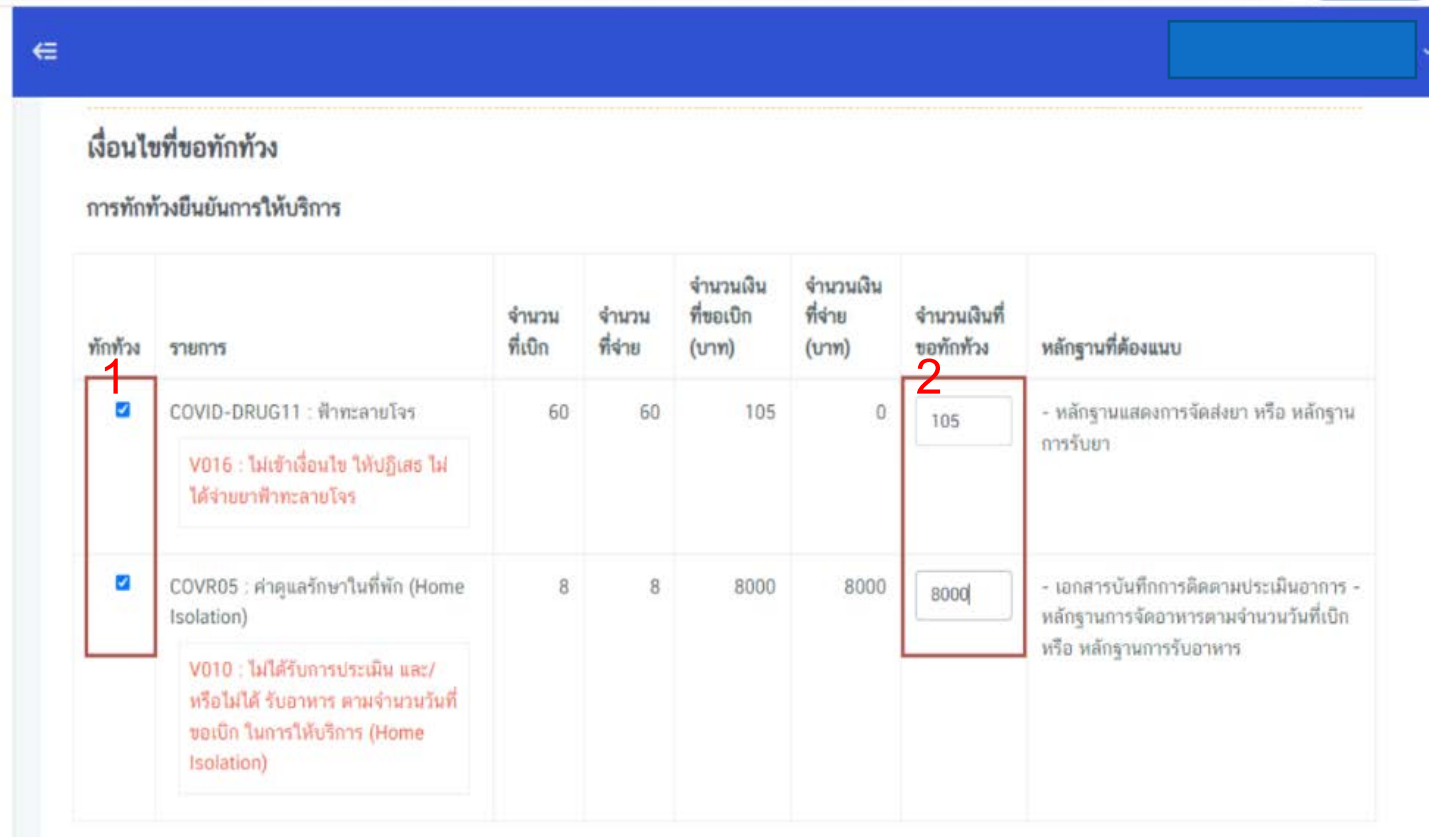
Show 10 entries Search:

ลำดับ	หน่วยบริการ	ชื่อ สกุล ผู้รับบริการ	PID	วันที่รับบริการ	ประเภทบริการ	รหัสรายการของเบิกที่ไม่ผ่านการตรวจสอบก่อนจ่าย	วันที่สิ้นสุดการทักห้วง	การพิจารณาผลการตรวจสอบ	สถานะ		
1			11	315	05/08/2564	บริการ HI	COVR06	30/09/2564	<input type="radio"/> ทักห้วง <input type="radio"/> ไม่ประสงค์ ทักห้วง	<input type="button" value="แนบไฟล์"/>	<input type="button" value="รายละเอียด"/>
2			13	347	06/08/2564	บริการ HI	COVR06	30/09/2564	<input type="radio"/> ทักห้วง <input type="radio"/> ไม่ประสงค์ ทักห้วง	<input type="button" value="แนบไฟล์"/>	<input type="button" value="รายละเอียด"/>
3			11	764	02/08/2564	บริการ HI	COVR06	30/09/2564	<input type="radio"/> ทักห้วง	<input type="button" value="แนบไฟล์"/>	<input type="button" value="รายละเอียด"/>

ภาพที่ 2 จะพบรายการติด V ของแต่ละ visit สามารถดูรายการเบิก และเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง โดยกดปุ่ม **รายละเอียด** เพื่อดูรายละเอียดของแต่ละรายการ ดังภาพ

หมายเหตุ หลังตรวจสอบและดำเนินการแล้ว กรุณาตรวจสอบ การพิจารณาผลการตรวจสอบในรายงานระบบทักห้วง/ไม่ประสงค์ทักห้วง

การเข้าใช้งาน ระบบ PPFS



หักหัก	รายการ	จำนวน ที่เบิก	จำนวน ที่จ่าย	จำนวนเงิน ที่ขอเบิก (บาท)	จำนวนเงิน ที่จ่าย (บาท)	จำนวนเงินที่ ขอหักหัก	หลักฐานที่ต้องแนบ
<input checked="" type="checkbox"/>	COVID-DRUG11 : พิษละลายใจ V016 : ไม่เข้าเงื่อนไข ให้ปฏิเสธ ไม่ ได้จ่ายยาพิษละลายใจ	60	60	105	0	105	- หลักฐานแสดงการจัดส่งยา หรือ หลักฐาน การรับยา
<input checked="" type="checkbox"/>	COVR05 : ค่าดูแลรักษาในที่พัก (Home Isolation) V010 : ไม่ได้รับการประเมิน และ/ หรือไม่ได้ รับอาหาร ตามจำนวนวันที่ ขอเบิก ในการให้บริการ (Home Isolation)	8	8	8000	8000	8000	- เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ - หลักฐานการจัดอาหารตามจำนวนวันที่เบิก หรือ หลักฐานการรับอาหาร

กรุณา ตรวจสอบการขอหักหัก

1 ช่องหักหัก

- ต้องการหักหัก ให้คลิกในช่อง
- ไม่ประสงค์หักหักในรายการนั้น
ไม่ต้องคลิก

2 การระบุจำนวนเงินที่ขอหักหัก

ควรระบุเป็นจำนวนเงินที่ให้บริการใน
รายการนั้น สามารถระบุจำนวนเงิน
มากกว่าที่เบิกได้ แต่ไม่ควรเกิน
เพดานจ่ายแต่ละรายการ

การเข้าใช้งาน ระบบ PPFS

อัปโหลดเอกสาร

อัปโหลดไฟล์ ประเภท PDF ไม่เกิน 5 ไฟล์ แต่ละไฟล์ไม่เกิน 10MB **

เลือกไฟล์... Browse อัปโหลด

ลำดับ	ชื่อไฟล์	ขนาด	คำสั่ง
1	F_หนังสือเชิญประชุม_กำหนดการ_300864.pdf	140KB	ลบ

ระบุเหตุผลการขอหักหัวง

บันทึกข้อมูล ย้อนกลับ

1. แนบเป็น PDF เท่านั้น และขนาดของไฟล์ไม่เกิน ไฟล์ละ 5MB แนบได้ทั้งสิ้น 5 ไฟล์ โดยแม้จะมี รายการเบิกหลายตัวแต่สามารถแนบเอกสารเป็น ชุดเดียวกันได้
2. สามารถดูเอกสารที่ upload ได้ โดยคลิกชื่อไฟล์
3. เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว กรุณากดบันทึกข้อมูล เพื่อยืนยันการขอหักหัวง

ขอบคุณสำหรับความร่วมมือที่ดีเสมอมาค่ะ



พบปัญหาการใช้งาน
ประสาน สปสช.เขต / provider centerหมายเลข 02-554-0505/line open chat
(กรณีเข้าไลน์ขอให้ใส่อีเมลเป็นชื่อหน่วยบริการเท่านั้น)

