



แนวทางการตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่าย
กรณีบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วย
โรคโควิด 19 กลุ่มอาการสีเขียว
แบบบริการผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน
(OP Self Isolation)

ฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สายงานบริหารกองทุน

วัตถุประสงค์ในการตรวจสอบก่อนจ่ายชดเชย

1. เพื่อตรวจสอบความถูกต้องในการเบิกชดเชย
2. เพื่อกำกับติดตามคุณภาพในการดูแลผู้ติดเชื้อโควิด 19
3. เพื่อสะท้อนผลการตรวจสอบให้หน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการพัฒนา

รูปแบบในการดำเนินการตรวจสอบ **OP Self Isolation**

1. การตรวจสอบก่อนการจ่ายชุดเชย ในทุกรายที่เบิกชุดเชย ซึ่งมีแนวทางในการตรวจสอบดังนี้

1.1. ตรวจสอบรูปแบบของการ authentication

1.2 ตรวจสอบโดยการโทรศัพท์ สอบถามข้อมูลจากผู้ติดเชื้อ (Telephone audit)

1.3. ตรวจสอบจากข้อมูลที่ได้จากการตอบกลับตามแบบฟอร์มที่พัฒนาโดยสำนักงาน ใน application line ของผู้ติดเชื้อ

1.4 ตรวจสอบจากบันทึกเวชระเบียน หรือข้อมูลทางด้าน electronic ใน platform ของหน่วยบริการ เช่น AMED ที่ใช้ติดตามประเมินผู้ป่วย

2. การตรวจสอบหลังการจ่ายชุดเชย เป็นการตรวจสอบเอกสารหลักฐานโดยผู้ตรวจสอบ ซึ่งอาจตรวจจากหลักฐานในเวชระเบียน หรือหลักฐานที่บันทึกใน platform ของหน่วยบริการที่ใช้ในการตรวจติดตามผู้ป่วย แต่ต้องสามารถส่งข้อมูลดังกล่าวให้สำนักงานสามารถ ตรวจสอบได้

หลักการให้บริการเพื่อประกอบการตรวจสอบ **OP Self Isolation**

- **ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อ**

1. เลขบัตรประจำตัวประชาชน และ ชื่อ สกุล รวมทั้งหลักฐานในการยืนยันตัวตน เช่น ข้อมูลในระบบ authentication หรือ ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ติดเชื้อ เป็นต้น
2. เบอร์โทรศัพท์ของผู้ติดเชื้อหรือผู้ดูแลที่ได้จากระบบการยืนยันตัวตน (authentication) ที่สามารถติดต่อกับผู้ติดเชื้อได้
3. หลักฐานการติดเชื้อโควิด 19 เช่น ผลการตรวจ หรือการบันทึกผล/การวินิจฉัยของแพทย์

- **หลักฐานที่หน่วยบริการให้บริการผู้ติดเชื้อในรายการต่าง ๆ**

1. หลักฐานการให้บริการ การประเมินอาการโดยแพทย์ในครั้งแรก การให้คำแนะนำการแยกกักตัวที่บ้าน และติดตามอาการ เมื่อให้การดูแลครบ 48 ชั่วโมง ซึ่งอาจจะรวมทั้งหลักฐานอื่น ๆ ที่อยู่ในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น การสื่อสารทางโปรแกรม line (chat line) ที่ติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น
2. หลักฐานการสั่งยาของแพทย์ ทั้งนี้ความจำเป็นในการสั่งยาเป็นไปตามดุลยพินิจของแพทย์
3. หลักฐานการบริการการให้คำปรึกษาหรือการดูแลรักษาเบื้องต้น เมื่อผู้ป่วยโควิด 19 มีอาการเปลี่ยนแปลง และหรือให้ปรึกษาอื่นๆ หลังให้การดูแลครบ 48 ชั่วโมง ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย 300 บาท หลักฐานการให้บริการ อาจอยู่ในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น การสื่อสารทางโปรแกรม line (chat line) ที่ติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

เกณฑ์การตรวจสอบการจ่ายชดเชย **OP Self Isolation**

- พบว่าเลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ติดเชื้อและหรือ ชื่อ-ชื่อสกุล ตรงกับข้อมูลที่ได้จาก การยืนยันตัวตน (authentication)
- พบหลักฐานเป็นผู้ติดเชื้อโควิด 19 เช่น ผลการตรวจ หรือการบันทึกผล/การวินิจฉัยของแพทย์
- **พบหลักฐานการให้บริการ การประเมินอาการในครั้งแรกโดยแพทย์** การให้คำแนะนำการแยกกักตัวที่บ้าน ซึ่งอาจจะรวมทั้งหลักฐานอื่น ๆ ที่อยู่ในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น การสื่อสารทางโปรแกรม line (chat line) ที่ติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น
- **พบหลักฐานการติดตามอาการเมื่อให้การดูแลครบ 48 ชั่วโมง** ซึ่งอาจจะรวมทั้งหลักฐานอื่น ๆ ที่อยู่ในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น การสื่อสารทางโปรแกรม line (chat line) ที่ติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น
- พบหลักฐานหลักฐานการสั่งยาของแพทย์ ทั้งนี้ความจำเป็นในการสั่งยา เป็นไปตามดุลยพินิจของแพทย์
- **พบหลักฐานการบริการการให้คำปรึกษาหรือการดูแลรักษาเบื้องต้น** เมื่อผู้ป่วยโควิด 19 มีอาการเปลี่ยนแปลง และหรือให้ปรึกษาอื่นๆ **หลังให้การดูแลครบ 48 ชั่วโมง** ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย **300 บาท** หลักฐานการให้บริการอาจอยู่ในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น การสื่อสารทางโปรแกรม line (chat line) ที่ติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

แบบบันทึกการดูแลรักษาผู้ป่วย Covid-19 กรณี OP With Self isolation

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

การซักประวัติเพื่อประเมินอาการแรกรับ	ตรวจร่างกายแรกรับ	คำสั่งการรักษา
☐ ไม่มีภาวะเสี่ยง	น้ำหนัก.....Kg.	รายการสั่งยา
☐ มีภาวะเสี่ยง (กลุ่มเสี่ยง 608) ระบุ	ส่วนสูง.....cm	☐ Favipiravir
☐ อายุ > 60 ปี	BT..... ^o C	☐ ฟาโพลายใจ
☐ โรคระบบทางเดินหายใจ	PR...../min	☐ Paracetamol (500).....
☐ โรคหลอดเลือดสมอง	RR...../min	☐ Dextromethorphan.....
☐ โรคหัวใจและหลอดเลือด	BP...../.....mmHg	☐ CPM.....
☐ โรคเมเร็ง	ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LPM).....	☐ ORS.....
☐ โรคเบาหวาน	ผล Lab	☐ ยาคนไข้ที่จำเป็นต้องสั่งเพิ่ม.....
☐ โรคอ้วน (BMI > 30 or BW > 90 kg)	Chest X-ray ☐ มี ☐ ไม่มี	
☐ CKD (โรคไตวายเรื้อรัง)	ถ้ามีผล ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....	
☐ หลุดตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป	ผลตรวจคัดกรอง	
ปัญหาและการวินิจฉัยอื่น ๆ	☐ Rapid antigen test	แบบยินยอมเข้ารับการรักษา
.....	วันที่ตรวจ.....	ข้าพเจ้ายินยอมรับการรักษาแบบ OP With Self isolation
.....	หน่วยที่คัดกรอง.....	ลงชื่อผู้ป่วย/ญาติ.....
Plan	☐ RTPCR (ถ้ามี) ผล.....	ลงชื่อพยาน.....
.....	วันที่ตรวจ.....	ผ่าน เบอร์โทรศัพท์
.....	หน่วยที่คัดกรอง.....	

การติดตามประเมินอาการ เมื่อครบ 48 ชั่วโมง วันที่.....เวลา.....น.		การติดตามประเมินอาการ เมื่อเกิน 48 ชม. วันที่.....เวลา.....น.	
อาการแทรกซ้อน	การดูแลรักษา	อาการแทรกซ้อน	การดูแลรักษา
☐ เหนื่อย ☐ ไอ		☐ เหนื่อย ☐ ไอ	
☐ ไข้		☐ ไข้	
☐ เจ็บหน้าอก		☐ เจ็บหน้าอก	
☐ Resting O2 sat <= 94%		☐ Resting O2 sat <= 94%	
☐ อื่นๆ		☐ อื่นๆ	

การส่งต่อ			
Refer ไปยัง :	ลงชื่อแพทย์ผู้รักษา.....	ลงชื่อพยาบาล.....	
ส่งตัวเพื่อ :	(.....)	(.....)	
สาเหตุที่ส่ง :	เลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....	เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....	

ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลบริการ
OP Self Isolation



**แนวทางการตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่าย
กรณีกลุ่มอาการสีเขียว
Home Isolation/ Community Isolation/
Hotel Isolation /โรงพยาบาลสนาม/ Hospitel**

ฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สายงานบริหารกองทุน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



แนวทางการตรวจสอบ Pre audit กลุ่มอาการสี่เชื้อ บริการ HI/CI/Hotel isolation/Hospital/โรงพยาบาลสนาม

1. หน่วยบริการพิสูจน์การเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ โดยการขอ Authentication Code ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด
2. สปสช.ตรวจสอบข้อมูลการรับบริการจาก AMED, Line form หรือ platform อื่น ๆ ตาม standard data set
3. สปสช.ตรวจสอบการเข้ารับบริการตามแนวทางที่กำหนด
 - 3.1 สุ่มตรวจสอบบริการ ด้วยวิธีโทรศัพท์ เฉพาะรายที่รูปแบบเบอร์โทรศัพท์ถูกต้อง และไม่มีข้อมูลใน platform อื่น
 - 3.2 สุ่มตรวจสอบบริการ ด้วยการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ เฉพาะรายที่ไม่มีข้อมูลใน platform อื่น
4. สปสช.ประมวลผลตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขที่กำหนด หากพบว่า ไม่เป็นไปตามเงื่อนไข สปสช.จะปฏิเสธการจ่าย หากหน่วยบริการไม่เห็นด้วยสามารถขออุทธรณ์ พร้อมส่งเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมายัง สปสช.เพื่อประกอบการพิจารณาต่อไป

ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการตรวจประเมิน ซึ่งต้องเป็นข้อมูลที่ถูกต้องตรงการให้บริการและตรงกับข้อมูลที่ส่งเบิกชดเชย ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อ



1. เลขบัตรประจำตัวประชาชน และ ชื่อสกุล

2. เบอร์โทรศัพท์ของผู้ติดเชื้อที่ได้จากระบบ Authen ที่สามารถติดต่อกับผู้ติดเชื้อได้

3. ต้องเป็นผู้ที่ติดเชื้อโควิด



2. ข้อมูลที่หน่วยบริการให้บริการผู้ติดเชื้อในรูปแบบต่าง ๆ



2.1 ข้อมูลการติดตามประเมินอาการ

2.2 ข้อมูลการได้รับอาหาร

2.3 ข้อมูลการได้รับยาเฉพาะโรคโควิด 19 อุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว ออกซิเจนจากหน่วยบริการ

2.4 ข้อมูลการตรวจคัดกรองซ้ำ ด้วยวิธี RT-PCR (ถ้ามีการเบิกชดเชย)

หลักฐานการให้บริการเพื่อประกอบการตรวจสอบการให้บริการกลุ่มอาการสีเขียว HI/CI/Hotel isolation/Hospitel/โรงพยาบาลสนาม

ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อ

1. เลขบัตรประจำตัวประชาชน และ ชื่อ สกุล รวมทั้งหลักฐานในการยืนยันตัวตน เช่น ข้อมูลในระบบ authentication หรือ ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ติดเชื้อ เป็นต้น
2. เบอร์โทรศัพท์ของผู้ติดเชื้อหรือผู้ดูแลที่ได้จากระบบการยืนยันตัวตน (authentication) ที่สามารถติดต่อกับผู้ติดเชื้อได้ โดยเฉพาะในกรณี home isolation
3. หลักฐานการติดเชื้อโควิด 19 เช่น ผลการตรวจ หรือการบันทึกผล/การวินิจฉัยของแพทย์

หลักฐานการให้บริการเพื่อประกอบการตรวจสอบการให้บริการกลุ่มอาการสีเขียว HI/CI/Hotel isolation/Hospital/โรงพยาบาลสนาม

หลักฐานที่หน่วยบริการให้บริการผู้ติดเชื้อในรายการต่าง ๆ

1. หลักฐานการติดตามประเมินอาการ ซึ่งอาจจะรวมทั้งหลักฐานอื่น ๆ ที่อยู่ในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น การสื่อสารทางโปรแกรม line (chat line) ที่ติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น
2. หลักฐานการได้รับหรือส่งอาหารจากหน่วยบริการ
3. หลักฐานการได้รับหรือส่งยาเฉพาะโรคโควิด 19 จากหน่วยบริการ เช่น ยาฟ้าทะลายโจร
4. หลักฐานการได้รับหรือส่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือหลักฐานบันทึกการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวจากหน่วยบริการ ได้แก่ ปรอทวัดไซ้ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว เป็นต้น
5. รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 ถ้ามีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ RT-PCR

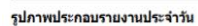
line



เอกสาร

AMED

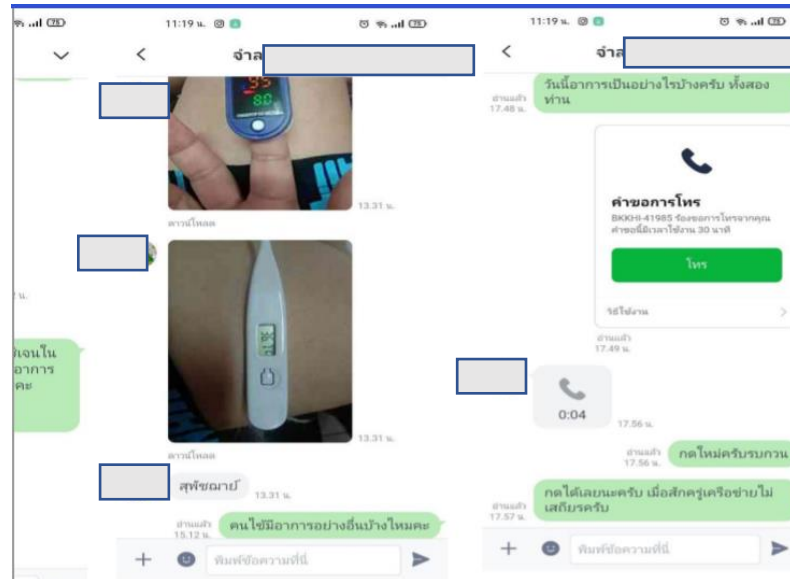
- นางสาว [redacted] วันที่ 8 ส.ค. 2564 เวลา 10:44
ติดตามอาการผู้ป่วย COVID-19 วันที่ 8/8/64 1.อุณหภูมิร่างกาย T 36.7C 2.ชีพจร 96 3.ออกซิเจนปลายนิ้ว SpO2 98% ไม่มีไข้ ไม่มีไอ ไม่เหนื่อย กินได้ ขับถ่ายปกติ ไม่มีซึม ผู้ป่วยได้รับยาครบตามแผนการรักษา อาหารครบ 3 มื้อ แนะนำสังเกตอาการต่อไป
- นางสาว [redacted] วันที่ 8 ส.ค. 2564 เวลา 17:36
ติดตามอาการผู้ป่วย COVID-19 วันที่ 8/8/64 1.อุณหภูมิร่างกาย T 36.3C 2.ชีพจร 104 3.ออกซิเจนปลายนิ้ว SpO2 97% ไม่มีไข้ ไม่มีไอ ไม่เหนื่อย กินได้ ขับถ่ายปกติ ไม่มีซึม ผู้ป่วยได้รับยาครบตามแผนการรักษา อาหารครบ 3 มื้อ แนะนำสังเกตอาการต่อไป

[illegible]

ตัวอย่างเอกสารบันทึกการได้รับอุปกรณ์

พบหลักฐาน การส่งอุปกรณ์ ภาพการใช้อุปกรณ์ การบันทึกการส่ง/รับอุปกรณ์ ของผู้ติดเชื้อหรือบุคลากร ตรงกับ ผู้ติดเชื้อที่ตรวจสอบ

AMED



line

วันที่ 31 ส.ค.64 – 5 ก.ย.64 (Day1-6) ผู้ป่วยประสงค์ขอรับเป็นอาหารแห้งนำไปปรุงเอง



วันที่ 6 -13 กันยายน 2564 (Day7-14) ผู้ป่วยประสงค์ขอเปลี่ยนเป็นอาหารปรุงสุก 3 มื้อ

ภาพถ่าย

บันทึกการพยาบาล

- นางสาว [redacted] วันที่ 2 ก.ย. 2564 เวลา 10:25
รับใหม่ 02/09/64 แรกรับ : ปวดศีรษะเล็กน้อย คอแห้ง ตรวจ : คลินิก [redacted] ATK+ 01/09/64 ต้องการ
อาหาร ยาสามัญ 1 ชุด และ ปรัชญา เครื่องวัดออกซิเจน จัดให้แล้วเตรียมนำจ่ายค่ะ
- นาง [redacted] วันที่ 2 ก.ย. 2564 เวลา 16:37
วันนี้มีญาติมารับเครื่องออกซิเจนปลายนิ้วเรียบร้อยแล้ว

ตัวอย่างเอกสารการสั่งยา / ได้รับยา

พบหลักฐาน คำสั่งการรักษา การส่งยา ให้กับผู้ติดเชื้อ
พบบันทึก/ภาพ การได้รับยา

วันที่ 14 ส.ค. 2564 เวลา 16:25
อาหาร: อาหารธรรมดา

• แบบรายวัน
o แพทย์ [redacted] วันที่ 14 ส.ค. 2564 เวลา 16:30
รายการยาทั้งหมด 4 ชนิด

1. FA-THALAI-CHON (ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย) (ผงใบฟ้าทะลายโจร 250 mg) capsule, hard, 1 cap (TPU) หลังอาหาร x 1 หน่วย
2. A-MOL CAPLETS (สยามเภสัช) (paracetamol 500 mg) tablet, 1 tablet (TPU) เมื่อมีอาการ x 2 หน่วย
3. CHLOPHEN (เมดิซีน โปรดักส์) (chlorphenamine maleate 4 mg) tablet, 1 tablet (TPU) หลังอาหาร x 20 หน่วย
4. A-TUSSIN (ไอสตรอนเดอร์ แลบบอราทอรีส์) (dextromethorphan hydrobromide 15 mg) tablet (TPU) หลังอาหาร x 20 หน่วย

วันที่ออกรายงาน: 14 ก.ย. 2564 ผู้ออกรายงาน [redacted]

AMED

ใบสั่งการรักษาพยาบาล			
วันที่ (เวลา)	สั่งการครั้งเดียว	วันที่ (เวลา)	สั่งใช้ตลอดไป
30/07/64 08.00 น.	Admit ward Home Isolation CXR portable ผู้ป่วยให้ความยินยอมเข้ารับการรักษาในรพชกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าผ่านทาง ☐ โทรศัพท์ ☐ Line Application/ VDO call ลงชื่อ [redacted] แพทย์ผู้ให้คำแนะนำ ลงชื่อ [redacted] (.....) พยาบาล	30/07/64 08.00 น.	- Regular Diet - Record V/S, SpO2 OD - Medication Paracetamol (500) Sig. 1 tab o prn q 4-6 hours Dextromethorphan Sig. 1 x 3 o pc Chlorpheniramine Sig. 1 x 1 o hs Favipiravir (200) Sig. 9 tabs o bid x 1 day then 4 tabs o bid x 9 days (รวม 10 วัน)
91664	- sig ใจ	# 90 tab	[redacted]

เอกสาร

ต้องมีรายละเอียดเป็นรายบุคคล

Line



เกณฑ์การตรวจสอบการจ่ายชุดแยกกลุ่มอาการสีเขียว HI/CI/Hotel isolation/Hospitel/โรงพยาบาลสนาม

1. พบว่าเลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ติดเชื้อและหรือ ชื่อ-ชื่อสกุล ตรงกับข้อมูลที่ได้จาก การยืนยันตัวตน (authentication)
2. พบหลักฐานเป็นผู้ติดเชื้อโควิด 19 เช่น ผลการตรวจ หรือการบันทึกผล/การวินิจฉัยของแพทย์
3. พบหลักฐานการประเมินอาการและการจัดส่งอาหาร ตามรายการและจำนวนวันที่เหมาะจ่ายค่าใช้จ่าย
4. พบหลักฐานการให้บริการหรือจัดส่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือหลักฐานการบันทึกการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว
5. พบหลักฐานการสั่งยา หรือจัดส่งยาเฉพาะโรคโควิด 19 เช่น ยาฟ้าทะลายโจร
6. พบรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจหาเชื้อไวรัส (Antigen) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวิธี RT-PCR ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย
 - พบรายงาน ที่เป็น official report มีมาตรฐานตามสภาเทคนิคการแพทย์ หรือกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กำหนด ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR

แบบติดตามผู้ติดเชื้อโควิด-19 สำหรับ Line OA @nhso



ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ไม่มีอาการทุกราย
ต้องกักตัวที่บ้านหรือที่ชุมชน
สปสช. จัดให้คลินิกชุมชนอบอุ่นดูแลที่บ้าน

- แจกเครื่องวัดไข้ วัดออกซิเจนในเลือด ยาฟ้าทะลายโจร ส่งอาหาร 3 มื้อ
- รับผิดชอบต่ออาการวันละ 2 ครั้ง
- ส่งต่อโรงพยาบาลเมื่ออาการเปลี่ยนแปลง ระหว่างรอเตียง จ่ายยาฟาวิพิราเวียร์ เพื่อประคับประคองอาการระหว่างรอ

วิธีลงทะเบียน/ย้ายสิทธิ์ ก่อนเปลี่ยนหน่วยบริการ

บอร์ดิส เข้ารับบริการ

บริการเกี่ยวกับ โควิด-19

คลินิกบัตรทอง

ตรวจสอบสิทธิ์

เปลี่ยนหน่วยบริการ (ด้วยตนเอง)

คุยกับน้องยูซี (Chatbot)

วันที่จัดทำ 11-7-64

บริการเกี่ยวกับ โควิด-19
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบการดูแลที่บ้าน (Home Isolation)
หรือยังไม่ได้รับการติดต่อกลับภายใน 48 ชม. หลังลงทะเบียน

ขอกลับภูมิลำเนาเพื่อรับบริการ

รายงานผลการตรวจที่ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ

แบบติดตามผู้ติดเชื้อโควิด-19
ในระบบดูแลที่บ้าน (Home Isolation)

ติดต่อเจ้าหน้าที่รับเรื่องโควิด-19



ขอบคุณมากค่ะ