

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
1	V000	ไม่มีข้อมูล Authen/ Authen ไม่ถูกต้อง ไม่ผ่านการตรวจสอบ	1. หลักฐานการยืนยันตัวตนการรับผู้ติดเชื้อ (Authen) เข้ารับบริการ
2	V001	เบอร์โทรรูปแบบไม่ถูกต้องทำให้ไม่สามารถติดต่อผู้ติดเชื้อได้	2. เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ ตามจำนวนวันที่ขอเบิก
3	V002	มีเบอร์โทรแต่ไม่สามารถติดต่อผู้ติดเชื้อได้	3. หลักฐานการจัดอาหารตามจำนวนวันที่เบิก หรือ หลักฐานการรับอาหาร
4	V003	เลขบัตรประชาชนไม่ตรงกับข้อมูลที่ Authen	4. หลักฐานแสดงการจัดส่งยา หรือ หลักฐานการรับยาฟ้าทะลายโจร
5	V004	ผู้รับบริการตามรายชื่อ/เลขที่บัตรประชาชนตามที่ Authen แจ้งว่าไม่เป็นผู้ติดเชื้อโรค Covid 19	5. หลักฐานแสดงการจัดส่งยา หรือ หลักฐานการรับยา Favipiravir 6. หลักฐานการสั่งซื้อที่ระบุราคาอุปกรณ์
6	V006	ผู้ติดเชื้อแจ้งว่าได้รับบริการดูแลจากหน่วยบริการอื่นไม่ตรงหน่วยบริการที่ Authen	7. หลักฐานการบันทึก การดูแลด้วยการให้ออกซิเจน รวมทั้งวันเริ่มต้นและวันสิ้นสุดการให้ออกซิเจน 8. รายงานผลการตรวจ Chest X-ray ที่ระบุหน่วยบริการ วันที่ให้บริการ 9. รายงานผลการตรวจ RT PCR (official report) ที่ระบุหน่วยบริการ วันที่ให้บริการ ตามประเภทการตรวจคัดกรองที่ส่งเบิก
7	V008	ไม่ได้รับการประเมิน และ/หรือไม่ได้ รับอาหาร ตามจำนวนวันที่ขอเบิก ในการให้บริการ (Home Isolation/Community Isolation)	1 เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ เวชระเบียน Nurse note /หลักฐานที่สื่อสารกับผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก 2 หลักฐานการจัดอาหารจากหน่วยผลิตอาหารจัดส่งให้ผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก หรือ 3 หลักฐานการรับอาหารของผู้ติดเชื้อ/ญาติ
8	V009	ไม่ได้รับการประเมิน และ/หรือไม่ได้ รับอาหาร ตามจำนวนวันที่ขอเบิก ในการให้บริการ (Home Isolation/Community Isolation)	1 เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ เวชระเบียน Nurse note /หลักฐานที่สื่อสารกับผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก 2 หลักฐานการจัดอาหารจากหน่วยผลิตอาหารจัดส่งให้ผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก หรือ 3 หลักฐานการรับอาหารของผู้ติดเชื้อ/ญาติ
9	V010	ไม่ได้รับการประเมิน และ/หรือไม่ได้ รับอาหาร ตามจำนวนวันที่ขอเบิก ในการให้บริการ (Home Isolation/Community Isolation)	1 เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ เวชระเบียน Nurse note /หลักฐานที่สื่อสารกับผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก 2 หลักฐานการจัดอาหารจากหน่วยผลิตอาหารจัดส่งให้ผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก หรือ 3 หลักฐานการรับอาหารของผู้ติดเชื้อ/ญาติ

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
10	V011	ไม่ได้รับการประเมิน และ/หรือไม่ได้ รับประทานอาหาร ตามจำนวนวันที่ขอเบิก ในการให้บริการ (Home Isolation/Community Isolation)	1 เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ เวชระเบียน Nurse note /หลักฐานที่สื่อสารกับผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก 2 หลักฐานการจัดอาหารจากหน่วยผลิตอาหารจัดส่งให้ผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก หรือ 3 หลักฐานการรับอาหารของผู้ติดเชื้อ/ญาติ
11	V012	ไม่ได้รับการประเมิน และ/หรือไม่ได้ รับประทานอาหาร ตามจำนวนวันที่ขอเบิก ในการให้บริการ (Home Isolation/Community Isolation)	1 เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ เวชระเบียน Nurse note /หลักฐานที่สื่อสารกับผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก 2 หลักฐานการจัดอาหารจากหน่วยผลิตอาหารจัดส่งให้ผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก หรือ 3 หลักฐานการรับอาหารของผู้ติดเชื้อ/ญาติ
12	V013	ไม่ได้รับอุปกรณ์วัดไข้และ เครื่องวัดออกซิเจน	1หลักฐานแสดงการจัดส่งเวชภัณฑ์ ตามรายการที่ให้แกผู้ติดเชื้อ(ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา) หรือ 2 หลักฐานการรับเวชภัณฑ์ของผู้ติดเชื้อ/ญาติตามรายการที่ให้แกผู้ติดเชื้อ (ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา) หมายเหตุ กรณีจัดหาเป็นอุปกรณ์อื่นที่ไม่ใช่ เครื่องวัดไข้ และ เครื่องวัด O2sat ต้องระบุเหตุผลผลการไม่ได้จัดหาให้
13	V014	ไม่ได้รับอุปกรณ์วัดไข้	1หลักฐานแสดงการจัดส่งเวชภัณฑ์ ตามรายการที่ให้แกผู้ติดเชื้อ(ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา) หรือ 2 หลักฐานการรับเวชภัณฑ์ของผู้ติดเชื้อ/ญาติตามรายการที่ให้แกผู้ติดเชื้อ (ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา) หมายเหตุ กรณีจัดหาเป็นอุปกรณ์อื่นที่ไม่ใช่ เครื่องวัดไข้ และ เครื่องวัด O2sat ต้องระบุเหตุผลผลการไม่ได้จัดหาให้
14	V015	ไม่ได้รับเครื่องวัดออกซิเจน	1หลักฐานแสดงการจัดส่งเวชภัณฑ์ ตามรายการที่ให้แกผู้ติดเชื้อ(ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา) หรือ 2 หลักฐานการรับเวชภัณฑ์ของผู้ติดเชื้อ/ญาติตามรายการที่ให้แกผู้ติดเชื้อ (ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา) หมายเหตุ กรณีจัดหาเป็นอุปกรณ์อื่นที่ไม่ใช่ เครื่องวัดไข้ และ เครื่องวัด O2sat ต้องระบุเหตุผลผลการไม่ได้จัดหาให้

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
15	V016	ไม่ได้จ่ายยาฟ้าทะลายโจร	1 หลักฐานแสดงการจัดส่งยา (ระบุชื่อผู้รับ) หรือ 2 หลักฐานการรับยาของผู้ติดเชื้อ/ญาติ
16	V017	ไม่พบการให้บริการ Chest X-Ray	รายงานผลการตรวจChest X-Ray ในช่วงที่ให้บริการ HI/CI ที่ระบุวันที่ชัดเจน(กรณี OP เท่านั้น)
17	V018	ไม่พบการให้บริการ ตรวจคัดกรอง RT PCR	รายงานผลการตรวจ RT PCR ที่ระบุหน่วยบริการส่งตรวจและหน่วยตรวจ (official report) โดยต้องเป็นการตรวจในช่วงเวลาที่ให้บริการ HI/CI
18	V019	ไม่พบการให้บริการออกซิเจน ตามจำนวนวันที่ขอเบิก	1 หลักฐานแสดงการจัดส่งอุปกรณ์ oxygen หรือ หลักฐานการรับอุปกรณ์ oxygen ให้แก่ผู้ติดเชื้อ(ระบุชื่อผู้รับ) (กรณี HI) หรือ 2 หลักฐานการให้/การได้รับออกซิเจน ของผู้ติดเชื้อ (กรณี CI) ได้แก่ คำสั่งแพทย์ และบันทึกพยาบาล 3 โดยระบุจำนวนวันที่เริ่มให้ และจำนวนวันที่สิ้นสุดการให้บริการ
19	V020	ไม่ได้จ่ายอุปกรณ์ วัดไข้ & วัด O2sat	1หลักฐานแสดงการจัดส่งเวชภัณฑ์ ตามรายการที่ให้แกผู้ติดเชื้อ(ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา) หรือ 2 หลักฐานการรับเวชภัณฑ์ของผู้ติดเชื้อ/ญาติตามรายการที่ให้แกผู้ติดเชื้อ (ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา) หมายเหตุ กรณีจัดหาเป็นอุปกรณ์อื่นที่ไม่ใช่ เครื่องวัดไข้ และ เครื่องวัด O2sat ต้องระบุเหตุผลผลการไม่ได้จัดหาให้
20	V022	ไม่ได้จ่ายยาฟาวิพิลาเวียร์	1 หลักฐานแสดงการจัดส่งยา (ระบุชื่อผู้รับ) หรือ 2 หลักฐานการรับยาของผู้ติดเชื้อ/ญาติ
21	V023		
22	V024	เบิกชดเชยการเก็บ specimen ทุกรูปแบบซ้ำซ้อนใน 24 ชั่วโมง ใน PID เดียวกัน	
23	V025	เบิกชดเชยการเก็บ specimen ทุกรูปแบบซ้ำซ้อน ใน PID ที่ได้รับการจ่ายชดเชยการเก็บ specimen ไปแล้วภายใน 3 วัน	
24	V026	เบิกชดเชยการเก็บ specimen ทุกรูปแบบซ้ำซ้อนตั้งแต่ 3 ครั้ง ขึ้นไป ในช่วงเวลา 14 วัน	

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
25	V027	เบิกชดเชยการค่า lab ทุกรูปแบบซ้ำซ้อนใน 24 ชั่วโมง ใน PID เดียวกัน ที่มีผลเป็น Negative	
26	V028	เบิกชดเชยการทำ Lab ทุกรูปแบบซ้ำซ้อน ใน PID ที่ได้รับการจ่ายชดเชยค่า Lab ไปแล้วภายใน 3 วัน	
27	V029	เบิกชดเชยการทำ Lab ทุกรูปแบบซ้ำซ้อน ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ในช่วงเวลา 14 วัน	
28	V030	เบิกชดเชยค่า lab RT-PCR ซ้ำซ้อน ใน PID ที่ได้รับการจ่ายชดเชยค่า RT-PCR ไปแล้ว ในระยะเวลา 3 วัน	
29	V031	เบิกชดเชยค่า lab RT-PCR ซ้ำซ้อน ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ในระยะเวลา 14 วัน	
30	V032	การเบิกชดเชย lab การตรวจ antibody	
31	V033	เบิกชดเชยค่า lab RT-PCR ซ้ำซ้อน ใน PID ที่ได้รับการจ่ายชดเชยค่า RT-PCR ซ้ำซ้อนใน 24 ชั่วโมง ใน PID เดียวกัน	
32	V034	มีการเบิก Lab แบบ RT-PCR ที่เคยมีผล Positive ใน Visit ก่อนหน้านี้ ไม่เกิน 90 วัน	
33	V035	กรณี IP Covid-19 กลุ่ม Case สีเขียว แต่เบิกค่าห้องรหัส COVR09 (ค่าห้องสำหรับผู้ป่วยโควิดสีเหลือง) หรือ COVR10 (ค่าห้องสำหรับผู้ป่วยโควิดสีแดง) เฉพาะ case ที่ Date Admit ตั้งแต่วันที่ 1/8/2564	
34	V036	กรณี IP Covid-19 กลุ่ม Case สีเขียว ที่เบิกค่าห้องรหัส COVR01 (ค่าห้องควบคุมผู้ป่วย COVID ใน รพ) เฉพาะ case ที่ Date Admit ระหว่างวันที่ 2/3/2563 ถึง 31/7/2564	

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
35	V037	Case ที่ Dx. Covid-19 แบบ Asymptomatic โดยไม่พบรหัสอื่นๆ ร่วมด้วย (สีเขียว) ที่พบการเบิกร่วมกับการเบิก ค่าห้องรหัส COVR09 (ค่าห้องสำหรับผู้ป่วยโควิดสีเหลือง) หรือ COVR10 (ค่าห้องสำหรับผู้ป่วยโควิดสีแดง) เฉพาะ case ที่ Admit ตั้งแต่วันที่ 1/8/2564	
36	V038	กรณี IP Covid-19 กลุ่ม Case สีเขียว ที่เบิก PPE > 15 ชุด/วัน	
37	V039	ไม่ได้จ่ายอุปกรณ์ วัดไข้ & วัด O2sat	หลักฐานแสดงการจัดส่งเวชภัณฑ์ หรือ หลักฐานการรับเวชภัณฑ์ และ หลักฐานการประเมินผู้ป่วยได้แก่ การวัดอุณหภูมิ และความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด
38	V040	Case ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Covid-19 ที่พบการจำหน่ายและรับ Admit ต่อในวันเดียวกัน ภายใต้หน่วยบริการเดียวกัน	
39	V041	พบการเบิกรหัส COV01(ค่าทำความสะอาดพาหนะในการส่งต่อและค่าชุด PPE) ที่ไม่สอดคล้องกับการเบิกรถ refer	
40	V042	กรณีสีเขียว ที่เบิก PPE > 300 บาท/วัน เฉพาะ case ที่ Admit ตั้งแต่วันที่ 1/08/2564	
41	V043	Case ที่ Dx. Covid-19 แบบ Asymptomatic โดยไม่พบรหัสอื่นๆ ร่วมด้วย (สีเขียว) ที่พบการเบิกร่วมกับการเบิก ค่าห้องรหัส COVR09 หรือ COVR10 หรือ เบิก PPE > 15 ชุด/วัน	
42	V044	วันเดือนปีที่ส่งเบิกชดเชย (Incom) ก่อนหรือหลังวันเดือนปีที่ผู้ติดเชื้อเข้ารับบริการจริง มากกว่า 3 วันขึ้นไป	
43	V045	ผู้ติดเชื้อไม่ได้รับการประเมินหลังจากเข้ารับบริการภายใน 48 ชม.	
44	V046	ไม่ได้รับยาและผู้ติดเชื้อไม่ได้รับการประเมินหลังจากเข้ารับบริการภายใน 48 ชม.	
45	V047	ผู้ติดเชื้อไม่ได้ติดต่อกลับหน่วยบริการหลัง 48 ชม.	

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
46	V048	ไม่ผ่านเงื่อนไขการตรวจสอบการเบิกชดเชยรายการอุปกรณ์และ อวัยวะเทียม	<p>1. แนบเอกสารหลักฐานเพื่อยืนยันการให้บริการ ในรูปแบบ PDF file ผ่านระบบ Web Application (eMA client) ตามนี้โหลดได้ที่ https://audit.nhso.go.th/ema</p> <p>2. เอกสารหลักฐาน ประกอบด้วย</p> <p>2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ประกอบด้วย เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ชื่อสกุล วันเดือนปีเกิด เป็นอย่างน้อย</p> <p>2.2 บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) visit ที่มีการการส่งจ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียม</p> <p>2.3 บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ได้แก่ Discharge summary, ใบบันทึกการผ่าตัด และ admission ที่มีการใช้อุปกรณ์อวัยวะเทียม เป็นต้น</p> <p>2.4 กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ภายในร่างกาย เช่น เลนส์แก้วตาเทียม โลหะตามกระดูก เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมดังกล่าว ได้แก่ บันทึกการส่ง และหลักฐานการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในเวชระเบียน และ sticker (ถ้าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นมี sticker)</p> <p>2.5 กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ภายนอกร่างกาย เช่น ฟันเทียม รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยเดินหรือรองเท้า สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการส่งจ่ายและหลักฐานการลงนามรับอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ของผู้ป่วยหรือญาติ</p> <p>**ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของหน่วยบริการ กรุณาตรวจสอบเอกสารที่แนบมาด้วยทุกครั้ง หากเอกสารผิดคน ผิดประเภท หรือไม่สมบูรณ์ จะไม่สามารถพิจารณาผลการตรวจสอบได้</p>
47	V998	ส่งข้อมูลเกินกำหนด กรณีการให้บริการโรคโควิด 19	ข้อมูลการให้บริการก่อนวันที่ 4 กรกฎาคม 2565 ให้ส่งเบิกให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2565 ข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่ส่งหลังจากระยะเวลาที่กำหนด ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ขอรับค่าใช้จ่าย

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
48	V101	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการให้บริการฝากครรภ์ครั้งที่ 1-8	<p>1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเอกสารอื่นที่หน่วยบริการใช้บันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ระบุข้อมูลทั่วไปที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด</p> <p>2.ข้อมูล LMP EDC ของการตั้งครรภ์ในครรภ์ที่ขอตรวจสอบ</p> <p>3.ข้อมูลบันทึกการให้บริการฝากครรภ์ ณ วันที่ให้บริการที่ขอตรวจสอบ ตามสิทธิประโยชน์พื้นฐานตามที่ระบุในประกาศ สปสช.เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์ พ.ศ. 2564</p>
49	V102	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการให้บริการฝากครรภ์ครั้งที่ 9	<p>1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเอกสารอื่นที่หน่วยบริการใช้บันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ระบุข้อมูลทั่วไปที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด</p> <p>2.ข้อมูล LMP EDC ของการตั้งครรภ์ในครรภ์ที่ขอตรวจสอบ</p> <p>3.ข้อมูลบันทึกการให้บริการฝากครรภ์ ณ วันที่ให้บริการที่ขอตรวจสอบ ตามสิทธิประโยชน์พื้นฐานตามที่ระบุในประกาศ สปสช.เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์ พ.ศ. 2564</p>
50	V103	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติครั้งที่ 1ในการฝากครรภ์ (จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อการตั้งครรภ์)	<p>1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเอกสารอื่นที่หน่วยบริการใช้บันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ระบุข้อมูลทั่วไปที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด</p> <p>2.ข้อมูล LMP EDC ของการตั้งครรภ์ ในครรภ์ที่ขอตรวจสอบ</p> <p>3.บันทึกการส่งตรวจและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามรายการที่ระบุในประกาศ สปสช.เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์ พ.ศ. 2564 กรณีที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่า 1 visit ให้ส่งทุกvisit ที่เกี่ยวข้อง</p>

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
51	V104	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่2ในการฝากครรภ์ (ตรวจเมื่ออายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 190 บาทต่อการตั้งครรภ์)	1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเอกสารอื่นที่หน่วยบริการใช้บันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ระบุข้อมูลทั่วไปที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.ข้อมูล LMP EDC ของการตั้งครรภ์ในครรภ์ที่ขอตรวจสอบ 3.บันทึกการส่งตรวจและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามรายการที่ระบุในประกาศสปสช.เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์ พ.ศ. 2564 กรณีที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่า 1 visit ให้ส่งทุกvisit ที่เกี่ยวข้อง
52	V105	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟันในหญิงตั้งครรภ์	1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเอกสารอื่นที่หน่วยบริการใช้บันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ระบุข้อมูลทั่วไปที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.ข้อมูล LMP EDC ของการตั้งครรภ์ในครรภ์ที่ขอตรวจสอบ 3.การให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก ขัด และทำความสะอาดฟัน ในช่วงเวลาที่ให้บริการฝากครรภ์ (อาจเป็นvisitเดียวกันหรือต่าง visit ทั้งนี้ขอให้ส่งทุกvisit ที่เกี่ยวข้อง)
53	V106	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการให้บริการตรวจอัลตราซาวด์ทารกในครรภ์	1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเอกสารอื่นที่หน่วยบริการใช้บันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ระบุข้อมูลทั่วไปที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.ข้อมูล LMP EDC ของการตั้งครรภ์ในครรภ์ที่ขอตรวจสอบ 3.บันทึกการส่งตรวจ Ultrasound ทารกในครรภ์และผลการตรวจ ณ วันที่ให้บริการที่ขอตรวจสอบ
54	V107	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการตรวจ Pap Smear	1. เอกสารบันทึกการให้บริการการตรวจ Pap smear ณ วันที่ให้บริการ ที่ขอตรวจสอบ 2. เอกสารใบรายงานผลการตรวจ Pap smear อย่างเป็นทางการ (Official report) ณ วันที่ขอตรวจสอบ
55	V108	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการตรวจ Visual inspection with acetic acid (VIA)	เอกสารบันทึกการให้บริการการตรวจ และผลการตรวจ VIA ณ วันที่ให้บริการ ที่ขอตรวจสอบ

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
56	V109	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการตรวจ HPV DNA test	<ol style="list-style-type: none"> 1. เอกสารบันทึกการให้บริการการตรวจ HPV DNA test กรณีเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการเก็บตัวอย่าง ณ วันที่ให้บริการ ที่ขอตรวจสอบ (HPV DNA SEND 50 บาท) 2. เอกสารใบรายงานผลการตรวจ HPV DNA test ที่เป็น official report ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ณ วันที่ขอตรวจสอบ (HPV DNA LAB 370) 3. เอกสารบันทึกหลักฐานการให้บริการการตรวจ HPV DNA test และรายงานผลการตรวจ HPV DNA test ที่เป็น official report ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการเก็บตัวอย่าง และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ณ วันที่ขอตรวจสอบ (HPV DNA 420)
57	V110	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการตรวจ Liquid based Cytology	<ol style="list-style-type: none"> 1. เอกสารบันทึกหลักฐานการให้บริการการตรวจ Liquid based cytology ณ วันที่ให้บริการ ที่ขอตรวจสอบ 2. เอกสารใบรายงานผลการตรวจ Liquid based cytology อย่างเป็นทางการ (Official report) ณ วันที่ขอตรวจสอบ
58	V111	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการตรวจ Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP)	<ol style="list-style-type: none"> 1. เอกสารบันทึกหลักฐานการให้บริการการตรวจ Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) ณ วันที่ให้บริการ ที่ขอตรวจสอบ 2. เอกสารใบรายงานผลรายงานผลการตรวจทางพยาธิที่เป็นทางการ (Official report) official report ในกรณีที่มีการตัดชิ้นเนื้อ ณ วันที่ขอตรวจสอบ
59	V112	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีบริการแว่นตาสาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เอกสารบันทึกผลการตรวจระดับสายตา โดยจักษุแพทย์ หรือนักทัศนมาตร ณ วันที่ให้บริการที่ขอตรวจสอบ 2. เอกสารบันทึกการให้บริการแว่นตา และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง ตามรายการที่หน่วยบริการขอเบิกชดเชย ณ วันที่ขอตรวจสอบ

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
60	V113	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีบริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1) เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ที่มีข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ (ชื่อ สกุล เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก อายุ/วันเดือนปีเกิด) และบันทึกการให้บริการ ณ วันที่ให้บริการที่ขอตรวจสอบ 2) หลักฐานการให้บริการ ใส่ห่วง หรือฝังยาคุม ตามบริการที่หน่วยบริการขอเบิกค่าใช้จ่าย ณ วันที่ให้บริการที่ขอตรวจสอบ 3) ข้อมูลบันทึกประวัติการยุติการตั้งครรภ์ ไม่เกิน 28 วัน ก่อนการให้บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ณ วันที่ให้บริการตามรายการที่ขอตรวจสอบ
61	V114	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	<ol style="list-style-type: none"> 1) เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ที่มีข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ (ชื่อ สกุล เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก อายุ/วันเดือนปีเกิด) และบันทึกการให้บริการ ณ วันที่ให้บริการที่ขอตรวจสอบ 2) หลักฐานบันทึกการให้บริการ การสั่งยาโดยแพทย์ และใช้ยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) <u>หรือ</u> การทำหัตถการวิธีทางศัลยกรรม ได้แก่การใช้กระบอกดูดสุญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA) <u>หรือ</u> การใช้เครื่องดูดสุญญากาศไฟฟ้า(Elective Vacuum Aspiration : EVA) <u>ตามบริการที่หน่วยบริการขอเบิกค่าใช้จ่าย</u> ณ วันที่ให้บริการที่ขอตรวจสอบ 3) ระบุข้อบ่งชี้ในการทำ
62	V201	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีการเบิกค่าใช้จ่ายผิดปกติในโรงพยาบาลระดับเดียวกัน (OPAE)	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
63	V202	มีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติในกลุ่มโรคเดียวกัน (OPAE)	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
64	V203	มีจำนวนการเข้ารับบริการมากผิดปกติ (OPAE)	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษา และผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายตามรายการที่ขอเบิก
65	V204	มีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ (OPAE)	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
66	V205	มีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ (WALKIN)	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
67	V206	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีการเบิกค่าใช้จ่ายผิดปกติในโรงพยาบาลระดับเดียวกัน (WALKIN)	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
68	V207	มีจำนวนการเข้ารับบริการมากผิดปกติ (WALKIN)	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษา และผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายตามรายการที่ขอเบิก
69	V208	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีจำนวนการเข้ารับบริการมากผิดปกติ (OPBKK)	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
70	V209	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายรวม สูงผิดปกติ สำหรับหน่วยบริการในระดับเดียวกัน (OPBKK)	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
71	V210	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ (OPBKK)	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
72	V211	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายรวม สูงผิดปกติ ในกลุ่มโรคเดียวกัน (OPBKK)	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
73	V212	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีจำนวนการเข้ารับบริการมากผิดปกติ (CA anywhere)	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
74	V213	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายรวม สูงผิดปกติ สำหรับหน่วยบริการในระดับเดียวกัน (CA anywhere)	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
75	V214	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ (CA anywhere)	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
76	V215	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการที่ยังไม่ได้กำหนดราคากลาง สูงผิดปกติ (CA anywhere)	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
77	V216	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายรวม สูงผิดปกติ ในกลุ่มโรคเดียวกัน (CA anywhere)	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก