



วาระการประชุม กลุ่มงานประกันสุขภาพ

1

- การจ่ายชดเชย
- Antigen Test Kit (ATK)
- Home Isolation(HI) & Community Isolation(CI)

2

- การพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันเข้ารับบริการ(Authentication Code)

3

- การปรับราคาจ่ายชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

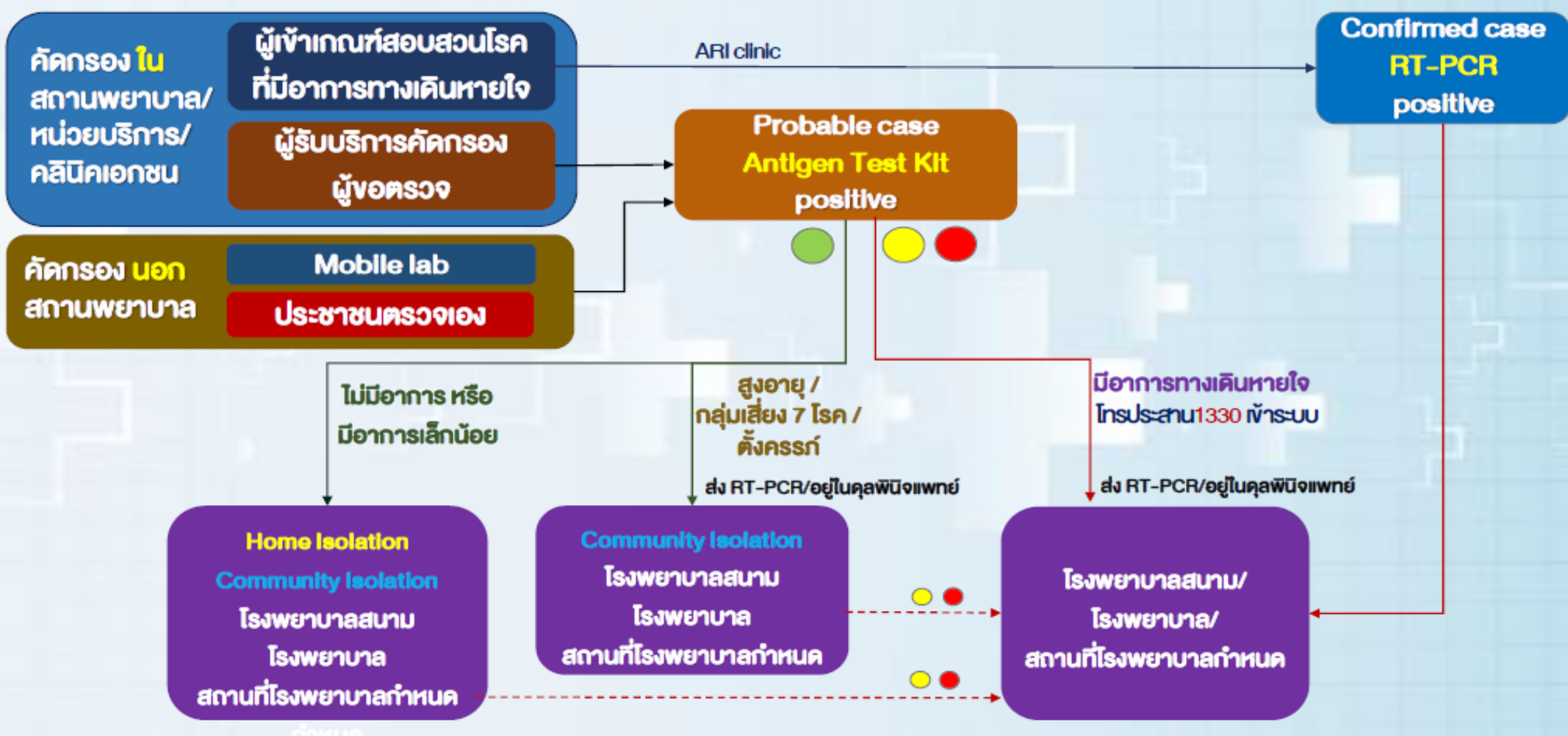


1

ระบบการจ่ายชุดเซยบริการ
การจ่ายชุดเซย Antigen Test Kit
Home Isolation & Community Isolation
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สายงานบริหารกองทุน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
21 กรกฎาคม 2564

แนวปฏิบัติการคัดกรองด้วย Antigen test kit และการตรวจหาเชื้อ Covid-19



อ้างอิง : จากที่ประชุม EOC กสร. เมื่อ 15 ก.ค.64 และบอร์ด สปสช เมื่อ 19 กค. 64



ภาพรวมการจ่ายชุดเชย Antigen Test Kit

กรณีคัดกรองสำหรับคนไทยทุกสิทธิ



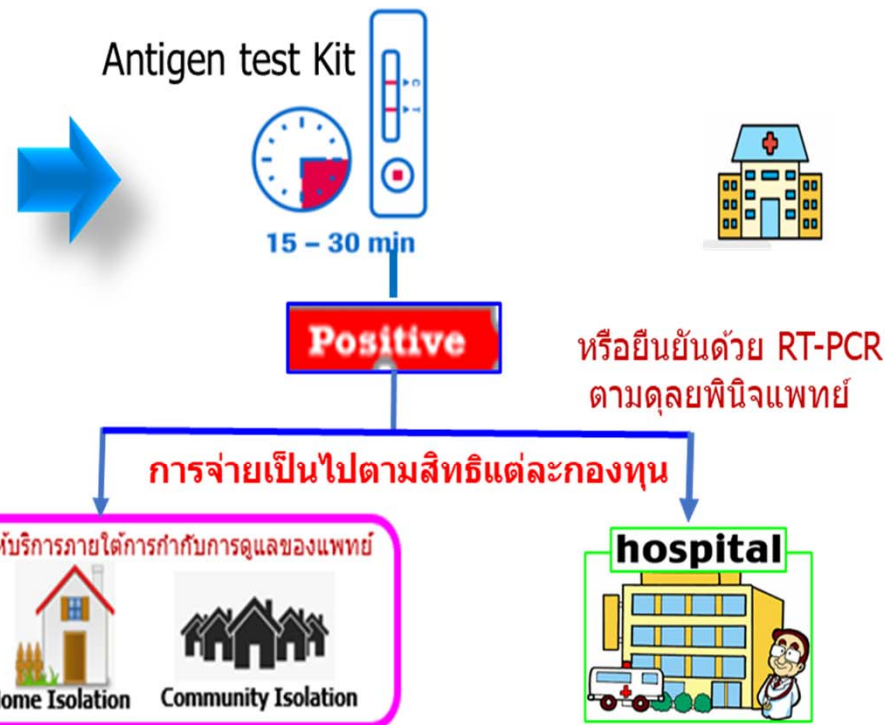
1. เกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
2. การตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
3. แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นตามดุลยพินิจของแพทย์

การเบิกจ่าย

ต้องขอ AUTHEN CODE ทุกครั้งที่ให้บริการ

ชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ต้องผ่าน อย.
หน่วยบริการที่ตรวจไม่ต้องขึ้นทะเบียนแลบของกรมวิทย์

- Chromatography จ่ายตามจริงไม่เกิน 450 บาท/ครั้ง
- (FIA) จ่ายตามจริงไม่เกิน 550 บาท/ครั้ง



1.การจ่ายชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK)

- 1) เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยบริการ สถานบริการอื่น ที่ให้บริการประชาชนไทยทุกคน
- 2) เกณฑ์การตรวจคัดกรอง ได้แก่ เกณฑ์กลุ่มเสี่ยง คัดกรองก่อนทำหัตถการ แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นตามดุลยพินิจของแพทย์
- 3) การใช้ชุดตรวจ ATK ต้องผ่านการประเมินและขึ้นทะเบียนจาก อย.
- 4) หน่วยบริการให้ประชาชน ณ จุดรับบริการ โดยขอ Authentication Code ด้วยบัตร Smart card หรือ ตามแนวทางดำเนินการที่ สปสช.กำหนด โดยไม่ต้องผ่านการรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- 5) การรายงานผลการตรวจ ให้ สปสช.ทราบทุกราย เพื่อเป็นการติดตามประเมินว่ามีการให้บริการกับประชาชน
- 6) กรณีผลการตรวจ ATK เป็นผลบวก ภายใต้การกำกับการดูแลของแพทย์ โดยพิจารณา ดังนี้
 - 6.1) ให้การดูแลการรักษาแบบ Home Isolation
 - 6.2) กรณีมีความจำเป็นต้องรักษาแบบผู้ป่วยใน หน่วยบริการสามารถรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน หรือกรณีไม่มีศักยภาพให้ส่งต่อไปรักษาในเครือข่ายของหน่วยบริการ หรือสถานบริการที่มีศักยภาพ
- 7) อัตราจ่ายค่าใช้จ่ายค่าตรวจ Antigen Test Kit (ATK)
 - 7.1) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography จ่ายตามจริงไม่เกิน 450 บาทต่อครั้งบริการ
 - 7.2) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) จ่ายตามจริงไม่เกิน 550 บาทต่อครั้งบริการ

โดยมีผลการเข้ารับบริการตั้งแต่วันที่ 12 กรกฎาคม 2564 เป็นต้นไป

ภาพรวมการจ่ายชดเชย บริการแบบ Home /Community -Isolation

Home Isolation



หน่วยบริการสามารถ
ดำเนินการได้เลย

Community Isolation



ผ่านความเห็นชอบให้ดำเนินการ
จาก คคก.โรคติดต่อจังหวัด

อัตราจ่าย HI/CI (OP) สิทธิ UC

หน่วยบริการในระบบ UC



กรณีให้บริการเป็นประเภท IP
หน่วยบริการจ่ายตาม DRGs
และจ่ายเพิ่มเติมตามรายการที่กำหนด

1.RT-PCR

- ตรวจLab 1,600 บาท/ครั้ง
- ค่าอื่นๆในห้อง Lab 600 บาท/ครั้ง
- ค่าเก็บSwab 100 บาท /ครั้ง

2.ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย

จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 1,000
บาทต่อวัน (ค่าอาหาร 3 มื้อ
ติดตามประเมินอาการ ให้ค่าปรึกษา)

3.ค่าอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย

ปรอทวัดไข้แบบดิจิตอล เครื่องวัด
Oxygen Sat ตามรายการที่ใช้จริง
ไม่เกินจำนวน 1,100 บาทต่อราย

4.ค่ายา

ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะ covid 19
จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย

5.ค่ารถส่งต่อ

จ่ายตามจริงตามระยะทาง+ค่าทำ
ความสะอาด 3,700บาท

6. ค่า chest X-ray

จ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง
จ่ายเฉพาะ OP

**** กรณีCI 7.ค่าชุดPPE หรือค่าอื่นๆเพื่อป้องกันการติดเชื้อจ่ายตามจริงไม่เกิน740 บาทต่อวัน**

2.การจ่าย Home Isolation & Community Isolation

นิยาม

การดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) หมายถึง การให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโควิด 19 และแพทย์ผู้ดูแลรักษาของหน่วยบริการพิจารณาแล้ว เห็นสมควรให้ผู้ป่วยรายนั้นสามารถแยกกักตัวในที่พักได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย โดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและเจ้าของสถานที่ และรวมถึงกรณีที่ผู้ป่วยรักษาในหน่วยบริการและกลับมาแยกกักตัวในที่พักต่อจนครบกำหนด ทั้งนี้ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ แนวทาง ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

การดูแลรักษาการแยกกักในชุมชน (Community Isolation) หมายถึง การให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโควิด 19 และแพทย์ผู้ดูแลรักษาของหน่วยบริการพิจารณาแล้ว เห็นสมควรให้ผู้ป่วยรายนั้นสามารถแยกกักตัวในชุมชนได้ ทั้งผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล หรือกลับมาดูแลรักษาต่อจากโรงพยาบาลจนครบกำหนด โดยการจัดให้มีพื้นที่เอกเทศในชุมชนสำหรับแยกกักผู้ติดเชื้อ โดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและเจ้าของสถานที่ ในการจัดเตรียมสถานที่เพื่อได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ แนวทาง ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ขอบเขตบริการและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโควิด 19 และแพทย์ผู้ดูแลรักษาพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Home Isolation) หรือสามารถดูแลรักษาแยกกักตัวในชุมชนได้ (Community Isolation)
2. เป็นการจ่ายให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
3. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ใน Home Isolation และ Community Isolation ต้องใช้ระบบพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการเข้ารับบริการ โดยขอ Authentication Code ด้วยบัตร Smart card ตามแนวทางดำเนินการที่ สปสช.กำหนด

ขอบเขตบริการและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย

4. สปสช.จะสนับสนุนและประสานติดตามอาการผู้ป่วยโควิด 19 ที่เข้าเกณฑ์ให้บริการดูแลรักษาใน Home Isolation และ Community Isolation (โดยการสนับสนุนอุปกรณ์ และบริการโทรติดตามอาการจากCall center 1330)
5. สถานที่แยกกักตัวในชุมชน (Community Isolation) ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด และผ่านความเห็นชอบให้ดำเนินการจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร
6. สำหรับการเข้ารับบริการตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน 2564 เป็นต้นไป
7. กรณีที่หน่วยบริการได้รับการจ่ายหรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายรายการใดรายการหนึ่งจากงบประมาณของรัฐ หรือจากหน่วยงานภาครัฐอื่นแล้ว ต้องไม่นำข้อมูลมาเบิกซ้ำซ้อนกับ สปสช.อีก

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

- 1) การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับ Home Isolation และ Community Isolation
 - 1.1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ
 - 1.2) ค่าดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Home Isolation) หรือ ค่าดูแลรักษาแยกกักตัวในชุมชน (Community Isolation)
 - 1.3) ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล สำหรับการติดตามอาการและเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
 - 1.4) ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคโควิด 19
 - 1.5) ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย
- 2) ค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray)

1.การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับ Home Isolation และ Community Isolation

1.1) การตรวจทางห้องปฏิบัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำ 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

1.2) ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วยโควิด 19 โดยเป็นค่าดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) หรือค่าดูแลรักษาแยกกักตัวในชุมชน (Community Isolation) โดยเป็นค่าใช้จ่ายรวมค่าอาหาร 3 มื้อ และ ติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 1,000 บาทต่อวัน ไม่เกินจำนวน 14 วัน

1.การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับ Home Isolation และ Community Isolation

1.3) ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล สำหรับการติดตามอาการและเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

1) สำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย ปรอทวัดไข้แบบดิจิตอล เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด และอุปกรณ์อื่นๆ ที่จำเป็น โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามรายการอุปกรณ์ที่ใช้จริง ไม่เกินจำนวน 1,100 บาทต่อราย หรือจ่ายเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านระบบ Vendor Managed Inventory : VMI ขององค์การเภสัชกรรม เมื่อสามารถจัดหาได้

2) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ที่ให้การดูแลรักษา การแยกกักตัวในชุมชน (Community Isolation) โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) หรือ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยเลือกเบิกกรณีใดกรณีหนึ่ง จ่ายตามจริงไม่เกินวันละ 740 บาทต่อราย โดยในการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายดังกล่าว ให้คิดจำนวนเบิกจ่ายตามจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงต่อวัน

1.การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับ Home Isolation และ Community Isolation

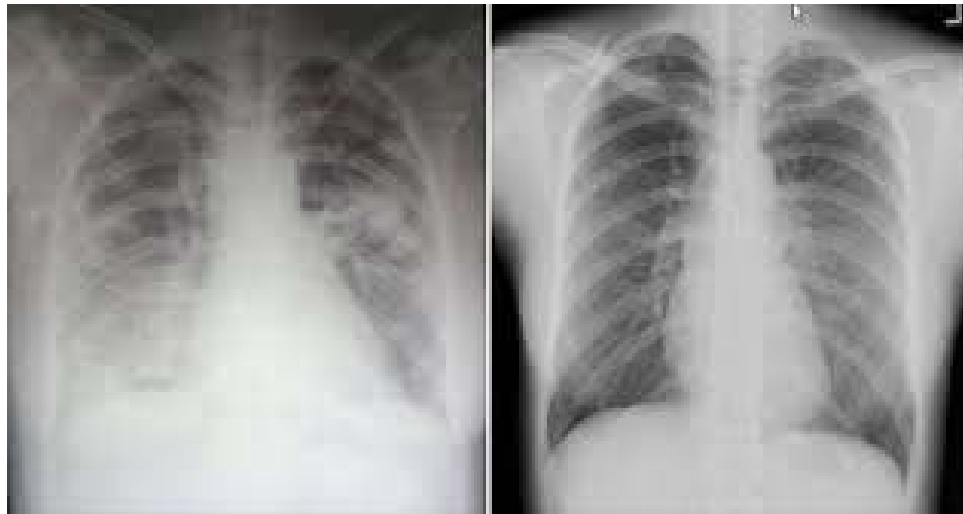
1.4) ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 **จ่ายตามจริง ไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย** หรือจ่ายชดเชยเป็นยา ทั้งนี้ กรณียาที่หน่วยบริการ ได้รับจ่ายชดเชยเป็นยา หรือ หน่วยบริการได้รับยาตามระบบการจัดส่งยาขององค์การเภสัชกรรม (Vender Managed Inventory : VMI) จะไม่ได้รับการชดเชยเป็นเงินอีก ขณะนี้รายการยาเพิ่มยาฟ้าทะลายโจร เหม่าจ่าย 300 บาทต่อครั้ง

1.5) ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างที่พัก สถานที่แยกกักในชุมชน และหน่วยบริการ โดย สปสช.จะจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการ ที่จัดให้มีพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย และมีระบบการขจัดเชื้อเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งการส่งต่อภายในจังหวัดและข้ามจังหวัด

- 1) ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย อัตราจ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงาน
- 2) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 3,700 บาทต่อครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วย

2.ค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray)

สปสช.จ่ายชดเชยเพิ่มเติม**สำหรับกรณีผู้ป่วยนอก** เพื่อการคัดแยกระดับความรุนแรงของโรค และภาวะปอดอักเสบของผู้ป่วยโควิด-19 ก่อนเข้ารับไว้รักษาใน Home Isolation หรือ Community Isolation **ในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง**





กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

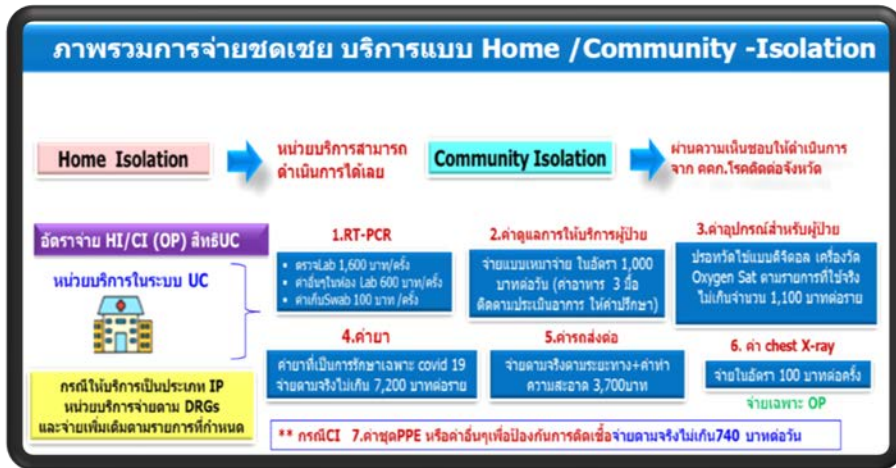
แบบบันทึกการดูแลรักษาผู้ป่วย Covid-19 กรณี Home isolation หรือ Community isolation

ชื่อหน่วยบริการ..... รหัสหน่วยบริการ..... วันที่รับบริการ..... วันที่จำหน่าย.....
 ชื่อ-นามสกุล.....PID..... เพศ.....อายุ.....ปี สิทธิการรักษา UC ประกันสังคม กรมบัญชีกลาง อื่น ๆระบุ.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน..... เบอร์โทร..... ID Line (ถ้ามี).....
 อาการสำคัญ..... ผู้บันทึกข้อมูล (พยาบาล/แพทย์)..... เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

การชกประวัติเพื่ออาการแรกพบ	ตรวจร่างกายแรกพบ	คำสั่งการรักษา
อาการสำคัญที่บ่งว่าจะเกิดอาการรุนแรง	น้ำหนัก.....Kg. ส่วนสูง.....cm BT..... ^o C PR...../min RR...../min BP.....mmHg ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LPM).....	<input type="checkbox"/> Level 1 (green)
<input type="checkbox"/> ไอเยาะ (Severe cough) <input type="checkbox"/> แน่นหน้าอก (chest tightness) <input type="checkbox"/> ทานอาหารไม่ได้ (poor appetite) <input type="checkbox"/> อ่อนเพลียมาก (fatigue) <input type="checkbox"/> ไข้ตลอดทุกวันในช่วงที่มีอาการ	Test Exercise Induce Hypoxia test O2 sat.....% (ก่อน) O2 sat.....% (หลัง) Test ไข้ผลบวก(spO2 drop ≥3) <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ฟ้าทะลายโจร แคปซูล 9 tabs po tid ac # 135 tabs <input type="checkbox"/> Paracetamol (500) 1 tab po prn q 6 hrs for fever # 20 tabs <input type="checkbox"/> Dextromethorphan 1 tab po tid pc # 20 tabs <input type="checkbox"/> CPM 1 tab po tid pc # 10 tabs <input type="checkbox"/> Lorazepam (0.5) 1 tab po prn/hs for insomnia # 10 tabs <input type="checkbox"/> ยาคอนไซท์ที่จำเป็นต้องสั่งเพิ่ม
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง	ผล Lab Chest X-ray <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ถ้ามีผล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ.....	<input type="checkbox"/> Level 2 (yellow)
<input type="checkbox"/> อายุ > 60 ปี <input type="checkbox"/> COPD, include chronic lung disease <input type="checkbox"/> CKD (โรคไตวายเรื้อรัง) <input type="checkbox"/> Chronic Heart disease <input type="checkbox"/> CVA (โรคหลอดเลือดสมอง) <input type="checkbox"/> T2DM <input type="checkbox"/> BMI > 30 or BW > 90 kg <input type="checkbox"/> Cirrhosis (โรคตับแข็ง) <input type="checkbox"/> Immunocompromise (ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ) <input type="checkbox"/> Absolute lymphocyte < 1000 cell/mm3	ผลตรวจคัดกรอง <input type="checkbox"/> Rapid antigen test วันที่ตรวจ..... หน่วยที่คัดกรอง..... <input type="checkbox"/> RTPCR ผล..... วันที่ตรวจ..... หน่วยที่คัดกรอง.....	<input type="checkbox"/> Favipiravia (200 mg/tab) 9 tab po bid pc day1, then 4 tabs po bid pc x 4 days If BW > 90 kgs, <input type="checkbox"/> Day 1 : 12 tabs po bid pc <input type="checkbox"/> Day....., 5 tabs po bid pc
การประเมินสภาพจิตใจและภาวะซึมเศร้า	การเตรียมอุปกรณ์และยา <input type="checkbox"/> พรอทวีตไซ <input type="checkbox"/> เครื่องพ่นยา <input type="checkbox"/> เครื่องวัด O2 ปลายนิ้ว <input type="checkbox"/> ยา <input type="checkbox"/> เครื่องผลิตออกซิเจน <input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย <input type="checkbox"/> ถุงแดง	<input type="checkbox"/> Level 3 (Red)
<input type="checkbox"/> สภาพจิตใจ feeling <input type="checkbox"/> ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อชีวิตประจำวัน..... - ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมนวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ - ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมนวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำ อะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		<input type="checkbox"/> Refer รพ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		แบบยินยอมเข้ารับการรักษา
		ข้าพเจ้ายินยอมรับการรักษา โดยวิธีดูแลตัวเองที่บ้าน (Home isolation / community isolation) ลงชื่อผู้ป่วย/ญาติ..... ลงชื่อพยาน..... วันที่.....



สปสช. จ่ายชดเชยงวดแรก เหม่าจ่าย 3,000 บาท



- แกร็บ ทำการพิสูจน์การเข้ารับบริการ(Authentication Code)
- ❑ โอนเงินทุกสัปดาห์
- ❑ สิ้นสุดการรักษา จ่ายเพิ่มเติมตามหลักเกณฑ์



การพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันเข้ารับบริการ (Authentication Code) กรณี COVID - 19

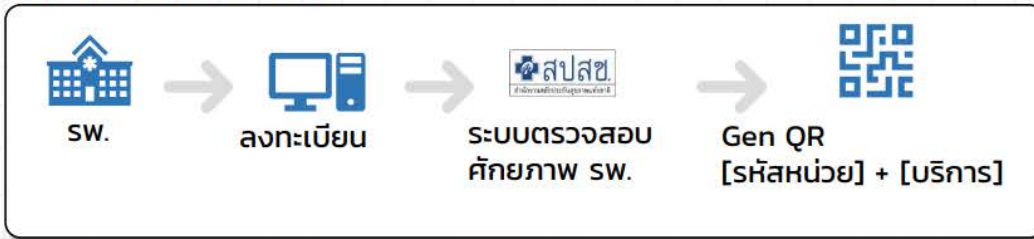
- | | |
|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> ตรวจ Antigen Test Kit | คนไทย / ทุกสิทธิ / ทุกрай |
| <input type="checkbox"/> บริการ HI & CI | |
| <input type="checkbox"/> คัดกรอง RT - PCR | คนไทย / ทุกสิทธิ / ทุกрай |
| <input type="checkbox"/> รักษา OP/IP | สิทธิ UC ทุกрай |



Authen Code ภายในวันที่ให้บริการ

การพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันเข้ารับบริการ (Authentication Code)

sw. เตรียมการแค่ครั้งแรก



การพิสูจน์ตัวตน

กรณีใช้ระบบของ สปสช

สุขภาพ

ระบบสารสนเทศ

Coming SOON!

Option 3
App. สปสช



คนใช้



ลงทะเบียน App. สปสช.

scan



กดยอมรับบริการ



กดยืนยันการรับบริการ

Option 2
Line สปสช

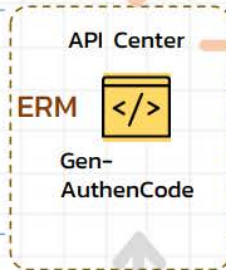


คนใช้



เพิ่มเพื่อน Line สปสช.

scan



แสดงข้อความ

ชื่อ-สกุล
มารับบริการ
วันที่
เวลา
สถานที่

Option 1
Smartcard



คนใช้



บัตร Smartcard



จน.sw.



การพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันเข้ารับบริการ (Authentication Code)

กรณี ผู้ป่วย COVID 19

Authen โดย เจ้าหน้าที่ของ รพ.



ถ่ายรูปผู้ป่วย & บัตรประชาชน



เก็บในเวชระเบียน



การเปลี่ยนแปลงเมนู การพิสูจน์ตัวตน(Authentication Code)

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล/เจ้าหน้าที่ :

* ความสัมพันธ์ : ----- กรุณาเลือกความสัมพันธ์ -----

* เหตุผลการไม่พิสูจน์ตัวตนผ่านบัตรประจำตัวประชาชน : ----- กรุณาเลือกเหตุผล -----

* ประเภทการเข้ารับบริการ : บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP)และบริการอื่น

คลิกปุ่ม “ประเภทเข้ารับบริการ”

1. รับการรักษาทั่วไป(OPD/IPD)
2. บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

* บริการ :	บริการหลัก	กรุณาเลือก	บริการรอง	หมายเหตุ
	การตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อ COVID-19	<input type="radio"/>	ตรวจคัดกรองเพื่อยืนยันติดเชื้อ COVID-19	
	การดูแลรักษาใน รพ.สนามในชุมชน (Community Isolation)	<input type="radio"/>	การดูแลรักษาใน รพ.สนามในชุมชน (Community Isolation)	
	PP Fee Schedule	<input type="radio"/>	PP Fee Schedule	
	การดูแลรักษาในที่พัก (Home Isolation)	<input type="radio"/>	การดูแลรักษาในที่พัก (Home Isolation)	

วันที่เข้ารับการรักษา : 06/07/2564 เวลา :

HN CODE :

หมายเลขโทรศัพท์ของผู้รับบริการ/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล :

กรณี HI/CI ถ้าผู้ติดเชื้อไม่ได้ตรวจที่รพ. ตรวจที่อื่นมา ให้ผู้ติดเชื้อถ่ายรูปตนเองคู่กับบัตรประชาชนส่งให้หน่วยบริการเพื่อทำการ Authen code เก็บไว้เป็นหลักฐาน



การพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันเข้ารับบริการ (Authentication Code)

การเตรียมความพร้อม

1) ด้านอุปกรณ์

- เครื่องคอมพิวเตอร์
- อินเทอร์เน็ต
- เครื่องอ่าน Smart Card
- โปรแกรม
 - ตรวจสอบสิทธิ
 - E-form Agent

2) ด้าน บุคลากรที่ให้บริการ

- ภายในหน่วยบริการ
- นอกหน่วยบริการ
 - รพ.สนาม
 - เจริญรุก
 - Home , Community



User ตรวจสอบสิทธิ, จนท.ทะเบียน



สปสช. ปรับราคาการจ่ายชดเชย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตามหนังสือ สปสช. 6.70/ว4608 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม 2564

อัตราเดิม

รายการ	ตรวจ Lab	ค่าบริการ	เก็บตัวอย่าง
RT-PCR	จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,600 บาท	เหมาจ่าย 600 บาท	เหมาจ่าย 100 บาท
RT-PCR ประเภท 2 ยีน	จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,100 บาท	เหมาจ่าย 300 บาท	เหมาจ่าย 100 บาท
RT-PCR ประเภท 3 ยีน	จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,300 บาท	เหมาจ่าย 300 บาท	เหมาจ่าย 100 บาท

อัตราใหม่
ตั้งแต่ 1 ส.ค. 64

อัตราเดิม

Antigen	จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,200 บาท **กรณีฉุกเฉิน ตรวจร่วมกับ RT-PCR จ่าย Ag ตามจริงไม่เกิน 500 บาท
	การตรวจเชิงรุกนอกสถานบริการ (ปรับอัตราการจ่าย) บริการ 6 พ.ค.64 - Chromatography จ่ายตามจริงไม่เกิน 450 บาท - Fluorescent Immunoassay (FIA) จ่ายตามจริงไม่เกิน 550 บาท การตรวจในหน่วยบริการ (ปรับอัตราการจ่าย) บริการ 1 มิ.ย.64 - Chromatography จ่ายตามจริงไม่เกิน 600 บาท - Fluorescent Immunoassay (FIA) จ่ายตามจริงไม่เกิน 700 บาท (หนังสือที่ สปสช.2.57/ว.2760 ลงวันที่ 6 พ.ค.64)

อัตราใหม่
ตั้งแต่ 1 ส.ค. 64

Antigen ค่าตรวจรวม ค่าเก็บส่งตรวจ	เทคนิค Chromatography	จ่ายตามจริงไม่เกิน 450 บาท
	เทคนิค FAI	จ่ายตามจริงไม่เกิน 550 บาท