

คู่มือการใช้งานแบบแจ้งคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคม
 สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุข และคลินิกเอกชน

สำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ
 ตุลาคม 2561

ระบบรายงานข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคมได้ปรับเปลี่ยนจากระบบงานด้วยโปรแกรม SSData เป็นรายงานด้วยการโอนย้ายข้อมูลจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) เป็นแฟ้มข้อมูลตามโครงสร้าง SSOP (version 0.93) ที่กำหนด เริ่มใช้กับข้อมูลผู้ป่วยนอกตั้งแต่มกราคม 2561 เป็นต้นไป

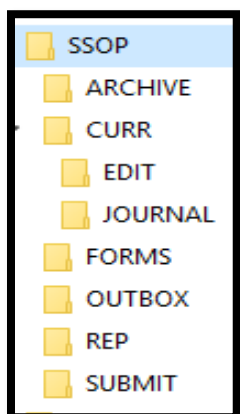
สถานพยาบาลเครือข่ายที่ต้องปรับเปลี่ยนการจัดทำข้อมูลแบบใหม่ด้วย ส่วนหนึ่งมีระบบสารสนเทศที่ปรับปรุงได้ อีกส่วนได้รับความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลแม่ข่ายให้จัดทำข้อมูลด้วยโปรแกรมใหม่ หรือจัดทำข้อมูลผ่านสถานพยาบาลแม่ข่าย

แบบแจ้งคำรักษา นี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้สถานพยาบาลเครือข่ายที่ยังไม่พร้อมจัดทำข้อมูลตามโครงสร้างใหม่สามารถส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกให้กับระบบงานของประกันสังคมได้จนกว่าสถานพยาบาลเครือข่ายจะปรับปรุงระบบสารสนเทศการเบิกจ่ายได้

แบบแจ้งคำรักษา นี้ มีเจตนาเป็นเครื่องมือที่ใช้งานเพื่อแก้ปัญหาในช่วงเปลี่ยนผ่านแก่สถานพยาบาลที่ยังไม่พร้อมเท่านั้น ไม่ให้เป็นแนวทางที่จะให้ใช้ระบบนี้ทดแทน SSOP รุ่น 0.93 แต่อย่างใด ทั้งนี้ข้อจำกัดและข้อกำหนดที่สำคัญมีดังนี้

- ใช้กับสถานพยาบาลที่เป็นเครือข่ายของสถานพยาบาลที่เป็น main contractor
- ไม่ใช้กับสถานพยาบาลที่จัดทำ SSOP รุ่น 0.93 (ซึ่งเป็นระบบเดียวกันกับ CSOP รุ่น 0.93 ของระบบเบิกจ่ายตรงสวัสดิการข้าราชการ) ได้ และหมายความว่าสถานพยาบาลหนึ่งๆ จะใช้ SSOP รุ่น 0.93 ร่วมกับแบบแจ้งคำรักษา นี้ไม่ได้
- สถานพยาบาลที่เลือกใช้แบบแจ้งคำรักษา นี้ จะใช้ได้ไม่เกินกว่า ธ.ค. 2562 สถานพยาบาลที่พร้อมปรับเปลี่ยนจากแบบแจ้งคำรักษา เป็น SSOP รุ่น 0.93 สามารถทำได้โดยแจ้ง สกส. ทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน (เพื่อรักษาระยะรอบบัญชีให้ตรงกับข้อมูลที่ใบ)

1. สร้าง Folder ใน C:\SSOP ดังนี้



Folder	การใช้งาน
C:\SSOP\	Folder หลักของระบบงาน SSOP สำหรับเก็บไฟล์ทั้งหมด
C:\SSOP\ARCHIVE\	เก็บ PDF ที่ออก statement แล้ว > 1 เดือน
C:\SSOP\CURR\	เก็บ PDF ที่บันทึกเสร็จ รวมถึงยังไม่เสร็จด้วย และยังไม่ได้ส่ง
C:\SSOP\CURR\EDIT\	เก็บ PDF ที่ได้รับ rep แล้ว เฉพาะที่ติด C เพื่อรอแก้ไข
C:\SSOP\CURR\JOURNAL\	เก็บ PDF ที่ได้รับ rep แล้ว เฉพาะที่ผ่าน A รอ statement
C:\SSOP\FORMS\	เก็บแบบฟอร์ม PDF
C:\SSOP\OUTBOX\	เก็บ zip file รอจัดส่ง
C:\SSOP\REP\	เก็บเอกสารตอบรับ (rep)
C:\SSOP\SUBMIT\	เก็บไฟล์ข้อมูลที่ส่งไปแล้ว รอ rep

ลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงานและการใช้งาน Folder

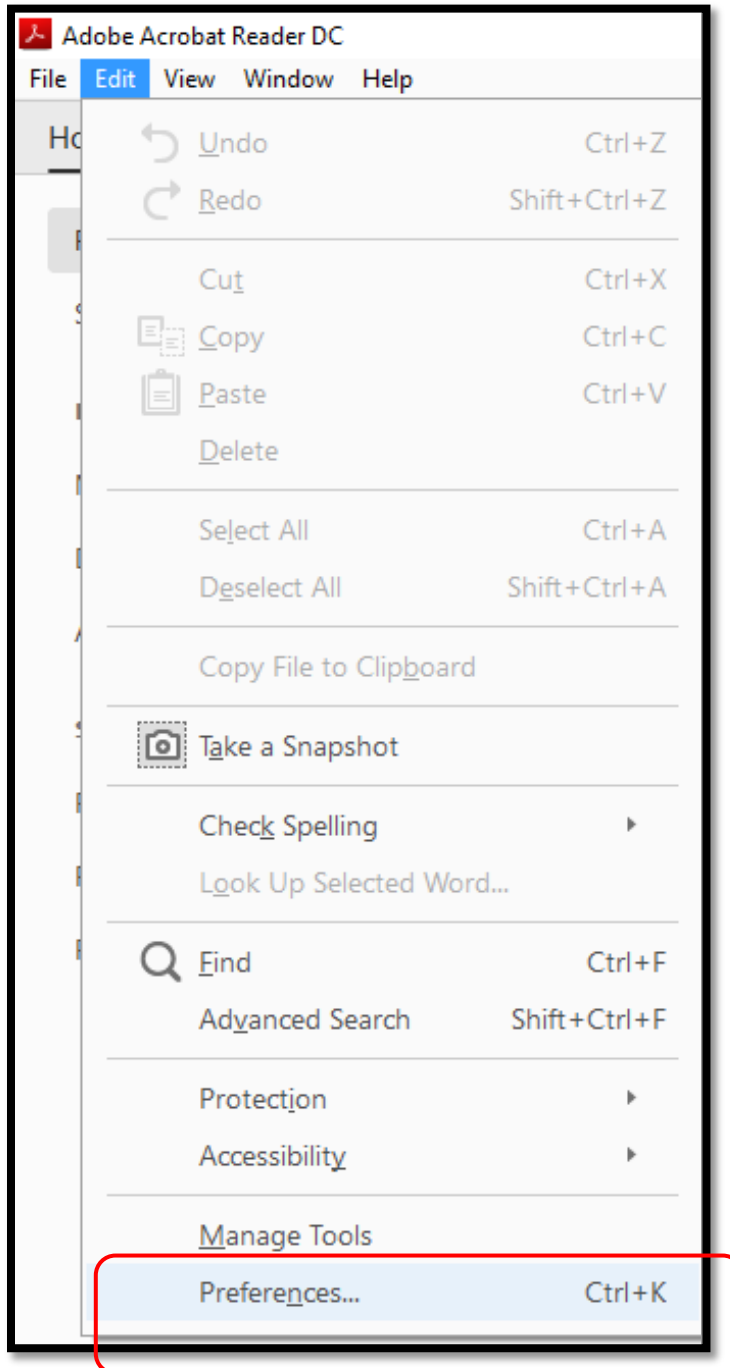
1. เปิดแบบฟอร์ม PDF จาก C:\SSOP\FORMS\ เพื่อบันทึกข้อมูล
2. เมื่อบันทึกข้อมูลแล้ว save ไฟล์ PDF ไว้ที่ C:\SSOP\CURR\ เพื่อรอทำต่อ หรือ รอส่ง
3. นำไฟล์ PDF ที่รอส่ง มาทำเป็น ZIP ไฟล์เก็บไว้ที่ C:\SSOP\OUTBOX\ เพื่อรอส่งทาง E-mail และย้ายไฟล์ PDF ของผู้ป่วยรายนั้นไปเก็บไว้ที่ C:\SSOP\SUBMIT\
4. ส่ง ZIP ไฟล์มายัง สกส.ผ่านทาง E-mail และลบ ZIP ไฟล์นั้นออกจาก C:\SSOP\OUTBOX\
5. เมื่อได้รับผลตอบรับ(rep)ทาง E-mail แล้ว นำ rep ไปเก็บไว้ที่ C:\SSOP\REP\
6. จากผลการตรวจข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายใน rep ตามข้อ 5
 - 6.1 รายที่ผ่าน A ย้าย pdf ของผู้ป่วยรายนั้น
จาก C:\SSOP\SUBMIT\ ไปที่ C:\SSOP\CURR\JOURNAL
 - 6.2 รายที่ติด C ย้าย pdf ของผู้ป่วยรายนั้น
จาก C:\SSOP\SUBMIT\ ไปที่ C:\SSOP\CURR\EDIT
7. ถ้ามีรายที่ต้องแก้ไขในข้อ 6. ให้เปิดไฟล์ PDF ของผู้ป่วยมาแก้ไขและส่งใหม่ตามขั้นตอนเดิม
8. เมื่อได้รับ statement ให้ย้ายไฟล์ PDF ของผู้ป่วยรายที่ออก statement แล้วจาก C:\SSOP\CURR\JOURNAL ไปไว้ที่ C:\SSOP\ARCHIVE

สถานพยาบาลสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนดังกล่าวด้วยตนเอง หรือใช้โปรแกรม FoxPro ที่ สกส.จัดทำ ก็จะช่วยจัดการงานทั้งหมดได้สะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้น

2. การตั้งค่าเพื่อให้บันทึก PDF Form ได้

การตั้งค่า สำหรับ Adobe Reader และ Adobe Acrobat

2.1 เลือก Edit > Preferences



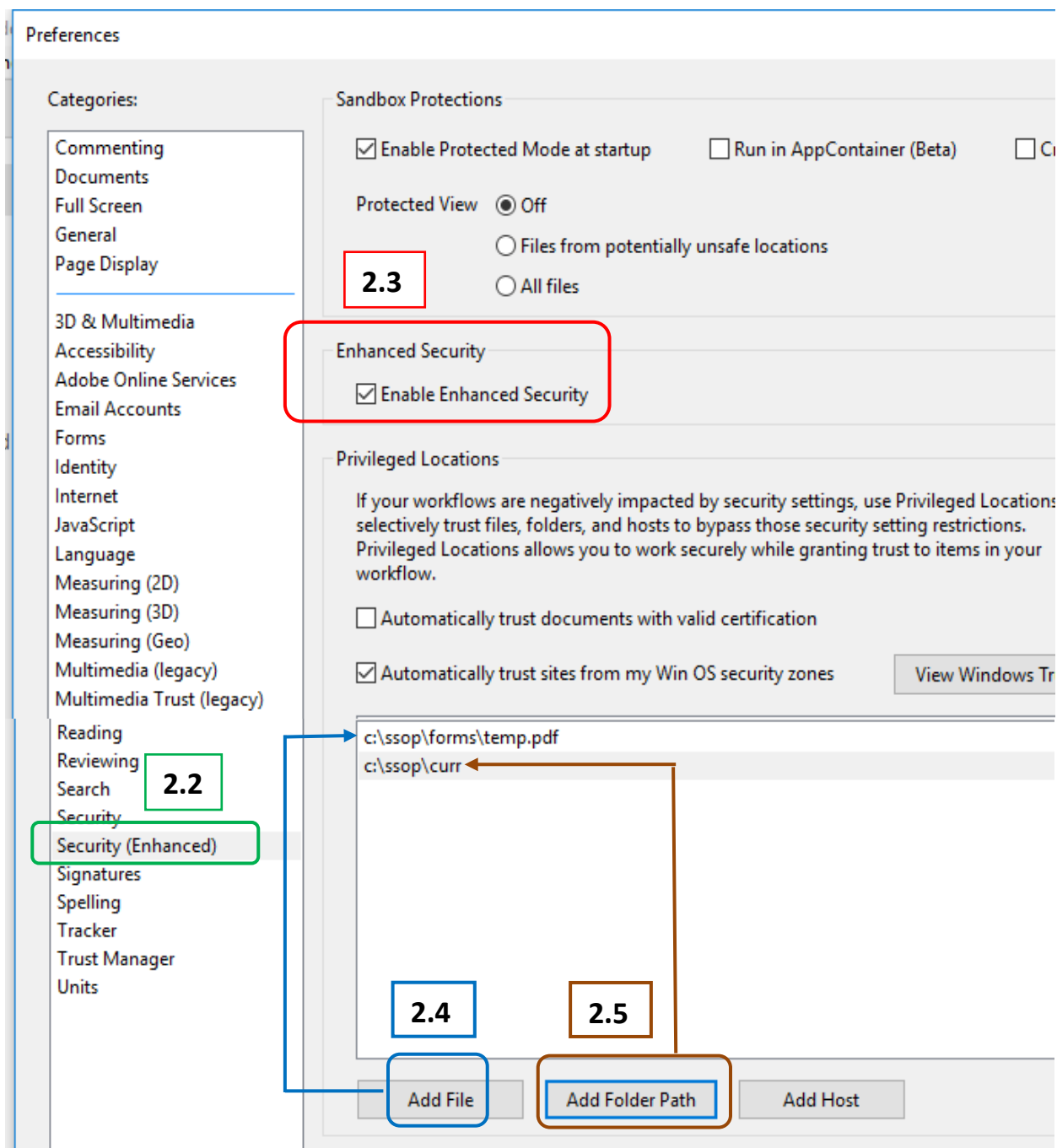
2.1

2.2 เลือกหัวข้อ "Security (Enhanced)"

2.3 เลือก Enable Enhanced Security

2.4 เลือก Add File => C:\SSOP\FORMS\temp.pdf

2.5 เลือก Add Folder Path => C:\SSOP\CURR



3.1. เลขที่สำคัญการเรียกเก็บและ วัน-เวลาที่รับบริการ

เลขที่สำคัญการเรียกเก็บค่ารักษา วัน-เวลาที่รับบริการ

วันที่	เดือน	ปี	ชม	นาที
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

เลขที่สำคัญการเรียกเก็บให้สถานพยาบาลใช้เลข Visit Number (VN)
หากสถานพยาบาลไม่มีเลข VN ให้ใช้เลขอนุกรมแทน (1,2,3,...) หรือเป็นเลขอื่นๆที่
สถานพยาบาลสร้างขึ้นมาเพื่อเป็น primary key
วันที่รับบริการให้สถานพยาบาลบันทึกเป็น วัน เดือน ปี(พ.ศ) ชม นาที หากไม่ระบุช่องใดช่อง
หนึ่ง สกส.จะตีความหมายเป็น 31/12/9999 00:00 (Error T05)

3.2. ข้อมูลผู้ป่วย

เลขประชาชน	<input type="text"/>	ชื่อผู้ป่วย	<input type="text"/>
HN	<input type="text"/>	HMAIN	<input type="text"/>

ข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย

- ชื่อผู้ป่วย (หากไม่บันทึก สกส. จะปฏิเสธทั้ง zip file)
- เลขประจำตัวประชาชน
- HN (หากไม่บันทึก สกส. จะปฏิเสธทั้ง zip file)
- รหัสสถานพยาบาลหลัก (หากไม่บันทึก สกส. จะระบุ Hmain เป็น "10000" ซึ่งจะทำให้รายการนี้ติดตรวจไม่ผ่าน (Error C07))

ในส่วนนี้จุดที่สถานพยาบาลผิดพลาดคือ

- ระบุ Hmain ผิด กล่าวคือ สถานพยาบาลจะบันทึกรหัสสถานพยาบาลผู้รักษา ซึ่งที่ถูกต้อง ต้องเป็นรหัสสถานพยาบาลหลักเท่านั้น (Error C07)
- ระบุเลขที่ประจำตัวประชาชนผู้ป่วยผิด หรือนำข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิประกันสังคมมาบันทึก (Error C01)

3.3. ผู้ให้บริการ

ชื่อผู้รักษา	<input type="text"/>	รหัส	<input type="text"/>
--------------	----------------------	------	----------------------

ในส่วนนี้ สกส. ได้กำหนดให้สถานพยาบาลระบุผู้รักษา

- ชื่อผู้รักษา
- รหัส หรือเลขที่ประกอบวิชาชีพผู้ให้บริการ (หากไม่บันทึก สกส. จะปฏิเสธทั้ง zip file)

การบันทึกรหัสผู้ให้บริการ จะบันทึกตามรูปแบบที่กำหนด คือ Annnnnn
A: ว-แพทย์ ท-ทันตแพทย์ ก-เภสัชกร พ-พยาบาล - - วิชาชีพอื่นๆ
kkkkk เลขที่ประกอบวิชาชีพผู้ให้บริการเป็นตัวเลข 3-5 หลัก
หากไม่มีเลขที่ประกอบวิชาชีพ ให้สถานพยาบาลสร้างเลขแทนผู้รักษาที่สามารถชี้ถึงผู้รักษานั้นได้
หรือใช้เลขที่ประจำตัวประชาชนแทนได้

หากสถานพยาบาลไม่ระบุวิชาชีพของผู้ให้บริการ สกส. จะตีความเป็นวิชาชีพอื่น ๆ "-" หาก
สถานพยาบาลระบุต่างจากนี้ สกส.จะตรวจไม่ผ่าน (Error R21,S15)

3.4. รายการยาและเวชภัณฑ์ที่มีขายยา

รายการยาและเวชภัณฑ์ที่มีขายยา				
รหัส TMT	ชื่อยา	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงิน
				0.00
				0.00
				0.00
				0.00
				0.00
				0.00
				0.00
				0.00
				0.00
				0.00
รวมราคาขาย				0.00

ข้อมูลในส่วนนี้จะบันทึกเมื่อมีการเบิกยาและเวชภัณฑ์ที่มีขายยาเท่านั้น หากไม่มีการเบิกยาหรือเวชภัณฑ์ไม่ต้องบันทึกข้อมูลในส่วนนี้

ข้อมูลที่ต้องบันทึกประกอบด้วย

- รหัส TMT สำหรับยา กรณียาสมุนไพรและเวชภัณฑ์ที่ไม่มีรหัส TMT ให้บันทึก
 - o "P3" สำหรับยาสมุนไพร
 - o "P6" สำหรับเวชภัณฑ์
- ชื่อยาหรือเวชภัณฑ์
- จำนวนหน่วย
- ราคาต่อหน่วย

สกส. ได้กำหนดให้สถานพยาบาลบันทึกยาได้ไม่เกิน 8 รายการหากมีรายการยามากกว่านั้น ให้สถานพยาบาลแยกเป็น 2 ชุดกรรม

ให้สถานพยาบาลตรวจสอบยอดเงินทุกครั้งก่อนบันทึกว่ายอดรวมถูกต้องหรือไม่ จุดที่สถานพยาบาลผิดบ่อยคือ ระบุรหัส TMT ไม่ถูกต้อง (Error R51)

3.5.รายการเบิกอื่นๆ

รายการอื่น	
ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์	บาท
ค่าตรวจวินิจฉัย และรักษาทางรังสีวิทยา	บาท
ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ	บาท
ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์	บาท
ค่าทำหัตถการ และวิสัญญี	บาท
ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์	บาท
ค่าบริการทางกายภาพบำบัด	บาท
ค่าบริการทางการแพทย์	บาท
ค่าบริการทางทันตกรรม	บาท
ค่าบริการฝังเข็มและค่าบริการการให้การบำบัดข	บาท
รวม	0.00

รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น **0.00**

สำหรับรายการเบิกที่ไม่ใช่ค่ายาและเวชภัณฑ์ ให้สถานพยาบาลรวมค่ารักษาพยาบาลนั้นเป็นรายหมวด โดยเลือกหมวดจาก drop down list แล้วระบุยอดเงินรวมของหมวดนั้น ซึ่งจะบันทึกได้ไม่เกิน 5 หมวด ก่อนบันทึกให้สถานพยาบาลตรวจสอบยอดเงินทุกครั้งก่อนบันทึกว่ายอดรวมถูกต้องหรือไม่

3.6.สถานะการบันทึก

สถานะการบันทึก	
<input checked="" type="radio"/> รายใหม่	<input type="radio"/> แก้ไขผ่าน A
<input type="radio"/> แก้ไขติด C	<input type="radio"/> ยกเลิกรายการ

สำหรับสถานะการบันทึก แบ่งเป็น

- บันทึกรายการใหม่ (default)
- แก้ไขติด C คือรายการที่ส่ง สกส. แล้วและตรวจไม่ผ่าน สถานพยาบาลต้องแก้ไขข้อมูลใหม่โดยระบุสถานะเป็น แก้ไขติด C
- แก้ไขผ่าน A คือรายการที่ส่ง สกส.แล้ว และ สกส.ตรวจผ่านแล้ว สถานพยาบาลตรวจสอบข้อมูลแล้วพบว่าผิดพลาดซึ่งจะต้องแก้ไขข้อมูลใหม่ โดยระบุสถานะเป็น แก้ไขผ่าน A
- ยกเลิกรายการ คือรายการที่ผ่าน A และต้องการยกเลิก รายการแก้ไขผ่าน A และ ยกเลิกรายการ ยังไม่ใช้

3.7. Diagnosis การวินิจฉัย

Diagnosis	
คำบรรยาย	รหัส ICD-10

ทุกครั้งที่มีการบันทึก สถานพยาบาลจะต้องบันทึกรหัสวินิจฉัย (ถ้าไม่บันทึก Error S35) และรหัสวินิจฉัยนั้นต้องเป็นรหัส ICD-10 เท่านั้น (รหัสไม่ถูกต้อง Error S18) สกส. กำหนดให้สถานพยาบาลบันทึกได้ไม่เกิน 5 รหัส หากมีการวินิจฉัยเกิน 5 รหัสให้สถานพยาบาลเลือกรหัสที่ไม่สำคัญออก

3.8. Procedure หัตถการ

Procedure	
คำบรรยาย	รหัส หัตถการ

ในส่วนนี้จะบันทึกก็ต่อเมื่อมีการทำหัตถการเท่านั้น หากไม่มีการทำหัตถการไม่ต้องบันทึกข้อมูลในส่วนนี้ และ สกส. ได้กำหนดให้บันทึกเฉพาะรหัส ICD-9-CM และรหัส ICD-10-TM (เฉพาะรหัสบริการแพทย์แผนไทย) เท่านั้น หากรหัสไม่ถูกต้อง สกส. จะตรวจไม่ผ่าน (Error S19)

9. ผู้บันทึกข้อมูล

ผู้บันทึกข้อมูล	
ชื่อ-สกุล	<input type="text"/>
ตำแหน่ง	<input type="text"/>
เบอร์โทร	<input type="text"/>

สำหรับข้อมูลส่วนนี้ ไม่มีผลต่อการตรวจของ สกส. สถานพยาบาลเลือกไม่บันทึกได้ แต่หากสถานพยาบาลบันทึกข้อมูลในส่วนนี้มา สกส. จะสามารถติดต่อสถานพยาบาลได้ หากข้อมูลมีปัญหา

10. การ Save File ที่บันทึกข้อมูลแล้ว

save for send

keep for edit

ปุ่ม save for send ข้อมูลที่บันทึกจะถูกจัดเก็บไว้ที่ C:\SSOP\CURR\

โดยกำหนดชื่อไฟล์ เป็น เลขประชาชน_วันที่บันทึก_O.pdf

ปุ่ม keep for edit ข้อมูลที่บันทึกจะถูกจัดเก็บไว้ที่ C:\SSOP\CURR\

โดยกำหนดชื่อไฟล์ เป็น เลขประชาชน_วันที่บันทึก_X.pdf

4. การส่งข้อมูล

สถานพยาบาลเก็บรวบรวมไฟล์ PDF ที่เป็น เลขประชาชน_วันที่บันทึก_O.pdf รวบรวมเป็น zip ไฟล์ ตั้งชื่อเป็น

<รหัส รพ.>_SSOPPDF_<ลำดับที่ส่งเป็นตัวเลข 4 หลัก>_01_<วัน-เวลาที่จัดทำ>.zip

ตัวอย่างเช่น 10000_SSOPPDF_0001_01_20180101-130000.zip

ให้สถานพยาบาลนำ zip file ไปเก็บไว้ที่ C:\SSOP\OUTBOX\

นำ zip file ส่ง e-mail มาที่ : opd-pdf@ss1.chi.or.th แล้วรอรับเอกสารตอบรับ

5. การรับเอกสารตอบรับ

สถานพยาบาลจะได้รับเอกสารตอบรับ 2 ฉบับ คือ

a. เอกสารตอบรับเบื้องต้น

เอกสารฉบับนี้ สกส. จะบอกว่า สกส. ได้รับ zip file แล้ว และแจ้งผลการตรวจสอบเบื้องต้น กรณีที่บันทึกข้อมูลครบระบบจะแจ้งเป็น A คือ ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น ถ้าเป็นรหัสอื่น คือ ไม่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น สถานพยาบาลต้องแก้ไข และนำส่งใหม่อีกรอบ

b. เอกสารตอบรับ REP

กรณีที่ผ่านมาการตรวจสอบเบื้องต้น สถานพยาบาลจะได้รับ REP คือ ผลการตรวจสอบโดยละเอียด สกส.ตอบเป็น zip file ใน zip file มี 2 .bil file ให้สถานพยาบาลเปิด .bil file ด้วย notepad แล้ว อ่านผลการตรวจสอบ

ให้สถานพยาบาลย้ายไฟล์ที่มีผลการตรวจสอบเป็น A

ไปไว้ที่ C:\SSOP\CURR\JOURNAL\

และย้ายไฟล์ที่มีผลการตรวจสอบเป็น C

ไปไว้ที่ C:\SSOP\CURR\EDIT\ แล้วแก้ไขใหม่จนกว่าผลการตรวจจะเป็น A

ทั้งนี้ สถานพยาบาลสามารถใช้ E-mail อื่นส่งข้อมูลได้ แต่ สกส. จะตอบกลับไปยัง mailbox ที่ สกส. สร้างให้เท่านั้น เป็น <รหัส รพ.>@ss2.chi.or.th

ภาคผนวก 1 ตัวอย่างข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกและการบันทึกข้อมูล

นายสมมติ ทดสอบ อายุ 40 ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1-2345-67890-11-1

เป็นผู้มีสิทธิประกันสังคม สังกัดโรงพยาบาลรามาริบัติ (รหัส รพ. 13781)

เนื่องจากมีอาการปวดท้อง จึงไปพบแพทย์เพื่อรักษาที่คลินิกตัวอย่าง(รหัสสถานพยาบาล 10000)

วันที่ 1 มกราคม 2561 เวลา 13.00 น. เลขที่ HN 12345

แพทย์ผู้ตรวจรักษาคือ นพ. สมหวัง นามสมมติ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ว0000

ผลการตรวจแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น peptic ulcer disease (ICD-10 = K27.9)

และแพทย์ได้สั่งจ่ายยาให้คนไข้จำนวน 3 ตัวยา คือ

Omeprazole 20 mg , Clarithromycin 500 mg และ Amoxicillin 500 mg

ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกครั้งนี้ โรงพยาบาลตัวอย่างได้คิดค่ารักษาพยาบาลดังนี้

หมวด	รายการ	รหัสTMT	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	ราคารวม
3	Omeprazole 20 mg	104539	70.00	1.00	70.00
3	Clarithromycin 500 mg	286107	14.00	13.00	182.00
3	Amoxicillin 500 mg	241215	30.00	1.75	52.50
C	ค่าบริการ	-	1.00	100.00	100.00
I	ค่าธรรมเนียมแพทย์	-	1.00	300.00	300.00
รวม					704.50

จากสถานการณ์ดังกล่าว จะนำข้อมูลมาบันทึกใน PDF Form ได้ดังนี้



แบบแจ้งค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคม

(10000)

เลขที่สำัญการเรียกเก็บค่ารักษา

วัน-เวลาที่รับบริการ

วันที่ เดือน ปี พ.ศ. ชม. นาที

เลขประจำตัวประชาชน ชื่อผู้ป่วย
 HN HMain

สถานะการบันทึก

รายใหม่ แก้ไขผ่าน A
 แก้ไขคิด C ยกเลิกรายการ

ชื่อ ผู้รักษา รหัส

รายการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใบยา

รหัส TMT	ชื่อยา	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงิน
104539	Omeprazole 20 mg	70	1.00	70.00
286107	Clarithromycin 500 mg	14	13.00	182.00
241215	Amoxicillin	30	1.75	52.50
				0.00
				0.00
				0.00
				0.00
				0.00
รวมราคาขาย				304.50

Diagnosis

คำบรรยาย	รหัส ICD-10
peptic ulcer disease	K279

Procedure

คำบรรยาย	รหัสหัตถการ

รายการอื่นๆ

ค่าบริการทางการแพทย์	<input type="text" value="100.00"/>	บาท
ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์	<input type="text" value="300.00"/>	บาท
ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์	<input type="text"/>	บาท
ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์	<input type="text"/>	บาท
ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์	<input type="text"/>	บาท
รวม	<input type="text" value="400.00"/>	

ผู้บันทึกข้อมูล

ชื่อ-สกุล
 ตำแหน่ง
 เบอร์โทร

รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น บาท

save for send

keep for edit

ภาคผนวก 2 รหัสข้อผิดพลาดที่พบบ่อย

เมื่อ สกส. ได้รับ PDF Form สถานพยาบาลแล้ว สกส. จะตรวจสอบความถูกต้องเช่นเดียวกับตรวจระบบ SSOP รุ่น 0.93 โดยในการตรวจนี้ จุดที่สถานพยาบาลพบบ่อยคือ

1. เรื่องของสิทธิการรักษา
 - a. C01 ไม่มีสิทธิประกันสังคม
 - b. C02 วันที่รับบริการไม่มีสิทธิประกันสังคม
 - c. C07 รหัสสถานพยาบาลหลักไม่ถูกต้อง รหัสข้อผิดพลาดนี้เกิดขึ้นได้ 2 กรณี คือ
 - i. สถานสถานพยาบาลผู้รักษานำรหัสตนเองมาบันทึก
 - ii. กรณีที่ผู้ประกันตนย้ายสถานพยาบาลแล้วแต่บันทึกรหัสเดิม
2. เรื่องการบันทึกข้อมูล
 - a. T02,R01,S01 เลขที่สำคัญการเรียกเก็บค่ารักษาซ้ำกับรายการที่ผ่านแล้ว
 - b. T05 ไม่บันทึกวัน-เวลา ที่รับบริการ
 - c. R51 บันทึกรหัส TMT ไม่ถูกต้อง
 - d. R21,S15 บันทึกรหัสผู้ให้บริการไม่ตรงตามรูปแบบที่กำหนด
 - e. S18 รหัส ICD-10 ไม่ถูกต้อง
 - f. S19 รหัส ICD-9-CM ไม่ถูกต้อง

การส่งข้อมูล

1. หากสถานพยาบาลมีการส่งข้อมูลในรุ่น 0.93 แล้ว ไม่สามารถใช้ pdf form ได้
2. สถานพยาบาลที่ใช้ PDF Form แล้วสามารถจัดทำ SSOP 0.93 ได้แล้ว จะไม่สามารถกลับมาใช้ pdf ได้
3. ในที่สุด PDF Form จะถูกยกเลิก