



แนวทางการตรวจสอบการชดเชย กรณี HI/CI

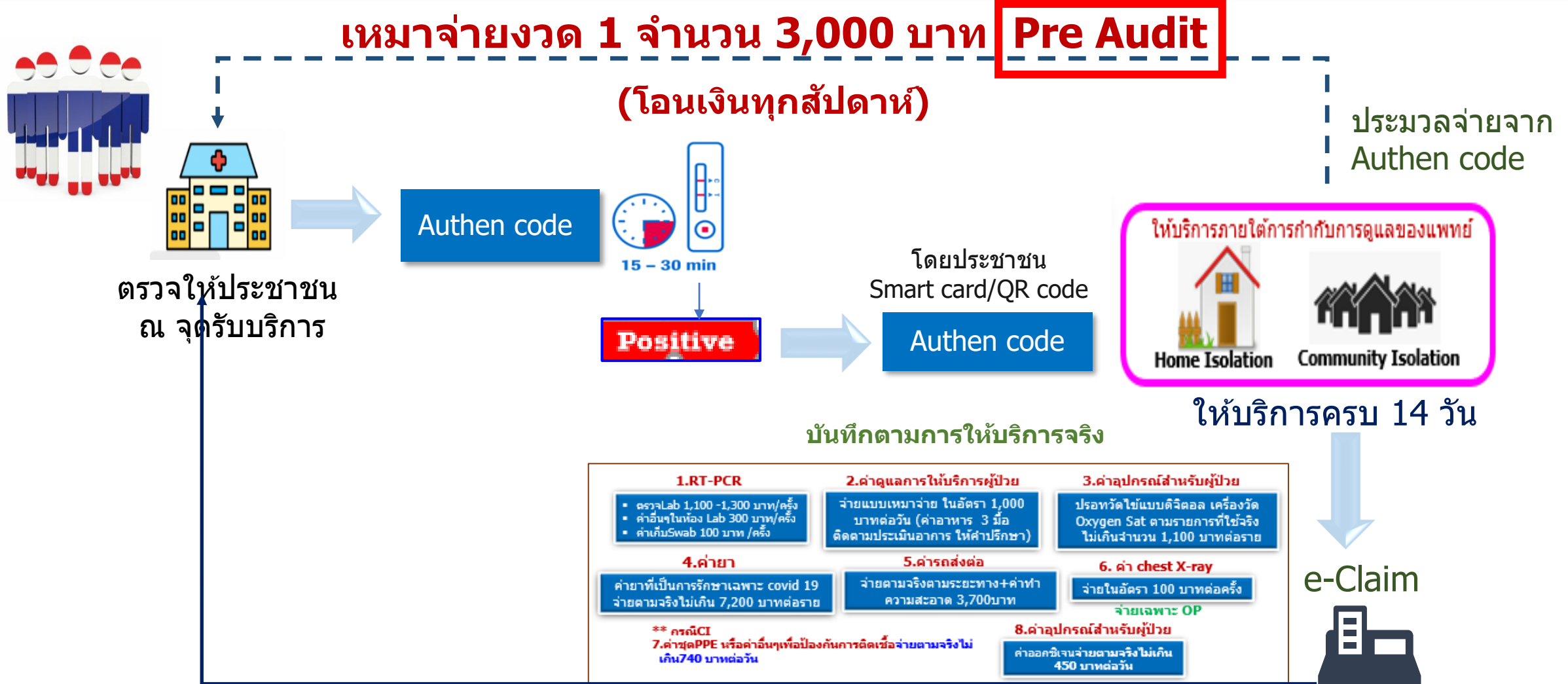
**ประชุมชี้แจงแนวทางการขอหักท่างผลการตรวจสอบก่อนจ่าย การให้บริการ HI/CI
ของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
วันที่ 6 ตุลาคม 2564**

*ฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
งานสายงานบริหารกองทุน*

วัตถุประสงค์ในการตรวจสอบก่อนจ่ายชดเชย

1. เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
2. เพื่อกำกับติดตามคุณภาพในการดูแลผู้ติดเชื้อโควิด 19
3. เพื่อสะท้อนผลการตรวจสอบให้คลินิกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการดูแลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ในระบบการให้บริการ HI/CI

วิธีการจ่ายชดเชยค่าบริการดูแลใน Home Isolation และ Community Isolation ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



กรณีบันทึกรายการเบิกไม่ถึง 3,000 บาท ไม่เรียกคืนถ้ามีบริการจริง หากมากกว่าจำนวนเงินที่จ่ายแบบเหมาจ่ายแล้ว หน่วยบริการจะได้รับการจ่ายชดเชยเพิ่มเติม

หลักฐานในการตรวจสอบการจ่ายชดเชยการให้บริการ HI/CI ในผู้ติดเชื้อ Covid 19

- เอกสารหลักฐานการให้บริการเพื่อประกอบการจ่ายชดเชยกรณี **Home isolation** หรือ **Community isolation** ในผู้ติดเชื้อ Covid 19 เอกสารหลักฐานเวชระเบียน หรือหลักฐานการให้บริการที่บันทึกใน platform ตามที่ สปสช กำหนด ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อ

1. เลขบัตรประจำตัวประชาชน และ ชื่อ สกุล รวมทั้งหลักฐานในการยืนยันตัวตน เช่น ข้อมูลในระบบ authentication หรือ ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ติดเชื้อ เป็นต้น
2. เบอร์โทรศัพท์ของผู้ติดเชื้อหรือผู้ดูแลที่ได้จากระบบ authentication ที่สามารถติดต่อกับผู้ติดเชื้อได้
3. หลักฐานการติดเชื้อ COVID-19 เช่น ผลการตรวจ หรือการบันทึกผล/การวินิจฉัยของแพทย์

หลักฐานในการตรวจสอบการจ่ายชดเชยการให้บริการ HI/CI ในผู้ติดเชื้อ Covid 19

2. หลักฐานที่หน่วยบริการให้บริการผู้ติดเชื้อในรายการต่าง ๆ

1. หลักฐานการติดตามประเมินอาการ ซึ่งอาจจะรวมทั้งหลักฐานอื่น ๆ เช่น chat line ที่ติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น
2. หลักฐานการได้รับหรือส่งอาหารจากหน่วยบริการ
3. หลักฐานการได้รับหรือส่งยาเฉพาะโรคโควิด 19 จากหน่วยบริการ
4. หลักฐานการได้รับหรือส่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ จากหน่วยบริการ ได้แก่ ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว เครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น
5. รายงานผลการตรวจคัดกรองเชื้อโควิด 19
6. รายงานผลการตรวจเอกซเรย์ปอดโดยหน่วยบริการ
7. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ใช้แบบมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หรือตามที่โรงพยาบาลกำหนด **ในกรณีที่เบิกชดเชยแบบผู้ป่วยใน**

3. หลักฐานการได้รับอนุมัติจาก EOC จังหวัด อนุมัติให้หน่วยบริการจัดตั้งและให้บริการ community isolation

แนวทางในการตรวจสอบการจ่ายชดเชยการให้บริการ HI/CI ในผู้ติดเชื้อ Covid 19

1. การตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย โดยจะมีการตรวจสอบทุกรายที่มีการเบิกชดเชย ซึ่งมีรูปแบบในการตรวจสอบดังนี้

1.1. ตรวจสอบข้อมูลเบอร์โทรศัพท์ของผู้ติดเชื้อที่อยู่ในระบบการยืนยันตัวตน (authentication)

1.2 โทรศัพท์สอบถามข้อมูลการรับบริการจากผู้ติดเชื้อ/ผู้ดูแล (Telephone audit)

1.3. ส่งคำถามการรับบริการไปยังผู้ติดเชื้อที่เข้ารับบริการ HI/CI ผ่าน application line พัฒนาโดยสำนักงาน

1.4 ตรวจสอบหลักฐานการให้บริการที่หน่วยบริการบันทึก ซึ่งอาจอยู่ในหลายรูปแบบได้แก่

1.4.1 เอกสารเวชระเบียนผู้ติดเชื้อที่หน่วยบริการบันทึก

1.4.2 ข้อมูลการให้บริการในรูปแบบ electronic ใน platform ต่างๆของหน่วยบริการ ที่ใช้ติดตามประเมินผู้ป่วย ทั้งนี้ platform ของหน่วยบริการจะต้องมีข้อมูลขั้นต่ำตามมาตรฐานที่ สำนักงานกำหนด

1.4.3 ข้อมูลอื่น ๆ ที่เป็นหลักฐานในการให้บริการ เช่น ข้อมูลการรับ/ส่งอาหารให้ผู้ติดเชื้อ ภาพที่ผู้ป่วยรับยาหรืออุปกรณ์

2. การตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย เป็นการตรวจสอบเอกสารหลักฐานโดยผู้ตรวจสอบ ซึ่งอาจตรวจจากหลักฐานในเวชระเบียน หรือหลักฐานที่บันทึกใน platform ของหน่วยบริการที่ใช้ในการตรวจติดตามผู้ป่วย แต่ต้องสามารถส่งข้อมูลดังกล่าวให้สำนักงานสามารถ ตรวจสอบได้

แนวทางการตรวจสอบก่อนจ่ายชดเชย HI/CI

- ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากข้อมูล **authen** เข้ารับบริการ HI/CI ของหน่วยบริการ

• กรณี HI

- ตรวจสอบเบอร์โทรศัพท์โดยวิธีการทาง **electronic** ซึ่งเป็นการตรวจสอบข้อมูลเบอร์โทรศัพท์ของผู้ติดต่อที่อยู่ในระบบ **authen** รวมทั้งข้อมูลในระบบการบริการของหน่วยบริการที่สามารถส่งข้อมูลโทรศัพท์ให้ตรวจสอบ

- **เงื่อนไขข้อมูลโทรศัพท์ที่มีรูปแบบที่ผิดปกติ** ทำให้ไม่สามารถเชื่อได้ว่าเป็นโทรศัพท์ที่จะติดต่อกับผู้ติดต่อได้ จะมีเงื่อนไขการตรวจสอบ ดังนี้

- 1 อักขระพิเศษ (* #, / - เป็นต้น)
- 2 บันทึกลงเป็นตัวอักษร
- 3 ขึ้นต้นด้วย 0000
- 4 เบอร์ซ้ำ (> 20 คน /เบอร์)
- 5 จำนวนตัวเลข = 9 หลัก แต่ไม่ได้ขึ้นต้นด้วย 02, รหัสทางไกล (เบอร์ไม่ครบ)
- 6 จำนวนตัวเลข < 9 หลัก
- 7 จำนวนตัวเลขมีจำนวนมาก
- 8 เป็นค่าว่าง

**โทรศัพท์ที่ถูกต้อง
เป็นข้อมูลสำคัญ
สำหรับการทำ HI**

กรณีที่ตรวจสอบพบผิดปกติเงื่อนไขโทรศัพท์ จะชะลอการจ่ายชดเชยเหมาจ่าย 3,000 บาท ในรายการนั้น

เกณฑ์ในการตรวจสอบหลักฐานก่อนการจ่ายชดเชยเหมาจ่าย 3,000 บาท

- ข้อมูลการ authentication จะถูก**ชะลอการจ่ายชดเชยเหมาจ่าย 3,000 บาท** ในกรณีที่ตรวจสอบพบไม่ถูกต้องข้อใดข้อ ดังนี้
 1. เลขบัตรประจำตัวผู้ติดเชื้อไม่ตรงกับข้อมูลที่ได้จากการ authentication
 2. ไม่สามารถติดต่อกับผู้ติดเชื้อได้ (กรณีที่ติดต่อไม่ได้จะโทรซ้ำ 3 ครั้ง) **ในกรณี HI**
 3. ข้อมูลหน่วยบริการที่ผู้ติดเชื้อได้รับบริการไม่ตรงกับข้อมูลหน่วยบริการในระบบ authentication
 4. ไม่ได้เป็นผู้ที่ติดเชื้อโควิด -19
 5. ไม่ได้รับการติดตามประเมินจากหน่วยบริการ โดยวิธีต่างๆ
 6. ไม่ได้รับอาหารจากหน่วยบริการโดยวิธีต่างๆ หรือไม่ได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์

เกณฑ์ในการตรวจสอบหลักฐานก่อนการจ่ายชดเชยตามรายการที่ขอเบิกในโปรแกรม E-claim

1. กรณีที่ตรวจสอบพบว่าเบอร์โทรศัพท์ไม่ถูกต้องหรือติดต่อผู้ติดต่อไม่ได้จากการโทรศัพท์ สำนักงานจะชะลอการจ่ายชดเชยทั้งหมดของการเบิกชดเชยในผู้ติดต่อรายนั้น และขอตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ
2. กรณีที่ตรวจสอบพบว่าเลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ติดต่อและหรือ ชื่อ สกุล ไม่ตรงกับข้อมูลที่ได้จากการ authentication สำนักงานจะปฏิเสธการจ่ายชดเชยข้อมูลของการเบิกชดเชยในผู้ติดต่อรายนั้น ในกรณีที่หน่วยบริการขออุทธรณ์ หน่วยบริการจะต้องส่งหลักฐานการยืนยันตัวตนของผู้ติดต่อ และหลักฐานการให้บริการ
3. กรณีตรวจสอบพบว่าข้อมูลหน่วยบริการที่ผู้ติดต่อได้รับบริการไม่ตรงกับข้อมูลหน่วยบริการในระบบ authentication และ E claim สำนักงานจะปฏิเสธการจ่ายชดเชยข้อมูลของการเบิกชดเชยในผู้ติดต่อรายนั้น ในกรณีที่หน่วยบริการขออุทธรณ์ หน่วยบริการจะต้องส่งหลักฐานการให้บริการ
4. กรณีที่ตรวจสอบพบว่าไม่ได้เป็นผู้ติดต่อ สำนักงานจะปฏิเสธการจ่ายชดเชยทั้งหมดของการเบิกชดเชยในผู้ติดต่อรายนั้น ในกรณีที่หน่วยบริการขออุทธรณ์ หน่วยบริการจะต้องส่งหลักฐานการติดเชื้อ COVID-19 เช่น ผลการตรวจ หรือการบันทึกผล/การวินิจฉัยของแพทย์ และหลักฐานการให้บริการ

เกณฑ์ในการตรวจสอบหลักฐานก่อนการจ่ายชดเชยตามรายการที่ขอเบิกในโปรแกรม E-claim

5. กรณีที่ตรวจสอบไม่พบการให้บริการ หรือข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบไม่ตรงกับข้อมูลที่หน่วยบริการขอเบิกชดเชย

5.1 กรณีตรวจสอบไม่พบการประเมินอาการและไม่ได้รับอาหาร สำนักงานจะปฏิเสธจ่ายชดเชย 1000 บาทต่อวัน ในกรณีที่หน่วยบริการขออุทธรณ์ หน่วยบริการจะต้องส่งหลักฐานการประเมินอาการผู้ติดเชื้อ และหลักฐานส่งอาหารหรือเงินค่าอาหารให้ผู้ติดเชื้อ

5.2 กรณีที่ตรวจสอบพบการประเมินอาการผู้ติดเชื้อ แต่ตรวจสอบไม่พบการรับอาหาร หรือเงินค่าอาหารให้ผู้ติดเชื้อ สำนักงานจะจ่ายชดเชยเพียง 600 บาทต่อวัน กรณีที่หน่วยบริการขออุทธรณ์ หน่วยบริการจะต้องส่งหลักฐานการให้อาหารหรือเงินค่าอาหารให้ผู้ติดเชื้อ

5.3 กรณีหน่วยบริการเบิกชดเชยจำนวนวันในการให้บริการ 14 วัน แต่ตรวจสอบพบผู้ติดเชื้ออยู่ในระบบ HI ไม่ตรงกับจำนวนวันที่ส่งเบิกชดเชย สำนักงานจะจ่ายชดเชยตามข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบ กรณีที่หน่วยบริการขออุทธรณ์ หน่วยบริการจะต้องส่งหลักฐานการให้บริการตามจำนวนวันที่ขอเบิกชดเชย

5.4 กรณีที่ตรวจสอบไม่พบการให้ยาเฉพาะโรคโควิด 19 สำนักงานจะปฏิเสธจ่ายชดเชยค่ายาเฉพาะโรคโควิด 19 ในกรณีที่หน่วยบริการขออุทธรณ์ หน่วยบริการจะต้องส่งหลักฐานการส่งหรือรับยาเฉพาะโรคโควิด 19 จากหน่วยบริการ

เกณฑ์ในการตรวจสอบหลักฐานก่อนการจ่ายชดเชยตามรายการที่ขอเบิกในโปรแกรม E-claim

5.5 กรณีที่ตรวจสอบไม่พบการให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ (ปรอทดิจิตอลและเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว) สำนักงานจะ**ปฏิเสธจ่ายชดเชยที่เบิกตามจริงไม่เกิน 1,100 บาท** ในกรณีที่หน่วยบริการขออุทธรณ์ หน่วยบริการจะต้องส่งหลักฐานการส่งหรือรับอุปกรณ์จากหน่วยบริการ

5.6 กรณีที่ตรวจสอบไม่พบการให้เครื่องผลิตออกซิเจน สำนักงานจะ**ปฏิเสธจ่ายชดเชย 450 บาทต่อวัน** ในกรณีที่หน่วยบริการขออุทธรณ์ หน่วยบริการจะต้องส่งหลักฐานการส่งหรือรับเครื่องผลิตจากหน่วยบริการ

5.7 กรณีที่ตรวจสอบไม่พบการทำเอกซเรย์ปอด สำนักงานจะ**ปฏิเสธจ่ายชดเชย 100 บาทต่อครั้ง** ในกรณีที่หน่วยบริการขออุทธรณ์ หน่วยบริการจะต้องส่งหลักฐานผลการตรวจเอกซเรย์ปอด

5.8 กรณีที่ตรวจสอบไม่พบการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ซ้ำ สำนักงานจะ**ปฏิเสธจ่ายชดเชยค่าตรวจคัดกรองโรคโควิด** ในกรณีที่หน่วยบริการขออุทธรณ์ หน่วยบริการจะต้องส่งหลักฐานผลการตรวจคัดกรองในกรณีที่เป็นการตรวจ RT-PCR จะต้องส่ง official report ผลการตรวจ

ชุดมาตรฐานข้อมูลทาง **electronic** (standard data set) เพื่อการตรวจสอบก่อนจ่ายชุดเชยบริการ HI/CI

- รหัสหน่วยบริการ , ชื่อหน่วยบริการ
- รหัสบัตรประจำตัวประชาชน
- เบอร์โทรศัพท์
- คำนำหน้า , ชื่อ , นามสกุล
- วันที่ Swab พบการติดเชื้อ
- วันที่ Admit , วันที่จำหน่าย
- ประเภทการจำหน่าย
- เลขที่ใบประกอบวิชาชีพแพทย์
- อุณหภูมิร่างกาย
- ความอิ่มตัว Oxygen
- สถานะของผู้ป่วยในการติดตามประเมินสุขภาพรายวัน



- การสั่งยา (ฟ้าทะลายโจร / Favipiravia)
- การส่งตรวจ X ray ในระหว่างที่อยู่ HI/CI
- การส่งตรวจ LAB คัดกรองในระหว่างที่อยู่ HI/CI
- การให้ O2 แก่ผู้ติดเชื้อ
- การจัดหาอาหาร ให้ผู้ป่วย
- วิธีการติดต่อระหว่างหน่วยบริการและผู้ป่วย
- การรับพรอทัวด์ไข้ และเครื่องวัด O2 ปลายนิ้ว
- File รูปภาพหรือ file scan ที่เป็นหลักฐานประกอบการให้บริการ



กรณีที่หน่วยบริการเก็บหลักฐานการให้บริการทาง **electronic / platform** สามารถส่งข้อมูลตามชุดมาตรฐานข้อมูล เพื่อสะดวกในการตรวจสอบ

Thank You!

