สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๒ – ๔ อาคารรัฐประศาสนภักดี " ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ "
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพ ฯ ๑๐๒๑๐ โทรศัพท์ ๐๒ ๑๔๑ ๐๐๐๐ โทรสาร (Fax) ๐๒ ๑๔๓ ๙๗๓๐

ด่วนที่สุด

ที่ สปสช ๖.๗๐/ว.๕๓๐๒

๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง การดำเนินการกรณีข้อมูลการเบิกค่าบริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยนอกและอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ไม่ผ่านเงื่อนไขตรวจสอบก่อนจ่าย สำหรับหน่วยบริการ

เรียน ผู้อำนวยการหน่วยบริการและสถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวทางแก้ไขกรณีข้อมูลการให้บริการฯ ข้อมูลติด Verify จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แนวทางจัดเตรียมเอกสารหลักฐานรองรับการตรวจสอบก่อนการจ่ายฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีการดำเนินการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยนอกและรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม (Instrument) ซึ่ง สปสช.จะมีการดำเนินการตรวจสอบก่อนจ่ายโดยกำหนดเงื่อนไขเพื่อประมวลผลค้นหาข้อมูลที่ผิดปกติโดยระบบ Verify data และหรือระบบปัญญาประดิษฐ์ (AI System) รายละเอียดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องตามที่ทราบแล้วนั้น

ในการนี้ การดำเนินการดังกล่าวจะมีข้อมูลที่หน่วยบริการ/สถานพยาบาล บันทึกเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายการบริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยนอกหรือรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม มาในโปรแกรม e Claim ไม่ผ่านเงื่อนไขและถูกชะลอการจ่ายเพื่อตรวจสอบหลักฐานเอกสารการให้บริการ ดังนั้นเพื่อให้การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขฯ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้องตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขที่กำหนด สปสช.ขอให้หน่วยบริการ/สถานพยาบาล ตรวจสอบข้อมูลการขอรับค่าใช้จ่ายที่ส่งมายัง สปสช.กรณีพบข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบกรณีดังกล่าว ให้หน่วยบริการ/สถานพยาบาล ที่มีความประสงค์จะยืนยันการให้บริการ ให้ส่งเอกสารหลักฐานการให้บริการมาใน **โปรแกรม EMA** ของ สปสช. ภายใน ๑๕ วันนับจากได้รับทราบข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบที่ปรากฏใน Statement ของ E-claim และ โปรแกรม EMA โดยจัดเตรียมหลักฐานเอกสาร ตามแนวทางการแก้ไขและจัดเตรียมเอกสารหลักฐานรองรับการตรวจสอบก่อนการจ่ายฯ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และ ๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

หมายเลขใบรับรอง: 77c9403b30fbfc03027c04fd9d972162
เวลาดำเนินการ: 28 ก.ค. 2565 07:10:24
ลงนามโดย: เบญจมาส เลิศชาคร
หมายเลขเอกสาร: 7b93-8f91-ee0f

ขอแสดงความนับถือ

(นางเบญจมาส เลิศชาคร)
ผู้ช่วยเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ฝ่ายตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ สายงานบริหารกองทุน
ผู้รับผิดชอบ นางสาวณินัชชา แปงสาย / นางสาวมาลีรัตน์ งามจิตต์เอื้อ / นางปรียานุช ศรีวชิรวัฒน์
โทรศัพท์ ๐๘๗-๑๗๗-๘๘๑๘ / ๐๙๒-๒๔๖-๕๗๓๔ / ๐๖๑-๔๒๐-๙๓๐๙
E-mail Ninutcha.p@nhso.go.th / maleerat.n@nhso.go.th / preyanuch.s@nhso.go.th
**สำเนาเรียน** ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต .....

**สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑**

**แนวทางแก้ไขกรณีข้อมูลการให้บริการ**
**กรณีข้อมูลการเบิกค่าบริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยนอกและการเบิก Instrument สำหรับหน่วยบริการ**
**ที่ไม่ผ่านการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข (ข้อมูลติด Verify)**

**หน่วยบริการ ดำเนินการแก้ไขข้อมูลติด Verify ดังนี้**

๑. กรณีหน่วยบริการ ยอมรับตามผล Verify ข้อมูลของ สปสช. ซึ่งไม่ต้องแนบเอกสารมาให้ สปสช. ตรวจสอบอีก ให้บันทึกในโปรแกรมตามรายการ PID ในหน้าแรกที่แสดงรายการเวชระเบียนที่ติด V ในหัวข้อการพิจารณาผลการตรวจสอบ ที่ข้อความ “ยอมรับตามผล VA” สปสช. จะดำเนินการประมวลผลโดยไม่จ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขดังกล่าว

๒. กรณีหน่วยบริการไม่ยอมรับตามผล Verify ข้อมูลของ สปสช. ต้องแนบเอกสารมาเพื่อให้ สปสช.พิจารณา ให้เลือกข้อความ“ไม่ยอมรับตามผล VA” ในหัวข้อการพิจารณาผลการตรวจสอบ แล้วเข้าไปในรายละเอียดและแนบเอกสารเพื่อยืนยันบริการ โดยแนบเอกสารหลักฐานเพื่อยืนยันการให้บริการ ในรูปแบบ PDF file ผ่าน **โปรแกรมแนบไฟล์เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (eMA Client)** ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ **URL : https://audit.nhso.go.th/ema หรือ QR CODE**

๓. ช่องทางในการสอบถาม ข้อสงสัย หรือ พบปัญหาในการดำเนินการ

๓.๑. สอบถาม ให้คำปรึกษา สิทธิหลักประกันสุขภาพ ติดต่อ สายด่วน สปสช. 1330
Line : @nhso ; email address: 1330@nhso.go.th

๓.๒. แจ้งปัญหาและสนับสนุนทางเทคนิค การใช้งานโปรแกรม ติดต่อ IT HELPDESK
email address: ithelpdesk@nhso.go.th

๓.๓. ปรึกษา แจ้งปัญหา และสอบถามเรื่องการเบิกค่าใช้จ่าย ติดต่อ Provider center
email address: providercenter@nhso.go.th ; หมายเลข ๐๒-๕๕๔-๐๕๐๕

๓.๔. ปรึกษา แจ้งปัญหา และสอบถามเรื่อง งานชดเชยค่าบริการหรืองานตรวจสอบการจ่ายชดเชย ติดต่อ สปสช. เขต ที่รับผิดชอบตามที่ตั้งของหน่วยบริการ หรือ ตาม URL
https://eclaim.nhso.go.th/webComponent/contact/ContactAction.do

๓.๕. ปรึกษา แจ้งปัญหา และสอบถามเรื่องเงื่อนไขการตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย (Pre-audit) ติดต่อ สปสช. ส่วนกลาง

| ลำดับ | บริการ | เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|
| ๑. | การเบิกจ่ายชดเชยรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม (Instrument) | นางสาวมาลีรัตน์ งามจิตต์เอื้อ<br>E-mail maleerat.n@nhso.go.th<br>โทรศัพท์ ๐๙๒-๒๔๖-๕๗๓๔ |
| ๒. | บริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OPAE) | นางปรียานุช ศรีวชิรวัฒน์<br>E-mail preyanuch.s@nhso.go.th<br>โทรศัพท์ ๐๖๑-๔๒๐-๙๓๐๙ |
| ๓. | บริการผู้ป่วยนอก กรณีประชาชน ไปรับบริการในหน่วยบริการอื่น กรณีที่มีเหตุสมควร (WALKIN) | |
| ๔. | บริการผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (OPBKK) | นางสาวณิณัชชา แปงสาย<br>E-mail ninutcha.p@nhso.go.th<br>โทรศัพท์ ๐๘๗-๑๗๗-๘๘๑๘ |
| ๕. | บริการผู้ป่วยนอก การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง (OP-CANCER) | |

**แนวทางจัดเตรียมเอกสารหลักฐานรองรับการตรวจสอบก่อนการจ่ายฯ**

ในกรณีที่หน่วยบริการตรวจสอบข้อมูล และหากไม่เห็นด้วยให้แนบเอกสารหลักฐานเพื่อยืนยันการให้บริการส่งให้สำนักงานทบทวนผลการตรวจสอบ โดยมี แนวทางการจัดเตรียมเอกสารข้อมูลติดเงื่อนไข Verify data กรณีข้อมูลการเบิกค่าบริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยนอกและการเบิก Instrument สำหรับหน่วยบริการ ดังนี้

๑. การเบิกจ่ายชดเชยรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม (Instrument) กรณีติด Verify รหัส V048
๒. บริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OPAE) กรณีติด Verify รหัส V201-V204
๓. บริการผู้ป่วยนอก กรณีประชาชน ไปรับบริการในหน่วยบริการอื่น กรณีที่มีเหตุสมควร (WALKIN) กรณีติด Verify รหัส V205-V207
๔. บริการผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (OPBKK) กรณีติด Verify รหัส V208-V211
๕. บริการผู้ป่วยนอก การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง (OP-CANCER) กรณีติด Verify รหัส V212-V216

หมายเหตุ: หน่วยบริการสามารถ ดาวน์โหลด “แนวทางแก้ไขข้อมูลติด Verify” เพื่อจัดเตรียมเอกสารหลักฐานประกอบการตรวจสอบของแต่ละราย ได้ที่ URL https://eclaim.nhso.go.th -> ดาวน์โหลด -> แนวทางแก้ไขข้อมูลติด VERIFY

**ตารางแสดงความหมายรหัสเงื่อนไข Verify และรายการเอกสารที่หน่วยบริการต้องแนบเพื่อยืนยันการให้บริการแยกตามรหัส**

| ลำดับ | รหัสเงื่อนไข (VA_NO) | ความหมาย | เอกสารที่แนบเพื่อพิจารณา |
|---|---|---|---|
| ๑. | V048 | ไม่ผ่านเกณฑ์เงื่อนไขการตรวจสอบการเบิกชดเชยรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม | ๑. แนบเอกสารหลักฐานเพื่อยืนยันการให้บริการ ในรูปแบบ PDF file ผ่านระบบ Web Application URL : https://audit.nhso.go.th/ema<br>๒. เอกสารหลักฐาน ประกอบด้วย<br>๒.๑. ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ประกอบด้วย เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ชื่อสกุล วันเดือนปีเกิด เป็นอย่างน้อย<br>๒.๒. บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) visit ที่มีการการสั่งจ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียม<br>๒.๓. บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ได้แก่ Discharge summary, ใบบันทึกการผ่าตัด และ admission ที่มีการใช้อุปกรณ์อวัยวะเทียม เป็นต้น<br>๒.๔. กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ภายในร่างกาย เช่น เลนส์แก้วตาเทียม โลหะดามกระดูก เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมดังกล่าว ได้แก่ บันทึกการสั่ง และหลักฐานการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในเวชระเบียน และ sticker (ถ้าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นมี sticker)<br>๒.๕. กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ภายนอกร่างกาย เช่น ฟันเทียม รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยเดินหรือรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการสั่งจ่ายและหลักฐานการลงนามรับอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ของผู้ป่วยหรือญาติ<br>**ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของหน่วยบริการ กรุณาตรวจสอบเอกสารที่แนบมาด้วยทุกครั้ง หากเอกสารผิดคน ผิดประเภท หรือไม่สมบูรณ์ จะไม่สามารถพิจารณาผลการตรวจสอบได้ |
| ๒. | V201 | ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีการเบิกค่าใช้จ่ายผิดปกติในโรงพยาบาลระดับเดียวกัน (OPAE) | ๑. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสารหลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด<br>๒. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้<br>๓. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก)<br>๔. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก |

| ลำดับ | รหัสเงื่อนไข (VA_NO) | ความหมาย | เอกสารที่แนบเพื่อพิจารณา |
|---|---|---|---|
| ๓. | V202 | มีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติในกลุ่มโรคเดียวกัน (OPAE) | ๑. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสารหลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด<br>๒. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้<br>๓. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก)<br>๔. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก |
| ๔. | V203 | มีจำนวนการเข้ารับบริการมากผิดปกติ (OPAE) | ๑. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสารหลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด<br>๒. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้<br>๓. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษา และผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก)<br>๔. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายตามรายการที่ขอเบิก |
| ๕. | V204 | มีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ (OPAE) | ๑. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสารหลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด<br>๒. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้<br>๓. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก)<br>๔. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก |
| ๖. | V205 | มีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ (WALKIN) | ๑. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสารหลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด<br>๒. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้<br>๓. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก)<br>๔. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก |

| ลำดับ | รหัสเงื่อนไข (VA_NO) | ความหมาย | เอกสารที่แนบเพื่อพิจารณา |
|---|---|---|---|
| ๗. | V206 | ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีการเบิกค่าใช้จ่ายผิดปกติในโรงพยาบาลระดับเดียวกัน (WALKIN) | ๑. 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสารหลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด<br>๒. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้<br>๓. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก)<br>๔. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก |
| ๘. | V207 | มีจำนวนการเข้ารับบริการมากผิดปกติ (WALKIN) | ๑. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสารหลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด<br>๒. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้<br>๓. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษา และผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก)<br>๔. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายตามรายการที่ขอเบิก |
| ๙. | V208 | ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีจำนวนการเข้ารับบริการมากผิดปกติ (OPBKK) | ๑. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสารหลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด<br>๒. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้<br>๓. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก)<br>๔. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก |
| ๑๐. | V209 | ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายรวม สูงผิดปกติสำหรับหน่วยบริการในระดับเดียวกัน (OPBKK) | ๑. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสารหลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด<br>๒. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้<br>๓. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก)<br>๔. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก |
| ๑๑. | V210 | ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ (OPBKK) | ๑. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสารหลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด<br>๒. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้อง |

| ลำดับ | รหัสเงื่อนไข (VA_NO) | ความหมาย | เอกสารที่แนบเพื่อพิจารณา |
|---|---|---|---|
| | | | กับการรักษาครั้งนี้<br>๓. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก)<br>๔. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก |
| ๑๒. | V211 | ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายรวม สูงผิดปกติ ในกลุ่มโรคเดียวกัน (OPBKK) | ๑. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสารหลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด<br>๒. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้<br>๓. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก)<br>๔. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก |
| ๑๓. | V212 | ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีจำนวนการเข้ารับบริการมากผิดปกติ (OP-CANCER) | ๑. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสารหลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด<br>๒. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้<br>๓. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก)<br>๔. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก |
| ๑๔. | V213 | ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายรวม สูงผิดปกติสำหรับหน่วยบริการในระดับเดียวกัน (OP-CANCER) | ๑. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสารหลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด<br>๒. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้<br>๓. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก)<br>๔. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก |
| ๑๕. | V214 | ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ (OP-CANCER) | ๑. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสารหลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด<br>๒. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้<br>๓. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก)<br>๔. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก |

| ลำดับ | รหัสเงื่อนไข (VA_NO) | ความหมาย | เอกสารที่แนบเพื่อพิจารณา |
|---|---|---|---|
| ๑๖. | V215 | ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการที่ยังไม่ได้กำหนดราคากลาง สูงผิดปกติ (OP-CANCER) | ๑. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสารหลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด<br>๒. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้<br>๓. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก)<br>๔. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก |
| ๑๗. | V216 | ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายรวม สูงผิดปกติ ในกลุ่มโรคเดียวกัน (OP-CANCER) | ๑. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสารหลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด<br>๒. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้<br>๓. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก)<br>๔. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก |