



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๒-๔ อาคารรวมหน่วยงานราชการ " ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๖๓
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐ โทรศัพท์ ๐๒ ๕๕๑ ๖๖๖๖ โทรสาร ๐๒ ๕๕๑ ๖๖๖๖

กลุ่มงานประกันสุขภาพ
เลขรับ 486
2/8/64

ที่ สปสข. ๖.๗๐ / ว. ๔๖๑๕

เลขรับ 4098
- 2 ส.ก. 2564
วันที่
เวลา 10.39

๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอบริการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ติดเชื้อโควิด-19 กรณีดูแลใน Home Isolation และ Community Isolation ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน ผู้อำนวยการหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกแห่ง

- อ้างถึง ๑. หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสข.๒.๕๗/ว.๓๘๗๖ ลงวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๔
๒. หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสข.๖.๗๐/ว.๔๓๒๒ ลงวันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔
๓. หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสข.๖.๗๐/ว.๔๖๐๘ ลงวันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๔

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสข.) ได้แจ้งแนวทางขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับโรคติดเชื้อโควิด-19 กรณีดูแลใน Home Isolation และ Community Isolation ตามรายละเอียดที่ทราบแล้วนั้น

ในการนี้ สปสข.ขอแจ้งแนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ติดเชื้อโควิด-19 กรณีดูแลใน Home Isolation และ Community Isolation เพิ่มเติม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. เมื่อหน่วยบริการ รับผิดชอบต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ใน Home Isolation หรือ Community Isolation แรกรับให้ ทำการพิสูจน์การเข้ารับบริการ โดยการทำ Authentication ด้วยบัตรประชาชนแบบ Smart card หรือตามแนวทางที่ สปสข.กำหนด หน่วยบริการจะได้รับการจ่ายชดเชยงวดแรก แบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓,๐๐๐ บาทต่อราย โดยหน่วยบริการจะได้รับการโอนเงินทุกสัปดาห์

๒. ภายหลังจากให้บริการผู้ติดเชื้อโควิด-19 จนสิ้นสุดการดูแล ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim ตามรายการที่ให้บริการจริง หากค่าใช้จ่ายที่ประมวลผลได้มากกว่าจำนวนเงินที่จ่ายแบบเหมาจ่ายแล้ว หน่วยบริการจะได้รับการจ่ายชดเชยเพิ่มเติมตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายชดเชยที่กำหนด ทั้งนี้ สำหรับแนวทางการขอ Authentication code สามารถศึกษารายละเอียดได้ที่ www.eclaim.nhso.go.th หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ ๐๒-๕๕๔๐๕๐๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายเจตน์ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ

โทรศัพท์ ๐๒๑ ๔๐๒ ๖๓๖๘ / ๐๙๐ ๑๙๗ ๕๑๒๙

ผู้ประสานงาน นางนิสา ผู้สำอาง และนางสาวพิมพ์วิสา ศรีเมือง

สำเนาเรียน : ๑. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทุกแห่ง

๒. ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑-๑๓

FM-๔๐๑-๐๔-๐๔๐

ฉบับที่ ๐๕
วันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๓