

NO	VA_NO	C_NO	DESCRIPTION	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 แจ้งว่าไม่ใช่ผู้ติดเชื้อโรค Covid 19	5. หลักฐานแสดงการจัดส่งยา หรือ หลักฐานการรับยา Favipiravir 6. หลักฐานการสั่งซื้อที่ระบุราคาอุปกรณ์
6	V006		ผู้ติดเชื้อแจ้งว่าได้รับการดูแลจากหน่วยบริการอื่นไม่ตรงหน่วยบริการที่ Authen	7. หลักฐานการบันทึก การดูแลด้วยการให้ออกซิเจน รวมทั้งวันเริ่มต้นและวันสิ้นสุดการให้
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

NO	VA_NO	C_NO	DESCRIPTION	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) <u>หมายเหตุ</u> กรณีจัดหาเป็นอุปกรณ์อื่นที่ไม่ใช่ เครื่องวัดไข้ และ เครื่องวัด O2sat ต้องระบุเหตุผล การไม่ได้จัดหาให้
13	V014		ไม่ได้รับอุปกรณ์วัดไข้	1หลักฐานแสดงการจัดส่งเวชภัณฑ์ ตามรายการที่ให้แกผู้ติดเชื้อ(ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา) หรือ 2 หลักฐานการรับเวชภัณฑ์ของผู้ติดเชื้อ/ญาติตามรายการที่ให้แกผู้ติดเชื้อ (ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา) <u>หมายเหตุ</u> กรณีจัดหาเป็นอุปกรณ์อื่นที่ไม่ใช่ เครื่องวัดไข้ และ เครื่องวัด O2sat ต้องระบุเหตุผล การไม่ได้จัดหาให้

NO	VA_NO	C_NO	DESCRIPTION	แนวทางการแก้ไข
14	V015		ไม่ได้รับเครื่องวัดออกซิเจน	1หลักฐานแสดงการจัดส่งเวชภัณฑ์ ตามรายการที่ให้แกผู้ติดเชื้อ(ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา) หรือ 2 หลักฐานการรับเวชภัณฑ์ของผู้ติดเชื้อ/ญาติตามรายการที่ให้แกผู้ติดเชื้อ (ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา) <u>หมายเหตุ</u> กรณีจัดหาเป็นอุปกรณ์อื่นที่ไม่ใช่ เครื่องวัดไข้ และ เครื่องวัด O2sat ต้องระบุเหตุผล การไม่ได้จัดหาให้
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 หลักฐานการรับอุปกรณ์oxygen ให้แกผู้ติดเชื้อ (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) <u>หมายเหตุ</u> กรณีจัดหาเป็นอุปกรณ์อื่นที่ไม่ใช่ เครื่องวัดไข้ และ เครื่องวัด O2sat ต้องระบุเหตุผล การไม่ได้จัดหาให้
20	V022		ไม่ได้จ่ายยาฟาวิพิลาเวียร์	1 หลักฐานแสดงการจัดส่งยา (ระบุชื่อผู้รับ) หรือ 2 หลักฐานการรับยาของผู้ติดเชื้อ/ญาติ

NO	VA_NO	C_NO	DESCRIPTION	แนวทางการแก้ไข
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 ขึ้นไปในช่วงเวลา 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 ก่อนหน้านี้ ไม่เกิน 90 วัน	
33	V035	C10	กรณี IP Covid-19 กลุ่ม Case สีเขียว แต่เบิกค่าห้องรหัส COVR09 (ค่าห้องสำหรับผู้ป่วยโควิดสีเหลือง) หรือ COVR10 (ค่าห้องสำหรับผู้ป่วยโควิดสีแดง) เฉพาะ case ที่ Date Admit ตั้งแต่วันที่ 1/8/2564	
34	V036	C11	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	

NO	VA_NO	C_NO	DESCRIPTION	แนวทางการแก้ไข
35	V037	C16	Case ที่ Dx. Covid-19 แบบ Asymptomatic โดยไม่พบรหัสอื่นๆร่วมด้วย (สีเขียว) ที่พบการเบิกร่วมกับการเบิก ค่าห้องรหัส COVR09 (ค่าห้องสำหรับผู้ป่วยโควิดสีเหลือง) หรือ COVR10 (ค่าห้องสำหรับผู้ป่วยโควิดสีแดง) เฉพาะ case ที่ Admit ตั้งแต่วันที่ 1/8/2564	
36	V038	C45	กรณี IP Covid-19 กลุ่ม Case สีเขียว ที่เบิก PPE > 15 ชุด/วัน	
37	V039	C5 = 1	" ไม่จ่าย อุปกรณ์ CI 500 บาท เพิ่มเงื่อนไข C5 =1 ไม่จ่ายอุปกรณ์ CI 500 บาท ให้ทาง Claim อพเทร รหัสVXXX ให้ด้วย เนื่องจาก ไม่ทราบว่ามีการอพเทรที่เท่าไรแล้ว ไม่ได้จ่ายอุปกรณ์ วัดไข้ & วัด O2sat	หลักฐานแสดงการจัดส่งเวชภัณฑ์ หรือ หลักฐานการรับเวชภัณฑ์ และ หลักฐานการประเมินผู้ป่วย ได้แก่ การวัดอุณหภูมิ และความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด
38	V040	C1	Case ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Covid-19 ที่พบการจำหน่ายและรับ Admit ต่อในวันเดียวกัน ภายใต้หน่วยบริการเดียวกัน	
39	V041	C18	พบการเบิกรหัส COWV01(ค่าทำความสะอาดพาหนะในการส่งต่อและ ค่าชุด PPE) ที่ไม่สอดคล้องกับการเบิก refer	
40	V042	C19	กรณีสีเขียว ที่เบิก PPE > 300 บาท/วัน เฉพาะ case ที่ Admit ตั้งแต่วันที่ 1/08/2564	
41	V043	C29	Case ที่ Dx. Covid-19 แบบ Asymptomatic โดยไม่พบรหัสอื่นๆร่วมด้วย (สีเขียว) ที่พบการเบิกร่วมกับการเบิก ค่าห้องรหัส COVR09 หรือ COVR10 หรือ เบิก PPE > 15 ชุด/วัน	