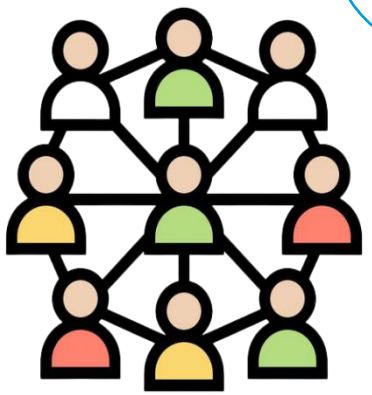
การดำเนินการตรวจสอบก่อนจ่าย (Pre audit)
กรณีการให้บริการ Home isolation / Community isolation / OP Self isolation
สำหรับหน่วยบริการ สปสช.เขต 7 ขอนแก่น เขต 8 อุดรธานี เขต 10 อุบลราชธานี

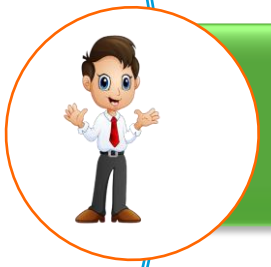
วันที่ 19 เมษายน 2565

ฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สายงานบริหารกองทุน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเด็นนำเสนอ แนวทางทบทวนผลการตรวจสอบ



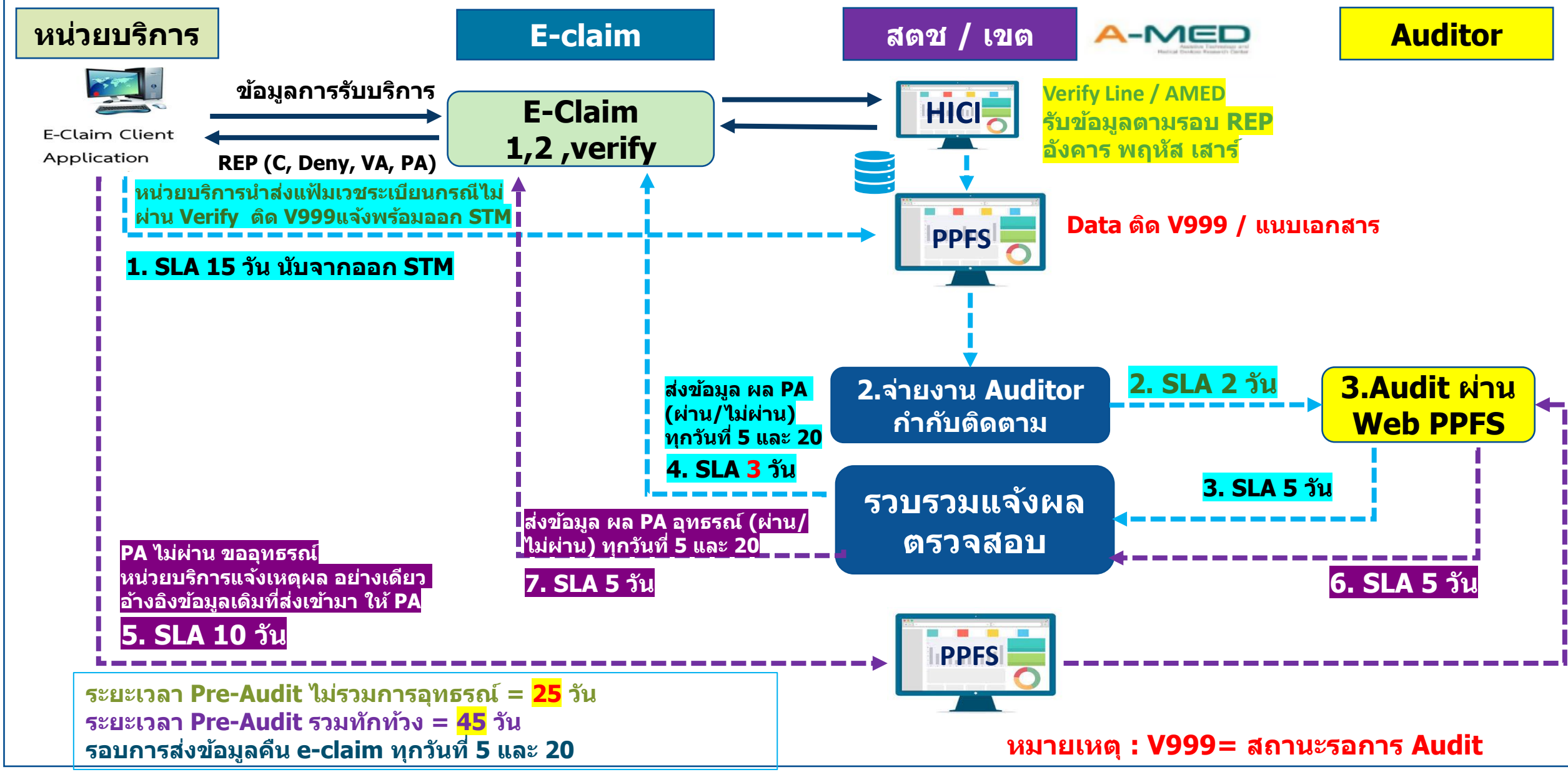
1 Flow การดำเนินงานการทบทวน การตรวจสอบก่อนจ่ายชดเชยบริการ HI/CI



2 แนวทางการจัดเตรียมเอกสาร หลักฐาน เพื่อประกอบการทักท้วงผลการตรวจสอบ ก่อนจ่ายการให้บริการ HI/CI แก่ผู้ติดเชื้อโรค COVID 19 สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกัน

3 การขอทบทวน ในระบบ PPFS

ขั้นตอนการตรวจสอบก่อนจ่าย Pre audit Business Flow (New)



รหัสปฏิเสธการจ่าย (Deny Code) รายการเบิก รหัสเบิกและเอกสารหลักฐาน กรณี ให้บริการผู้ติดเชื้อโควิด 19 ประเภท HI/CI

Deny code	ความหมาย	เอกสารหลักฐาน (เฉพาะบริการที่ส่งเบิก)
V000	ไม่มีข้อมูล Authen/ Authen ไม่ถูกต้อง	1. หลักฐานการยืนยันตัวตนการรับผู้ติดเชื้อ (Authen) เข้ารับบริการ 2. เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ ตามจำนวนวันที่ขอเบิก 3. หลักฐานการจัดอาหารตามจำนวนวันที่เบิก หรือ หลักฐานการรับอาหาร 4. หลักฐานแสดงการจัดส่งยา หรือ หลักฐานการรับยาฟ้าทะลายโจร 5. หลักฐานแสดงการจัดส่งยา หรือ หลักฐานการรับยา Favipiravir 6. หลักฐานการสั่งซื้อที่ระบุราคาอุปกรณ์ 7. หลักฐานการบันทึก การดูแลด้วยการให้ออกซิเจน รวมทั้งวันเริ่มต้นและวันสิ้นสุดการให้ออกซิเจน 8. รายงานผลการตรวจ Chest X-ray ที่ระบุหน่วยบริการ วันที่ให้บริการ 9. รายงานผลการตรวจ RT-PCR official report ที่ระบุหน่วยบริการ วันที่ให้บริการ ตามประเภทการตรวจคัดกรองที่ส่งเบิก
V001	เบอร์โทรรูปแบบไม่ถูกต้องทำให้ไม่สามารถติดต่อผู้ติดเชื้อได้	
V002	มีเบอร์โทรแต่ไม่สามารถติดต่อผู้ติดเชื้อได้	
V003	เลขบัตรประชาชนไม่ตรงกับข้อมูลที่ Authen	
V004	ผู้รับบริการตามรายชื่อ/เลขที่บัตรประชาชนตามที่ Authen แจ้งว่าไม่เป็นผู้ติดเชื้อโรค Covid 19	
V006	ผู้ติดเชื้อแจ้งว่าได้รับบริการดูแลจากหน่วยบริการอื่นไม่ตรงหน่วยบริการที่ Authen	

รหัสปฏิเสธการจ่าย (Deny Code) รายการเบิก รหัสเบิกและเอกสารหลักฐาน กรณี ให้บริการผู้ติดเชื้อโควิด 19 ประเภท HI/CI

Deny code	ความหมาย	รายการเบิก	รหัสเบิก	เอกสารหลักฐาน
V008, V009, V010, V011, V012	ผู้ติดเชื้อไม่ได้รับการประเมินและ หรือ ไม่ได้รับอาหารตามจำนวนวันที่ขอเบิก	1.1ค่าดูแลการให้บริการผู้ติดเชื้อโรคCOVID 19 (ค่าติดตามประเมินอาการ และให้คำปรึกษา และค่าอาหาร 3 มื้อ)	COVR05 (HI) COVR06 (CI)	1. เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการเวชระเบียน Nurse note /หลักฐานที่สื่อสารกับผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก 2 .หลักฐานการจัดอาหารจากหน่วยผลิตอาหารจัดส่งให้ผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก หรือ 3.หลักฐานการรับอาหารของผู้ติดเชื้อ/ญาติ ทั้งนี้หลักฐานในการจ่ายอาหาร ไม่สามารถจ่ายเป็นเงินสดให้กับผู้ติดเชื้อได้ นับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป
		1.2 ค่าดูแลการให้บริการ (ค่าติดตามประเมินอาการ และให้คำปรึกษา)	COVR11(HI) COVR12(CI)	
V013, V014, V015, V020	ไม่ได้รับ ปรอท และหรืออุปกรณ์ O2 sat	2.ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย ปรอทวัดไข้ดิจิตอล เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด และอุปกรณ์อื่นๆที่จำเป็น	14509	1.หลักฐานแสดงการจัดส่งเวชภัณฑ์ ตามรายการที่ให้แก่ผู้ติดเชื้อระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา หรือ 2. หลักฐานการรับเวชภัณฑ์ของผู้ติดเชื้อ/ญาติตามรายการที่ให้แก่ผู้ติดเชื้อ ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา หมายเหตุ กรณีจัดหาเป็นอุปกรณ์อื่นที่ไม่ใช่ เครื่องวัดไข้ และ เครื่องวัด O2sat ต้องระบุเหตุผลการไม่ได้จัดหาให้

รหัสปฏิเสธการจ่าย (Deny Code) รายการเบิก รหัสเบิกและเอกสารหลักฐาน กรณี ให้บริการผู้ติดเชื้อโควิด 19 ประเภท HI/CI

Deny code	ความหมาย	รายการเบิก	รหัสเบิก	เอกสารหลักฐาน
V022	ไม่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์	3.ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ติดเชื้อฯ 3.1 ยา Favipiravir	DRUG04	1. หลักฐานแสดงการจัดส่งยาที่ระบุชื่อผู้รับ หรือ 2. หลักฐานการรับยาของผู้ติดเชื้อ/ญาติ 3. หลักฐานการจัดซื้อยาฟาวิพิราเวียร์
V016	ไม่ได้รับยาฟ้าทะลายโจร	3.2 ยาฟ้าทะลายโจร	DRUG11	1. หลักฐานแสดงการจัดส่งยาระบุชื่อผู้รับ หรือ 2. หลักฐานการรับยาของผู้ติดเชื้อ/ญาติ
V017	ไม่ได้ทำ Chest X-ray	4.ค่าบริการ Chest X-ray	08001	รายงานผลการตรวจChest X-Ray ในช่วงที่ให้บริการ HI/CI ที่ระบุวันที่ชัดเจน(กรณี OPD เท่านั้น)
V018	ไม่ได้ตรวจคัดกรองซ้ำ	5. ค่าบริการตรวจ RT-PCR	PCR2G PCR3G	รายงานผลการตรวจ RT PCR ที่ระบุหน่วยบริการส่งตรวจ และหน่วยตรวจ official report โดยต้องเป็นการตรวจในช่วงเวลาที่ให้บริการ HI/CI
V019	ไม่ได้รับบริการ oxygen	6.ค่าออกซิเจนสำหรับผู้ติดเชื้อที่มีอาการเปลี่ยนแปลง/มีความจำเป็นต้องให้ออกซิเจนตามดุลยพินิจของแพทย์	145014	1.หลักฐานแสดงการจัดส่งอุปกรณ์ oxygen หรือ หลักฐานการรับอุปกรณ์oxygen ให้แก่ผู้ติดเชื้อระบุชื่อผู้รับ (กรณี HI) หรือ 2.หลักฐานการให้/การได้รับออกซิเจน ของผู้ติดเชื้อ (กรณี CI) ได้แก่ คำสั่งแพทย์ และบันทึกพยาบาล 3. โดยระบุจำนวนวันที่เริ่มให้ และจำนวนวันที่สิ้นสุดการให้บริการ

เหตุผลของการปฏิเสธการขอทบทวน

1. แนบหลักฐานถูกต้อง แต่ไม่ครบตามจำนวนวันที่ขอเบิก
2. ไม่พบการหลักฐานการส่ง อาหาร หรือ อุปกรณ์ เช่น บันทึกการส่งอุปกรณ์ หรือ ภาพการใช้อุปกรณ์ หรือ ภาพการรับ/ส่งอาหาร หรือ ตารางการส่งอาหาร /อุปกรณ์ อย่างใดอย่างหนึ่ง
3. แนบเอกสารผิดคน
4. หลักฐานเอกสารบันทึกการให้บริการ ไม่ได้ระบุชื่อ สกุล หรือ เลขบัตรประชาชนผู้รับบริการ
5. ให้บริการผิดประเภทกับการขอเบิก เช่น บริการ HI แต่หลักฐานเป็นการให้บริการผู้ป่วยในรพ. และพบบันทึกเป็นการรักษาในแผนกผป.ใน ของหน่วยบริการ

ผลการตรวจสอบการขอทักท้วง

ผลการตรวจสอบ	เหตุผล	จำนวนเงินทบทวน	หมายเหตุ
ไม่ผ่าน	ไม่พบหลักฐานการให้บริการตามรายการที่ขอเบิก	0	คลิกช่อง ทักท้วง
ผ่าน		เท่ากับจำนวนเงินขอเบิก หรือขอทักท้วงแต่ไม่เกินเพดานจ่ายแต่ละรายการ	คลิกช่อง ทักท้วง
ผ่านบางส่วน	พบหลักฐานการให้บริการไม่ครบตามจำนวนวันที่ขอเบิก หรือ พบค่าใช้จ่ายตามหลักฐานน้อยกว่าที่ขอเบิก	น้อยกว่า จำนวนเงินขอเบิก หรือ ขอทักท้วง	คลิกช่อง ทักท้วง
ไม่ประสงค์ทักท้วง		0 บาท หรือ ตามจำนวนเงินที่ตรวจสอบได้จาก โทรศัพท์ AMED , line	ช่อง ทักท้วง ว่าง

ช่องทางการแจ้งผลการตรวจสอบ
1 ระบบ e-Claim statementUC
2 ระบบทักท้วง >> รายงานรายบุคคล (อยู่ระหว่างพัฒนา)

ค่าดูแลการให้บริการผู้ติดเชื้อ

<u>เอกสารหลักฐาน</u> การติดตามประเมินอาการ และการจัดส่งอาหาร

1. เอกสารบันทึกการติดตามประเมินอาการ เวชระเบียน Nurse note / หลักฐานที่สื่อสารกับผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก โดยเอกสารทุกฉบับต้องระบุชื่อและนามสกุลของผู้ติดเชื้อได้ (กรณีใช้ Line ควรส่งออกข้อมูลจากประวัติสนทนาที่แสดงวันที่ได้)
2. หลักฐานการจัดอาหารจากหน่วยผลิตอาหารจัดส่งให้ผู้ติดเชื้อตามจำนวนวันที่เบิก เป็นรายบุคคล **<u>หรือ</u>**
3. หลักฐานการรับอาหารของผู้ติดเชื้อ/ญาติ

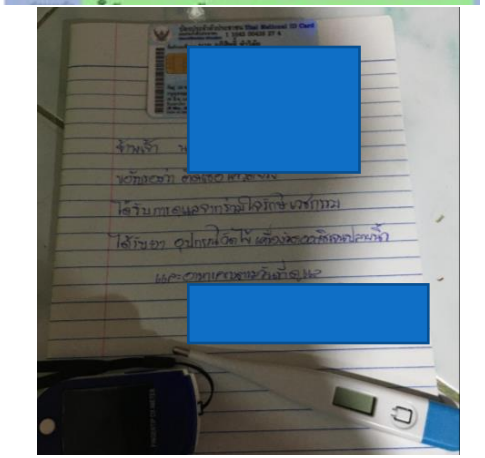
หมายเหตุ สามารถใช้บันทึกการให้บริการทั้งในรูปแบบเอกสาร หรือบันทึกใน platform แต่จะต้องสามารถสืบค้นได้ว่าเป็นข้อมูลของผู้ติดเชื้อจริง

<u>รายละเอียดการตรวจพบ</u> :

- ไม่พบบันทึกการติดตามประเมินอาการ หรือประเมินไม่ครบ
- ส่งหลักฐานภาพหน้าจอการสนทนาทางไลน์ ซึ่งไม่มีวันที่ และ ID line ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ติดเชื้อจริง
- ไม่พบหลักฐานการจัดส่งอาหารหรือไม่ได้ รับอาหาร ตามจำนวนวันที่ขอเบิก
- ไม่พบหลักฐานการบริการอาหารรายบุคคล แต่มีหลักฐานการจัดซื้ออาหาร /จัดจ้างการส่งอาหาร /

ตัวอย่างเอกสารบันทึก การติดตามประเมินอาการ ตามจำนวนวันที่ขอเบิก

line



พบหลักฐาน การติดตามประเมินอาการ ตรงกับผู้ติดเชื้อที่ตรวจสอบตามจำนวนวันที่ขอเบิก

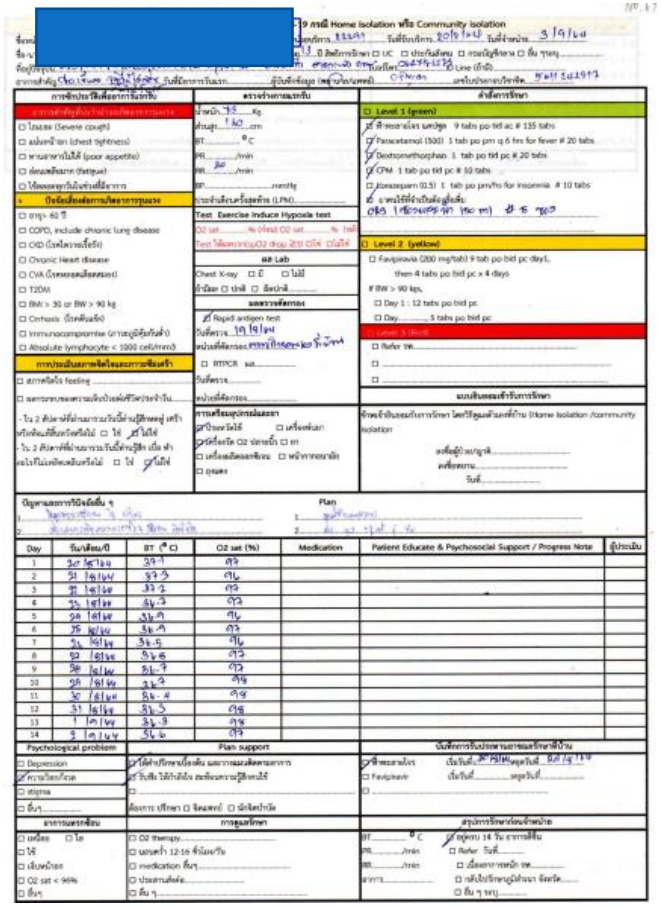
- นางส[redacted] วันที่ 8 ส.ค. 2564 เวลา 10:44
  ติดตามอาการผู้ป่วยCOVID-19 วันที่8/8/64 1.อุณหภูมิร่างกายT 36.7C 2.ชีพจร 96 3.ออกซิเจนปลายนิ้ว SpO2 98% ไม่มีไข้ ไม่ไอ ไม่เหนื่อย กินได้ ขับถ่ายปกติ ไม่ซึม ผู้ป่วยได้รับยาครบตามแผนการรักษา อาหารครบ3มื้อ แนะนำสังเกตุอาการต่อไป

- นางส[redacted] วันที่ 8 ส.ค. 2564 เวลา 17:36
  ติดตามอาการผู้ป่วยCOVID-19 วันที่8/8/64 1.อุณหภูมิร่างกายT 36.3C 2.ชีพจร 104 3.ออกซิเจนปลายนิ้ว SpO2 97% ไม่มีไข้ ไม่ไอ ไม่เหนื่อย กินได้ ขับถ่ายปกติ ไม่ซึม ผู้ป่วยได้รับยาครบตามแผนการรักษา อาหารครบ3มื้อ แนะนำสังเกตุอาการต่อไป

รูปภาพประกอบรายงานประจำวัน

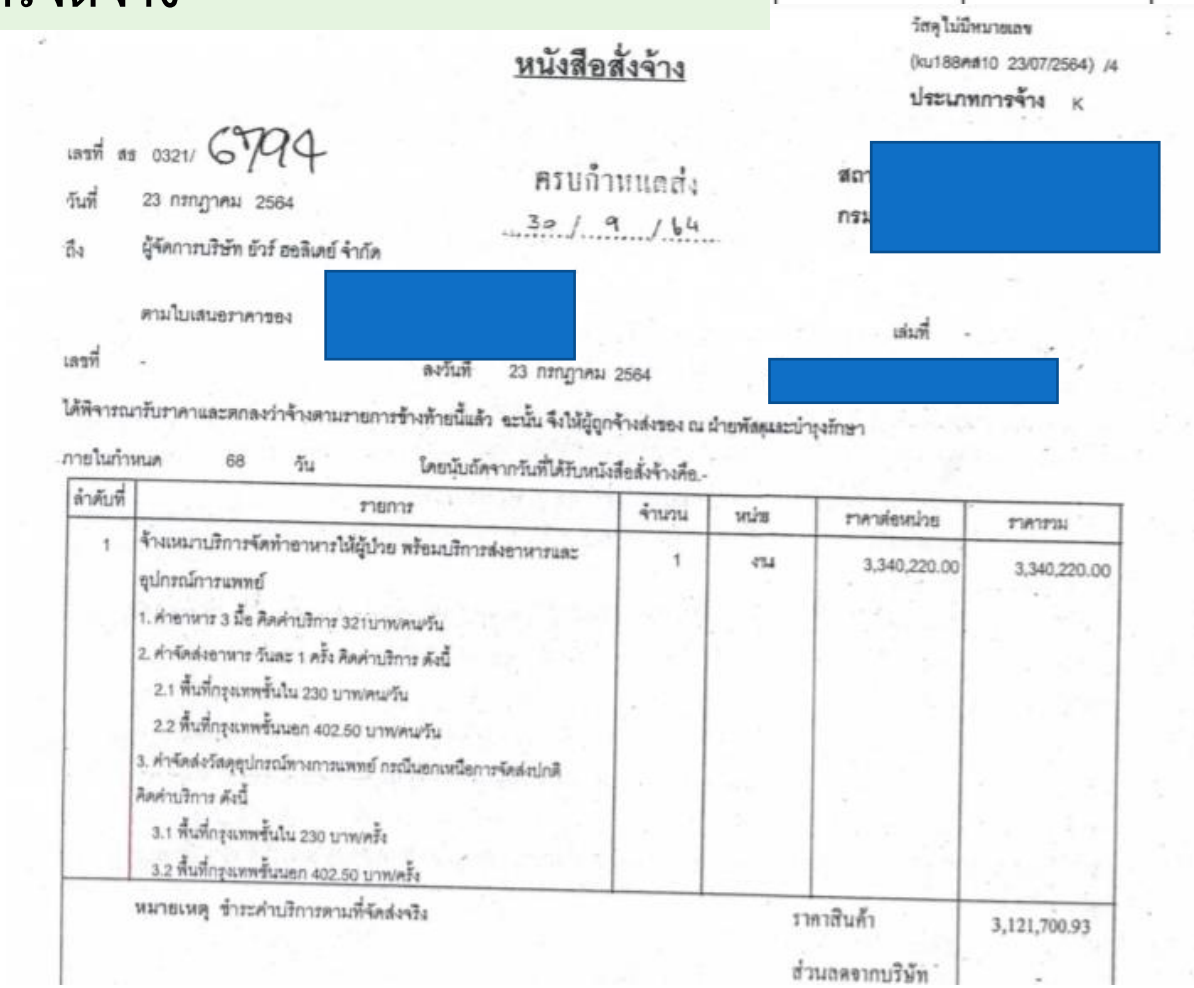
AMED

เอกสาร



ตัวอย่างเอกสารบันทึกการบริการอาหาร ตามจำนวนวันที่ขอเบิก

1. เอกสารการสั่งจ้าง ประกอบอาหาร /ส่งอาหาร
2. รายชื่อผู้ติดเชื้อ จำนวนวันที่ส่งอาหารประกอบการจัดจ้าง



หนังสือสั่งจ้าง

เลขที่ สธ 0321/ 6794

วันที่ 23 กรกฎาคม 2564

ถึง ผู้จัดการบริษัท เบ้วร์ ฮอสปิตอล์ จำกัด

ตามใบเสนอราคาของ [redacted]

เลขที่ -

ลงวันที่ 23 กรกฎาคม 2564

ครบกำหนดส่ง 30 / 9 / 64

วัสดุไม่มีพาณิชย์ (ku188คส10 23/07/2564) /4

ประเภทการจ้าง K

สถา [redacted]

กรม

เล่มที่ -

ได้พิจารณารับราคาและตกลงว่าจ้างตามรายการข้างท้ายนี้แล้ว ฉะนั้น จึงให้ผู้ถูกจ้างส่งของ ณ ฝ่ายพัสดุและบำรุงรักษา

ภายในกำหนด 68 วัน โดยนับถัดจากวันที่ได้รับหนังสือสั่งจ้างคือ.-

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย	ราคารวม
1	จ้างเหมาบริการจัดทำอาหารให้ผู้ป่วย พร้อมบริการส่งอาหารและอุปกรณ์การแพทย์ 1. ค่าอาหาร 3 มื้อ คิดค่าบริการ 321บาท/คน/วัน 2. ค่าจัดส่งอาหาร วันละ 1 ครั้ง คิดค่าบริการ ดังนี้ 2.1 พื้นที่กรุงเทพชั้นใน 230 บาท/คน/วัน 2.2 พื้นที่กรุงเทพชั้นนอก 402.50 บาท/คน/วัน 3. ค่าจัดส่งวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ กรณีนอกเหนือการจัดส่งปกติ คิดค่าบริการ ดังนี้ 3.1 พื้นที่กรุงเทพชั้นใน 230 บาท/ครั้ง 3.2 พื้นที่กรุงเทพชั้นนอก 402.50 บาท/ครั้ง	1	งาน	3,340,220.00	3,340,220.00
	หมายเหตุ ชำระค่าบริการตามที่จัดส่งจริง			ราคาสินค้า	3,121,700.93
				ส่วนลดจากบริษัท	-

ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยเดือนกรกฎาคม 2564

ชื่อ	นามสกุล	อายุ	ที่อยู่	จำนวน 1วัน/ 1ชุด มี 3กล่อง	ค่าอาหาร	ค่ารถส่งของอาหาร / ยา และอุปกรณ์
		อน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
		อน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
		อน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
		อน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
		อน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
		อน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
		อน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท

ต้องมีรายละเอียดเป็นรายบุคคล

ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ติดเชื้อรายบุคคล

<u>เอกสารหลักฐาน</u>

1. หลักฐานแสดงการจัดส่งเวชภัณฑ์ ตามรายการที่ให้แก่ผู้ติดเชื้อ (ระบุชื่อผู้รับ และราคาจัดหา) หรือ
2. หลักฐานการรับเวชภัณฑ์ของผู้ติดเชื้อ/ญาติตามรายการที่ให้แก่ผู้ติดเชื้อ (ระบุชื่อผู้รับและราคาจัดหา)
3. กรณีที่จ่ายเป็นเงินให้เก็บหลักฐานสลิปโอนเงิน

<u>หมายเหตุ</u> กรณีที่ไม่ได้จัดหาเครื่องวัดไข้ และ เครื่องวัด O2sat แต่จัดหาเป็นอุปกรณ์อื่นแทน ต้องระบุเหตุผลการจัดหาอุปกรณ์ดังกล่าว

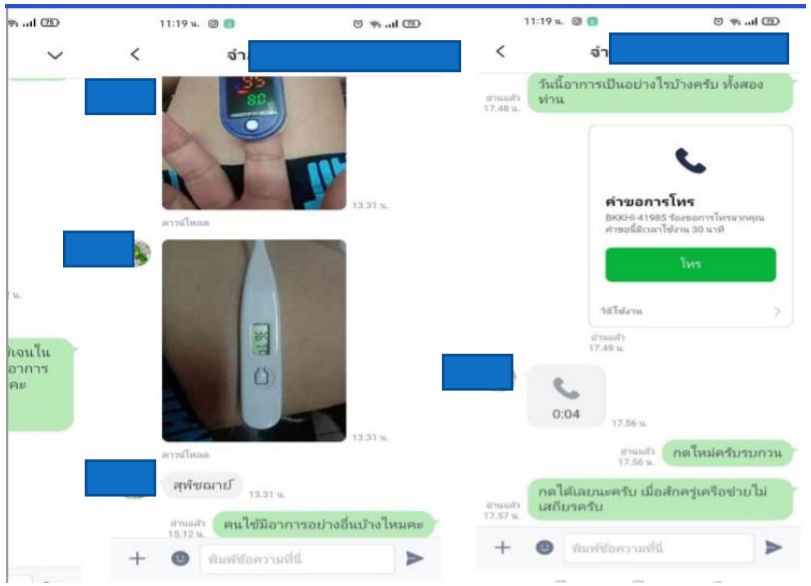
<u>รายละเอียดการตรวจพบ</u> :

- ไม่พบการจ่ายอุปกรณ์ที่ใช้ตรวจประเมิน ได้แก่ เครื่องวัดไข้ เครื่องวัด O2sat ให้ผู้ติดเชื้อเป็นรายบุคคล แต่พบการเบิกเป็นรายบุคคล
- พบว่ามีการจ่ายเป็นเงินให้กับผู้ติดเชื้อ

ตัวอย่างเอกสารบันทึกการได้รับอุปกรณ์

พบหลักฐาน การส่งอุปกรณ์ ภาพการใช้อุปกรณ์ การบันทึกการส่ง/รับอุปกรณ์ ของผู้ติดเชื้อ/บุคลากร ตรงกับผู้ติดเชื้อที่ตรวจสอบ

AMED



line

ภาพถ่าย

บันทึกการพยาบาล

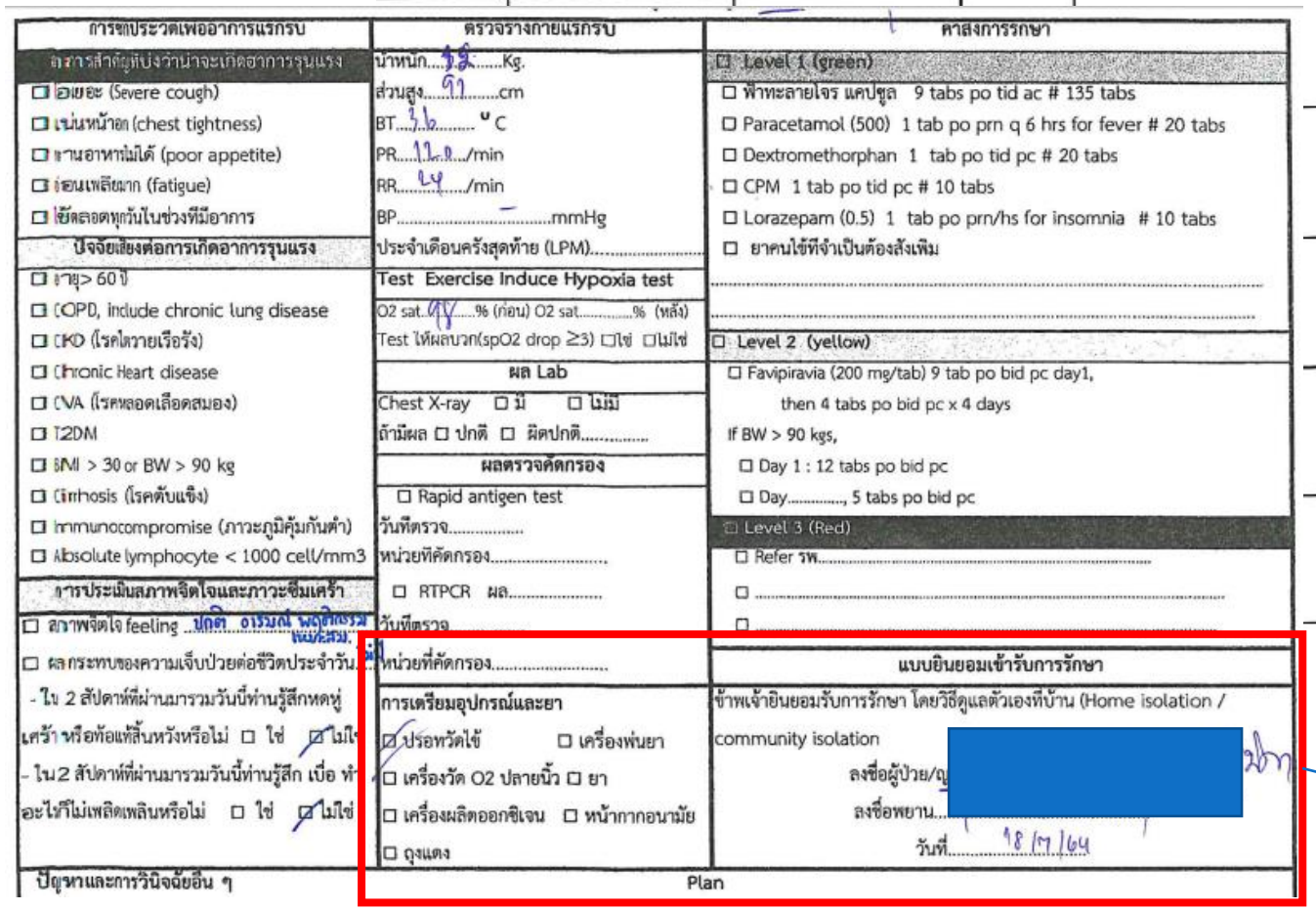
- **นางสาว** [redacted] วันที่ 2 ก.ย. 2564 เวลา 10:25
  รับใหม่ 02/09/64 แรกรับ : ปวดศีรษะเล็กน้อย คอแห้ง ตรวจ : คลินิก [redacted] ATK+ 01/09/64 ต้องการอาหาร ยาสามัญ 1 ชุด และ ปรอท เครื่องวัดออกซิเจน จัดให้แล้วเตรียมนำจ่ายค่ะ

- **นาง** [redacted] วันที่ 2 ก.ย. 2564 เวลา 16:37
  วันนี้มีญาติมารับเครื่องออกซิเจนปลายนิ้วเรียบร้อยแล้ว

ตัวอย่างเอกสารบันทึกการได้รับอุปกรณ์

พบหลักฐานการส่งอุปกรณ์ ให้กับผู้ป่วย /บันทึกการได้รับอุปกรณ์

วันที่	ชื่อ	นามสกุล	อายุ	ที่อยู่	จำนวน 1วัน/ 1ชุด มี 3กล่อง	ค่าอาหาร	ค่ารถส่งของอาหาร / ยา และอุปกรณ์
					1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
					1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
					1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
					1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
					1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
							รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน



การซักประวัติเพื่ออาการแรกรับ

อาการสำคัญที่บ่งว่าน่าจะเกิดอาการรุนแรง

- ☐ ไอมาก (Severe cough)
- ☐ แน่นหน้าอก (chest tightness)
- ☐ รับประทานอาหารไม่ได้ (poor appetite)
- ☐ อ่อนเพลียมาก (fatigue)
- ☐ มีไข้ตลอดทุกวันในช่วงที่มีอาการ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง

- ☐ อายุ> 60 ปี
- ☐ COPD, include chronic lung disease
- ☐ CKD (โรคไตวายเรื้อรัง)
- ☐ Chronic Heart disease
- ☐ CVA (โรคหลอดเลือดสมอง)
- ☐ T2DM
- ☐ BMI > 30 or BW > 90 kg
- ☐ Cirrhosis (โรคตับแข็ง)
- ☐ Immunocompromise (ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ)
- ☐ Absolute lymphocyte < 1000 cell/mm3

การประเมินสภาพจิตใจและภาวะซึมเศร้า

- ☐ สภาพจิตใจ feeling ...ปกติ อารมณ์ พฤติกรรม เฉยๆ
- ☐ ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อชีวิตประจำวัน...
- - ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- - ใน2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ตรวจร่างกายแรกรับ

น้ำหนัก...52...Kg.
ส่วนสูง...171...cm
BT...36...°C
PR...112...../min
RR...24...../min
BP.....mmHg
ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LPM).....

Test Exercise Induce Hypoxia test

O2 sat...97...% (ก่อน) O2 sat.....% (หลัง)
Test ให้ผลบวก(spO2 drop ≥3) ☐ใช่ ☐ไม่ใช่

ผล Lab

Chest X-ray ☐ มี ☐ ไม่มี
ถ้ามีผล ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

ผลตรวจคัดกรอง

- ☐ Rapid antigen test

วันที่ตรวจ.....
หน่วยที่คัดกรอง.....

- ☐ RTPCR ผล.....

วันที่ตรวจ
หน่วยที่คัดกรอง.....

การเตรียมอุปกรณ์และยา

- ☑ ปรอทวัดไข้ ☐ เครื่องพ่นยา
- ☐ เครื่องวัด O2 ปลายนิ้ว ☐ ยา
- ☐ เครื่องผลิตออกซิเจน ☐ หน้ากากอนามัย
- ☐ ถุงแดง

คำสั่งการรักษา

☐ Level 1 (green)

- ☐ ฟ้าทะลายโจร แคปซูล 9 tabs po tid ac # 135 tabs
- ☐ Paracetamol (500) 1 tab po prn q 6 hrs for fever # 20 tabs
- ☐ Dextromethorphan 1 tab po tid pc # 20 tabs
- ☐ CPM 1 tab po tid pc # 10 tabs
- ☐ Lorazepam (0.5) 1 tab po prn/hs for insomnia # 10 tabs
- ☐ ยาคนไข้ที่จำเป็นต้องสั่งเพิ่ม

.....
.....

☐ Level 2 (yellow)

- ☐ Favipiravia (200 mg/tab) 9 tab po bid pc day1,
  then 4 tabs po bid pc x 4 days
  If BW > 90 kgs,
  - ☐ Day 1 : 12 tabs po bid pc
  - ☐ Day....., 5 tabs po bid pc

☐ Level 3 (Red)

- ☐ Refer รพ.....
- ☐ .....
- ☐ .....

แบบยินยอมเข้ารับการรักษา

ข้าพเจ้ายินยอมรับการรักษา โดยวิธีดูแลตัวเองที่บ้าน (Home isolation / community isolation

ลงชื่อผู้ป่วย/ญ[redacted]

ลงชื่อพยาน...

วันที่...18/7/64

ปัญหาและการวินิจฉัยอื่น ๆ

Plan

มีลายมือผู้ติดเชื้อ หรือญาติลงนาม และมีบันทึกการเตรียมอุปกรณ์

ค่ายารักษา Covid-19
ฟ้าทลายโจร / ฟาวิพิลาเวียร์

<u>เอกสารหลักฐาน</u>

1. หลักฐานแสดงการจัดส่งยา (ระบุชื่อผู้รับ) **<u>หรือ</u>**
2. หลักฐานการรับยาของผู้ติดเชื้อ/ ญาติ เช่น กล่องยา หรือรูปถ่ายหน้าซองยาที่ระบุชื่อผู้ป่วย
3. หลักฐานการจัดซื้อยาฟาวิพิลาเวียร์ (กรณีเบิกค่ายาฟาวิพิลาเวียร์)

หมายเหตุ กรณีที่มีการ Stepdown มาจากโรงพยาบาล ไม่ควรเบิกค่ายาซ้ำซ้อนกับผู้ป่วยใน

<u>รายละเอียดการตรวจพบ</u> :

- ไม่พบบันทึกหลักฐานการจัดส่งยา หรือบันทึกที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาตามที่ส่งเบิก
- มีการเบิกค่ายาฟ้าทะลายโจร กรณีที่มีการ Stepdown มาจากโรงพยาบาล
- การจ่ายยาฟาวิพิลาเวียร์ ส่วนใหญ่เป็นยาที่รัฐจัดหาให้
- ไม่พบหลักฐานการจัดซื้อยาฟาวิพิลาเวียร์

ตัวอย่างเอกสารการสั่งยา / ได้รับยา

พบหลักฐาน คำสั่งการรักษา การส่งยา ให้กับผู้ติดเชื้อ
พบบันทึก/ภาพ การได้รับยา

[redacted] วันที่ 14 ส.ค. 2564 เวลา 16:25

- แบบรายวัน
  - แพทย์ห[redacted] วันที่ 14 ส.ค. 2564 เวลา 16:30

รายการยาทั้งหมด 4 ชนิด

1. FA-THALAI-CHON (ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย) (ผงใบฟ้าทะลายโจร 250 mg) capsule, hard, 1 cap (TPU) หลังอาหาร x 1 หน่วย
2. A-MOL CAPLETS (สยามเภสัช) (paracetamol 500 mg) tablet, 1 tablet (TPU) เมื่อมีอาการ x 2
3. CHLOPHEN (เมดิซีน โปรดักส์) (chlorphenamine maleate 4 mg) tablet, 1 tablet (TPU) หลัง 20 หน่วย
4. A-TUSSIN (โอสถอินเตอร์ แลบบอราทอรีส์) (dextromethorphan hydrobromide 15 mg) table tablet (TPU) หลังอาหาร x 20 หน่วย

วันที่ออกรายงาน: 14 ก.ย. 2564 ผู้ออกร[redacted]

AMED

ใบสั่งการรักษาพยาบาล

วันที่ (เวลา)	สั่งการครั้งเดียว	วันที่ (เวลา)	สั่งใช้ตลอดไป
30/07/64		30/07/64	
08.00 น.	Admit ward Home Isolation	08.00 น.	- Regular Diet
			- Record V/S, SpO2 OD
	CXR portable		
			- Medication
			Paracetamol (500)
			Sig. 1 tab o prn q 4-6 hours
			Dextromethorphan
			Sig. 1 x 3 o pc
			Chlorpheniramine
			Sig. 1 x 1 o hs
			Favipiravir (200)
			Sig. 9 tabs o bid x 1 day then
			4 tabs o bid x 9 days (รวม 10 วัน)
9 ส.ค. 64	- ครบ 14 วัน		# 90 tab

ผู้ป่วยให้ความยินยอมเข้ารับการ[redacted] รับการรักษาในระบบกักตัวที่บ้าน(Home Isolation) ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าผ่านทาง
☐ โทรศัพท์
☐ Line Application/ VDO call

เอกสาร

Lin

ต้องมีรายละเอียดเป็นรายบุคคล

ตัวอย่างเอกสารการจัดซื้อยา

รหัสลูกค้า: 120000210

[redacted]

เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520

สถานที่ส่งสินค้า: 120000210

[redacted]

แขวงลาดกระบัง

Billing No.: 3000427060

PO No.: -

Sales Order No.:100247802

Delivery Order No.: 200583770

Transfer Order No.: 2100515071

งบประมาณ : -

รหัสประเภทเอกสาร: : ZS01/ZB01

กลุ่มลูกค้า: : 2028

หน้า 1 / 1

วันที่:

วันที่:

วันที่: 10/08/2564

วันที่: 10 ส.ค. 2564

วันที่:

No.	รหัสสินค้า	ชื่อสินค้า	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย	ส่วนลด	จำนวนเงิน
1	110122260011	FAVIPIRAVIR TABLETS 200 mg 10x10's - FAVIR (200 MG)					
	Lot: W640076	Mfg: 23/07/2564 Exp: 23/07/2566	5.00	BOX	1,600.72		8,003.60

(แปดพันสามบาทถ้วน)

รวมเงิน	8,003.60
มูลค่าที่ไม่รวมภาษี	7,480.00
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7.00 %	523.60
ยอดชำระเงิน	8,003.60

ประเภท.....

เล่มที่.....

.....

[redacted]

ผ่านการตรวจสอบจาก

[redacted]

กรณี ยาฟาวิพิราเวียร์ ต้องมีหลักฐานการจัดซื้อ

[redacted]

รายชื่อผู้ป่วย	เลขบัตรประจำตัวประชาชน	วันที่จ่ายยา	จำนวนเงิน
[redacted]	[redacted]	27/08/64	4,000 บาท
		13/08/64,18/08/64	7,200 บาท
		18/08/64	2,080 บาท
		31/08/64	4,000 บาท
		28/08/64	4,000 บาท

ต้องมีรายละเอียดเป็นรายบุคคล

ค่าบริการตรวจ RT-PCR

<u>เอกสารหลักฐาน</u>

- รายงานผลการตรวจ RT PCR ที่ระบุหน่วยบริการส่งตรวจและหน่วยตรวจ (official report)

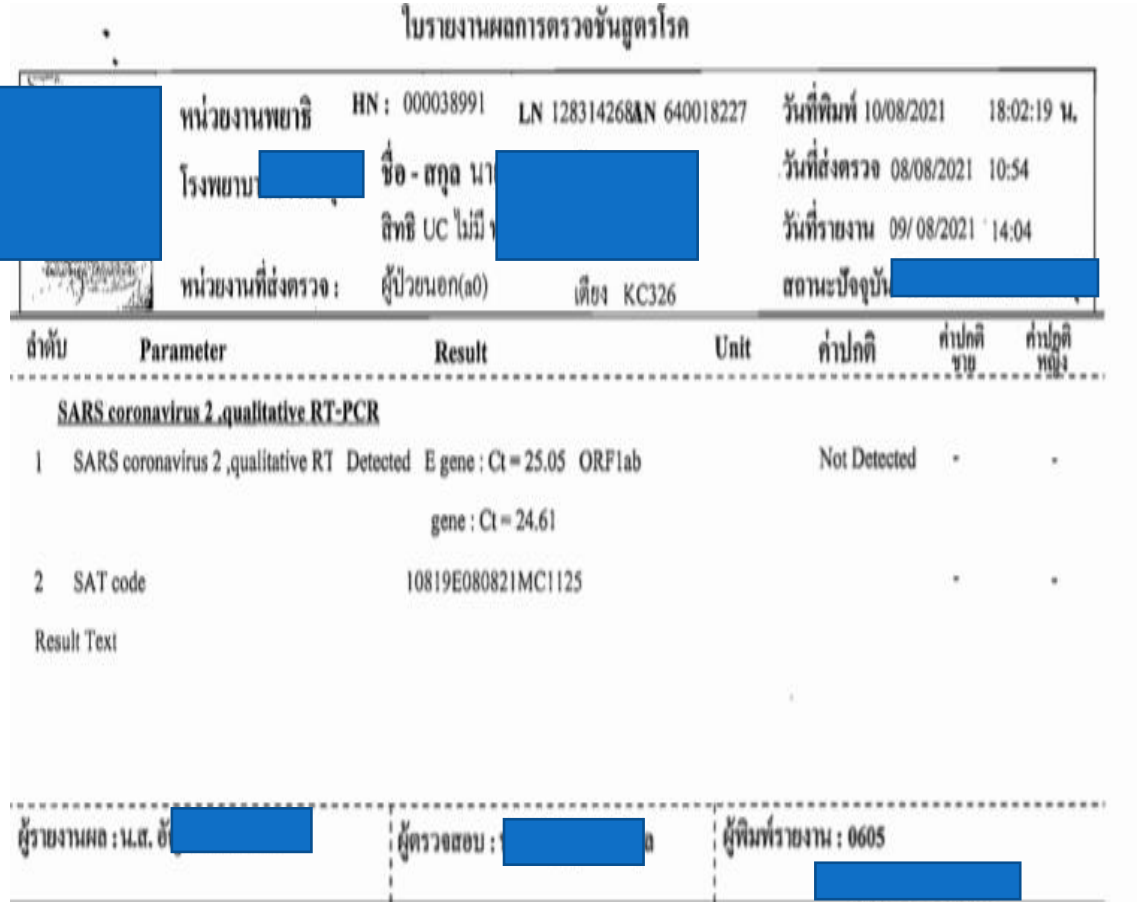
โดยต้องเป็นการตรวจในช่วงเวลาที่ให้บริการ HI/CI

<u>รายละเอียดการตรวจพบ</u> :

- ไม่พบหลักฐานการให้บริการตรวจคัดกรองโควิด RT-PCR ซ้ำ
- พบหลักฐานตรวจ Lab ก่อนวันเข้ารับบริการ HI

ตัวอย่างเอกสาร ผลตรวจ RT-PCR ซ้ำ

พบหลักฐาน ผลตรวจ official report ระบุ ชื่อ สกุล ตรงกับผป. และวันที่ อยู่ในช่วงที่รับบริการ HI/CI กรณี ตรวจคัดกรองก่อนเข้ารับบริการ HI/CI ต้องเบิกจากการคัดกรอง



ใบรายงานผลการตรวจชันสูตรโรค

[redacted]

หน่วยงานพยาธิ HN : 000038991 LN 128314268AN 640018227 วันที่พิมพ์ 10/08/2021 18:02:19 น.

โรงพยาบ[redacted] ชื่อ - สกุล น[redacted] วันที่ส่งตรวจ 08/08/2021 10:54

สิทธิ UC ไม่มี [redacted] วันที่รายงาน 09/08/2021 14:04

หน่วยงานที่ส่งตรวจ : ผู้ป่วยนอก(a0) เตียง KC326 สถานะปัจจุบัน[redacted]

ลำดับ	Parameter	Result	Unit	ค่าปกติ	ค่าปกติ ชาย	ค่าปกติ หญิง
	SARS coronavirus 2 ,qualitative RT-PCR					
1	SARS coronavirus 2 ,qualitative RT	Detected E gene : Ct = 25.05 ORF1ab gene : Ct = 24.61		Not Detected	-	-
2	SAT code	10819E080821MC1125			-	-

Result Text

ผู้รายงานผล : น.ส. อั[redacted] ผู้ตรวจสอบ : [redacted] ผู้พิมพ์รายงาน : 0605 [redacted]

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH กรมวิทยาการแพทย์ Department of Medical Sciences

รายงานผลการตรวจวิเคราะห์

ศู[redacted]

วันที่รับตัวอย่าง : 29 กรกฎาคม 2564 วันที่รายงานผล : 1 สิงหาคม 2564

หน่วยงานที่ส่งตรวจ : โรงพยาบา[redacted]

วัตถุประสงค์ : ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active case finding)

ชื่อในการทดสอบ : การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (SARS-CoV-2) ด้วยเทคนิค Real time RT-PCR

ผลการวิเคราะห์ :

หมายเลขวิเคราะห์	รายละเอียดสิ่งส่งตรวจ	ผลการวิเคราะห์
Sample No. 0006288317	ชื่อ : [redacted] เบอร์โทรศัพท์ [redacted] หมายเลขบัตรประชาชน : [redacted] หมายเลขหนังสือเดินทาง : ชนิดตัวอย่าง : THROAT SWAB NASOPHARYNGEAL SWAB วันที่เก็บตัวอย่าง : 29 กรกฎาคม 2564	Detected N gene Ct = 19.686 RdRp gene Ct = 15.394

หมายเหตุ : ข้างหลอดระบุชื่อ [redacted]

[redacted] ผู้วิเคราะห์

ตำแหน่ง นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระดับปฏิบัติการ

1 สิงหาคม 2564

[redacted] ผู้รับรองผล

ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ ระดับชำนาญการ

[redacted]

1 สิงหาคม 2564

ค่าตรวจ CHEST X-Ray

<u>เอกสารหลักฐาน</u>

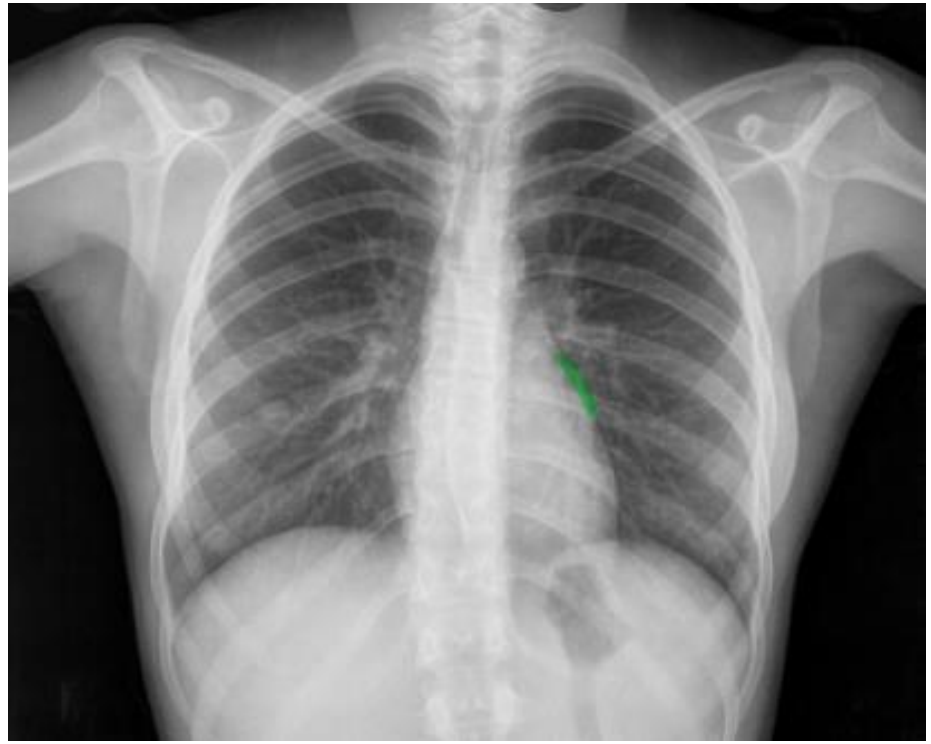
- รายงานผลการตรวจ Chest X-Ray ในช่วงที่ให้บริการ HI/CI ที่ระบุวันที่ชัดเจน

(กรณี OP เท่านั้น)

<u>รายละเอียดการตรวจพบ</u> :

- ไม่พบหลักฐานการให้บริการ Chest X-Ray
- พบมีคำสั่งการรักษา แต่ไม่พบใบรายงานผล หรือ บันทึกการอ่านผล
- ทำ Chest X-Ray ก่อนวันเข้ารับบริการ HI

ตัวอย่างหลักฐาน Chest X-RAY



ค่าออกซิเจนสำหรับผู้ติดเชื้อ

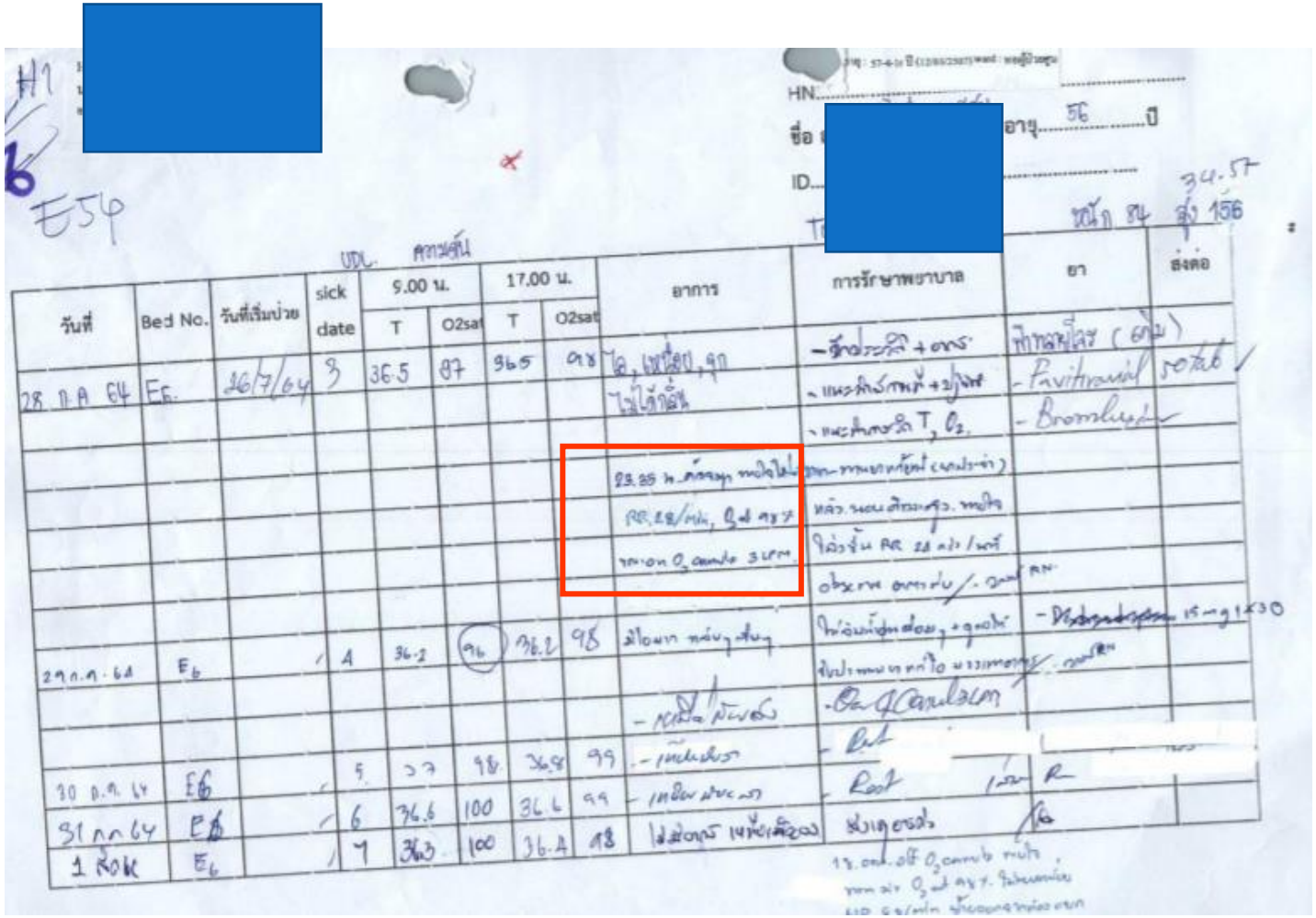
เอกสารหลักฐาน

1. หลักฐานแสดงการจัดส่งอุปกรณ์ oxygen หรือ
2. หลักฐานการรับอุปกรณ์ oxygen ให้แก่ผู้ติดเชื้อ(ระบุชื่อผู้รับ) (กรณี HI) หรือ
3. หลักฐานการให้/การได้รับออกซิเจน ของผู้ติดเชื้อ (กรณี CI) ได้แก่ คำสั่งแพทย์ และบันทึกพยาบาล
4. โดยระบุจำนวนวันที่เริ่มให้ และจำนวนวันที่สิ้นสุดการให้บริการ

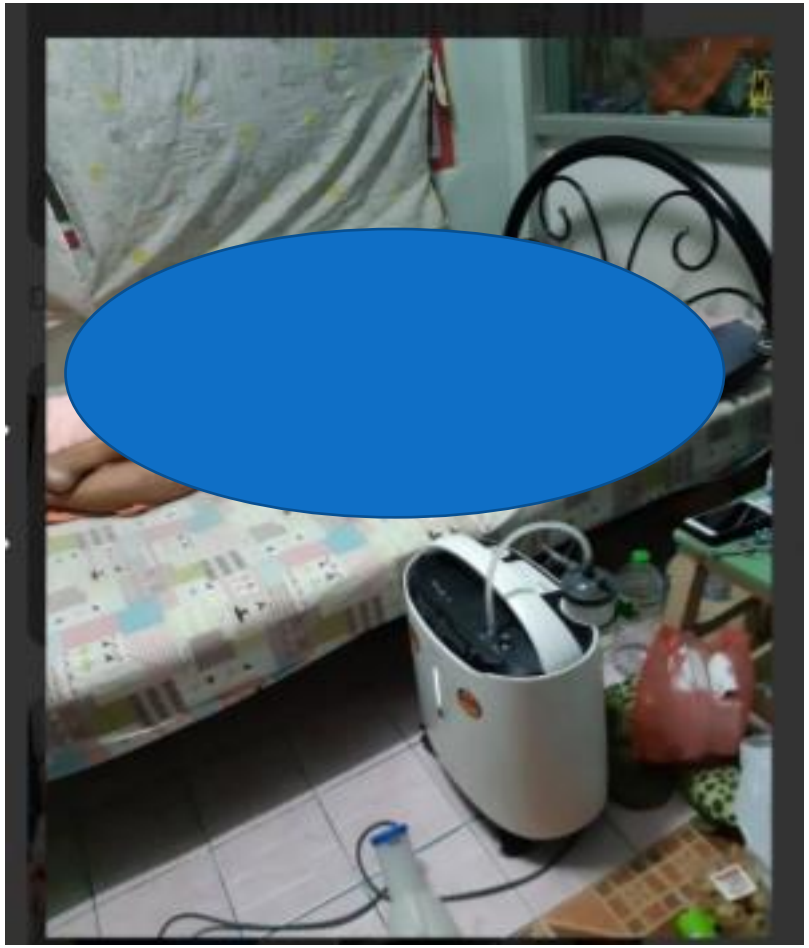
รายละเอียดการตรวจพบ :ไม่พบการให้บริการออกซิเจน ตามจำนวนวันที่ขอเบิก

ตัวอย่างหลักฐาน การได้รับ ออกซิเจน

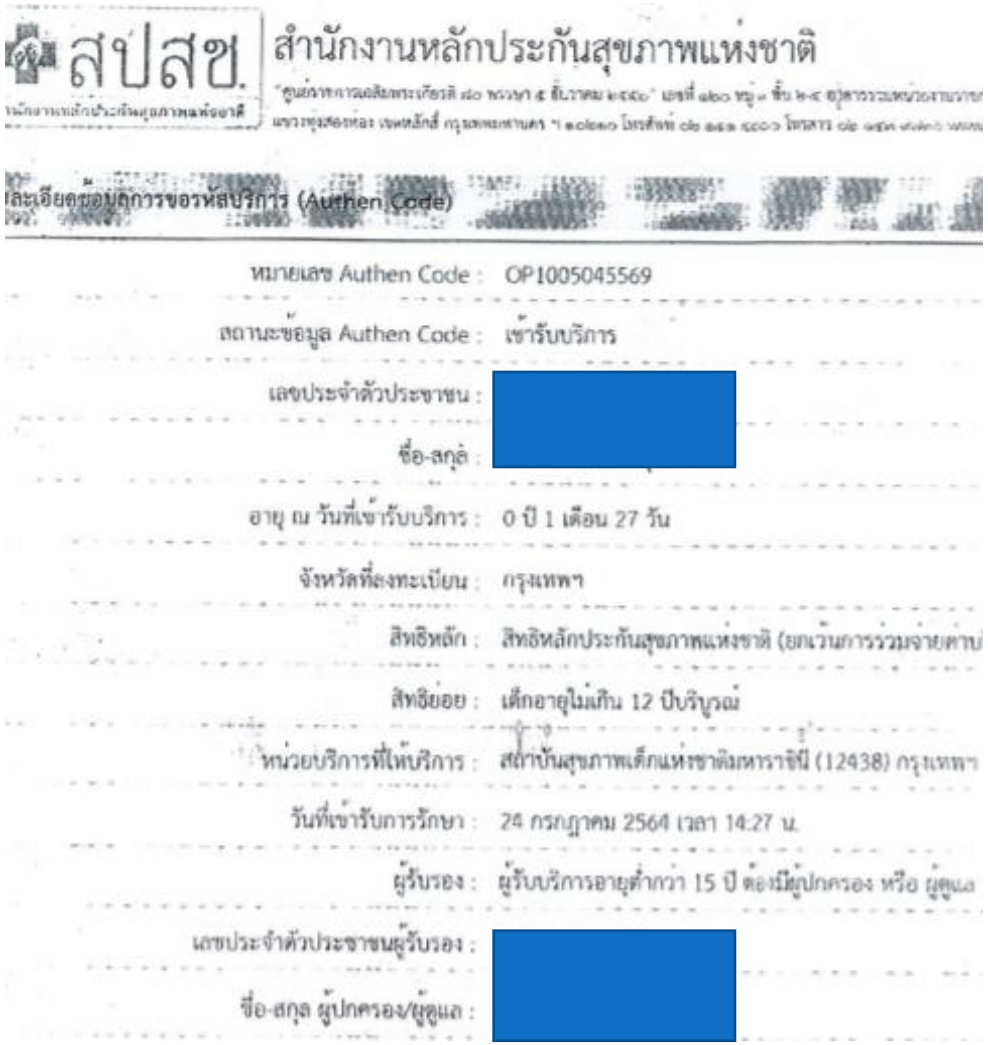
พบหลักฐาน คำสั่งการรักษา หรือบันทึกการให้บริการ ออกซิเจน การส่งออกซิเจน ให้กับผู้ป่วย
พบบันทึก/ภาพ การให้/ได้รับบริการออกซิเจน



วันที่	Bed No.	วันที่เริ่มป่วย	sick date	9.00 น. T	9.00 น. O2sat	17.00 น. T	17.00 น. O2sat	อาการ	การรักษาพยาบาล	ยา	ส่งต่อ
28 ก.ค. 64	E6	16/7/64	3	36.5	97	36.5	98	ไอ, เหนื่อย, ลุกไม่ได้เอง			
								23.55 น. ค่าออกซิ			
								RR 28/min, O2 sat 93%			
								ให้ O2 cannula 3 LPM			
29 ก.ค. 64	E6		4	36.2	96	36.2	98	ไอมาก หอบเหนื่อย			
								- หายใจดีขึ้น			
30 ก.ค. 64	E6		5	37	98	36.8	99	- เหนื่อยน้อย			
31 ก.ค. 64	E6		6	36.6	100	36.6	99	- เหนื่อยมากขึ้น			
1 สค. 64	E6		7	36.3	100	36.4	98	ใส่ท่อช่วยหายใจ			



ตัวอย่างหลักฐานการยืนยันตัวตนการรับผู้ป่วย(Authen) เข้ารับบริการ



สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายละเอียดข้อมูลการขอรหัสบริการ (Authen Code)

หมายเลข Authen Code :	OP1005045569
สถานะข้อมูล Authen Code :	เข้ารับบริการ
เลขประจำตัวประชาชน :	[redacted]
ชื่อ-สกุล :	
อายุ ณ วันที่เข้ารับบริการ :	0 ปี 1 เดือน 27 วัน
จังหวัดที่ลงทะเบียน :	กรุงเทพฯ
สิทธิหลัก :	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ยกเว้นการร่วมจ่าย/ค่าบ
สิทธิย่อย :	เด็กอายุไม่เกิน 12 ปีบริบูรณ์
หน่วยบริการที่ให้บริการ :	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (12438) กรุงเทพฯ
วันที่เข้ารับการรักษา :	24 กรกฎาคม 2564 เวลา 14:27 น.
ผู้รับรอง :	ผู้รับบริการอายุต่ำกว่า 15 ปี ต้องมีผู้ปกครอง หรือ ผู้ดูแล
เลขประจำตัวประชาชนผู้รับรอง :	[redacted]
ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล :	

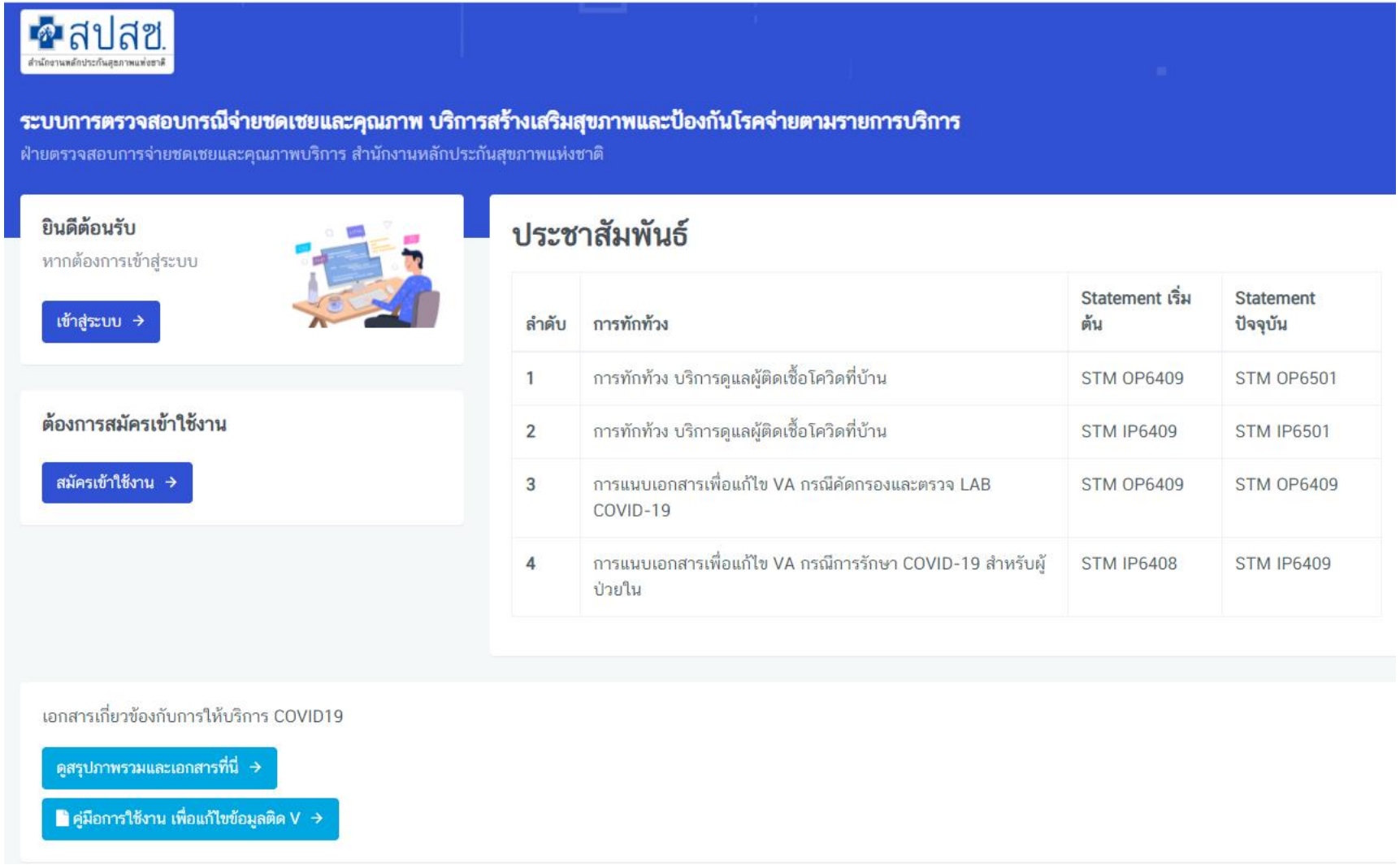
Authen

พบหลักฐาน การยืนยันตัวตน ตรงกับผู้ป่วยที่ตรวจสอบ

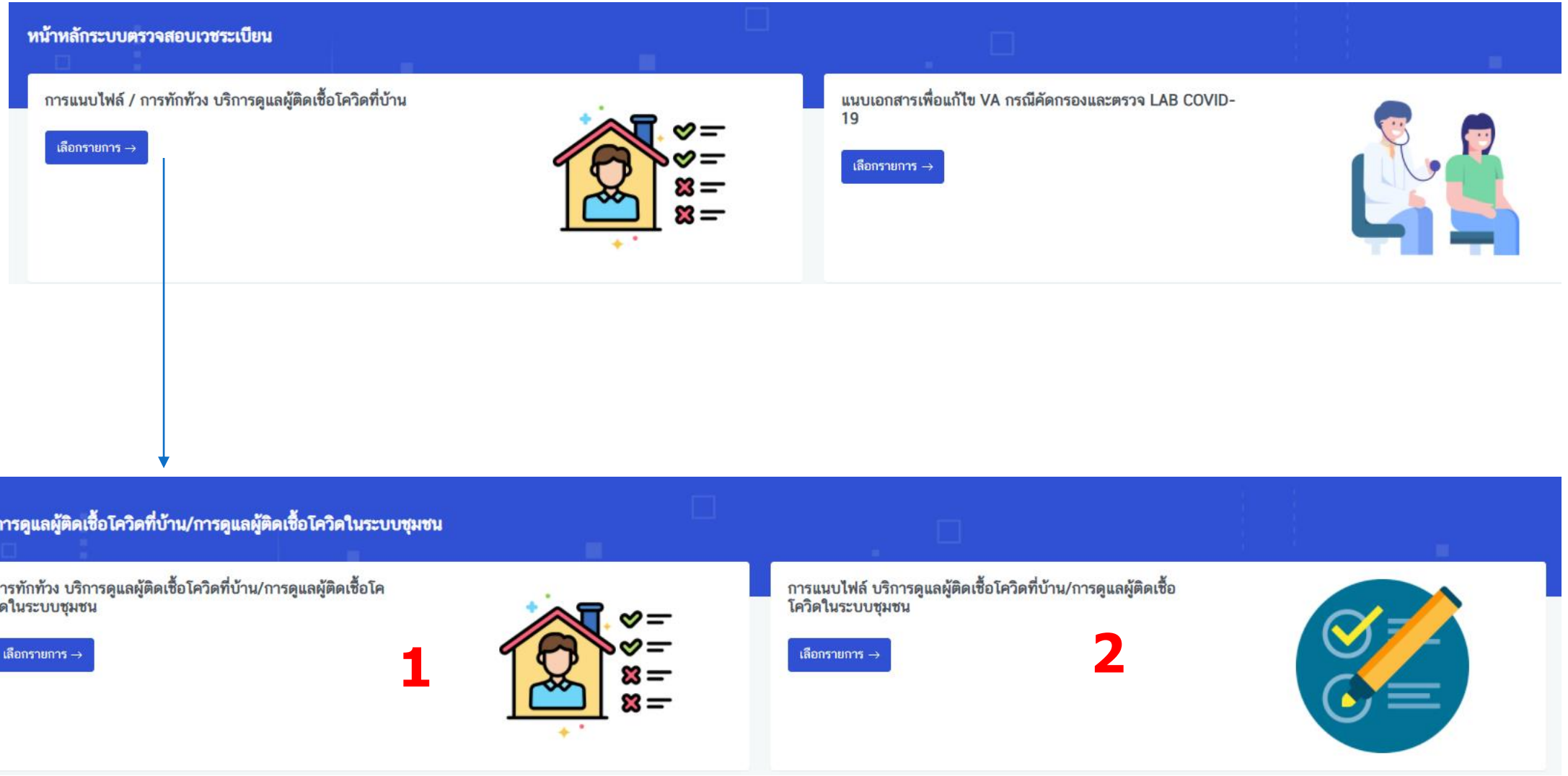
line

การขอทบทวน ในระบบ PPFS

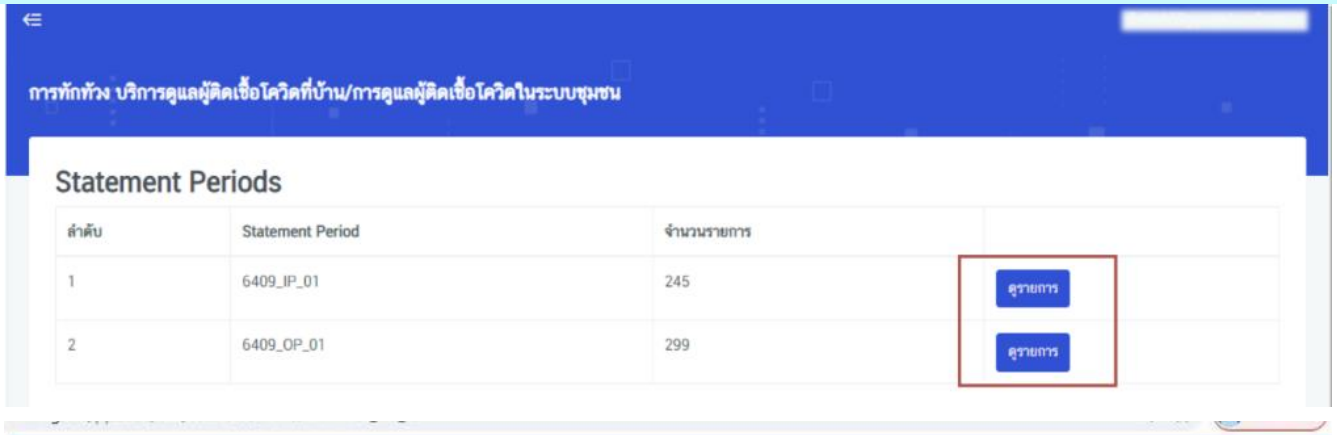
https://ppfs.nhso.go.th/ppaudit/



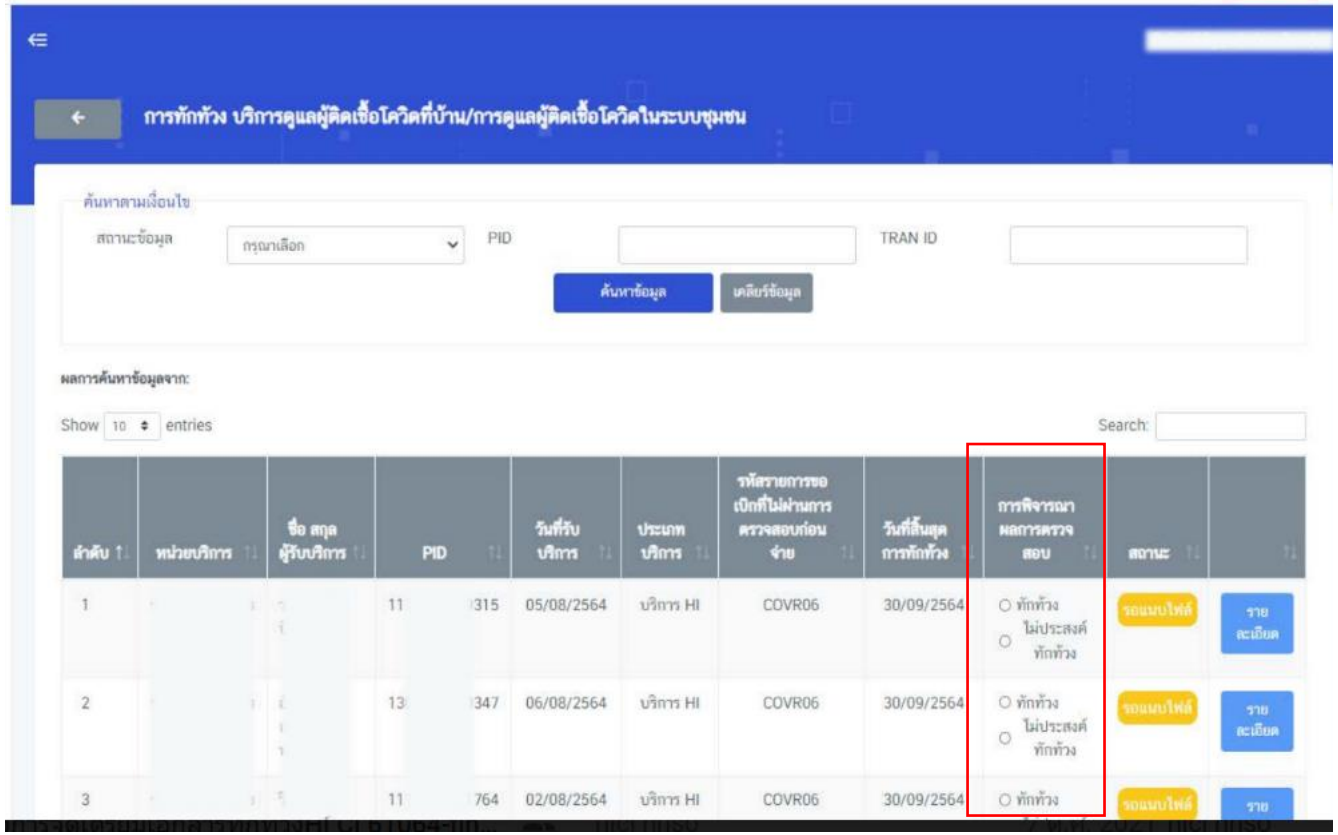
การเข้าใช้งาน ระบบ PPFS



การเข้าใช้งาน ระบบ PPFS



ภาพที่ 1 โปรแกรมจะปรากฏ statement และ จำนวนข้อมูลที่ติด V ที่จะต้องดำเนินการแนบไฟล์ เพื่อส่งให้ สปสช. ตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่ายชดเชย ดังภาพ ให้กดเลือก **"ดูรายการ"**



ภาพที่ 2 จะพบรายการติด V ของแต่ละ visit สามารถดูรายการเบิก และเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง โดยกดปุ่ม **"รายละเอียด"** เพื่อดูรายละเอียดของแต่ละรายการ ดังภาพ

หมายเหตุ หลังตรวจสอบและดำเนินการแล้ว กรุณาตรวจสอบ การพิจารณาผลการตรวจสอบในรายนั้น ระบุทักท้วง/ไม่ประสงค์ทักท้วง

การเข้าใช้งาน ระบบ PPFS

กรุณา ตรวจสอบการขอทักท้วง

1 ช่องทักท้วง

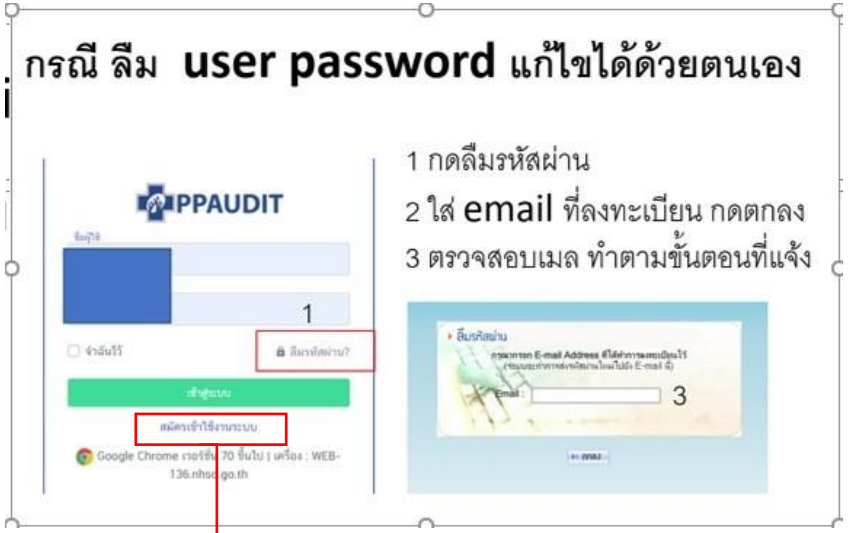
- ต้องการทักท้วง ให้คลิกในช่อง
- ไม่ประสงค์ทักท้วงในรายการนั้น ไม่ต้องคลิก

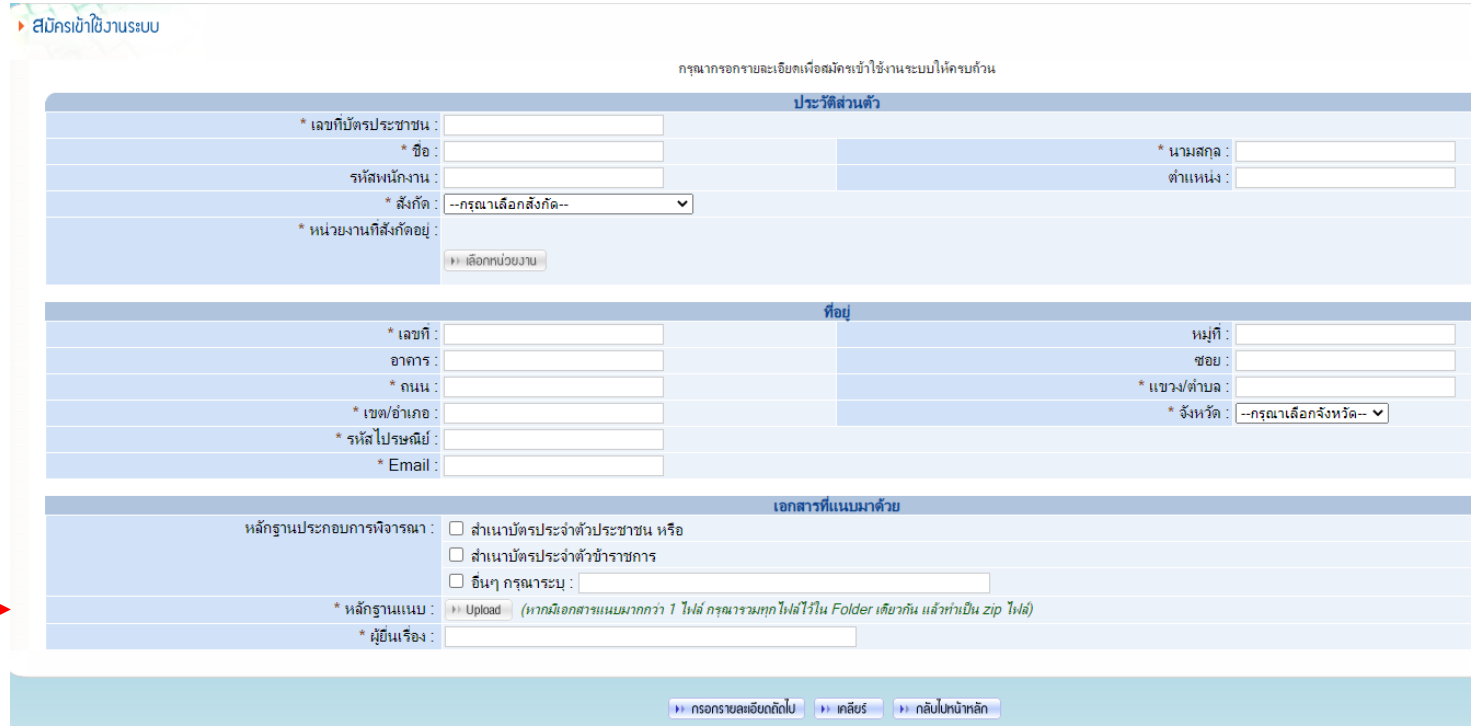
2 การระบุจำนวนเงินที่ขอทักท้วง ควรระบุเป็นจำนวนเงินที่ให้บริการในรายการนั้น สามารถระบุจำนวนเงินมากกว่าที่เบิกได้ แต่ไม่ควรเกินเพดานจ่ายแต่ละรายการ

การเข้าใช้งาน ระบบ PPFS

1. แนบเป็น PDF เท่านั้น และขนาดของไฟล์ไม่เกินไฟล์ละ5MB แนบได้ทั้งสิ้น 5 ไฟล์ โดยแม้จะมีรายการเบิกหลายตัวแต่สามารถแนบเอกสารเป็นชุดเดียวกันได้
2. สามารถดูเอกสารที่ upload ได้ โดยคลิกชื่อไฟล์
3. เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว กรุณากดบันทึกข้อมูลเพื่อยืนยันการขอหักทำวง

การเข้าใช้งาน ระบบ PPFS





พบปัญหาการใช้งาน
ประสาน สปสช.เขต / provider center หมายเลข 02-554-0505/line open chat

รหัสบทบาท

- [ ] 877 PPAUDIT-Auditor
- [ ] 892 PREAUDIT_HOSPITAL
- [ ] 895 PREAUDIT_SUPERVISOR
- [ ] 896 PREAUDIT_ADMIN
- [ ] 897 PREAUDIT_AUDITOR

ผลการดำเนินงาน

ข้อมูล ณ 15 เมย 2565

STM	auditยังไม่ส่ง eclaim	auditส่งeclaim แล้ว	ไม่หักท้วงส่งคืนeclaim	หักท้วงและแนบไฟล์ แล้วส่งaudit	ยังไม่ส่งคืนหน่วย	Grand Total	วันสิ้นสุดการขอทบทวน
6409_IP_01	3,490	50,608	1,441	710	3,719	59,412	15 มีค 2565
6409_OP_01	7,745	31,574	3,641	436	5,085	48,442	15 มีค 2565
6410_IP_01	2,478	27,981	422	178	2,550	33,542	30 เมย 65
6410_OP_01	4,480	9,926	392	125	2,513	17,214	30 เมย 65
6411_IP_01	2,372	22,419	274	37	3,227	28,293	30 เมย 65
6411_OP_01	2,268	2,624	91	398	1,883	7,159	30 เมย 65
6411_OP_02	940	3,678	103	20	1,047	5,752	30 เมย 65
6412_IP_01	8,154	8,021	215	416	3,904	20,687	30 เมย 65
6412_OP_01	1,903	2,132	93	156	583	4,834	30 เมย 65
6412_OP_02	1,476	1,406	78	99	697	3,744	30 เมย 65
6501_IP_01	4,843		299	376	1,985	7,503	31 พค 65
6501_OP_01	1,240	71	6	17	206	1,540	31 พค 65
6501_OP_02	2,642		111	157	720	3,630	31 พค 65
6502_OP_02	4,696		450	860	4,745	10,641	3 พค 65
Grand Total	**48,727**	**160,440**	**7,616**	**3,985**	**32,864**	**252,393**	

มติ

1. ที่ประชุม สตช. ให้ MAP ข้อมูล HI/CI ติดV กับข้อมูล LINE, AMED
2. ที่ประชุม สายงานบริหารหองทุน L2 ให้กำหนดวันสิ้นสุดการทบทวน ในทุก statement เนื่องจาก มีผลต่อการบริหารเงิน ถ้ามีการตรวจสอบล่าช้า

ผลการดำเนินงาน สปสช.เขต 7 ขอนแก่น

ข้อมูล ณ 15 เมย 2565

STM	auditยังไม่ส่งeclaim	auditส่งeclaimแล้ว	ไม่หักท้วงส่งคืนeclaim	หักท้วงและแนบไฟล์ แล้วส่งaudit	ยังไม่ส่งคืนหน่วย	Grand Total	วันสิ้นสุดการขอทบทวน
6409_IP_01	91	2,474	14	11	99	2,688	15 มีค 2565
6409_OP_01	788	1,158	282	27	205	2,449	15 มีค 2565
6410_IP_01	76	725	19	2	51	873	30 เมย 65
6410_OP_01	23	54	1	1	127	206	30 เมย 65
6411_IP_01	68	373	2		14	442	30 เมย 65
6411_OP_01	1	14	3		29	47	30 เมย 65
6411_OP_02	1	14	7		7	29	30 เมย 65
6412_IP_01	5	49			8	62	30 เมย 65
6412_OP_01	1	13				14	30 เมย 65
6412_OP_02	3	2	1		1	7	30 เมย 65
6501_IP_01	7		1		6	14	31 พค 65
6501_OP_01	11				4	15	31 พค 65
6501_OP_02	46		10	1	46	103	31 พค 65
6502_OP_02	238		40	17	155	449	3 พค 65
Grand Total	**1,359**	**4,876**	**380**	**59**	**752**	**7,398**	

ผลการดำเนินงาน สปสช.เขต 8 อุดรธานี

ข้อมูล ณ 15 เมย 2565

STM	auditยังไม่ส่งeclaim	auditส่งeclaimแล้ว	ไม่หักท้วงส่งคืนeclaim	หักท้วงและแนบไฟล์ แล้วส่งaudit	ยังไม่ส่งคืนหน่วย	Grand Total	วันสิ้นสุดการขอทบทวน
6409_IP_01	24	1,134	1	1	39	1,197	15 มีค 2565
6409_OP_01	70	704		2	59	835	15 มีค 2565
6410_IP_01	6	121	2		10	139	30 เมย 65
6410_OP_01	2	19			19	40	30 เมย 65
6411_IP_01	4	13	13		3	33	30 เมย 65
6411_OP_01		2			1	3	30 เมย 65
6411_OP_02		39				39	30 เมย 65
6412_IP_01	43	23			6	72	30 เมย 65
6412_OP_01		2				2	30 เมย 65
6412_OP_02		5				5	30 เมย 65
6501_IP_01					2	2	31 พค 65
6501_OP_01	8					8	31 พค 65
6501_OP_02	20				7	27	31 พค 65
6502_OP_02	310		25	51	191	570	31 พค 65
Grand Total	**487**	**2,062**	**41**	**54**	**337**	**2,972**	

ผลการดำเนินงาน สปสช.เขต10 อุบลราชธานี

ข้อมูล ณ 15 เมย 2565

STM	auditยังไม่ส่ง eclaim	auditส่งeclaim แล้ว	ไม่หักท้วงส่งคืน eclaim	หักท้วงและแนบไฟล์ แล้วส่ง audit	ยังไม่ส่งคืน หน่วย	Grand Total	วันสิ้นสุดการขอทบทวน
6409_IP_01	71	1,083	35	10	61	1,260	15 มีค 2565
6409_OP_01	570	1,778	310	22	351	3,027	15 มีค 2565
6410_IP_01	7	178	6		20	211	30 เมย 65
6410_OP_01	84	158	11	1	79	331	30 เมย 65
6411_IP_01	2	81			2	85	30 เมย 65
6411_OP_01	1	22			2	24	30 เมย 65
6411_OP_02	2	22	1		2	27	30 เมย 65
6412_IP_01		4			19	23	30 เมย 65
6412_OP_01	2	24			1	27	30 เมย 65
6412_OP_02	34	44	5		66	149	30 เมย 65
6501_IP_01					2	2	31 พค 65
6501_OP_01	12			1	2	15	31 พค 65
6501_OP_02	45		2	23	147	217	31 พค 65
6502_OP_02	220		12	108	408	744	31 พค 65
Grand Total	**1,050**	**3,394**	**382**	**165**	**1,162**	**6,142**	

ผลการดำเนินงาน สปสช.เขต 1 เชียงใหม่

ข้อมูล ณ 15 เมย 2565

STM	auditยังไม่ส่งeclaim	auditส่งeclaimแล้ว	ไม่หักท้วงส่งคืนeclaim	หักท้วงและแนบไฟล์ แล้วส่งaudit	ยังไม่ส่งคืนหน่วย	Grand Total	วันสิ้นสุดการขอทบทวน
6410_IP_01	173	816	1	1	29	1,020	30 เมย 65
6410_OP_01	26	293		1	26	346	30 เมย 65
6411_IP_01	298	1,296			24	1,618	30 เมย 65
6411_OP_01	3	51			7	61	30 เมย 65
6411_OP_02	14	105			21	140	30 เมย 65
6412_IP_01	1,146	1,366	1	141	230	2,884	30 เมย 65
6412_OP_01	50	155			36	241	30 เมย 65
6412_OP_02	165	151	1	3	12	332	30 เมย 65
6501_IP_01	206		39	24		269	30 พค 65
6501_OP_01	268	2		8	1	279	30 พค 65
6501_OP_02	595		12	14	22	643	30 พค 65
6502_OP_02	1,083		137	75	956	2,251	30 พค 65
Grand Total	**4,027**	**4,235**	**191**	**267**	**1,364**	**10,084**	

ผลการดำเนินงาน สปสช.เขต 2 พิษณุโลก

ข้อมูล ณ 15 เมย 2565

STM	auditยังไม่ส่งeclaim	auditส่งeclaimแล้ว	ไม่หักท้วงส่งคืนeclaim	หักท้วงและแนบไฟล์ แล้วส่งaudit	ยังไม่ส่งคืนหน่วย	Grand Total	วันสิ้นสุดการขอทบทวน
6410_IP_01	163	1,786	2	2	31	1,984	30 เมย 65
6410_OP_01	28	311	8		48	395	30 เมย 65
6411_IP_01	129	2,077	7	1	65	2,279	30 เมย 65
6411_OP_01	7	381			5	393	30 เมย 65
6411_OP_02	5	333			37	375	30 เมย 65
6412_IP_01	59	771		3		833	30 เมย 65
6412_OP_01	12	90	1	3	3	109	30 เมย 65
6412_OP_02	8	48		3	10	69	30 เมย 65
6501_IP_01	489		8	59		556	30 พค 65
6501_OP_01	107		1			108	30 พค 65
6501_OP_02	84				10	94	30 พค 65
6502_OP_02	90		6	15	35	146	30 พค 65
Grand Total	**1,181**	**5,797**	**33**	**86**	**244**	**7,341**	

ผลการดำเนินงาน สปสช.เขต 3 นครสวรรค์

ข้อมูล ณ 15 เมย 2565

Row Labels	auditยังไม่ส่งeclaim	auditส่งeclaimแล้ว	ไม่หักท้วงส่งคืนeclaim	หักท้วงและแนบไฟล์ แล้วส่งaudit	ยังไม่ส่งคืนหน่วย	Grand Total	วันสิ้นสุดการขอทบทวน
6410_IP_01		8			25	33	30 เมย 65
6410_OP_01	6	196	2		13	217	30 เมย 65
6411_IP_01		2				2	30 เมย 65
6411_OP_01	16	9			2	27	30 เมย 65
6411_OP_02	6	7			7	20	30 เมย 65
6412_IP_01		1			2	3	30 เมย 65
6412_OP_01	4	1			4	9	30 เมย 65
6412_OP_02	1				1	2	30 เมย 65
6501_IP_01	1				1	2	30 พค 65
6501_OP_02	8			1		9	30 พค 65
6502_OP_02	18		6	6	115	145	30 พค 65
Grand Total	**60**	**224**	**8**	**7**	**170**	**469**	