



**แนวทางดำเนินการ กรณีข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบ  
สำหรับการให้บริการ Home isolation / Community isolation  
ซึ่งจะจ่ายจาก พระราชกำหนดกู้เงินฯ**

**ประชุมชี้แจงการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยโรคโควิด 19  
เพื่อรองรับการเป็นโรคประจำถิ่น สำหรับผู้มีสิทธิ UC ปีงบประมาณ 2565**



**วันที่ 25 กรกฎาคม 2565**

**ฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ  
สายงานบริหารกองทุน  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

# ประเด็นนำเสนอ



การดำเนินงาน**การทบทวน** การตรวจสอบก่อนจ่ายชุดเซบบริการ HI/CI



กรอบระยะเวลาในการดำเนินการ ซึ่งจะจ่ายจาก พรก.กู้เงินฯ



แนวทางการขอทบทวน และเอกสารอ้างอิง



## ภาพรวมการดำเนินงานการทบทวนผล การตรวจสอบก่อนจ่ายชดเชยบริการ HI/CI (ณ 17 ก.ค.65)

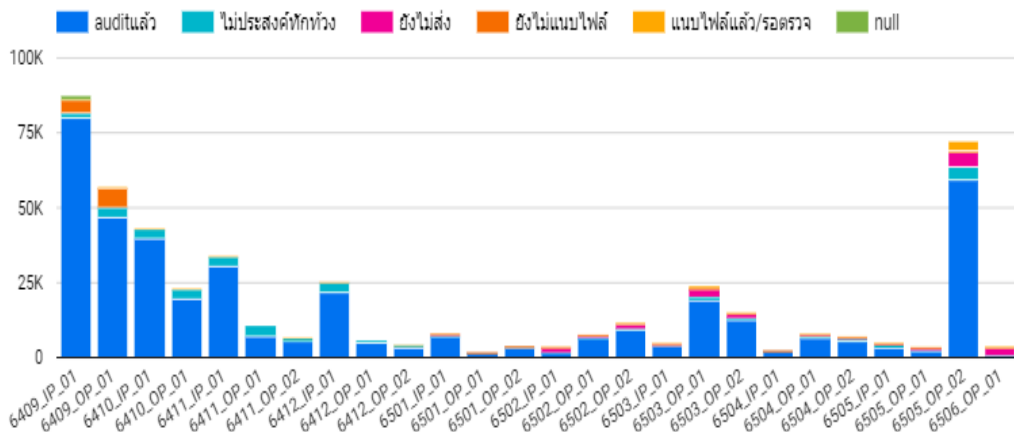
เริ่มดำเนินการตรวจสอบ โดยชี้แจงแนวทางการขอทบทวนผลการตรวจสอบPreaudit ดิดV000-022 วันที่ 9 ตุลาคม 2564 และเริ่มเปิดระบบทักท้วง (preaudit PPFS) 10 ตุลาคม 2564 ใน statement UC 6409\_OP\_IP และดำเนินการตามแนวทางต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

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

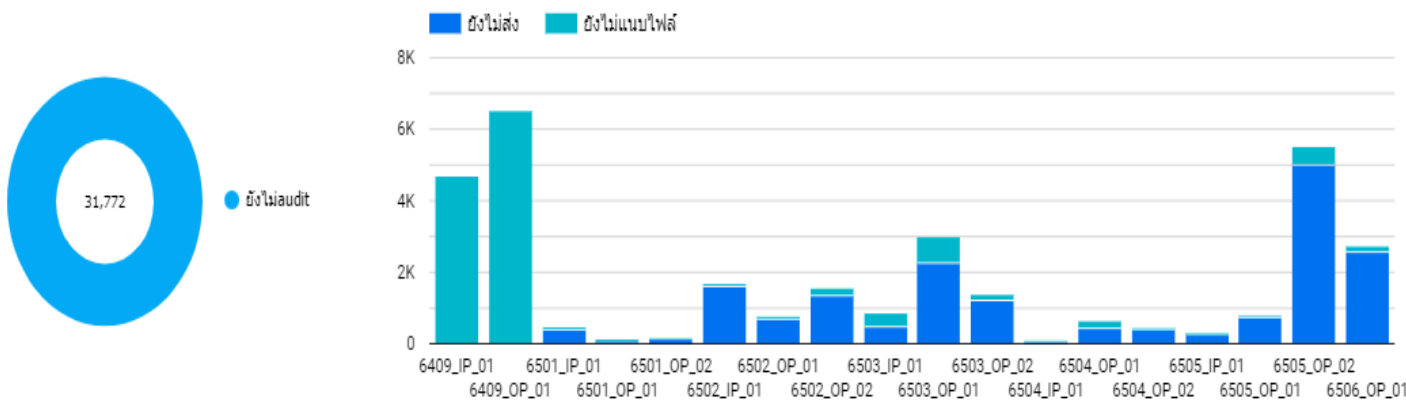
**Statement 6501-6502** สิ้นสุดการขอทบทวนผล **31 พฤษภาคม 2565** รายการที่ยังไม่แนบไฟล์ และยังไม่ส่ง จะถือว่าไม่ประสงค์ทักท้วง จะส่งคืน e-claim ตามผล preaudit

**Statement 6503-6505** สิ้นสุดการขอทบทวนผล **20 กรกฎาคม 2565** รายการที่ยังไม่แนบไฟล์ และยังไม่ส่ง จะถือว่าไม่ประสงค์ทักท้วง จะส่งคืน e-claim ตามผล preaudit

**Statement 6506\_OP\_01** สิ้นสุดการขอทบทวนผล **22 กรกฎาคม 2565** รายการที่ยังไม่แนบไฟล์ และยังไม่ส่ง จะถือว่าไม่ประสงค์ทักท้วง จะส่งคืน e-claim ตามผล preaudit



จำนวนหน่วย	รายการ	เงินขอเบิก	เงินpreaudit	เงินหลังทบทวน	บริการเข้าซ้อน
2,234	479,070	3,513,810,626.78	785,320,200	1,629,218,669.91	52,399



จำนวนหน่วย	รายการ	เงินขอเบิก	เงินpreaudit	เงินหลังทบทวน	บริการเข้าซ้อน
1,047	31,772	247,652,363.82	118,789,900	0	5,267

## ระยะเวลาสิ้นสุดการขอทบทวน ใน Statement ซึ่งจะจ่ายจาก พรก.กู้เงินฯ

Statement UC	e-claim แจ้ง STM	นำขึ้น PPFS (1 วัน)	สิ้นสุดการขอทบทวน (15 วัน)
6506_OP_02	4 ก.ค.65	25 ก.ค.65	8 ส.ค.65
6506_IP_01	6 ก.ค.65	25 ก.ค.65	8 ส.ค.65
6507_OP_01	21 ก.ค. 65	25 ก.ค.65	8 ส.ค.65
6507_OP_02	4 ส.ค.65	5 ส.ค.65	19 ส.ค.65
6507_IP_01	7 ส.ค.65	8 ส.ค.65	22 ส.ค.65

หมายเหตุ สิ้นสุดการขอทบทวน 15 วัน หลังแจ้งใน e-Claim เมื่อถึงกำหนดวันที่สิ้นสุด รายการที่ยังไม่แนบไฟล์ และยังไม่ส่ง จะถือว่าไม่ประสงค์ทักท้วง จะส่งคืน e-Claimตามผล preaudit

**\*\* ทั้งนี้ขอให้ส่งข้อมูลทักท้วง ไม่เกินวันที่ 22 ส.ค.65 \*\***

# 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
V002	มีเบอร์โทรแต่ไม่สามารถติดต่อผู้ติดเชื้อได้	3. หลักฐานการจัดอาหารตามจำนวนวันที่เบิก หรือ หลักฐานการรับอาหาร
V003	เลขบัตรประชาชนไม่ตรงกับข้อมูลที่ Authen	4. หลักฐานแสดงการจัดส่งยา หรือ หลักฐานการรับยาฟ้าทะลายโจร
V004	ผู้รับบริการตามรายชื่อ/เลขที่บัตรประชาชนตามที่ Authen แจ้งว่าไม่เป็นผู้ติดเชื้อโรค Covid 19	5. หลักฐานแสดงการจัดส่งยา หรือ หลักฐานการรับยา Favipiravir
V006	ผู้ติดเชื้อแจ้งว่าได้รับบริการดูแลจากหน่วยบริการอื่นไม่ตรงหน่วยบริการที่ Authen	6. หลักฐานการสั่งซื้อที่ระบุราคาอุปกรณ์ 7. หลักฐานการบันทึก การดูแลด้วยการให้ออกซิเจน รวมทั้งวันเริ่มต้นและวันสิ้นสุดการให้ออกซิเจน
		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 (ค่าติดตามประเมิน อาการ และให้คำปรึกษา)	COVR05 (HI) COVR06 (CI)  COVR11(HI) COVR12(CI)	1. เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ เวชระเบียน Nurse note /หลักฐานที่สื่อสาร กับผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก 2. หลักฐานการจัดอาหารจากหน่วยผลิต อาหารจัดส่งให้ผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก <b>หรือ</b> 3. หลักฐานการรับอาหารของผู้ติดเชื้อ/ญาติ <b>ทั้งนี้หลักฐานในการจ่ายอาหาร ไม่สามารถ จ่ายเป็นเงินสดให้กับผู้ติดเชื้อได้ นับตั้งแต่ บัดนี้เป็นต้นไป</b>
V013 V014 V015 V020	ไม่ได้รับ พรอท และหรือ อุปกรณ์ O2 sat	2. ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับ ผู้ป่วยประกอบด้วย พรอทวัดไข้ดิจิตอล เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด และอุปกรณ์อื่นๆที่ จำเป็น	14509	1. หลักฐานแสดงการจัดส่งเวชภัณฑ์ ตาม รายการที่ให้แก่ผู้ติดเชื้อระบุชื่อผู้รับ และ ราคาจัดหา <b>หรือ</b> 2. หลักฐานการรับเวชภัณฑ์ของผู้ติดเชื้อ/ ญาติตามรายการที่ให้แก่ผู้ติดเชื้อ ระบุชื่อ ผู้รับ และราคาจัดหา <b>หมายเหตุ</b> กรณีจัดหาเป็นอุปกรณ์อื่นที่ ไม่ใช่ เครื่องวัดไข้ และ เครื่องวัด O2sat ต้องระบุเหตุผลผลการไม่ได้จัดหาให้

# 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 <b>หรือ</b> 2. หลักฐานการรับยาของผู้ติดเชื้อ/ญาติ 3. หลักฐานการจัดซื้อยาฟาวิพิราเวียร์
V016	ไม่ได้รับยาฟ้าทะลายโจร	3.2 ยาฟ้าทะลายโจร	DRUG11	1. หลักฐานแสดงการจัดส่งยาระบุชื่อผู้รับ <b>หรือ</b> 2. หลักฐานการรับยาของผู้ติดเชื้อ/ญาติ
V017	ไม่ได้ทำ Chest X-ray	4.ค่าบริการ Chest X-ray	08001	รายงานผลการตรวจ Chest 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 <b>หรือ</b> หลักฐานการรับอุปกรณ์oxygen ให้แก่ผู้ติดเชื้อระบุชื่อผู้รับ (กรณี HI) <b>หรือ</b> 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 <b>ทั้งนี้หลักฐานในการจ่ายอาหาร ไม่สามารถจ่ายเป็นเงินสดให้กับผู้ติดเชื้อได้ นับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป</b>
V015	ผู้ติดเชื้อไม่ได้รับอุปกรณ์ เครื่องวัด O2 sat	1. หลักฐานแสดงการจัดส่งเวชภัณฑ์ ตามรายการที่ให้แก่ผู้ติดเชื้อระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา <b>หรือ</b> 2. หลักฐานการรับเวชภัณฑ์ของผู้ติดเชื้อ/ญาติตามรายการที่ให้แก่ผู้ติดเชื้อ ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา หมายเหตุ กรณีจัดหาเป็นอุปกรณ์อื่นที่ไม่ใช่ เครื่องวัดไข และ เครื่องวัด O2sat ต้องระบุเหตุผลการไม่ได้จัดหาให้



# เหตุผลของการปฏิเสธการขอทบทุน

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

# แนวทางการขอทบทวน และเอกสารอ้างอิง


ลำดับ	เลขหนังสือ	ลงวันที่	เรื่อง
1	ที่ สปสช.6.70 / ว36	28 เม.ย.65	ซักซ้อมความเข้าใจแนวทางการตรวจสอบก่อนจ่ายชดเชย กรณีการให้บริการ Home isolation หรือ Community isolation หรือ OP Self isolation ของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2	ที่ สปสช.6.70 / ว3777	1 ก.ค.65	การส่งเอกสารเพื่อทบทวนผลการตรวจสอบการให้บริการ HI/CI สำหรับผู้ติดเชื้อโควิด19

คู่มือการแนบไฟล์สำหรับ Pre-audit และขอทบทวน HI/CI ที่ >> <https://ppfs.nhso.go.th/ppaudit/>

# การเข้าใช้งาน ระบบ PPFS



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



ระบบการตรวจสอบกรณีจ่ายชดเชยและคุณภาพ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจ่ายตามรายการบริการ  
ฝ่ายตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**ยินดีต้อนรับ**  
หากต้องการเข้าสู่ระบบ

**1**

[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

หน้าหลักระบบตรวจสอบระยะเวลา

การนับไฟล์ / การรื้อทวง บริการดูแลผู้ติดเชื้อโควิดที่บ้าน / การดูแลผู้ติดเชื้อโควิดในระบบชุมชน


[เลือกบริการ ->](#) **เมนู 1** 

**เมนู 2**  
ติด V024-V034 

แบบเอกสารเพื่อแก้ไข VA กรณีคัดกรองและตรวจ LAB COVID-19


[เลือกบริการ ->](#)


แบบเอกสารเพื่อแก้ไข VA กรณีการรักษา COVID-19 สำหรับผู้ป่วยใน

[เลือกบริการ ->](#) **เมนู 3**  
ติด V035-V041 

บริการดูแลผู้ติดเชื้อโควิดที่บ้าน/การดูแลผู้ติดเชื้อโควิดในระบบชุมชน




การรื้อทวง บริการดูแลผู้ติดเชื้อโควิดที่บ้าน/การดูแลผู้ติดเชื้อโควิดในระบบชุมชน

[เลือกบริการ ->](#) **เมนู 1** 

**เมนู 2**  
ติด V999 

การนับไฟล์ บริการดูแลผู้ติดเชื้อโควิดที่บ้าน/การดูแลผู้ติดเชื้อโควิดในระบบชุมชน

[เลือกบริการ ->](#)



# ขอบคุณสำหรับความร่วมมือที่ดีเสมอมาค่ะ



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

