



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์บริหารการเงิน (ปกส.) รพ.ร.บ โทร. ๙๐๓๓๗

ที่ กท ๐๔๔๖.๑๖/๐๔๑ วันที่ ๑๖ ก.พ. ๖๔

เรื่อง แจ้งแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth/Telemedicine) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

เรียน ผอ.รพ.ร.บ (ผ่าน รอง ผอ.รพ.ร.บ (๒))

อ้างถึง หนังสือ สปสช.เขต ๑๓ กทม. ที่ สปสช.๕.๔๒/ว ๐๔๗๙ ลง ๒๑ ม.ค.๖๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.แนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth/Telemedicine) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

จำนวน ๑ ชุด

๒.แบบประเมินศักยภาพหน่วยบริการเพิ่มศักยภาพการให้บริการสาธารณสุขทางไกล จำนวน ๑ ฉบับ

๑. ตามที่ สปสช. ได้ประกาศแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth/Telemedicine) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ นั้น

๒. สปสช.เขต ๑๓ กทม. ขอให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ศึกษาแนวทางรายละเอียด (ตามเอกสารที่ส่งมาด้วย ๑) กรณีมีความประสงค์จะให้บริการดังกล่าว ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ให้ประเมินตนเองในเอกสารแบบประเมินศักยภาพฯ (ตามเอกสารที่ส่งมาด้วย ๒) ทั้งนี้ให้จัดส่งเอกสารกลับไปยัง สปสช.เขต ๑๓ กทม. เพื่อสำนักงานฯจะได้ดำเนินการต่อไป

๓. ศูนย์บริหารการเงิน รพ.ร.บ พิจารณาเห็นควรดำเนินการดังนี้

๓.๑ แจ้ง นชต.รพ.ร.บ ทราบ

๓.๒ นำเรียน ผอ.รพ.ร.บ, รอง ผอ.รพ.ร.บ (๑) และ ทน.สง.ผบช.รพ.ร.บ เพื่อกรุณาทราบ

จึงเรียนมาเพื่อกรุณาพิจารณา หากเห็นเป็นการสมควร กรุณาอนุมัติในข้อ ๓

พ.อ.หญิง

(อุษา ตันติแพทยากร)

หน.ศูนย์บริหารการเงิน รพ.ร.บ

- อนุมัติในข้อ ๓

รับคำสั่ง ผอ.รพ.ร.บ

พ.อ.

(รชต ลำภู)

รอง ผอ.รพ.ร.บ (๒)

๑๑ ก.พ. ๖๔

ทราบ

พล.ต.

(สุรศักดิ์ อนันต์ศีลธรรม)

ผอ.รพ.ร.บ

๑๖ ก.พ.๖๔

ทราบ

พล.ต.

(วิเชษฐ์ รัตนจรัสโรจน์)

หน.สง.ผบช.รพ.ร.บ

๑๖ ก.พ.๖๔

ทราบ

พ.อ.หญิง

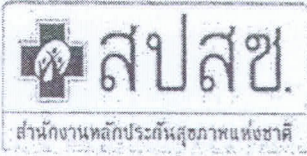
(ปริญนันท์ จารุจินดา)

รอง ผอ.รพ.ร.บ (๑)

๑๖ ก.พ.๖๔

- **วิเชษฐ์ รัตนจรัสโรจน์**
(๑๑.๑๑๗)
พ.อ.
(เจษฎา อุดมมงคล)

ผอ.กอย.รพ.ร.บ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร
 ๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๕ อาคารบี โซนทีเคใต้ (อาคารจอดรถ) " ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา
 ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ " ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐
 โทรศัพท์ ๐ ๒๑๔๒ ๑๐๐๐ โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๘๗๗๒-๓

รับที่.....	1699
วันที่.....	3 ก.พ. 2564
เวลา.....	09:10
ศูนย์บริหารการเงิน (ปกส.) รพ.รร.6	096
รับที่.....	3 ก.พ. 2564
เวลา.....	10:00

ที่ สปสช.๕.๔๒/ว.๐๔๗๙

๒๑ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง แจ้งแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth / Telemedicine) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
 เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สถาบัน /คณะดี ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พื้นที่กรุงเทพมหานคร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.แนวทางแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth / Telemedicine) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๒.แบบประเมินศักยภาพ หน่วยบริการเพิ่มศักยภาพ การให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ประกาศแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth / Telemedicine) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ นั้น

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ขอให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ศึกษาแนวทางรายละเอียดตามเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ กรณีมีความประสงค์จะให้บริการดังกล่าว ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ให้ประเมินตนเองในเอกสารแบบประเมินศักยภาพฯ ตามเอกสารที่ส่งมาด้วย ๒ ทั้งนี้ให้จัดส่งเอกสารกลับไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ภายในวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ เพื่อสำนักงานฯ จะได้ดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

รศ.พ.อ. รพ.รร. (ส.น.ร.ร.จ.)
 - พ.อ. น.ร.ค.ท.น.บ.

พ.อ.หญิง

(อุษา ตันติแพทยางกูร)

หน.ศูนย์บริหารการเงิน รพ.รร.๖

ส.พ.พ. ๒๑

กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ

โทรศัพท์ ๐๒ ๑๔๒๐๔๔๓ โทรสาร ๐๒ ๑๔๓ ๘๗๗๒-๓

ผู้รับผิดชอบ นางสาวหัตถดาว หนูน้ำ

FM-401 04-040

(นายปริญญา ชิมวงษ์)

รองผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 เขต 13 กรุงเทพมหานคร

งานแผนเลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

-ทงพ

พ.อ.หญิง

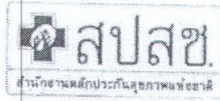
(สมิตรา ศิริธางกุล)

รองหน.ศูนย์บริหารการเงิน รพ.รร.๖

ส.พ.พ. ๒๑

ฉบับที่ 05

วันที่ 2 เมษายน 2563



แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth /Telemedicine)
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564

เพื่อให้การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการกรณีค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth / Telemedicine) ปีงบประมาณ 2564 เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขอแจ้งแนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการ ในการให้บริการและการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ดังนี้

นิยาม

“การแพทย์ทางไกล” หมายความว่า การให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกล เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ที่เป็นประโยชน์ต่อการปรึกษา การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

“ระบบบริการการแพทย์ทางไกล” หมายความว่า ระบบงานที่มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้ในการให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่อยู่ต่างสถานที่ด้วย วิธีการส่งสัญญาณข้อมูลภาพและเสียงหรือวิธีการอื่น

หมายเหตุ ** นิยาม จาก ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องมาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลโดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพตามและมาตรฐานและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม
- 1.2 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขโดยการปรับรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ COVID-19 และการเปลี่ยนแปลงสู่สถานะ New normal

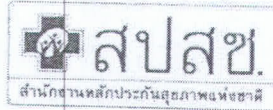
เงื่อนไขหน่วยบริการ

1. เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. มีผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความพร้อมในการให้บริการสาธารณสุขทางไกล ตามมาตรฐานที่สภาวิชาชีพประกาศกำหนด
3. มีความพร้อมของเทคโนโลยีดิจิทัล หรือ Application ในการพิสูจน์ตัวตน การนัดหมาย และการจ่ายเงิน ที่เชื่อมต่อกับข้อมูลของ สปสช. ได้
4. มีกระบวนการในการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกลของหน่วยบริการ พร้อมทั้งชี้แจงให้ผู้รับบริการรับทราบและยินยอมก่อนวันรับบริการ
5. มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการ ในทุกกระบวนการขั้นตอนให้สามารถทวนสอบข้อมูลได้
6. มีมาตรฐานการรักษาความมั่นคงด้านสารสนเทศและมีแผนการจัดการความเสี่ยงและควบคุมความผิดพลาดทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร

การติดต่อประสานงาน

หากหน่วยบริการมีข้อสงสัยต้องการสอบถามเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ดังนี้

- 1) Help Desk สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ ในวันและเวลาราชการ เบอร์โทรศัพท์ 02-142-3100-3
 - 2) สายด่วน สปสช. 1330 ตลอด 24 ชั่วโมง
 - 3) สปสช.เขตพื้นที่ ที่หน่วยบริการตั้งอยู่
-



แบบประเมินศักยภาพ หน่วยบริการเพิ่มศักยภาพ
การให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล

ชื่อหน่วยบริการ..... รหัสหน่วยบริการ.....
 สถานที่ตั้ง..... เลขที่..... ถนน..... อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

กลุ่มโรคที่จะดำเนินการและประมาณจำนวนผู้ป่วยรายโรคที่คาดว่าจะรับบริการสาธารณสุขระบบทางไกล
 รวมจำนวน.....คน จำแนก เป็นดังนี้

- โรคความดันโลหิตสูง จำนวน คน
- โรคเบาหวาน จำนวน คน
- โรคหอบหืด จำนวน คน
- โรคมะเร็ง จำนวน คน
- โรคจิตเวช จำนวน คน
- โรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล (ระบุโรค)..... จำนวน คน

ข้อประเมิน	แนวทางการพิจารณา	ศักยภาพและความพร้อม		รายละเอียดเพิ่มเติม
		มี	ไม่มี	
1. เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	เป็น หน่วยบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จัดบริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการ โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกล			
2. มีผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความพร้อมในการให้บริการสาธารณสุขทางไกล ตามมาตรฐานที่สภาวิชาชีพประกาศกำหนด	หน่วยบริการมีการมอบหมายงานและควบคุมดูแลให้ผู้ประกอบวิชาชีพในหน่วยบริการที่ให้บริการการแพทย์ทางไกลต้องปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพของตนที่แต่ละสภาวิชาชีพได้กำหนด โดยในปัจจุบัน แพทยสภา ได้จัดทำประกาศเรื่อง แนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (Telemedicine) และคลินิกรออนไลน์ และ สภาเภสัชกรรม ได้จัดทำ ประกาศสภาเภสัชกรรม เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)			

ข้อประเมิน	แนวทางการพิจารณา	ศักยภาพและ ความพร้อม		รายละเอียดเพิ่มเติม
		มี	ไม่มี	
3. มีความพร้อมของเทคโนโลยีดิจิทัลหรือ Application ในการพิสูจน์ตัวตน การนัดหมายและการจ่ายเงิน ที่เชื่อมต่อกับข้อมูลของ สปสช. ได้	<p>พิจารณาจากหน่วยบริการต้องมี Application ที่สามารถทำงานได้ทั้งระบบปฏิบัติการ IOS / Android และ Application ต้องมี function ในการใช้งานพิสูจน์ตัวตนและการนัดหมายในโรงพยาบาล เป็นอย่างน้อย</p> <p>การพิสูจน์ตัวตน คือ ขั้นตอนการยืนยันความถูกต้องของหลักฐาน ที่แสดงว่าเป็นบุคคลที่กล่าวอ้างจริง โดย Application ต้องมีกลไกของการพิสูจน์ตัวตน อย่างน้อย 2 กลไก เช่น บัตรประจำตัวประชาชน หรือ บัตรนัดของหน่วยบริการ <u>ร่วมกับ</u> รหัสผ่าน หรือ PIN หรือ OTP</p>			<p>ชื่อ Application ในการพิสูจน์ตัวตน การนัดหมาย</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>พบแพทย์ออนไลน์</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>กลไกของการพิสูจน์ตัวตน</p> <p>1. สิ่งที่คุณมี (Possession factor)</p> <p><input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/> บัตรนัดของหน่วยบริการ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>2. สิ่งที่คุณรู้ (Knowledge factor)</p> <p><input type="checkbox"/> Password</p> <p><input type="checkbox"/> PIN</p> <p><input type="checkbox"/> OTP</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>3. สิ่งที่คุณเป็น (Biometric factor)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
4. มีกระบวนการในการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกลของหน่วยบริการพร้อมทั้งชี้แจงให้ผู้รับบริการรับทราบและยินยอมก่อนวันรับบริการ	หน่วยบริการจัดให้มีกระบวนการในการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกลของหน่วยบริการ ตลอดกระบวนการดูแลรักษา พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดก่อนการให้บริการ ขั้นตอนปฏิบัติ ผลที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการทุกด้าน ตลอดจนความเสี่ยงต่อการรับบริการ ให้ผู้รับบริการรับทราบและยินยอมก่อนวันรับบริการ			

ข้อประเมิน	แนวทางการพิจารณา	ศักยภาพและความพร้อม		รายละเอียดเพิ่มเติม
		มี	ไม่มี	
	(หน่วยบริการส่ง flow กระบวนการ การให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกลของหน่วย บริการ)			
5. มีการบันทึกข้อมูล การให้บริการในทุก กระบวนการขั้นตอน ให้สามารถทวนสอบ ข้อมูลได้	หน่วยบริการต้องจัดให้มีการบันทึกข้อมูล การให้บริการ การตรวจสอบและการยืนยัน กระบวนการการให้บริการระบบการแพทย์ทางไกล ในทุกขั้นตอนที่สามารถทวนสอบได้			
6. มีมาตรฐานการรักษา ความมั่นคง ด้านสารสนเทศและ มีแผนการจัดการความ เสี่ยงและควบคุมความ ผิดพลาดทางเทคโนโลยี และการสื่อสาร	หน่วยบริการต้องมีเทคโนโลยีสามารถสื่อสารระหว่าง กันได้อย่างชัดเจนระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พร้อมทั้งจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยงและ ควบคุมความผิดพลาดทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร			

ลงชื่อ
(.....)
(หัวหน้าหน่วยงานหรือผู้รับมอบอำนาจ)

สำหรับเจ้าหน้าที่ สปสช./สปสช.เขต

ได้พิจารณา และตรวจสอบเอกสารหลักฐานแสดงศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการของสถานบริการ
แล้ว ปรากฏว่า

- ผ่านการตรวจประเมิน
 ไม่ผ่านการตรวจประเมิน

ความเห็นเพิ่มเติม.....
.....

ลงชื่อ
(.....)
(ผู้บริหาร/เจ้าหน้าที่ สปสช.)

วันที่.....