

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. หลักฐานการสั่งซื้อที่ระบุงราคาอุปกรณ์
6	V006	ผู้ติดเชื้อแจ้งว่าได้รับบริการดูแลจากหน่วยบริการอื่นไม่ตรงหน่วยบริการที่ Authen	7. หลักฐานการบันทึก การดูแลด้วยการให้ออกซิเจน รวมทั้งวันเริ่มต้นและวันสิ้นสุดการให้ออกซิเจน 8. รายงานผลการตรวจ Chest X-ray ที่ระบุงหน่วยบริการ วันที่ให้บริการ 9. รายงานผลการตรวจ RT PCR (official report) ที่ระบุงหน่วยบริการ 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 รับอาหาร ตามจำนวนวันที่ขอเบิก ในการให้บริการ (Home Isolation/Community Isolation)	1 เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ เวชระเบียน Nurse note /หลักฐานที่สื่อสารกับผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก 2 หลักฐานการจัดอาหารจากหน่วยผลิตอาหารจัดส่งให้ผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก หรือ 3 หลักฐานการรับอาหารของผู้ติดเชื้อ/ญาติ
11	V012	ไม่ได้รับการประเมิน และ/หรือไม่ได้ รับอาหาร 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

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
14	V015	ไม่ได้รับเครื่องวัดออกซิเจน	1 หลักฐานแสดงการจัดส่งเวชภัณฑ์ ตามรายการที่ให้แกผู้ติดเชื้อ(ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา) หรือ 2 หลักฐานการรับเวชภัณฑ์ของผู้ติดเชื้อ/ญาติตามรายการที่ให้แกผู้ติดเชื้อ (ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา) หมายเหตุ กรณีจัดหาเป็นอุปกรณ์อื่นที่ไม่ใช่ เครื่องวัดไข้ และ เครื่องวัด O2sat ต้องระบุเหตุผลผลการ ไม่ได้จัดหาให้
15	V016	ไม่ได้จ่ายยาฟ้าทะลายโจร	1 หลักฐานแสดงการจัดส่งยา (ระบุชื่อผู้รับ) หรือ 2 หลักฐานการรับยาของผู้ติดเชื้อ/ญาติ
16	V017	ไม่พบการให้บริการ Chest X-Ray	รายงานผลการตรวจ Chest 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 ให้แกผู้ติดเชื้อ(ระบุ ชื่อผู้รับ) (กรณี HI) หรือ 2 หลักฐานการให้/การได้รับออกซิเจน ของผู้ติดเชื้อ (กรณี CI) ได้แก่ คำสั่งแพทย์ และบันทึกพยาบาล 3 โดยระบุจำนวนวันที่เริ่มให้ และจำนวนวันที่สิ้นสุดการให้บริการ
19	V020	ไม่ได้จ่ายอุปกรณ์ วัดไข้ & วัด O2sat	1 หลักฐานแสดงการจัดส่งเวชภัณฑ์ ตามรายการที่ให้แกผู้ติดเชื้อ(ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา) หรือ 2 หลักฐานการรับเวชภัณฑ์ของผู้ติดเชื้อ/ญาติตามรายการที่ให้แกผู้ติดเชื้อ (ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา) หมายเหตุ กรณีจัดหาเป็นอุปกรณ์อื่นที่ไม่ใช่ เครื่องวัดไข้ และ เครื่องวัด O2sat ต้องระบุเหตุผลผลการ ไม่ได้จัดหาให้
20	V022	ไม่ได้จ่ายยาฟาวิพิลาเวียร์	1 หลักฐานแสดงการจัดส่งยา (ระบุชื่อผู้รับ) หรือ 2 หลักฐานการรับยาของผู้ติดเชื้อ/ญาติ
21	V023		

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
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	
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 ในช่วงเวลา 3 วัน	
29	V031	เบิกชดเชยค่า lab RT-PCR ซ้ำซ้อน ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ในช่วงเวลา 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 ก่อนหน้า นี้ ไม่เกิน 90 วัน	

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
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	
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	"ไม่จ่าย อุปกรณ์ CI 500 บาท เพิ่มเงินไซ C5 =1 ไม่จ่ายอุปกรณ์ CI 500 บาท ให้ทาง Claim อัปเดต รหัสVXXX ให้ด้วย เนื่องจาก ไม่ทราบว่ามีการอัปเดตที่เท่าไรแล้ว ไม่ได้จ่ายอุปกรณ์ วัดไข้ & วัด O2sat	หลักฐานแสดงการจัดส่งเวชภัณฑ์ หรือ หลักฐานการรับเวชภัณฑ์ และ หลักฐานการประเมินผู้ป่วยได้แก่ การวัดอุณหภูมิ และความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด
38	V040	Case ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Covid-19 ที่พบการจำหน่ายและรับ Admit ต่อในวันเดียวกัน ภายใต้หน่วยบริการเดียวกัน	
39	V041	พบการเบิกรหัส COW01(ค่าทำความสะอาดพาหนะในการส่งต่อและ ค่าชุด PPE) ที่ไม่สอดคล้องกับการเบิกรถ refer	

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
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) ที่พบการเบิกรวมกับการเบิก 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 ที่มีผลการส่งจ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียม</p> <p>2.3 บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ได้แก่ Discharge summary, ใบบันทึกการผ่าตัด และ admission ที่มี การใช้อุปกรณ์อวัยวะเทียม เป็นต้น</p> <p>2.4 กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ภายในร่างกาย เช่น เลนส์แก้วตาเทียม โลหะตามกระดูก เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมดังกล่าว ได้แก่ บันทึกการส่ง และหลักฐานการใช้อุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในเวชระเบียน และ sticker (ถ้าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นมี sticker)</p> <p>2.5 กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ภายนอกร่างกาย เช่น ฟันเทียม รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยเดินหรือรองเท้า สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการส่งจ่ายและหลักฐานการลงนามรับอวัยวะเทียมและ อุปกรณ์ของผู้ป่วยหรือญาติ</p> <p>**ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของหน่วยบริการ กรุณาตรวจสอบเอกสารที่แนบมาด้วยทุกครั้ง หากเอกสารผิดคน ผิดประเภท หรือไม่สมบูรณ์ จะไม่สามารถพิจารณาผลการตรวจสอบได้</p>
47	V996	บริการ PP สิทธิอื่น รอดำเนินการ	ไม่ใช่สิทธิ UCS เบิกรายการ PP แต่ไม่อยู่ในช่วงเวลาที่กำหนดให้เบิกผ่านระบบของ สปสช.
48	V998	ส่งข้อมูลเกินกำหนด กรณีการให้บริการโรคโควิด 19	ข้อมูลการให้บริการก่อนวันที่ 4 กรกฎาคม 2565 ให้ส่งเบิกให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2565 ข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่ส่งหลังจากระยะเวลาที่กำหนด ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ขอรับ ค่าใช้จ่าย

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
49	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 วันให้บริการที่ขอตรวจสอบ ตามสิทธิประโยชน์พื้นฐานตามที่ระบุในประกาศ สปสช.เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์ พ.ศ. 2564</p>
50	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 วันให้บริการที่ขอตรวจสอบ ตามสิทธิประโยชน์พื้นฐานตามที่ระบุในประกาศ สปสช.เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์ พ.ศ. 2564</p>
51	V103	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 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
52	V104	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติครั้งที่2ในการฝากครรภ์ (ตรวจเมื่ออายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 190 บาทต่อการตั้งครรภ์)	1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเอกสารอื่นที่หน่วยบริการใช้บันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ระบุข้อมูลทั่วไปที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.ข้อมูล LMP EDC ของการตั้งครรภ์ในครรภ์ที่ขอตรวจสอบ 3.บันทึกการส่งตรวจและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามรายการที่ระบุในประกาศสปสช.เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์ พศ. 2564 กรณีที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่า 1 visit ให้ส่งทุกvisit ที่เกี่ยวข้อง
53	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)
54	V106	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการให้บริการตรวจอัลตราซาวด์ทารกในครรภ์	1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเอกสารอื่นที่หน่วยบริการใช้บันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ระบุข้อมูลทั่วไปที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.ข้อมูล LMP EDC ของการตั้งครรภ์ในครรภ์ที่ขอตรวจสอบ 3.บันทึกการส่งตรวจ Ultrasound ทารกในครรภ์และผลการตรวจ ณ วันให้บริการที่ขอตรวจสอบ
55	V107	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการตรวจ Pap Smear	1. เอกสารบันทึกการให้บริการการตรวจ Pap smear ณ วันที่ให้บริการ ที่ขอตรวจสอบ 2. เอกสารใบรายงานผลการตรวจ Pap smear อย่างเป็นทางการ (Official report) ณ วันที่ขอตรวจสอบ

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
56	V108	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีการตรวจ Visual inspection with acetic acid (VIA)	เอกสารบันทึกการให้บริการการตรวจ และผลการตรวจ VIA ณ วันที่ให้บริการ ที่ขอตรวจสอบ
57	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 ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ 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)
58	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
59	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
60	V112	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีบริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เอกสารบันทึกผลการตรวจระดับสายตา โดยจักษุแพทย์ หรือนักทัศนมาตร ณ วันที่ให้บริการที่ขอตรวจสอบ 2. เอกสารบันทึกการให้บริการแว่นตา และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง ตามรายการที่หน่วยบริการขอเบิกชดเชย ณ วันที่ขอตรวจสอบ

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
61	V113	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีบริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	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
62	V114	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	1) เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ที่มีข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ (ชื่อ สกุล เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก อายุ/วันเดือนปีเกิด) และบันทึกการให้บริการ ณ วันที่ให้บริการที่ขอตรวจสอบ 2) หลักฐานบันทึกการให้บริการ การส่งยาโดยแพทย์ และใช้ยาไมฟีพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) หรือการทำหัตถการวิธีทางศัลยกรรม ได้แก่การใช้กระบอกดูดสุญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA) หรือ การใช้เครื่องดูดสุญญากาศไฟฟ้า(Elective Vacuum Aspiration : EVA) ตามบริการที่หน่วยบริการขอเบิกค่าใช้จ่าย ณ วันที่ให้บริการที่ขอตรวจสอบ 3) ระบุข้อบ่งชี้ในการทำ
63	V115	ติดเงื่อนไขการ verify data การให้บริการวางแผนครอบครัวและป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ กรณียาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว (Progestogen-only pill- POP)	1) เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ที่มีข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ (ชื่อ สกุล เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก อายุ/วันเดือนปีเกิด) และบันทึกการให้บริการ ณ วันที่ให้บริการที่ขอตรวจสอบ 2) หลักฐานการให้บริการใส่ห่วงอนามัย หรือ บริการฝังยาคุมกำเนิด หรือ ยาเม็ดคุมกำเนิด หรือ ยาฉีดคุมกำเนิด หรือ ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ตามบริการที่หน่วยบริการขอเบิกค่าใช้จ่าย ณ วันที่ให้บริการที่ขอตรวจสอบ
64	V116	ติดเงื่อนไขการ verify data การให้บริการวางแผนครอบครัวและป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ กรณี PID ที่มีการรับบริการที่มีการส่งรหัสเบิก มากกว่า 1 รายการ ภายในเวลาที่กำหนด	ที่ขอตรวจสอบ

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
65	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
66	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
67	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
68	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

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
69	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
70	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
71	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
72	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

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
73	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
74	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
75	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
76	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

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
77	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
78	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
79	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
80	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

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
81	V217	มีการเบิกค่าใช้จ่ายผิดปกติในโรงพยาบาลระดับเดียวกัน	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของโรงพยาบาลกรณีของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
82	V218	มีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติในกลุ่มโรคเดียวกัน	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของโรงพยาบาลกรณีของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
83	V219	มีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติในกลุ่มโรคเดียวกัน	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของโรงพยาบาลกรณีของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
84	V220	มีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติในกลุ่มโรคเดียวกัน	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของโรงพยาบาลกรณีของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
85	V221	มีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของโรงพยาบาลกรณีของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
86	V222	มีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติในกลุ่มโรคเดียวกัน	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของโรงพยาบาลกรณีของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
87	V223	มีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติในกลุ่มโรคเดียวกัน	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของโรงพยาบาลกรณีของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
88	V224	มีจำนวนการเข้ารับบริการมากผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของโรงพยาบาลกรณีของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
89	V225	มีจำนวนการเข้ารับบริการมากผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของโรงพยาบาลกรณีของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
90	V226	มีการเบิกค่าใช้จ่ายที่ไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ของกองทุนผู้ป่วยนอก	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของโรงพยาบาลกรณีของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
91	V227	มีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของโรงพยาบาลกรณีของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
92	V228	มีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของโรงพยาบาลกรณีของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
93	V229	มีการเบิกค่าใช้จ่ายผิดปกติในโรงพยาบาลระดับเดียวกัน	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของโรงพยาบาลกรณีของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
94	V230	มีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของโรงพยาบาลกรณีของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
95	V231	มีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของโรงพยาบาลกรณีของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
96	V232	มีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของโรงพยาบาลกรณีของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
97	V233	มีจำนวนการเข้ารับบริการมากผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของโรงพยาบาลกรณีของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
98	V234	มีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของโรงพยาบาลกรณีของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
99	V235	มีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของโรงพยาบาลกรณีของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
100	V236	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีจำนวนการเข้ารับบริการมากผิดปกติ	<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
101	V237	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีจำนวนการเข้ารับบริการมาก ผิดปกติ	<p>1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด</p> <p>2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้</p> <p>3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก)</p> <p>4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก</p>
102	V238	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายรวม สูงผิดปกติ สำหรับหน่วยบริการในระดับเดียวกัน	<p>1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด</p> <p>2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้</p> <p>3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก)</p> <p>4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก</p>
103	V239	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<p>1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด</p> <p>2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้</p> <p>3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก)</p> <p>4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก</p>
104	V240	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<p>1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด</p> <p>2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้</p> <p>3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก)</p> <p>4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก</p>

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
105	V241	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
106	V242	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการที่ยังไม่ได้กำหนดราคากลาง สูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
107	V243	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายรวม สูงผิดปกติ ในกลุ่มโรคเดียวกัน	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
108	V244	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<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
109	V245	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการที่ยังไม่ได้กำหนดราคากลาง สูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
110	V246	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
111	V247	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายรวม สูงผิดปกติ ในกลุ่มโรคเดียวกัน	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
112	V248	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการที่ยังไม่ได้กำหนดราคากลาง สูงผิดปกติ	<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
113	V249	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
114	V250	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
115	V251	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการที่ยังไม่ได้กำหนดราคากลาง สูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
116	V252	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<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
117	V253	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
118	V254	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการที่ยังไม่ได้กำหนดราคากลาง สูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
119	V255	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
120	V256	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<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
121	V257	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีจำนวนการเข้ารับบริการมาก ผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
122	V258	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีจำนวนการเข้ารับบริการมาก ผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
123	V259	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายรวม สูงผิดปกติ สำหรับหน่วยบริการในระดับเดียวกัน	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
124	V260	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<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
125	V261	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
126	V262	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
127	V263	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
128	V264	ติดเงื่อนไขการ verify data กรณีมีค่าใช้จ่ายบางรายการสูงผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด 2.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในวันที่ให้บริการ และหรือที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ 3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษาและผลการตรวจ (ถ้ามีการเบิก) 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ระบุจำนวนและราคา ตามรายการที่ขอเบิก
129	V301	ติดเงื่อนไขการพิสูจน์ตัวตน (Authentication)	<ol style="list-style-type: none"> 1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเอกสารอื่นที่หน่วยบริการใช้บันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ระบุ

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
130	V302	ติดเงื่อนไขหน่วยบริการที่มีการบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) จำนวนมากในหนึ่งวัน และมีการให้กิจกรรมบริการอื่นๆ ร่วมด้วย	<p>ข้อมูลทั่วไปที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่ บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด</p> <p>2.เอกสารบันทึกการมีการบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) กิจกรรมการให้การพยาบาล ติดตามประเมินอาการ เวชระเบียน Nurse note /หลักฐานที่สื่อสาร เอกสารบันทึกการติดตาม ประเมินอาการ ณ วันที่ เวลาที่ขอเบิก</p> <p>3.ข้อมูลบันทึกการให้บริการ ณ วันให้บริการที่ขอตรวจสอบ ตามสิทธิประโยชน์ที่ระบุในประกาศ สปสช. เรื่อง ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เพิ่มเติม สำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2566 ประกาศ ณ วันที่ 10 มกราคม 2566</p>
131	V303	ติดเงื่อนไข PID ที่มีการรับบริการที่มีการส่งรหัสเบิกในกิจกรรมต่างๆ ณ หน่วยบริการและเบิกค่าบริการที่มีการบริการนอกหน่วยบริการ หลายรหัสซ้ำซ้อนกัน	
132	V304	ติดเงื่อนไขมีการบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) จำนวน มาก	
133	V305	ติดเงื่อนไข PID ที่มีการบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) มากกว่าหนึ่งหน่วยบริการ	
134	V306	ติดเงื่อนไข PID ที่มีการบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) มากกว่า 1 รหัสรายการ	
135	V307	ติดเงื่อนไขการเบิกบริการพยาบาลพื้นฐาน การทำแผล มากกว่า 1 รหัสรายการ	<p>1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเอกสารอื่นที่หน่วยบริการใช้บันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ระบุ ข้อมูลทั่วไปที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่ บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด</p> <p>2.เอกสารบันทึกการบริการทำแผลแห้งหรือแผลเย็บ/บริการทำแผลเปิดหรือติดเชื้อ/บริการทำแผลขนาดใหญ่ ติดตามประเมินอาการ เวชระเบียน Nurse note /หลักฐานที่สื่อสาร เอกสารบันทึกการติดตาม ประเมินอาการ ณ วันที่ เวลาที่ขอเบิก</p> <p>3.3.ข้อมูลบันทึกการให้บริการ ณ วันให้บริการที่ขอตรวจสอบ ตามสิทธิประโยชน์ที่ระบุในประกาศ สปสช. เรื่อง ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เพิ่มเติม สำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2566 ประกาศ ณ วันที่ 10 มกราคม 2566</p>

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
136	V308	ติดเงื่อนไขบริการทำแผลแห้งหรือแผลเย็บจำนวนมาก	<p>1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเอกสารอื่นที่หน่วยบริการใช้บันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ระบุข้อมูลทั่วไปที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด</p> <p>2.เอกสารบันทึกการบริการทำแผลเปิดหรือติดเชื้อ ติดตามประเมินอาการ เวชระเบียน Nurse note / หลักฐานที่สื่อสาร เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ ณ วันที่ เวลาที่ขอเบิก</p> <p>3.3.ข้อมูลบันทึกการให้บริการ ณ วันที่ให้บริการที่ขอตรวจสอบ ตามสิทธิประโยชน์ที่ระบุในประกาศ สปสช. เรื่อง ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2566 ประกาศ ณ วันที่ 10 มกราคม 2566</p>
137	V309	ติดเงื่อนไขบริการทำแผลเปิดหรือติดเชื้อ จำนวนมาก	<p>1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเอกสารอื่นที่หน่วยบริการใช้บันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ระบุข้อมูลทั่วไปที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด</p> <p>2.เอกสารบันทึกการบริการทำแผลแห้งหรือแผลเย็บ ติดตามประเมินอาการ เวชระเบียน Nurse note / หลักฐานที่สื่อสาร เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ ณ วันที่ เวลาที่ขอเบิก</p> <p>3.3.ข้อมูลบันทึกการให้บริการ ณ วันที่ให้บริการที่ขอตรวจสอบ ตามสิทธิประโยชน์ที่ระบุในประกาศ สปสช. เรื่อง ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2566 ประกาศ ณ วันที่ 10 มกราคม 2566</p>

ลำดับ	VA_NO	DESC_NAME	แนวทางการแก้ไข
138	V310	ติดเงื่อนไขบริการทำแผลขนาดใหญ่ จำนวนมาก	<p>1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเอกสารอื่นที่หน่วยบริการใช้บันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ระบุข้อมูลทั่วไปที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด</p> <p>2.เอกสารบันทึกการบริการทำแผลขนาดใหญ่ ติดตามประเมินอาการ เวชระเบียน Nurse note / หลักฐานที่สื่อสาร เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ ณ วันที่ เวลาที่ขอเบิก</p> <p>3.ข้อมูลบันทึกการให้บริการ ณ วันให้บริการที่ขอตรวจสอบ ตามสิทธิประโยชน์ที่ระบุในประกาศ สปสช. เรื่อง ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2566 ประกาศ ณ วันที่ 10 มกราคม 2566</p>
139	V311	ติดเงื่อนไขกรณีบริการใส่สายยางกระเพาะอาหาร และเปิดอุปกรณ์ NG tube จำนวนมาก	<p>1.เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเอกสารอื่นที่หน่วยบริการใช้บันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ระบุข้อมูลทั่วไปที่สามารถระบุได้ว่าเป็นเอกสาร หลักฐานของผู้รับบริการรายที่ขอตรวจสอบ ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด</p> <p>2.เอกสารบันทึกการบริการใส่สายยางกระเพาะอาหาร ติดตามประเมินอาการ เวชระเบียน Nurse note / หลักฐานที่สื่อสาร เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ ณ วันที่ เวลาที่ขอเบิก</p> <p>3.ข้อมูลบันทึกการให้บริการ ณ วันให้บริการที่ขอตรวจสอบ ตามสิทธิประโยชน์ที่ระบุในประกาศ สปสช. เรื่อง ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2566 ประกาศ ณ วันที่ 10 มกราคม 2566</p>