

RECORDING OF PUBLIC HEALTH SERVICE DATA,

CLAIMS FOR COMPENSATION AND AUDITING OF COMPENSATION PAYMENTS AND SERVICE QUALITY BY THE NATIONAL HEALTH SECURITY OFFICE (NHSO)



การบันทึกข้อมูลการบริการสาธารณสุข การเบิกจ่ายค่าชดเชย (Claim)
และการตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ (Audit)
ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



TABLE OF CONTENTS

06	อธิธานศัพท์
08	การบริหารการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
09	การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (CAPITATION)
10	การจ่ายแบบมัดรวม (BUNDLED PAYMENT)
10	การจ่ายตามรายการบริการ (FEE SCHEDULE)
11	การจ่ายตามโครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ (PROJECT-BASED PAYMENT)
12	กระบวนการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข
13	การส่งข้อมูลหลักฐานการให้บริการ
21	ระบบการเบิกจ่ายค่าชดเชยเพื่อบริการสาธารณสุข
27	การตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ (AUDIT)

50	การอภิบาล (GOVERNANCE)
50	กลไกสำคัญในการกำกับติดตามมาตรฐานบริการสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
53	ข้อกฎหมาย และกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง
56	การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบตรวจสอบ (POST-AUDIT GOVERNANCE)
58	ประเด็นท้าทาย: บทเรียนจาก PAIN POINTS สู่การปฏิรูปเชิงระบบ
59	ระบบ: ความซ้ำซ้อนและความไม่ชัดเจนระหว่าง CLAIM REVIEW และ AUDIT
59	บริการ: การตรวจสอบไม่ครอบคลุม และปริมาณงาน ที่เกินขีดจำกัด
60	โครงสร้าง: การแยกงาน AUDIT จากสายงานบริหารกองทุน
60	บุคลากร: ขาด AUDITOR แบบ FULL-TIME และการพัฒนาบุคลากรเชิงระบบ
61	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย: ขาดการมีส่วนร่วม และการยอมรับผลตรวจสอบ

61	แนวทางปฏิบัติด้านกฎหมาย: ไม่มีระดับความรุนแรง ของบทลงโทษที่ชัดเจน
62	ทิศทางการพัฒนาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
62	การสร้างระบบตรวจสอบอิเล็กทรอนิกส์แบบครบวงจร (FULLY ELECTRONIC AUDIT SYSTEM)
63	การเสริมสร้างกลไกเฝ้าระวังและควบคุมคุณภาพในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
63	การวางรากฐานธรรมาภิบาลและแนวทางมาตรฐาน ในการตรวจสอบ เพื่อความโปร่งใสและเป็นธรรม
64	การสร้างความร่วมมือกับภาคี และสนับสนุนการพัฒนา หน่วยบริการ เพื่อยกระดับคุณภาพระบบสุขภาพโดยรวม
64	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรตรวจสอบแบบยั่งยืน
65	การปรับระบบตรวจสอบให้เหมาะสมกับการเบิกจ่าย และลดความล่าช้า
66	สรุป
68	เอกสารอ้างอิง
69	ภาคผนวก

GLOSSARY

บริการสาธารณสุข

บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

ผู้ป่วยใน

ผู้ที่ต้องเข้ารับการรักษานในหน่วยบริการ ตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป โดยได้รับการวินิจฉัยและคำแนะนำจากแพทย์ หรือตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป โดยที่มีสถานการณ์จำหน่ายเป็นตาย หรือส่งต่อหรือปฏิเสธการรักษา หรือหนักกลับ

ผู้ป่วยนอก

ผู้ที่เข้ารับการรักษายาบาลหรือผู้ป่วยบริการสาธารณสุขในแผนกต่างๆ ของหน่วยบริการ โดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในหน่วยบริการ

โปรแกรม E-CLAIM

โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพัฒนาขึ้นเพื่อบันทึกและประมวลผล ข้อมูลการชดเชยและการเบิกค่าบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการ

การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-APPEAL)

กรณีที่หน่วยบริการขอแก้ไขข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบและตัดยอดออกเป็นรายงานการรักษา (Statement) เรียบร้อยแล้ว โดยหน่วยบริการสามารถขออุทธรณ์ในระบบอิเล็กทรอนิกส์ผ่านโปรแกรม E-Claim และให้หมายความรวมถึงกรณีที่หน่วยบริการได้รับการปฏิเสธการจ่ายชดเชย หรือหน่วยบริการได้รับการจ่ายชดเชยแล้วแต่มีความเห็นแย้งกับผลการพิจารณาจ่ายชดเชย หรือหน่วยบริการตรวจสอบข้อมูลจ่ายชดเชยแล้วพบว่าหน่วยบริการบันทึกข้อมูลเข้ามาไม่ครบถ้วน และต้องการขอแก้ไขเพื่อให้ได้รับการจ่ายที่ถูกต้องครบถ้วน

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและคัดกรองอาการบาดเจ็บ หรืออาการป่วยกะทันหัน ว่าเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตโดยระบบตรวจสอบและคัดแยกระดับความฉุกเฉิน (Emergency Pre-Authorization) ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และตามข้อ 4 ของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยกะทันหัน และมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตสูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างรวดเร็ว อาการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ประกอบด้วย (1) หดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ (2) หายใจเร็ว หอบเหนื่อยรุนแรง หายใจติดขัดมีเสียงดัง (3) ซึมลง เหงื่อแตก ตัวเย็น หรือมีอาการชักร่วม (4) เจ็บหน้าอกเฉียบพลันรุนแรง (5) แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัดแบบปัจจุบันทันด่วน หรือชักต่อเนื่องไม่หยุด และ (6) มีอาการอื่นร่วมที่มีผลต่อการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต และระบบสมองที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต

1

การบริหารการจ่ายค่าบริการ สาธารณสุขในระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS) เป็นระบบหลักประกันของรัฐที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ปัจจุบันระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมประชากรไทยประมาณ 48 ล้านคน และมีหน่วยบริการกว่าหมื่นแห่งที่ให้บริการสาธารณสุขทั่วประเทศ¹ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บริหารโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่นำไปสู่ความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และคุณภาพในการให้บริการทางสุขภาพ โดยอาศัยเงินสนับสนุนจากรัฐบาลผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การจัดตั้งกองทุนภายใต้มาตรา 38 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการ สาธารณสุขของหน่วยบริการ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยกองทุนได้รับเงินจากงบประมาณรายจ่ายของ ภาครัฐเป็นหลักสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ซึ่งตามนियามในมาตรา 3 หมายถึงรวมถึง ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วย บริการ ได้แก่ (1) ค่าสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (2) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค (3) ค่า ตรวจและรับฝากครรภ์ (4) ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์ (5) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ (6) ค่าทำคลอด (7) ค่ากินอยู่ในหน่วย บริการ (8) ค่าบริการทารกแรกเกิด (9) ค่ารพพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย (10) ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ (11) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ และ (12) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด เช่น ค่า บริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth / Telemedicine) และค่าจัดบริการ ด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับหน่วยร่วมบริการด้านเภสัชกรรม (ร้านยา)

อย่างไรก็ตาม การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการมีการพัฒนา รูปแบบและวิธีการอย่างต่อเนื่อง โดย สปสช. ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ทำหน้าที่ในการกำหนด กำกับ ตรวจสอบ และประเมินผล การใช้จ่ายค่าใช้จ่ายดังกล่าว ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของเงินกองทุน ปัจจุบัน รูปแบบการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ^ก แบ่งได้ เป็น 4 รูปแบบ ได้แก่

1.1

การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)

การจัดสรรค่าบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการก่อนล่วงหน้า (Prospective Payment) ตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิและมาลงทะเบียนกับหน่วยบริการ โดยมีการ ปรับอัตราการจ่ายตามช่วงอายุของประชากร ระบบนี้ช่วยควบคุมงบประมาณและสร้าง เสถียรภาพทางการเงินให้กับหน่วยบริการ แต่อาจทำให้หน่วยบริการบางแห่งจำกัดการ ให้บริการเพื่อควบคุมต้นทุน

ก ดูเอกสารฉบับเต็มเรื่องการบริหารการจ่ายค่าบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพ (The Management of Provider Payments in the Universal Coverage Scheme (UCS) in Thailand)

1.2

การจ่ายแบบมัดรวม (Bundled Payment)

การจ่ายแบบมัดรวมบริการสาธารณสุขเข้าด้วยกัน เพื่อควบคุมการให้บริการที่ไม่จำเป็น และสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการบริการ โดยสามารถดำเนินการได้ 3 ลักษณะ คือ

- 1 การจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-Related Groups: DRGs)ⁱⁱ หรือการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกและการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน เป็นระบบที่ใช้ในการกำหนดค่าชดเชยสำหรับผู้ป่วยใน โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยโรค ประเภทของหัตถการ และทรัพยากรที่ใช้ในการรักษา ระบบนี้ช่วยให้หน่วยบริการได้รับเงินตามลักษณะของผู้ป่วยและความซับซ้อนของโรคที่รักษา ซึ่งเป็นการจ่ายที่เน้นประสิทธิภาพในการบริหารจัดการต้นทุนทางการแพทย์
- 2 การจ่ายมัดรวมสำหรับบริการเฉพาะหรือหัตถการใดหัตถการหนึ่ง โดยเหมารวมค่าบริการทั้งหมดรวมกัน ไม่แยกค่าบริการเป็นรายการย่อย เช่น การผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ นอกจากค่าผ่าตัดแล้ว จะรวมการให้บริการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการผ่าตัดด้วย
- 3 การจ่ายตามรายครั้งบริการ (Per Visit) เช่น การจ่ายชดเชยค่าบริการให้กับหน่วยบริการนัดกรรม เช่น ร้านขายยา และคลินิกทันตกรรมชุมชน เป็นต้น แบบรวมยอดค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นต่อการให้บริการ

1.3

การจ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule)^{vi}

การจ่ายค่าชดเชยแบบกำหนดอัตราตายตัวตามรายการและราคาที่ สปสข. กำหนดไว้ ซึ่งสามารถใช้กับบริการที่กำหนดราคาคงที่ได้ เช่น ค่าผ่าตัด ค่ายา และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น ระบบนี้ช่วยให้การเบิกจ่ายโปร่งใสและควบคุมงบประมาณได้ดี แต่อาจทำให้เกิดข้อจำกัด เช่น บริการบางอย่างอาจไม่ได้รับค่าชดเชยในอัตราที่เหมาะสมกับต้นทุนที่แท้จริง

1.4

แนวคิดการทำงานของ สปสช. เขต

การจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือภาคประชาสังคม เพื่อดำเนินโครงการด้านสาธารณสุขที่สำคัญ อาทิ โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน การตรวจคัดกรองโรค เป็นต้น และโครงการพิเศษที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพในพื้นที่ เช่น โครงการดูแลผู้สูงอายุ โครงการให้บริการในชุมชน เป็นต้น ระบบนี้ช่วยสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ และให้อำนาจการตัดสินใจใช้งบประมาณในการจัดการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

ทั้งนี้ สปสช. จัดสรรงบประมาณกว่า 50% ของงบประมาณทั้งหมดเป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว ได้แก่ ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป และค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และงบประมาณ 45% เป็นการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการภายหลังการให้บริการจริงแก่ผู้รับบริการแล้ว (Retrospective Payment) ซึ่งหมายถึงการจ่ายแบบมัตรวมและการจ่ายตามรายการบริการ และ 5% เป็นการจ่ายตามโครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ¹ อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขด้วยรูปแบบใด ค่าใช้จ่ายทุกรูปแบบรวมกันแล้วจะต้องเป็นไปตามงบประมาณปลายปิด (Closed-Ended Budget) ตามที่ได้รับการจัดสรรไว้แล้ว

เนื่องจากเอกสารฉบับนี้ครอบคลุมเรื่องการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข และการตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ จึงจะอ้างถึงการจ่ายภายหลังการให้บริการ (Retrospective Payment) เท่านั้น ซึ่งประกอบด้วย การจ่ายแบบมัตรวม และการจ่ายตามรายการบริการ

ข ดูเอกสารฉบับเต็มเรื่องกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม: รูปแบบการจ่ายที่ตอบโจทย์ UHC (Diagnosis-Related Group: Payment System to Achieve UHC)

ค ดูเอกสารฉบับเต็มเรื่องการจ่ายตามรายการบริการที่กำหนด (Fee Schedule)

2

กระบวนการชดเชย

ค่าบริการสาธารณสุข

หลักการสำคัญของการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ การส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ในขณะเดียวกัน หน่วยบริการก็ต้องได้รับงบประมาณที่เพียงพออย่างเป็นธรรมในเวลาที่เหมาะสมสำหรับจัดบริการที่จำเป็นและมีคุณภาพให้แก่ประชาชนผู้มีสิทธิ และต้องควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้สูงจนเป็นภาระของประเทศ ดังนั้น สปสช. จึงมีการทบทวนและปรับปรุงวิธีการชดเชยค่าบริการมาโดยตลอด

ปัจจุบัน กระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการหลังการให้บริการสาธารณสุขมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ (1) การส่งข้อมูลหลักฐานการให้บริการ (2) ระบบการเบิกจ่ายค่าชดเชยเพื่อบริการสาธารณสุข และ (3) การตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ

2.1

การส่งข้อมูลหลักฐานการให้บริการ

หน่วยบริการต้องจัดเตรียมหลักฐานสำคัญเพื่อยืนยันการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ ได้แก่ ข้อมูลการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ (เรียกว่า “การปิดสิทธิ”) และข้อมูลการเบิกชดเชยค่าบริการ

2.1.1 ข้อมูลการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ (ปิดสิทธิ)

เมื่อผู้มีสิทธิเข้ารับบริการ หน่วยบริการต้องดำเนินการตรวจสอบสิทธิ พิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการ และยืนยันการเข้ารับบริการ (Authentication) เพื่อจัดเตรียมข้อมูลประกอบการขอรับค่าชดเชย โดยมีขั้นตอนสำคัญ ดังนี้

- 1 ตรวจสอบสิทธิและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สิทธิตามที่กำหนด
- 2 ให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์และความจำเป็นทางการแพทย์
- 3 จัดทำข้อมูลเพื่อเบิกค่าใช้จ่ายตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด
- 4 ตรวจสอบข้อมูลและรายงานการจ่ายเงินตามรอบที่กำหนด

ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ² คือ

- 1 ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมกรณีลงทะเบียนตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2 ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (สิทธิว่าง เด็กแรกเกิดและผู้เสียชีวิตก่อนลงทะเบียน)
- 3 ผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมที่ส่งเงินสมทบไม่ครบตามเกณฑ์ การเกิดสิทธิประกันสังคม ได้แก่ ผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือนเข้ารับบริการรักษาพยาบาล และผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนเข้ารับบริการคลอด

ทั้งนี้ ผู้มีสิทธิต้องเข้ารับบริการตามประเภทและขอบเขตบริการที่ สปสช. กำหนด ได้แก่

- 1 หน่วยบริการประจำหรือเครือข่ายหน่วยบริการประจำ
- 2 หน่วยบริการอื่นกรณีที่หน่วยบริการประจำส่งต่อหรือกรณีที่มีเหตุสมควร
- 3 หน่วยบริการอื่นในกรณีฉุกเฉิน เช่น อุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกหน่วยบริการประจำ
 - ก. ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแล้วรับบริการกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่จำกัดจำนวนครั้ง
 - ข. ผู้มีสิทธิเป็นทหารผ่านศึกหรือคนพิการสามารถเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐได้ตามความจำเป็น
- 4 หน่วยบริการที่อยู่นอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เฉพาะกรณีที่มิเหตุสมควร เช่น
 - ค. กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่”
 - ง. บริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบไม่จำกัดหน่วยบริการ (CA Anywhere)
 - จ. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่มีเหตุสมควร (OP Anywhere)
- 5 กรณีอุบัติเหตุทางจราจร หน่วยบริการต้องเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจาก พ.ร.บ. คຸ້ມຄອງຜູ້ປະສບຖົງຈາກຣຸ ພ.ຕ. 2535 ภายในวงเงินที่กำหนดก่อน

ที่ผ่านมา ผู้มีสิทธิต้องยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการ แต่ปัจจุบัน สปสช. ได้ปรับแนวทางเพื่ออำนวยความสะดวก โดยให้หน่วยบริการยืนยันสิทธิของผู้รับบริการเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ) (รูป 1) ผ่านวิธีการใดวิธีหนึ่งจาก 7 วิธี ต่อไปนี้

- 1 เครื่องรูดบัตรเคลื่อนที่ (Electronic Data Capture: EDC)
- 2 เครื่องให้บริการอัตโนมัติ (Kiosk)
- 3 เครื่องอ่านบัตรประชาชน (Smart Card)
- 4 แอปพลิเคชัน LINE
- 5 แอปพลิเคชันที่สามารถเชื่อมต่อกับระบบ สปสช. ที่เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยขั้นสูงสุด
- 6 การพิสูจน์ตัวตน (Authentication) และการส่งข้อมูลเบิกจ่ายภายในวันที่รับบริการ
- 7 วิธีการอื่นตามที่ สปสช. กำหนด

ทั้งนี้ สปสช. จะตรวจสอบการปิดสิทธิเฉพาะกรณีที่มีการขอเบิกชดเชยจาก สปสช. สำหรับค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว จะไม่มีการตรวจสอบการปิดสิทธิ อย่างไรก็ตาม หน่วยบริการจะไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจาก สปสช. ได้ หากไม่มีการยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เว้นแต่มีเหตุจำเป็นที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งต้องแจ้งเหตุผลต่อ สปสช. เพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายกรณี

รูป 1: การปรับแนวทางจากการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการ
เป็นการยืนยันสิทธิของผู้รับบริการเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ



2.1.2 ข้อมูลการเบิกชดเชย

การบันทึกข้อมูลบริการทางสาธารณสุขและการส่งค่าขอรับการชดเชยค่าบริการจาก สปสช. เป็นกระบวนการสำคัญที่มีผลโดยตรงต่อความถูกต้อง โปร่งใส และประสิทธิภาพ ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการมีหน้าที่บันทึกข้อมูลการให้บริการแก่ ผู้ป่วยในระบบสารสนเทศสุขภาพ (Health Information System: HIS) ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลจำเป็น เช่น ชื่อ-นามสกุลผู้รับบริการ เลขประจำตัวประชาชน วันที่เข้ารับบริการ การ วินิจฉัยโรค (Diagnosis) การให้บริการหัตถการ (Procedure) และรายการยาที่จ่าย เป็นต้น

ข้อมูลที่บันทึกในระบบ HIS จะถูกนำส่งเข้าสู่ระบบ e-Claim ของ สปสช. ซึ่งเป็นระบบ กลางที่รับข้อมูลค่าขอรับชดเชยค่าบริการสาธารณสุข โดยหน่วยบริการต้องจัดรูปแบบ ข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานที่กำหนดไว้ในรูปแบบ 16 แฟ้ม หรือ 13 แฟ้ม ซึ่งเป็นชุดข้อมูลมาตรฐาน (Standard Dataset) ขึ้นอยู่กับประเภทบริการและช่องทางการ ส่งข้อมูล โดยข้อมูลต่างๆ ใช้รหัสมาตรฐานสากลในการจัดทำ ดังนี้

- 1 รหัสวินิจฉัยโรค (Diagnosis Code): ใช้รหัส International Classification of Disease รุ่นที่ 10 (ICD-10) ฉบับปี ค.ศ. 2016 และ ICD-10-TM ตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก
- 2 รหัสหัตถการ (Procedure Code): ใช้รหัส ICD-9-CM (ฉบับปี ค.ศ. 2015)
- 3 รายการยา: จัดทำ Drug Catalogue และบันทึกรายการยาตามที่ สปสช. กำหนด
- 4 การเบิกจ่ายกรณีผู้ป่วยใน (Inpatient services): ใช้การจำแนกกลุ่ม วินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) Version 6.3 ในการคำนวณค่าใช้จ่าย

2.1.2.1 ช่องทางการส่งข้อมูลจากหน่วยบริการ

หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลค่าขอชดเชยได้หลายช่องทาง โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1 ส่งตรงผ่านระบบ e-Claim ของ สปสช.
 - ก. ส่งในรูปแบบชุดข้อมูลมาตรฐาน 16 แฟ้ม (ผ่าน Application Programming Interface (API) หรือโปรแกรมย่อยของ สปสช.)
 - ข. ส่งในรูปแบบชุดข้อมูล 13 แฟ้ม (ผ่าน API)
 - ค. กรอกข้อมูลแบบ Key-In สำหรับบางกรณี

2

ส่งผ่านศูนย์กลางข้อมูลด้านการเงิน กระทรวงสาธารณสุข (Financial Data Hub: FDH)

ก. รongรับทั้งชุดข้อมูล 16 แฟ้ม และ 13 แฟ้ม พร้อมโปรแกรมสนับสนุนของ สปสช.

3

กรณีหน่วยนวัตกรรม

ก. ส่งผ่านระบบ A-MED/KTB/e-Claim ตามโครงสร้าง 13 แฟ้ม หรือโปรแกรมอื่นตามที่กำหนด

2.1.2.2 พัฒนาการของโครงสร้างชุดข้อมูล 13 แฟ้ม

แนวคิดในการพัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐานการเบิกจ่าย 13 แฟ้ม มุ่งเน้นการกำหนดโครงสร้างข้อมูลที่เป็นต่อการเบิกจ่ายและตรวจสอบเท่านั้น โดยเน้นการใช้ข้อมูลที่จัดเก็บอยู่แล้วในระบบ HIS หรือระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลจากระบบ HIS มาส่งเพื่อการเบิกจ่ายได้โดยไม่ต้องบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อนเพิ่มเติม ซึ่งจะช่วยลดภาระของบุคลากรและลดความผิดพลาดในการจัดส่งข้อมูล

การปรับชุดข้อมูลจาก 16 แฟ้ม เป็น 13 แฟ้ม จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับประสิทธิภาพในการจัดเก็บและส่งข้อมูล โดยเน้นให้หน่วยบริการจัดส่งเฉพาะข้อมูลที่เป็นต่อการเบิกจ่าย และเป็นข้อมูลที่มีอยู่ในระบบ HIS ซึ่งสามารถนำออกมาใช้ได้โดยตรง และเพื่อสนับสนุนหน่วยบริการในช่วงเปลี่ยนผ่านจากการใช้โครงสร้าง 16 แฟ้ม สู่ 13 แฟ้ม สปสช. ได้พัฒนาเครื่องมือสำหรับแปลงข้อมูล รวมถึงเครื่องมือตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนส่งเบิกจ่าย เพื่อให้หน่วยบริการสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบ³

การพัฒนาชุดข้อมูล 13 แฟ้ม ดำเนินการโดยคณะทำงานพัฒนาระบบมาตรฐานชุดข้อมูล ที่ สปสช. จัดตั้งขึ้น โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีจากส่วนกลางและพื้นที่ (เขต 5, 7, 8 และ 10) เข้าร่วมออกแบบโครงสร้างข้อมูลให้สอดคล้องกับการใช้งานจริงในระดับพื้นที่ ทั้งนี้ ยังได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักพัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย (สมสท.) และหน่วยบริการทุกระดับ ผ่านกระบวนการหารือและรับฟังความคิดเห็นอย่างรอบด้าน⁴

การปรับปรุงโครงสร้างข้อมูลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในรูปแบบ NHSO Standard Data Set⁴ ช่วยอำนวยความสะดวกในการเชื่อมโยงข้อมูลจากหน่วยบริการเข้าสู่ระบบ e-Claim ของ สปสช. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดความซ้ำซ้อนจากการกรอกข้อมูลหลายระบบที่เกิดขึ้นในอดีต

2.1.2.3 การใช้งานจริงของชุดข้อมูล 13 แฟ้ม

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2567 เป็นต้นมา สปสช. ได้เริ่มนำชุดข้อมูล 13 แฟ้ม มาใช้กับบริการ 9 ประเภท ประกอบด้วย 1) บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป 2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 3) บริการเพิ่มเติมสำหรับบริการปฐมภูมิ 4) บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 5) บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 6) บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 7) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 8) บริการกรณีเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ 9) บริการกลุ่มโรคเมเร็ง ภายใต้แนวทางการจ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule) โดยเน้นข้อมูลที่ใช้เป็นการเบิกจ่ายเท่านั้น พร้อมเพิ่มกระบวนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลใน 4 กลุ่มบริการ ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์ 2) เด็กแรกเกิด 3) บริการสุขภาพจิตในชุมชน และ 4) บริการสำหรับคนพิการ

แม้ว่าระบบ e-Claim เดิมจะมีบทบาทสำคัญในการรับข้อมูลจากหลายกองทุนและทำหน้าที่เป็นระบบ Clearing House แต่ด้วยข้อจำกัดจากการใช้งานต่อเนื่องนานกว่า 10 ปี และการะข้อมูลจากหลายกองทุน เช่น ประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ระบบมีความซับซ้อนและต้องมีการพัฒนา e-Claim รุ่นใหม่ที่ตอบโจทย์การบริหารจัดการข้อมูลได้ดีขึ้น ด้วยเหตุนี้ จึงนำไปสู่การพัฒนา Single Claim System

2.1.2.4 การสนับสนุนหน่วยบริการในช่วงเปลี่ยนผ่าน

เพื่อให้หน่วยบริการสามารถเปลี่ยนผ่านสู่ระบบ 13 แฟ้ม ได้อย่างราบรื่น สปสช. ได้เตรียมมาตรการสนับสนุน อาทิ

- 1 ทีมเขตของ สปสช. ลงพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา
- 2 เครื่องมือแปลงข้อมูลและตรวจสอบคุณภาพก่อนส่ง
- 3 การพัฒนา Dashboard เพื่อติดตามสถานะการเบิกจ่ายแบบเรียลไทม์

การดำเนินการเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อสร้างระบบข้อมูลที่ “น่าเชื่อถือ ใช้งานได้จริง และลดภาระให้หน่วยบริการ” ซึ่งจะส่งผลดีต่อทั้งผู้รับบริการ หน่วยบริการ และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยรวม

โครงสร้างชุดข้อมูลมาตรฐาน 16 เพิ่ม

1. มาตรฐานเพิ่มข้อมูลผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาล (INS)
2. มาตรฐานเพิ่มข้อมูลผู้ป่วยกลาง (PAT)
3. มาตรฐานเพิ่มข้อมูลการมารับบริการผู้ป่วยนอก (OPD)
4. มาตรฐานเพิ่มข้อมูลผู้ป่วยนอกที่ต้องส่งต่อ (ORF)
5. มาตรฐานเพิ่มข้อมูลวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอก (ODX)
6. มาตรฐานเพิ่มข้อมูลหัตถการผู้ป่วยนอก (OOP)
7. มาตรฐานเพิ่มข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD)
8. มาตรฐานเพิ่มข้อมูลผู้ป่วยในที่ต้องส่งต่อ (IRF)
9. มาตรฐานเพิ่มข้อมูลวินิจฉัยโรคผู้ป่วยใน (IDX)
10. มาตรฐานเพิ่มข้อมูลหัตถการผู้ป่วยใน (IOP)
11. มาตรฐานเพิ่มข้อมูลการเงิน (แบบสรุป) (CHT)
12. มาตรฐานเพิ่มข้อมูลการเงิน (แบบรายละเอียด) (CHA)
13. มาตรฐานเพิ่มข้อมูลอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ และรับส่งเพื่อรักษา (AER)
14. มาตรฐานเพิ่มข้อมูลค่าใช้จ่ายเพิ่ม และบริการที่ยังไม่ได้จัดหมวด (ADP)
15. มาตรฐานเพิ่มข้อมูลกรณีผู้ป่วยมีการกลับบ้าน (LVD)
16. มาตรฐานเพิ่มข้อมูลการใช้ยา (DRU)

โครงสร้างชุดข้อมูลมาตรฐาน 13 เพิ่ม

1. ข้อมูลทั่วไป (Patient) ข้อมูลของผู้มารับบริการ
2. ข้อมูลผู้ให้บริการ (Provider) ข้อมูลหน่วยบริการ เช่น คลินิก โรงพยาบาล
3. ข้อมูลผู้ปฏิบัติ (Practitioner) ข้อมูลเจ้าหน้าที่แพทย์ หรือพยาบาล
4. ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก (OPD) ข้อมูลการรักษา
5. รหัสโรค-ICD10 ข้อมูลการวินิจฉัยตามรหัส ICD-10
6. รหัสหัตถการ-ICD9 ข้อมูลการทำหัตถการตามรหัส ICD-9
7. ข้อมูลค่าใช้จ่าย (CHAD) ข้อมูลรายละเอียดค่าใช้จ่ายรายการของผู้เข้ารับบริการ
8. ข้อมูลค่าใช้จ่ายรวม (CHA) ข้อมูลรายละเอียดทางการเงินของผู้เข้ารับบริการ
9. รับส่งต่อ (AER) ข้อมูลอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ และรับส่งเพื่อรักษาของผู้เข้ารับบริการ
10. หญิงตั้งครรภ์ (Prenatal) ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ สำหรับหญิงตั้งครรภ์
11. เด็กแรกเกิด (Newborn) ข้อมูลประวัติการคลอดของทารก
12. จิตเวชชุมชน (CMHS) ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
13. ความพิการ (Disability) ข้อมูลการให้บริการผู้พิการ

2.2

ระบบการเบิกจ่ายค่าชดเชย เพื่อบริการสาธารณสุข

สปสช. ได้พัฒนาระบบ e-Claim และดำเนินระบบการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Claim) ตั้งแต่ปี 2551 โดยระบบนี้รองรับทั้งการส่งข้อมูลแบบออนไลน์และออฟไลน์ เพื่อเป็นช่องทางให้หน่วยบริการส่งข้อมูลการให้บริการด้านสุขภาพเข้ามาเบิกชดเชยตามประเภทบริการและกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลาย ซึ่งถือเป็นการตอบโจทย์ความหลากหลายของระบบบริหารจัดการข้อมูล (HIS) ที่แต่ละหน่วยบริการใช้งาน ต่อมาในปี 2565 สปสช. ได้ยกระดับระบบดังกล่าวสู่ระบบใหม่ภายใต้ชื่อ New e-Claim (Seamless) ซึ่งทำงานแบบ One Stop Service โดยภายในระบบเดียวสามารถดำเนินการตั้งแต่การพิสูจน์ตัวตนผู้รับบริการ ตรวจสอบสิทธิ ตรวจสอบผลการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ไปจนถึงการอัปเดตข้อมูลและการเบิกจ่ายค่าบริการเป็นความพยายามเพื่อลดภาระซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการข้อมูล

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบัน หน่วยบริการต้องใช้งานระบบและโปรแกรมหลายตัวในการขอรับค่าใช้จ่ายจาก สปสช. โดยแต่ละระบบออกแบบมาเพื่อรองรับกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะหรือประเภทบริการที่แตกต่างกัน ส่งผลให้หน่วยบริการต้องจัดสรรทรัพยากรจำนวนมากทั้งในด้านบุคลากรและระบบสารสนเทศเพื่อรองรับภาระการเบิกจ่ายจากระบบที่หลากหลาย ซึ่งอาจกระทบต่อการดำเนินบริการในภาคปฏิบัติ

ตารางที่ 1 ระบบ/โปรแกรมของ สปสช.
สำหรับการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ระบบ/โปรแกรม	ข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย
โปรแกรม e-Claim	- กรณีผู้ป่วยใน - กรณีผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ - กรณีค่าใช้จ่ายสูง - กรณีผู้ป่วยนอกเจ็บป่วยฉุกเฉิน - กรณีบริการกรณีเฉพาะ
ระบบงานสารสนเทศ บริการจัดการโรคเฉพาะ (DMIS)	- โรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) - ปากแหว่ง เพดานโหว่ (Cleft Lip & Cleft Palate) - การล้างไตทางหลอดเลือด (HD), การล้างไตทางช่องท้อง (CAPD), การปลูกถ่ายไต (KT), โรคถุงลมโป่งพอง (COPD), วัณโรค (TB), แผนงานเอดส์แห่งชาติ (NAP), กลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome), ธาลัสซีเมีย (Thalassemia)
ระบบ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP)	- กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต - กรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 - จ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตามระบบ DRGs ทั้งนี้ หากผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ หรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต จะต้องใช้สิทธิดังกล่าวก่อน
โปรแกรม NHSO Client	ขอเลขอนุมัติสิทธิข้าราชการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ระบบลงทะเบียนหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (ERM)	การตรวจสอบสิทธิและลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
Web Service	การตรวจสอบสิทธิและลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ กรณีใช้ HIS ตรวจสอบสิทธิกับระบบตรวจสอบสิทธิของ สปสช.
โปรแกรมค้นหาข้อมูลหน่วยบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Hospital Search)	การตรวจสอบการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการหลักประกันสุขภาพ
ระบบข้อมูลผู้ป่วยนอก และส่งเสริมป้องกันโรครายบุคคล (OPPP Individual Record)	กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค OP/PP/IP (43 แฟ้ม)

ที่มา: คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565

เพื่อแก้ไขข้อจำกัดเชิงโครงสร้างดังกล่าว สปสช. ได้ร่วมมือกับ ธนาคารกรุงไทย สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) และสถาบันข้อมูลขนาดใหญ่ภาครัฐ (Big Data Institute) ในการพัฒนาระบบ Single Claim System ซึ่งเป็นระบบเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขแบบเบ็ดเสร็จในแพลตฟอร์มเดียว เพื่อลดความซ้ำซ้อนของระบบที่มีอยู่ และเพิ่มความสะดวกให้แก่หน่วยบริการ

โดยระบบ Single Claim System ดังกล่าวได้เริ่มดำเนินการนำร่องในพื้นที่กรุงเทพมหานครตั้งแต่เดือนเมษายน 2568 ซึ่งจะเป็นก้าวสำคัญในการรวมระบบการเบิกจ่ายจากหลายโปรแกรมให้เป็นระบบเดียว พร้อมยกระดับความเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการและ สปสช. ในรูปแบบอัตโนมัติ ทั้งนี้คาดว่าจะช่วยลดภาระด้านเอกสาร ลดข้อผิดพลาดจากการส่งข้อมูล และเพิ่มความรวดเร็วในการตรวจสอบสิทธิและเบิกจ่ายชดเชยอย่างมีประสิทธิภาพ

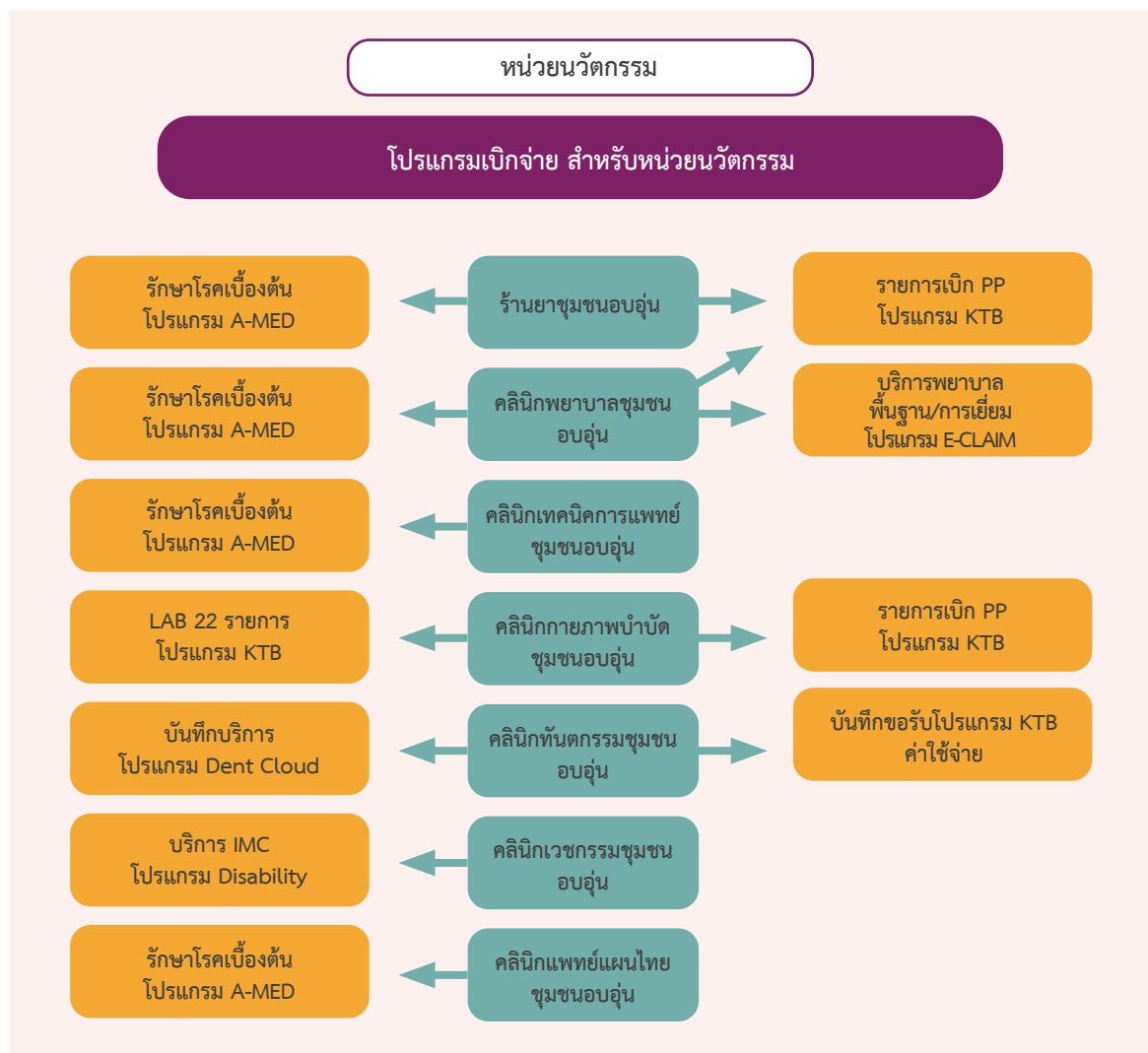
2.2.1 บทบาทของหน่วยบริการและหน่วยนวัตกรรมในการรองรับ SINGLE CLAIM SYSTEM

ระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงภายใต้นโยบาย “บัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่” ได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทำงานของหน่วยบริการ ซึ่งถือเป็นกลไกหลักในการให้บริการ การบันทึก และส่งข้อมูลเพื่อการเบิกจ่าย โดยบทบาทสำคัญของหน่วยบริการภายใต้ระบบใหม่นี้ ได้แก่ การบันทึกและจัดเก็บข้อมูลหลักฐานการให้บริการ การส่งข้อมูลบริการในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การติดตามและตอบสนองต่อผลการตรวจสอบ ไปจนถึงการอุทธรณ์ผลการพิจารณาในกรณีที่มีข้อทักท้วง ทั้งหมดนี้เป็นภารกิจที่ต้องดำเนินการภายใต้แนวทางที่กำหนดอย่างชัดเจนจาก สปสช.

ขณะเดียวกัน สปสช. ได้ยกระดับนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคไปอีกขั้น ด้วยการพัฒนานโยบาย “บัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่” โดยเริ่มนำร่องให้บริการระยะที่ 1 ใน 4 จังหวัด ได้แก่ แพร่ ร้อยเอ็ด เพชรบุรี และนราธิวาส เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2567 ก่อนขยายเป็นระยะที่ 2 ครอบคลุม 8 จังหวัด เมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2567 ได้แก่ เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ สิงห์บุรี สระแก้ว หนองบัวลำภู นครราชสีมา อ่างทอง และพังงา ต่อมาในระยะที่ 3 ครอบคลุม 6 เขตสุขภาพ 33 จังหวัด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 3, 4, 8, 9 และ 12 ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2567 และในระยะที่ 4 ได้ครอบคลุมพื้นที่กรุงเทพมหานครตั้งแต่วันที่ 22 สิงหาคม 2567 ปัจจุบันครอบคลุมครบทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ⁶

เพื่อสนับสนุนนโยบายดังกล่าว สปสช. ได้จัดตั้ง “หน่วยบริการสาธารณสุขวิถีใหม่”

รูป 2: โปรแกรมการเบิกจ่าย
สำหรับหน่วยนวัตกรรม



หน่วยนวัตกรรมและบริการ

1. ร้านยาชุมชนอบอุ่น – ให้คำปรึกษาเภสัชกรและจ่ายยา สำหรับอาการป่วยเล็กน้อย 16 อาการ
2. คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น – ดูแลแผล ล้างตา ล้างจมูก ฉีดยาตามแผนแพทย์ และตรวจโรคเบื้องต้น 32 อาการ
3. คลินิกเทคนิคการแพทย์ชุมชนอบอุ่น – ตรวจแล็บ 22 รายการ ตามใบสั่งแพทย์
4. คลินิกกายภาพบำบัดชุมชนอบอุ่น – ฟันฟุผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมองบาดเจ็บ กระดูกสะโพกหัก
5. คลินิกทันตกรรมชุมชนอบอุ่น – อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน เคลือบหลุมร่องฟัน
6. คลินิกเวชกรรมชุมชนอบอุ่น – ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปแบบผู้ป่วยนอก
7. คลินิกแพทย์แผนไทยชุมชนอบอุ่น – นวด ประคบ อบสมุนไพรเพื่อการรักษา

หรือ “หน่วยนวัตกรรม” ซึ่งทำหน้าที่เสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชน ไม่ว่าจะลงทะเบียนไว้ที่หน่วยบริการใดก็ตาม และพัฒนาระบบการเบิกค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยนวัตกรรมอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ หน่วยนวัตกรรมประกอบด้วยหลากหลายประเภท อาทิ ร้านยาชุมชนอบอุ่น คลินิกพยาบาล คลินิกเทคนิคการแพทย์ คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกทันตกรรม คลินิกเวชกรรม และคลินิกแพทย์แผนไทย โดยให้บริการตั้งแต่การให้คำปรึกษา ตรวจโรคเบื้องต้น จ่ายยา ตรวจแล็บ ไปจนถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งล้วนมีอัตราค่าบริการและโปรแกรมการเบิกจ่ายที่ สปสข. กำหนดรองรับไว้อย่างครอบคลุม (รูป 2)

2.2.2 การตรวจสอบรายงานการจ่ายเงินผ่านระบบบริหาร การเบิกจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปัจจุบัน สปสข. ได้พัฒนาระบบรายงานการโอนเงินแบบใหม่ (Smart Money Transfer: SMT) เพื่อให้หน่วยบริการตรวจสอบรายงานการจ่ายเงินผ่านระบบบริหารการเบิกจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นระบบที่ใช้ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเบิกจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (e-Budget Electronic Form) เชื่อมโยงกับระบบงานการจัดสรรเงินกองทุน (e-Budget) และส่งต่อข้อมูลให้กับระบบบริหารการเงินและบัญชีของ สปสข. (ERP-SAP) เพื่อใช้สำหรับการบันทึกรายการบัญชี ประมวลผลการจ่าย และการโอนเงินให้กับหน่วยบริการ ตลอดจนแจ้งข้อมูลการจ่ายเงินกองทุนออนไลน์บนเว็บไซต์ของ สปสข. (NHSO SMT) รองรับผู้ใช้งานทั้งภายในและภายนอก สปสข. (หน่วยบริการ หรือคู่สัญญา) อีกทั้งสามารถออกหนังสือขออนุมัติโอนเงินเพื่อให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สามารถทำงานได้บนระบบด้วยการลงนามอิเล็กทรอนิกส์ โดยไม่ต้องพิมพ์เอกสาร

ระบบ SMT ช่วยให้สามารถดูข้อมูลรายบุคคลได้ โดยแสดงเฉพาะรายการที่หน่วยบริการขอเบิกเท่านั้น หน่วยงานที่ไม่มีรายการเบิกจ่าย เช่น สสจ. หรือ สสอ. จะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลส่วนนี้ได้ ระบบยังมีฟังก์ชันการติดตาม (Tracking) ที่เหมาะสำหรับการติดตามหนี้รายตัวและสถานะการโอนเงินของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ ระบบรองรับการส่งออกข้อมูลเป็นไฟล์ Excel เพื่อให้ใช้งานต่อได้สะดวก ผู้ใช้งานสามารถดูรายงานการโอนเงินตามหน่วยบริการ รวมถึงหนังสือแจ้งโอนเงิน และลิงก์ข้อมูลไปยังโปรแกรมที่เกี่ยวข้องได้ ระบบยังมีรายงานสรุปการโอนเงิน พร้อมฟังก์ชันวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับผู้บริหารเพื่อนำไปใช้เปรียบเทียบและตรวจสอบการโอนเงินอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.3 การอุทธรณ์จ่ายชดเชยด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-APPEAL)

สปสช. ได้พัฒนาระบบการอุทธรณ์การจ่ายชดเชยให้เป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยหน่วยบริการสามารถขออุทธรณ์ผ่านโปรแกรม e-Claim ได้เช่นเดียวกับการขอแก้ไขข้อมูล อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการพิจารณาข้อมูลการอุทธรณ์การจ่ายชดเชยมีความซับซ้อน ในระยะแรกจึงจำเป็นต้องพิจารณาเอกสารและหลักฐานประกอบเพื่อยืนยันข้อมูลที่ถูกต้องในการขออุทธรณ์ด้วย โดยหน่วยบริการต้องส่งเอกสารไปที่ สปสช. ภายใน 15 วันหลังจากแก้ไขข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim ซึ่งระบบการอุทธรณ์ผ่านโปรแกรม e-Claim ก็ได้รับการพัฒนาเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน การดำเนินการอุทธรณ์การจ่ายชดเชยสามารถนำเข้าและส่งออกไฟล์ผ่านโปรแกรม e-Claim ได้ ทำให้สะดวกและลดขั้นตอนการทำงานให้กับหน่วยบริการ โดยขั้นตอนการอุทธรณ์ประกอบด้วย⁷

- 1 การตรวจสอบสถานะข้อมูลที่ต้องการอุทธรณ์ในโปรแกรม e-Claim ซึ่งข้อมูลที่จะแก้ไขได้ต้องผ่านการตรวจสอบจาก สปสช. แล้ว (สถานะข้อมูลจะขึ้นเป็นสีฟ้า) และเป็นข้อมูลที่ออก Statement แล้วเท่านั้น
- 2 การดาวน์โหลดข้อมูลการอุทธรณ์ค่าชดเชย e-Appeal เพื่อนำเข้าข้อมูลลงในโปรแกรม e-Claim
- 3 การแก้ไขข้อมูลที่ต้องการอุทธรณ์ลงในโปรแกรม e-Claim ให้ถูกต้องครบถ้วน
- 4 การส่งออกไฟล์ที่ต้องการอุทธรณ์จากโปรแกรม e-Claim ในรูปแบบ .ecd เพื่อส่งเข้ามาตรวจสอบในระบบออนไลน์บนหน้าเว็บ e-Claim ของ สปสช.

2.3

การตรวจสอบการจ่ายชดเชย และคุณภาพบริการ (Audit)^ง

สปสช. ได้พัฒนากลไกตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการเพื่อให้แน่ใจว่าหน่วยบริการได้รับเงินชดเชยที่ถูกต้อง และประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน โดยมีเป้าหมายหลัก คือ ป้องกันการใช้จ่ายงบประมาณที่ผิดพลาดหรือทุจริต เพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการสาธารณสุข และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล นอกจากนี้ การตรวจสอบช่วยให้หน่วยบริการรับทราบปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการเบิกค่าบริการและดำเนินการแก้ไข รวมถึง สปสช. ที่จะได้รับทราบปัญหา อุปสรรค รวมทั้งข้อเท็จจริงในการดำเนินการให้บริการและการเบิกจ่ายของหน่วยบริการ และนำมาใช้ปรับปรุงแบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน การตรวจสอบของ สปสช. แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

1

Coding Audit (การตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการ)

การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยใน ตามระบบ DRGs เป็นการตรวจสอบการให้รหัสโรคและหัตถการในเวชระเบียนว่ามีความสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยและแนวทางการรักษา และกำหนดอัตราค่าชดเชยที่เหมาะสม โดยเอกสารหลักฐานที่จะตรวจสอบคือ เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยใน และสรุปการจำหน่าย (Discharge Summary) โดยหน่วยบริการต้องบันทึก ICD-10 (รหัสวินิจฉัยโรค) และ ICD-9CM (รหัสหัตถการที่ใช้รักษาผู้ป่วย) สปสช. จะใช้อัลกอริธึมทางการแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบว่ารหัสที่ให้มาตรงกับอาการของผู้ป่วยหรือไม่ หากพบความคลาดเคลื่อน เช่น รหัสโรคไม่ตรงกับอาการ หรือมีการให้รหัสเกินความจำเป็น ระบบจะส่งเรื่องให้หน่วยบริการแก้ไข ตัวอย่างปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การให้รหัสโรคเกินความเป็นจริงเพื่อเบิกค่าชดเชยที่สูงขึ้น และเวชระเบียนขาดข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัย ทำให้เบิกค่ารักษาไม่ได้

ง ดูเอกสารฉบับเต็มเรื่องการทำงานด้านระบบตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Audit System for the Universal Coverage Scheme (UCS) in Thailand)

2**Billing Audit (การตรวจสอบทางการเงิน - การเบิกจ่ายค่ารักษา)**

การตรวจสอบการเบิกค่ารักษาพยาบาลของหน่วยบริการตามหลักเกณฑ์ของ สปสช. เพื่อป้องกันการเบิกจ่ายที่ซ้ำซ้อน หรือเบิกค่าบริการที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริง จะเป็นการตรวจสอบการเรียกเก็บตามรายการ Fee Schedule กรณีผู้ป่วยนอก โดยจะใช้ซอฟต์แวร์วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจจับความผิดปกติ เช่น การเรียกเก็บค่ารักษาในกรณีที่ไม่มีพบประวัติการเข้ารับบริการ หรือมีการเบิกจ่ายค่ารักษาซ้ำซ้อนในหน่วยบริการหลายแห่ง กรณีพบความผิดปกติ สปสช. จะเรียกหน่วยบริการให้ชี้แจง หรือระงับการจ่ายเงินจนกว่าจะได้รับคำชี้แจงที่ชัดเจน ตัวอย่างปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ หน่วยบริการเรียกเก็บค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ได้ใช้จริง มีการใช้สิทธิการรักษาโดยบุคคลอื่นที่ไม่ใช่เจ้าของสิทธิ และหน่วยบริการคิดค่าใช้จ่ายสูงกว่ามาตรฐานที่กำหนด

3**Quality of Care Audit (การตรวจสอบคุณภาพบริการ)**

การตรวจสอบการให้บริการของหน่วยบริการว่าเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและปลอดภัย บริการที่จะตรวจสอบจะเป็น High Cost & High Volume โดยจะวิเคราะห์แนวทางการรักษาของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการรักษาด้วยการล้างไตที่เหมาะสมหรือไม่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับยาเคมีบำบัดตามแนวทางมาตรฐานหรือไม่ จะเป็นการสุ่มตรวจเวชระเบียนเพื่อดูว่าสอดคล้องกับมาตรฐานการรักษาหรือไม่ หากพบว่าการบริการไม่เป็นไปตามมาตรฐาน อาจมีมาตรการปรับปรุง เช่น ให้คำแนะนำหรือสั่งปรับลดค่าชดเชย ตัวอย่างปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การรักษาไม่สอดคล้องกับแนวทางมาตรฐาน เช่น ใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ขาดการติดตามผลการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง

4**Medical Record Audit (การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียน)**

การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ถูกบันทึกในเวชระเบียนและทบทวนกระบวนการทั้งหมดว่ามีส่วนบกพร่องที่ใด เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ และแก้ไขส่วนขาดต่างๆ เพื่อธำรงไว้ซึ่งคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การลงบันทึกข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วน เช่น ขาดรายละเอียดของการรักษา และการใช้รหัสโรคไม่ตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

สปสช. พยายามพัฒนากระบวนการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความโปร่งใสและความรับผิดชอบในระบบการบริหารจัดการงบประมาณ ปัจจุบัน สปสช. เพิ่มเติมแนวทางการดำเนินการที่ชัดเจนและเป็นระบบสำหรับการตรวจสอบ โดยมุ่งเน้นการเฝ้าระวังคัดกรองหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงสูง และดำเนินการทั้งการตรวจสอบเอกสารหลักฐานก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Pre-Payment Audit) และหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Post-Payment Audit)

2.3.1 การตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย (PRE-PAYMENT AUDIT) : กลไกการกำกับคุณภาพและความโปร่งใสในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ภายใต้การบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ โดยหนึ่งในกลไกสำคัญในการควบคุมคุณภาพและความโปร่งใสคือ ระบบการตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการสุขภาพ (Pre-Payment Audit) สปสช. จึงมีเป้าหมายการสร้างระบบ Pre-Audit ที่ โปร่งใส รวดเร็ว ทันสมัย และมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) ผสานกับการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นความร่วมมือและการพัฒนาศักยภาพหน่วยงานในทุกกระดับ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถดำเนินการได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว

เมื่อหน่วยบริการดำเนินการส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการผ่านระบบ e-Claim ข้อมูลดังกล่าวจะเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบที่เรียกว่า Adjudication ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

- 1** การตรวจสอบเบื้องต้น (1st Adjudication – Electronic Verification)
เป็นการตรวจสอบโดยระบบอัตโนมัติเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด เช่น ความถูกต้องของเลขประจำตัวประชาชน ความสอดคล้องระหว่างรหัสโรค รหัสหัตถการ และประเภทบริการ ความครบถ้วนของข้อมูลที่จำเป็น หากข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบ ระบบจะแสดงรหัสข้อผิดพลาด เช่น รหัส 101 หมายถึง ไม่มีชื่อนามสกุลผู้ป่วย รหัส 104 หมายถึง เลขบัตรประชาชนผิดปกติ
- 2** การตรวจสอบเชิงลึก (2nd Adjudication – Manual & Algorithmic Review)
ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้นจะถูกนำไปวิเคราะห์เพิ่มเติมด้วยทั้งวิธีการอัตโนมัติและการพิจารณาของเจ้าหน้าที่ เช่น การตรวจสอบความสมเหตุสมผลระหว่างการวินิจฉัยโรคและบริการที่ให้ การตรวจสอบการเบิกซ้ำซ้อน หรือการให้บริการเกินจริง ผลลัพธ์ของการตรวจสอบมี 3 สถานะ คือ
 - ก. Clean – ข้อมูลถูกต้อง พร้อมสำหรับการเบิกจ่าย
 - ข. Deny – ข้อมูลไม่ถูกต้อง จึงถูกปฏิเสธการจ่าย
 - ค. Cancelled (C) – ข้อมูลต้องได้รับการแก้ไขและส่งใหม่

2.3.1.1 การพัฒนาและบูรณาการระบบ On Screen Review: ยกระดับ Pre-Audit ด้วยเทคโนโลยีอัจฉริยะ

สปสช. มีแนวทางพัฒนาระบบตรวจสอบก่อนจ่ายค่าบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งสู่ Electronic Pre-Audit 100% ผ่านกลไกที่เรียกว่า On Screen Review (OSR) ซึ่งเป็นระบบที่ใช้ทั้ง Rulebase และ AI ในการช่วยวิเคราะห์และประเมินข้อมูล โดยมีแนวทางดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่

- 1 ปรับระบบการตรวจสอบก่อนจ่าย ให้สอดคล้องกับประเภทบริการ และแนวทางจ่ายชดเชยที่เปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งรับฟังข้อเสนอแนะจาก สปสช.เขต เพื่อนำไปใช้พัฒนา Rulebase
- 2 รวมกระบวนการ Adjudication ทั้ง ขั้นตอนที่ 1 และ ขั้นตอนที่ 2 เข้าสู่ระบบ OSR โดยยึดตามประกาศ สปสช. ว่าด้วยการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน พ.ศ. 2567
- 3 พัฒนา AI Audit เพื่อช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยให้ AI เรียนรู้จากข้อมูลจริง และมีความแม่นยำในระดับที่ยอมรับได้
- 4 นำศักยภาพหน่วยบริการมาเป็นเงื่อนไขการตรวจสอบ เช่น จำนวนแพทย์เฉพาะทาง เครื่องมือที่ใช้ และความพร้อมของหน่วยบริการ
- 5 พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ สปสช.เขต เพื่อให้สามารถกำกับ ติดตาม วิเคราะห์ และให้ Feedback ได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ

100

2.3.1.2 การบูรณาการระบบและบทบาทระหว่างส่วนกลางและระดับเขต

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจสอบและลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล สปสช. ดำเนินการบูรณาการระบบการทำงานร่วมกันระหว่างส่วนกลางและเขต ดังนี้

- 1** **ระบบ OSR และแพลตฟอร์มกลาง**
 - ก. การนำบริการกลุ่มต่างๆ เข้าสู่ระบบ OSR อย่างเป็นลำดับ ได้แก่ นวัตกรรม, OP, OP-CR, PP, แพทย์แผนไทย/พื้นฟู, IP, IP-CR, และ DMIS (ยกเว้น NAP)
 - ข. ยกเว้นบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายจากการเข้าระบบ OSR
 - ค. Surveillance หน่วยบริการที่มีความเสี่ยงสูง
- 2** **ความร่วมมือส่วนกลางกับเขต**
 - ก. กำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน และส่งเสริมการทำงานแบบเชื่อมประสาน
 - ข. เสริมสร้างศักยภาพบุคลากรระดับเขตและส่วนกลาง
 - ค. พัฒนาช่องทางการสื่อสาร และระบบรายงานผล
- 3** **ระบบสนับสนุนเพื่อเสริมความเข้มแข็งการดำเนินงาน**
 - ก. ระบบชะลอจ่าย/ยกเลิกชะลอจ่าย บนแพลตฟอร์ม SMT
 - ข. ระบบอุทธรณ์แบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Appeal)
 - ค. การทบทวนประกาศและเงื่อนไขการตรวจสอบ รวมถึงระบบการทดสอบ (User Acceptance Test: UAT)
 - ง. การกำหนดวิน้ออกเอกสาร REP / Statement และการโอนเงิน

2.3.1.3 บทบาทหลักของฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย สปสช.

- 1** พัฒนาระบบตรวจสอบข้อมูลและเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการก่อนการจ่ายชดเชย (Pre-Audit)
- 2** พัฒนาระบบและดำเนินการตรวจสอบกรณีการให้บริการสาธารณสุขที่ต้องขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre-Authorization)
- 3** พัฒนาระบบและบูรณาการการเบิกจ่ายร่วมกับกองทุนอื่น หรือหน่วยงานที่ดูแลสวัสดิการรักษายาบาลภาครัฐอื่น ตามที่ได้รับมอบหมาย
- 4** จัดการธุรกรรมเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลจากกองทุนหรือหน่วยงานที่ดูแลสวัสดิการค่ารักษายาบาลภาครัฐอื่น (National Clearing House: NCH)

2.3.2 ระบบการตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยเพื่อบริการ สาธารณสุข (POST-PAYMENT AUDIT SYSTEM)

การดำเนินงานด้านการตรวจสอบภายหลังการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข เป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมความโปร่งใส ความรับผิดชอบ และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมุ่งเน้นให้เกิดการควบคุมคุณภาพบริการควบคู่กับการบริหารจัดการด้านการเงินอย่างสมดุล ผ่านกระบวนการดังต่อไปนี้

2.3.2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลและคัดกรองความผิดปกติ (Outlier & Anomaly Detection)

การตรวจสอบเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว (Post-Payment Data) เพื่อระบุข้อมูลที่มีลักษณะผิดปกติ ได้แก่

- 1 ค่าชดเชยที่สูงผิดปกติ (High-Cost Claims)
- 2 พฤติกรรมเสี่ยงในการเบิกจ่าย (Risk Behaviors)
- 3 การเรียกร้องที่อาจมีลักษณะทุจริต (Potential Fraudulent Claims)
- 4 ข้อมูลที่เป็น Outlier จากค่าเฉลี่ยของระบบบริการปกติ

โดยการวิเคราะห์ดังกล่าวจะนำไปสู่การคัดเลือกหน่วยบริการที่มีลักษณะการเบิกจ่ายที่ผิดปกติ เพื่อเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบในขั้นถัดไป

2.3.2.2 การตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูล (Redundancy Check for Re-Claim Process)

การตรวจสอบความซ้ำซ้อนเป็นขั้นตอนสำคัญที่ช่วยป้องกันการเบิกจ่ายซ้ำซ้อนหรือเกินจริง ซึ่งมีลักษณะดังนี้

- 1 ความซ้ำซ้อนของรายการเบิกจ่ายในหน่วยบริการเดียวกัน
- 2 ความซ้ำซ้อนข้ามกองทุน เช่น หน่วยบริการเบิกจากหลายกองทุนในรายการเดียวกัน
- 3 ความซ้ำซ้อนของรายการที่ปรากฏใน Statement ต่างฉบับแต่มีข้อมูลทับซ้อนกัน

กระบวนการนี้ช่วยรองรับการทบทวนเพื่อเรียกคืนค่าชดเชยที่ไม่สมเหตุสมผล (Re-Claim) ได้อย่างเป็นระบบ

2.3.2.3 การพัฒนาระบบตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย (Post-Payment Audit Development)

สปสช. มุ่งพัฒนาระบบการตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยให้มีความครอบคลุมและทันสมัย ผ่านกิจกรรมหลัก เช่น

- 1 การจัดตั้งระบบติดตามข้อมูลแบบ Surveillance (Post-Payment Audit Monitor & Surveillance System)
- 2 การส่งเสริมให้หน่วยบริการนำผลการตรวจสอบไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการ (Guidance)
- 3 การลงพื้นที่เยี่ยมและให้คำแนะนำเชิงวิชาการกับหน่วยบริการ
- 4 การพัฒนากลไก Self-assessment โดยหน่วยบริการประเมินตนเองตามตัวชี้วัดที่กำหนด

2.3.2.4 ระบบปัญญาประดิษฐ์สำหรับการตรวจสอบภายหลัง (AI Post-Audit)

เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีความแม่นยำและทันสมัย สปสช. ได้พัฒนาระบบ AI สำหรับใช้ตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลัก ได้แก่

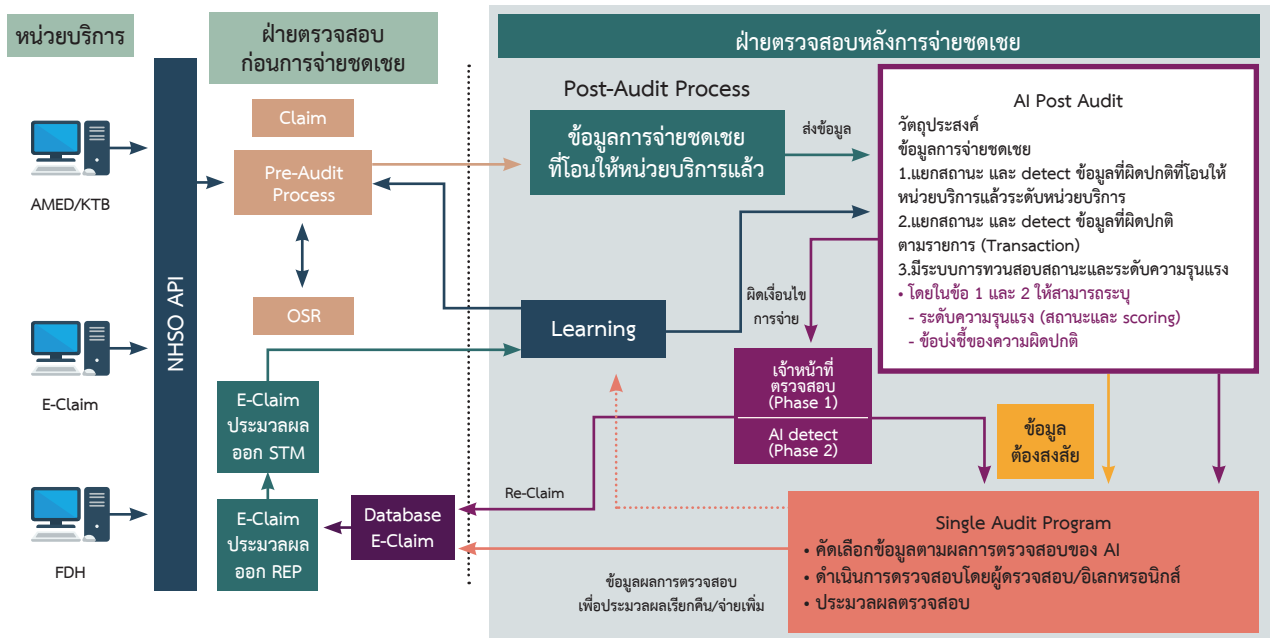
- 1 ตรวจจับข้อมูลผิดปกติในระดับหน่วยบริการ (Service Unit-Based Anomaly Detection)
- 2 ตรวจจับความผิดปกติในระดับธุรกรรม/รายการ (Transaction-Based Detection)
- 3 กำหนดระดับความรุนแรงของความผิดปกติ โดยแสดงเป็นสถานะ (Status) และคะแนน (Scoring)
- 4 วิเคราะห์ข้อบ่งชี้ของความผิดปกติ เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการดำเนินการตรวจสอบต่อไป

2.3.3 ระบบตรวจสอบแบบระบบเดียว (SINGLE AUDIT PROGRAM)

ระบบนี้ออกแบบเพื่อรวมกระบวนการตรวจสอบไว้ในระบบเดียวอย่างบูรณาการ โดยประกอบด้วย

- 1 การคัดเลือกข้อมูลจากผลลัพธ์ของ AI
- 2 การดำเนินการตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์
- 3 การประมวลผลผลการตรวจสอบ เพื่อสรุปประเด็นสำคัญและส่งกลับให้หน่วยบริการดำเนินการต่อ

รูป 4: ระบบตรวจสอบหลังการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของ สปสช.



2.3.4 บทบาทหลักของฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่าย ชุดเข็ม สปสช.

- 1 พัฒนาระบบและตรวจสอบข้อมูลและหรือเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหลังการจ่ายชุดเข็ม (Post-Audit)
- 2 พัฒนาระบบการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ (Quality of Care Audit) ให้สอดคล้องกับมาตรฐานบริการสาธารณสุข และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งการตรวจสอบเพื่อประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit)
- 3 พัฒนาระบบตรวจสอบร่วมกับกองทุนสุขภาพในประเทศให้มีความมาตรฐานเดียวกันและเป็นที่ยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง
- 4 ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยบริการมีการนำผลการตรวจสอบไปใช้ในการพัฒนาดำเนินการด้านคุณภาพบริการและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

2.3.5 แนวทางการตรวจสอบหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข (POST-AUDIT)

2.3.5.1 การเฝ้าระวัง (Surveillance) ข้อมูลหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข

สปสช. ดำเนินการกำกับติดตามข้อมูลหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูล คัดกรองข้อมูลจากปัจจัยที่มีความเสี่ยง และพฤติกรรมบริการ เพื่อนำไปสู่การวางแผนและการตรวจสอบ โดยมีเกณฑ์พิจารณาหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงใน

การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ต้องสงสัย หรือผิดปกติ ดังนี้

- 1 การให้บริการ หรือการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เมื่อทำการวิเคราะห์ ตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุข พบข้อต้องสงสัย หรือความผิดปกติของรายการบริการที่มีการให้บริการ หรือการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจำนวนมาก เมื่อเทียบกับระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการคู่สัญญา (Contracting Provider Profile: CPP) หรือเกินจากค่าเฉลี่ย (Outlier) เมื่อเทียบกับหน่วยบริการระดับเดียวกันในพื้นที่ ตามประเด็นที่พบ ได้แก่
 - ก. หน่วยบริการที่ได้รับค่าใช้จ่ายจำนวนมาก (High Cost)
 - ข. หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการจำนวนมาก (High Volume)
 - ค. หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการรายเดียวกันที่มีความถี่สูง (High Frequency)
 - ง. หน่วยบริการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการรายเดียวกันซ้ำซ้อน (Data Duplication)
- 2 การเรียกเก็บรายการค่าใช้จ่ายซ้ำซ้อนระหว่างกองทุน โดยพบการนำข้อมูลรายการเดียวกันในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากสำนักงานมากกว่า 1 กองทุน
- 3 ข้อมูลบริการที่ได้รับการร้องเรียนจากผู้รับบริการ ประชาชน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้รับแจ้งมาจากช่องทางต่างๆ เช่น สายด่วน 1330 หนังสือร้องเรียนจากผู้รับบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 4 การลงพื้นที่ตรวจสอบ พบว่าหน่วยบริการอาจมีการให้บริการหรือเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ไม่ถูกต้องตามประกาศฯ หรือไม่ เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ
- 5 การรับมอบนโยบายจากผู้บริหารให้ดำเนินการตรวจสอบ
- 6 การทบทวนข้อมูลจากภาคีเครือข่าย กรณี สปสช. ได้รับข้อเสนอแนะหรือข้อสังเกตจากการทบทวนข้อมูลจากภาคีเครือข่าย สภาวิชาชีพ หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 7 การตรวจพบความผิดปกติของข้อมูลก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Pre-Audit) ซึ่งเข้าหลักเกณฑ์ เงื่อนไขการปฏิเสธการจ่าย

2.3.5.2 แนวทางการดำเนินการตรวจสอบ

สปสช. ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลและหรือเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เพื่อยืนยันความถูกต้องของการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข โดยดำเนินการตรวจสอบ ดังนี้

1

การตรวจสอบเอกสารหลักฐาน เวชระเบียน หรืออื่นๆ โดยการสุ่มตรวจสอบอย่างน้อย 5% ของข้อมูลที่มีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือข้อมูลต้องสงสัย หรือความผิดปกติตามช่วงเวลาที่ตรวจสอบ

2

การโทรศัพท์สอบถามผู้รับบริการหรือผู้เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบข้อมูลการเข้ารับบริการ

3

การลงตรวจหน่วยบริการ หรือสัมภาษณ์ผู้รับบริการ

2.3.5.3

การดำเนินการตามผลการตรวจสอบ

1

กรณีไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือผู้รับบริการยืนยันว่าไม่ได้รับบริการ

- ก. กรณีที่มีการขอเอกสารหลักฐาน เวชระเบียน แล้วไม่พบเอกสารหลักฐานเพื่อการตรวจสอบ หรือหน่วยบริการไม่ส่งเอกสารหลักฐาน เวชระเบียน ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการรักษาผู้รับบริการ สำหรับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในครั้งนั้น ให้ถือว่าหน่วยบริการไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่ามีการให้บริการผู้รับบริการตามที่มีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจาก สปสช.
- ข. กรณีการสอบถามผู้รับบริการแจ้งว่าไม่ได้เข้ารับบริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจาก สปสช.

2

กรณีผลการตรวจสอบพบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขคลาดเคลื่อน

กรณีผลการตรวจสอบพบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขคลาดเคลื่อนจากประกาศการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงาน ซึ่งจะพิจารณา ดังนี้

- ก. จำนวนและร้อยละของความคลาดเคลื่อน
 - ก.1 จำนวนครั้งที่ตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เปรียบเทียบจำนวนครั้งทั้งหมด ในการสุ่มตรวจครั้งนั้น พบผลการตรวจสอบมีความคลาดเคลื่อนเกิน 30% ของข้อมูลที่เรียกตรวจสอบ หรือ
 - ก.2 จำนวนเงินที่ตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เปรียบเทียบจำนวนเงินทั้งหมดในการสุ่มตรวจครั้งนั้น พบผลการตรวจสอบมีความคลาดเคลื่อนเกิน 30% ของข้อมูลที่เรียกตรวจสอบ
- ข. การกระทำการอื่นใดอันเป็นเหตุให้ สปสช. ต้องจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการมากเกินไปจนควรแก้ไข

3

กรณีพบความคลาดเคลื่อนในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุขที่ไม่พบประเด็นต้องสงสัย

กรณีที่ตรวจสอบพบว่าข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขคลาดเคลื่อนในบางประเด็น ซึ่งอาจเกิดจากการที่หน่วยบริการมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนไม่ตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด โดยผลการตรวจสอบพบความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 30% ของข้อมูล queเรียกตรวจสอบ (จำนวนครั้งหรือจำนวนเงิน) และไม่พบข้อเท็จจริงที่มีมูลอันเป็นเหตุให้เชื่อได้ว่ามีเจตนาที่จะเรียกเก็บค่าใช้จ่ายไม่ถูกต้อง หรือการกระทำอื่นใดอันเป็นเหตุให้ สปสข. ต้องจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการมากเกินไปเกินควรแก่กรณี หรือไม่พบการกระทำผิดตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขตามที่ สปสข. กำหนด ให้ สปสข. แจ้งผลการตรวจสอบแก่หน่วยบริการ พร้อมให้คำแนะนำแนวทางการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ถูกต้องแก่หน่วยบริการ (Guidance)

2.3.5.4 แนวทางการชะลอจ่ายและยกเลิกการชะลอจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข

1

สปสข.เขต แจ้งหน่วยบริการเพื่อรับทราบการชะลอจ่ายค่าใช้จ่าย และ/หรือระงับการให้บริการ

2

สปสข.เขต แจ้งสายงานบริหารกองทุนเพื่อดำเนินการชะลอการประมวลผล หรือชะลอการโอนเงินของหน่วยบริการ โดยระบุวันที่ หรือรอบ Statement ที่ให้เริ่มดำเนินการชะลอให้ชัดเจน

3

กรณีที่ สปสข.เขต เห็นควรให้ระงับการให้บริการของหน่วยบริการ ให้แจ้งสายงานบริหารกองทุนเพื่อพิจารณาอนุมัติการระงับการให้บริการของหน่วยบริการตามสัญญา

4

สปสข.เขต ดำเนินการขยายจำนวนการตรวจสอบ ตามประเด็นที่ต้องสงสัย ตามข้อมูลการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (ตามข้อ 2.3.2.7.5 แนวทางการดำเนินการขยายจำนวนการตรวจสอบ)

5

แจ้งผลแก่หน่วยบริการรับทราบพร้อมทั้งให้คำแนะนำแนวทางการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ถูกต้องแก่หน่วยบริการ (Guidance) หากหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบ ให้ สปสข.เขต แจ้งสายงานบริหารกองทุน ดังนี้

ก. ข้อมูลที่หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายแล้ว ให้ สปสข. ประมวลผลเรียกคืนตามผลการตรวจสอบ

ข. ข้อมูลที่หน่วยบริการยังไม่ได้รับค่าใช้จ่าย (อยู่ระหว่างการชะลอจ่าย) ให้ สปสข. ประมวลผลยกเลิกการจ่ายตามผลการตรวจสอบ ก่อนการจ่ายชดเชย

6

กรณีที่ สปสข.เขต เห็นควรยกเลิกการชะลอจ่ายและหรือยกเลิกการระงับการให้บริการของหน่วยบริการ ให้ดำเนินการแจ้งสายงานบริหารกองทุนพิจารณายกเลิกการชะลอจ่าย และหรือยกเลิกการระงับการให้บริการ พร้อมระบุเหตุผลผลการขอยกเลิกดังกล่าว

2.3.5.5

แนวทางการดำเนินการขยายจำนวนการตรวจสอบ

- 1 สปสช. แจ้งหน่วยบริการเพื่อให้ดำเนินการพิจารณาขอทบทวนข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ตลาดเคลื่อนแก่ สปสช. โดย สปสช. จะดำเนินการประมวลผลเรียกคืนค่าใช้จ่ายฯ ตามผลการทบทวนข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ ของหน่วยบริการ หากผลการขอทบทวนข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ ที่ตลาดเคลื่อนของหน่วยบริการไม่สอดคล้องกับผลการตรวจสอบจากการสุ่มตรวจของ สปสช. ให้พิจารณาตรวจสอบเอกสารหลักฐาน เวชระเบียนเพิ่มเติม
- 2 การตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์ กรณีตรวจสอบพบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตลาดเคลื่อนที่สามารถดำเนินการทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ ให้ สปสช.เขต ทำหนังสือแจ้งสายงานบริหารกองทุน เพื่อมอบฝ่ายที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการประมวลผลการเรียกคืนค่าใช้จ่ายตามที่ตรวจพบ
- 3 การตรวจสอบเอกสารหลักฐาน เวชระเบียน ให้ดำเนินการตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2567

2.3.5.6

แนวทางการดำเนินการเสนอคณะกรรมการดำเนินการกรณีตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1

สปสช.เขต ประสานฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ เพื่อบรรจุวาระนำเสนอคณะกรรมการดำเนินการกรณีตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

2

สปสช.เขต นำเสนอข้อเท็จจริงที่ตรวจพบต่อคณะกรรมการ

3

กรณีมติที่ประชุมเห็นชอบว่าหน่วยบริการมีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่อาจเข้าข่ายมีมูลเชื่อได้ว่าจะไม่ถูกต้อง จะได้มีมติให้ สปสช. พิจารณาดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2566 ดังต่อไปนี้

- ก. เรียกคืนค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการได้รับพร้อมดอกเบี้ย ในกรณีที่หน่วยบริการไม่ยอมคืนค่าใช้จ่ายพร้อมดอกเบี้ย ให้ สปสช. ดำเนินการฟ้องร้องทางแพ่งต่อไป
- ข. ระงับหรือชะลอการจ่ายค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับ
- ค. ร้องทุกข์ กล่าวโทษให้ดำเนินคดีทางอาญากับบุคคลผู้กระทำความผิด
- ง. แจ้งสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการต่อผู้ประกอบการวิชาชีพ
- จ. พิจารณาวินิจฉัยว่าหน่วยบริการนั้นกระทำความผิดสัญญาให้บริการสาธารณสุขหรือไม่

2.3.5.7

แนวทางการดำเนินการเสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

1

สปสช.เขต จัดทำข้อเท็จจริงที่ตรวจพบและทำหนังสือแจ้งประธานคณะกรรมการควบคุมฯ โดยส่งให้แก่ฝ่ายกฎหมายพิทักษ์สิทธิ

2

ทีมเลขานุการของคณะกรรมการควบคุมฯ บรรจุวาระ เพื่อมอบแก่คณะกรรมการสอบสวน คณะที่ 4

3

ทีมเลขานุการคณะกรรมการสอบสวน คณะที่ 4 ประสานงานกับ สปสช.เขต เพื่อเตรียมการนำเสนอข้อเท็จจริงที่ตรวจพบที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดต่อที่ประชุม

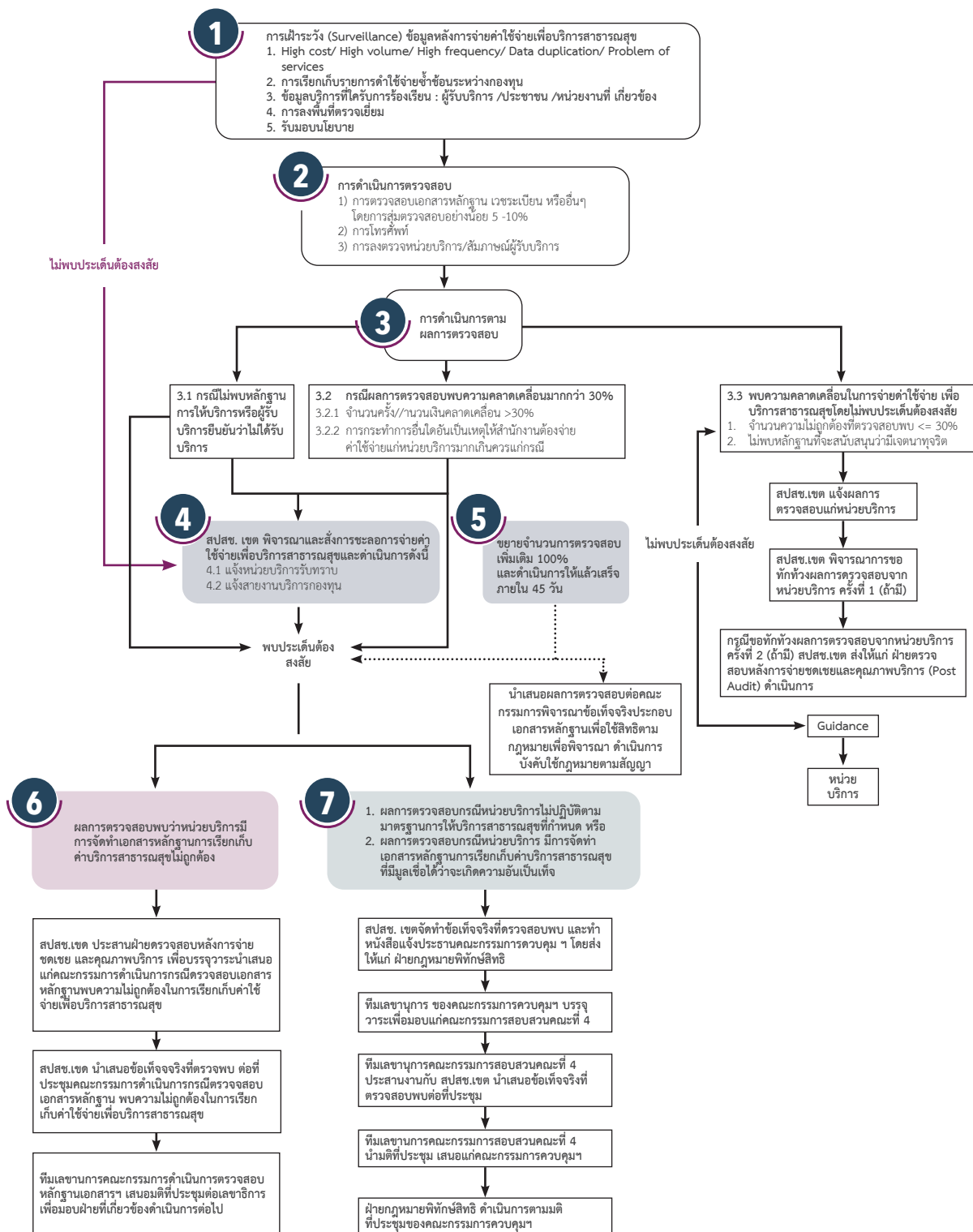
4

ทีมเลขานุการคณะกรรมการสอบสวน คณะที่ 4 นำมติที่ประชุมเสนอแก่คณะกรรมการควบคุมฯ

5

ฝ่ายกฎหมายพิทักษ์สิทธิ ดำเนินการตามมติที่ประชุมของคณะกรรมการควบคุมฯ

รูป 5: แนวทางการตรวจสอบหลังการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข



2.3.6 การกำกับติดตามหน่วยบริการนวัตกรรมในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: แนวทางการดำเนินงานและการควบคุมคุณภาพ

ในช่วงปีงบประมาณ 2567-2568 ประเทศไทยได้ขับเคลื่อนนโยบายสำคัญของรัฐบาลในการยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้แนวคิด “บัตรประชาชนใบเดียว รักษาได้ทุกที่” เพื่อขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพและลดความแออัดในหน่วยบริการปฐมภูมิ สปสช. ในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการระบบ ได้กำหนดให้มีการพัฒนารูปแบบ “หน่วยบริการนวัตกรรม” ขึ้น เพื่อให้บริการสุขภาพที่หลากหลายและสะดวกสบายแก่ประชาชน ประกอบด้วย 7 ประเภทบริการ ได้แก่ ร้านยาชุมชนอบอุ่น คลินิกพยาบาล คลินิกเทคนิคการแพทย์ คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกทันตกรรม คลินิกเวชกรรม และคลินิกแพทย์แผนไทย (รูป 2) ปัจจุบัน สปสช. ได้เพิ่มบริการแพทย์ทางไกล เช่น การเจาะเลือดที่บ้าน รถรับส่งผู้ป่วย และรถทันตกรรมเคลื่อนที่ แม้แนวคิดการจัดตั้งหน่วยบริการนวัตกรรมจะตอบสนองต่อเป้าหมายของนโยบายภาครัฐ แต่จากการติดตามสถานการณ์ในปีงบประมาณ 2567 พบว่า มีหน่วยบริการจำนวนมากที่ยื่นขอขึ้นทะเบียน (12,981 แห่ง) และผ่านการอนุมัติให้ให้บริการแล้ว 7,815 แห่ง ซึ่งส่งผลให้มีการเบิกจ่ายค่าชดเชยจากกองทุนฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม สปสช. เขตและส่วนกลางได้ตรวจพบพฤติกรรมเบิกจ่ายที่มีความเสี่ยงหรือผิดปกติของหน่วยบริการนวัตกรรมจำนวนมาก โดย เมื่อเดือนธันวาคม 2567 สปสช. เขตตรวจพบการเบิกจ่ายที่มีความผิดปกติจำนวน 362 แห่ง และส่วนกลางตรวจพบ 147 แห่ง (บางแห่งอาจซ้ำซ้อนกัน) และมีการดำเนินการชะลอการจ่ายเงินเพื่อตรวจสอบในปีงบประมาณ 2568 แล้วจำนวน 121 แห่ง

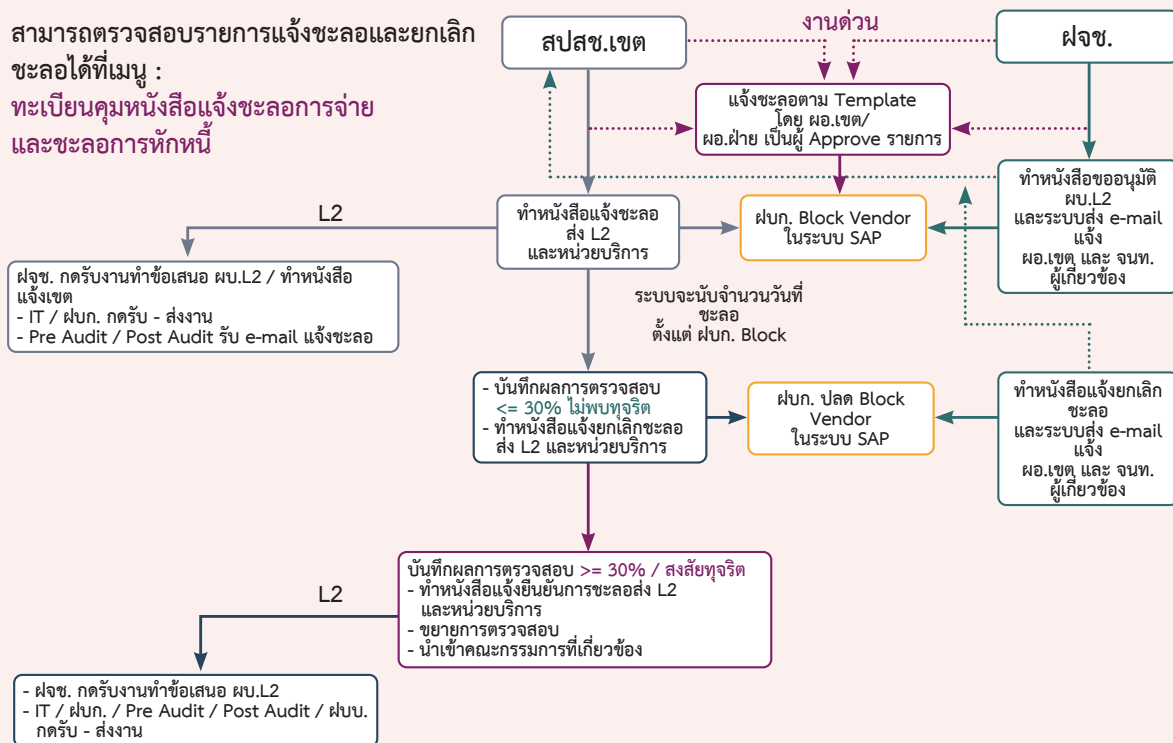
2.3.6.1 แนวทางการควบคุมกำกับคุณภาพและการดำเนินงานของหน่วยบริการนวัตกรรม

การควบคุมกำกับคุณภาพของหน่วยบริการนวัตกรรมมีการดำเนินการเป็นระบบและมีขั้นตอนชัดเจน ได้แก่

- 1** **ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการนวัตกรรม**
 - ก. การกำกับจากการขึ้นทะเบียนกับ สปสช. โดยต้องแสดงความพร้อมด้านคุณภาพและการให้บริการ
 - ข. ได้รับอนุญาตจากหน่วยงานกำกับดูแล เช่น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) หรือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)
 - ค. ผ่านการรับรองจากสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พร้อมแนบรายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพประกอบการขึ้นทะเบียน
 - ง. มีจำนวนและคุณสมบัติของผู้ให้บริการตามเกณฑ์ที่กำหนด
 - จ. ระบุวัน เวลา และรูปแบบการให้บริการอย่างชัดเจนในระบบทะเบียนกลางของ สปสช. (สปพ.7/CPP)
- 2** **ขั้นตอนการดำเนินงานและการกำกับติดตาม**
 - ก. สปสช. สนับสนุนการชี้แจงหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และจัดให้มีรอบการขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน
 - ข. ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาและสนับสนุนหน่วยบริการในการดำเนินงานตามหลักเกณฑ์
 - ค. กำกับการบันทึกข้อมูลบริการในระบบสารสนเทศ เพื่อใช้ในการเบิกจ่ายค่าชดเชยที่ถูกต้อง
 - ง. ตรวจสอบการให้บริการตามขอบเขตวิชาชีพและข้อกำหนดของแต่ละสภาวิชาชีพ
 - จ. เฝ้าระวังคุณภาพบริการผ่านการประเมินผลและติดตามอย่างต่อเนื่อง
- 3** **ผลลัพธ์ที่คาดหวัง**
 - ก. ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ Underserved
 - ข. คุณภาพการให้บริการได้รับการควบคุมและตรวจสอบอย่างรัดกุม
 - ค. ลดจำนวนข้อร้องเรียนที่เกี่ยวกับคุณภาพหรือความไม่เป็นธรรมในการให้บริการ

รูป 6: แนวทางการดำเนินงานทางการเงิน
เมื่อพบหน่วยนวัตกรรมที่สงสัยเบิกชดเชย
ไม่ถูกต้อง

สามารถตรวจสอบรายการแจ้งชะลอและยกเลิก
ชะลอได้ที่เมนู :
ทะเบียนคุมหนังสือแจ้งชะลอการจ่าย
และชะลอการหักหนี้



2.3.6.2 การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ในการกำกับติดตามหน่วยบริการ

เพื่อให้การกำกับติดตามมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สปสช. ได้ประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในกระบวนการตรวจสอบภายหลังการจ่ายชดเชย (Post-Payment Audit) ดังนี้

1. การใช้ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และข้อมูลสุขภาพ เพื่อเพิ่มความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบย้อนกลับได้
2. ระบบ AI สำหรับการประเมินความเสี่ยงของข้อมูล โดยตรวจจับความผิดปกติของข้อมูลในระดับหน่วยบริการและระดับรายการ (Transaction Level)
 - ก. จำแนกระดับความรุนแรง พร้อมระบุสถานะและเหตุผลของความผิดปกติ
 - ข. ตรวจสอบข้อมูลด้วยระบบ Scoring และสถานะที่สามารถพบทวนผลการตรวจสอบได้
 - ค. สร้าง Dashboard สำหรับการเฝ้าระวังข้อมูลแบบ Near Real-Time เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย

2.3.6.3 ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ควรมีการพัฒนากระบวนการกลั่นกรองหน่วยบริการนวัตกรรมตั้งแต่ต้นทาง เพื่อป้องกันการเข้าสู่ระบบที่อาจสร้างภาระด้านงบประมาณโดยไม่เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ
2. ส่งเสริมความร่วมมือกับสภาวิชาชีพ หน่วยงานกำกับ และองค์กรท้องถิ่น ในการตรวจสอบคุณภาพบริการอย่างรอบด้าน
3. ขยายระบบการประเมินผลและ Feedback เพื่อให้หน่วยบริการมีส่วนร่วมในการประเมินตนเอง และยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
4. พัฒนาและบังคับใช้แนวทาง (Standard Operating Procedure: SOP) สำหรับการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนวัตกรรมที่สะท้อนแนวทางการให้บริการตามวิชาชีพอย่างแท้จริง

2.3.7 การบูรณาการตรวจสอบร่วม 3 กองทุน

กองทุนสุขภาพหลักของประเทศไทย ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (บก.) กองทุนประกันสังคม (สปส.) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ต่างมุ่งเน้น ให้การดูแลผู้มีสิทธิให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและได้รับบริการที่มีคุณภาพ ในขณะเดียวกันก็จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ มีการจัดสรรค่าชดเชยบริการแก่หน่วยบริการให้ได้รับการชดเชยค่าบริการสาธารณสุขที่ถูก ต้อง รวดเร็ว และเป็นธรรม ดังนั้น เพื่อให้การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เป็นไปด้วยความเป็นธรรม โปร่งใส ตรวจสอบได้ เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง และ ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน คณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบร่วมของทั้งสามกองทุน สุขภาพ จึงได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุข เพื่อให้หน่วยบริการได้รับการตรวจสอบตามมาตรฐานและทิศทางเดียวกัน⁵

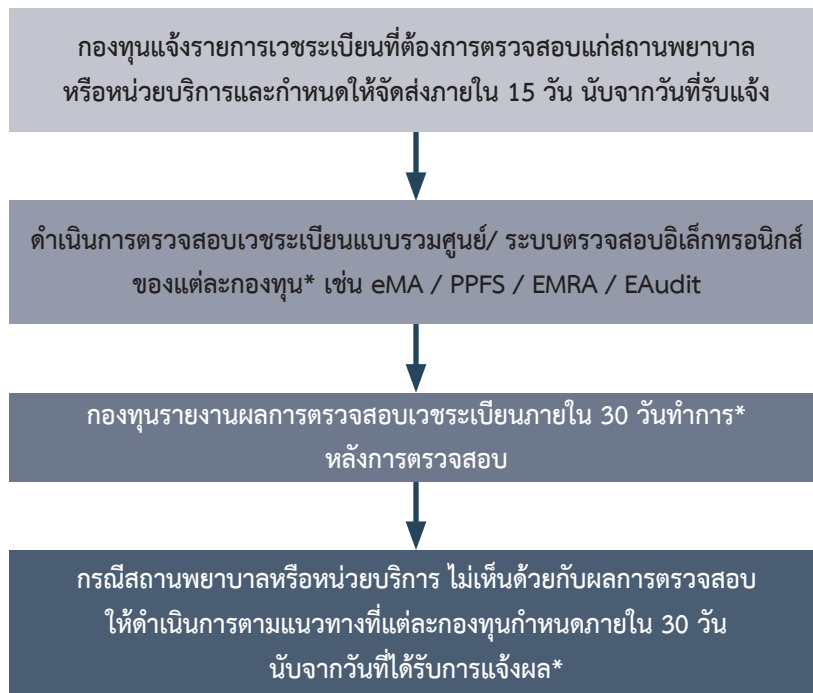
ภายหลังที่กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และ สปสช. ได้จ่ายเงินค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ให้แก่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลตามเงื่อนไขการจ่ายชด เชยหรือหลักเกณฑ์ตามประกาศของแต่ละกองทุนแล้ว หน่วยงานที่รับผิดชอบงานการ ตรวจสอบของทั้ง 3 กองทุน จะดำเนินการสุ่มเลือกข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนด เพื่อนำ มาตรวจสอบประสิทธิภาพการเบิกจ่ายค่าบริการ รวมถึงคุณภาพบริการของหน่วย บริการ ว่าตรงตามเงื่อนไขหรือหลักเกณฑ์ของประกาศหรือไม่ ทั้งนี้ ภายหลังการตรวจ สอบหน่วยงานที่รับผิดชอบงานการตรวจสอบของทั้ง 3 กองทุน จะรายงานผลการตรวจ สอบให้กับหน่วยบริการทราบถึงผลการตรวจสอบดังกล่าว เมื่อหน่วยบริการรับทราบ และยอมรับผลการตรวจสอบ หรือกรณีหน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบ สามารถดำเนินการขอทบทวนผลการตรวจสอบ ทั้งนี้ กระบวนการและขั้นตอนการ ดำเนินงานให้เป็นไปตามแนวทางที่แต่ละกองทุนกำหนด โดยขั้นตอนการดำเนินงาน สำหรับการตรวจสอบเฉพาะเป็น มีดังนี้

รูป 7: ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน
ภายหลังการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขที่
หน่วยบริการ



หมายเหตุ *ระยะเวลาอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุน
ที่มา: แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม 3 กองทุน ปี 2566 (2567)

รูป 8: ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน
ภายหลังการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขที่
ส่วนกลาง



หมายเหตุ *ระยะเวลาอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุน

ที่มา: แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม 3 กองทุน ปี 2566 (2567)

3

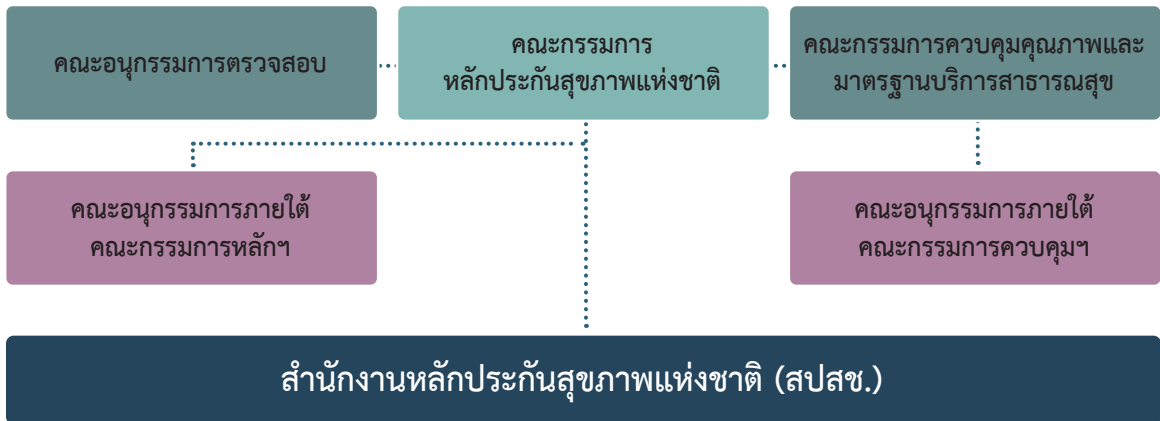
การอภิบาล (Governance)

3.1

กลไกสำคัญในการกำกับติดตาม
มาตรฐานบริการสาธารณสุขใน
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สปสช. ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมฯ โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ (มาตรา 18) ขณะที่คณะกรรมการควบคุมฯ มีอำนาจหน้าที่ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ (มาตรา 45) และกำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ (มาตรา 50)

**รูป 9: โครงสร้างการกำกับติดตามมาตรฐานบริการ
สาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**
ที่มา: ปรับปรุงจากโครงสร้างองค์กรของสำนักงานหลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ



การกำกับติดตามการเบิกจ่ายชดเชยและการตรวจสอบค่าบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการภายใต้กรอบอำนาจตามกฎหมาย โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจตามมาตรา 18(4) ในการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขณะที่ สปสช. มีอำนาจตามมาตรา 26(6) ในการตรวจสอบเอกสารและหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อการบริหารสาธารณสุข ส่วนหน่วยบริการตามมาตรา 45(5) มีหน้าที่จัดทำระบบการให้บริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อการตรวจสอบคุณภาพบริการและการขอรับค่าใช้จ่ายอย่างเป็นระบบ และมาตรา 54 ให้อำนาจเจ้าหน้าที่ของ สปสช. ในการเข้าสถานที่ ตรวจสอบ บันทึกภาพ ถ่ายสำเนาเอกสาร และยึดหลักฐานในกรณีพบพฤติกรรมที่อาจเข้าข่ายการกระทำผิด เพื่อให้กระบวนการตรวจสอบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส และสามารถติดตามความถูกต้องของการเบิกจ่ายค่าบริการได้อย่างรัดกุม

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังทำหน้าที่วางนโยบายและกำกับการใช้จ่ายงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อกำกับดูแลระบบการจ่ายชดเชย รวมถึงจัดตั้งคณะกรรมการตรวจสอบและคณะทำงานเพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบการเบิกจ่ายค่าชดเชยตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ขณะเดียวกัน คณะกรรมการควบคุมฯ มีบทบาทหลักในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด รวม

ถึงกำกับติดตามกรณีที่ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสิทธิที่จะได้รับ หรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการไม่ถูกต้อง ในกรณีที่ สปสช. ตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมฯ เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณา โดยจะประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานของรัฐที่ปฏิบัติงานในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และกฎหมาย ผู้แทนองค์กรเอกชนหรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่น ซึ่งไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในเรื่องที่จะพิจารณา จะทำหน้าที่สอบสวนและเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมฯ

คณะกรรมการควบคุมฯ ยังสนับสนุนกลไกการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่ โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) ตั้งแต่เขต 1-13 ซึ่งจะเชื่อมโยงประสานการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสช.) คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ตามมาตรา 50(5) ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ และหน่วยบริการในพื้นที่

นอกจากนี้ คณะกรรมการควบคุมฯ ส่งเสริมและกำกับคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข โดยใช้กลไกระบบข้อมูลและตัวชี้วัดคุณภาพบริการ (Quality Indicator) โดยให้ อคม. กำกับติดตามคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่ การบูรณาการการกำกับคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ร่วมกับองค์กร/หน่วยงาน/ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนกลางและระดับเขตพื้นที่ และการกำกับติดตามผลการดำเนินงานของกลไกการควบคุมกำกับคุณภาพระดับเขตพื้นที่โดย อคม.

คณะกรรมการควบคุมฯ ประกอบด้วย ผู้แทนจากภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม สภานายความ โรงพยาบาลเอกชน เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น (พหยา) ผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาล วิชาชีพทันตกรรม วิชาชีพเภสัชกรรม ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์สาขาต่างๆ ผู้แทนองค์กรเอกชนด้านต่างๆ (ได้แก่ สตรี ผู้สูงอายุ แรงงาน เกษตรกร และชนกลุ่มน้อย) และผู้ทรงคุณวุฒิ

3.2

ข้อกำหนด และกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

1

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2565

“มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข”

หมายความว่า มาตรฐานเกี่ยวกับการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคล เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

ทั้งนี้ มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ให้ถือปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือกฎหมายอื่นที่มีลักษณะอย่างเดียวกันที่มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขแล้วแต่กรณี เท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมฯ เรื่อง หลักเกณฑ์การให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. 2565

หน่วยบริการต้องจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขให้มีความถูกต้องครบถ้วน เป็นปัจจุบัน ไม่สูญหาย ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล กฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข กฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ กฎหมายอื่นที่มีลักษณะอย่างเดียวกันหรือตามที่ สปสช. กำหนด

การจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขเพื่อการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. กำหนด

การจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขเพื่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการให้หน่วยบริการถือปฏิบัติตามประกาศ คู่มือ แนวทาง และวิธีปฏิบัติอื่นที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบคุณภาพและบริการที่ สปสช. กำหนด

3

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการลงโทษปรับ ทางปกครองและการเพิกถอนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ พ.ศ. 2565

4

ระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2566

นอกจากนี้ สปสช. ได้กำหนดระเบียบและประกาศเกี่ยวกับการจ่ายชดเชยเพื่อการให้บริการสาธารณสุขแก่หน่วยบริการ เพื่อให้การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีหลักเกณฑ์สำคัญ ได้แก่

- 1 ประเภทของค่าใช้จ่ายที่สามารถขอเบิกชดเชยได้** ประกอบด้วย
 - ก. ค่าบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งรวมถึงค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยและรักษาโรค
 - ข. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน การตรวจสุขภาพประจำปี
 - ค. ค่าบริการเฉพาะทาง เช่น การฟอกไต การปลูกถ่ายอวัยวะ
 - ง. ค่าบริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม กรณีการให้บริการเพื่อการบำบัดรักษาโรค
- 2 หลักเกณฑ์และวิธีการขอรับค่าใช้จ่าย** ประกอบด้วย
 - ก. การยื่นคำขอ โดยหน่วยบริการต้องยื่นคำขอรับค่าใช้จ่ายผ่านระบบที่ สปสช. กำหนด พร้อมแนบเอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
 - ข. การตรวจสอบและอนุมัติ โดย สปสช. จะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและพิจารณาอนุมัติการจ่ายค่าใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
 - ค. การเบิกจ่าย หลังจากการอนุมัติ สปสช. จะดำเนินการโอนเงินค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการตามรอบระยะเวลาที่กำหนด
- 3 ระบบการตรวจสอบและประเมินผล** เพื่อให้การเบิกจ่ายค่าชดเชยเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด และเกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ สปสช. ได้จัดให้มีระบบการตรวจสอบและติดตามผลในหลายระดับ ได้แก่
 - ก. การตรวจสอบภายใน โดยกลุ่มงานตรวจสอบภายในของ สปสช. ซึ่งมีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของกระบวนการเบิกจ่าย และการดำเนินงานของหน่วยบริการให้เป็นไปตามระเบียบ
 - ข. การตรวจสอบเชิงพื้นที่ ดำเนินการโดยทีมตรวจสอบของ สปสช. เขตหรือทีมเฉพาะกิจ เพื่อสุ่มตรวจหรือสอบทานกรณีที่มีความเสี่ยง
 - ค. การประเมินผลเชิงระบบ ผ่านรายงานการดำเนินงานประจำปี การตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอก และการรายงานต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - ง. กลไกการอุทธรณ์และรับฟังความคิดเห็น โดยเปิดโอกาสให้หน่วยบริการสามารถยื่นอุทธรณ์กรณีไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบ พร้อมจัดให้มีเวทีรับฟังข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบให้มีความเป็นธรรม โปร่งใส และตอบสนองต่อบริบทของพื้นที่

3.3

การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบตรวจสอบ (Post-Audit Governance)

เพื่อให้ระบบตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยมีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับจากทุกภาคส่วน สปสช. ได้ดำเนินมาตรการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ดังนี้

- 1 จัดทำคู่มือวิธีปฏิบัติงานมาตรฐาน (SOP) และปรับปรุงกฎระเบียบให้ทันสมัย สอดคล้องกับการกิจตรวจสอบ เอกสารหลักฐานอย่างชัดเจน
- 2 เสริมสร้างบทบาทของ สปสช.เขต ในฐานะหน่วยปฏิบัติหลัก ให้มีทักษะการวิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบเชิงลึกอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3 พัฒนากลไกความร่วมมือในระดับพื้นที่ ผ่านการทำงานร่วมกับคณะกรรมการควบคุมคุณภาพระดับเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ รวมถึงส่งเสริมการตรวจสอบกันเองระหว่างหน่วยบริการ
- 4 พัฒนาระบบ Clinical Audit โดยเฉพาะสำหรับโรคสำคัญตามนโยบาย 3C ได้แก่ มะเร็ง (Cancer) โรคไต (CKD) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardio) โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานวิชาชีพ และรายงานผลให้หน่วยบริการทราบเพื่อนำไปปรับปรุงคุณภาพ
- 5 นำเทคโนโลยีสารสนเทศสมัยใหม่ เช่น AI-Audit และ Smart Dashboard มาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการวิเคราะห์ ลดภาระเจ้าหน้าที่ และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า
- 6 พัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสอบ (Auditor) ทั้งแบบประจำ (Full-Time) และชั่วคราว (Part-Time) ร่วมกับสถาบันการศึกษา และจัดตั้งสถาบันการตรวจสอบทางคลินิกและเอกสาร (Medical Audit Institute)

4

ประเด็นท้าทาย: บทเรียนจาก Pain Points สู่อุปสรรคเชิงระบบ

การเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่ง สปสช. มีบทบาทเป็นผู้จ่าย (Purchaser) ที่ต้องสร้างความสมดุลระหว่างการเข้าถึงบริการ การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และการกำกับดูแลการใช้งบประมาณให้มีความโปร่งใส สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและตรวจสอบได้ อย่างไรก็ตาม ในช่วงที่ผ่านมา พบว่าระบบการตรวจสอบการเบิกจ่ายยังเผชิญกับอุปสรรคหลากหลายมิติ ทั้งด้านโครงสร้างบุคลากร กระบวนการ และความร่วมมือกับภาคที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไข อาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของประชาชนและหน่วยบริการ รวมถึงคุณภาพของระบบสุขภาพโดยรวม ทั้งนี้ ปัญหาหลัก หรือ Pain Points ในระบบตรวจสอบ ได้แก่

4.1

ระบบ: ความซ้ำซ้อนและความไม่ชัดเจน ระหว่าง Claim Review และ Audit

ปัญหาหลัก: การดำเนินการตรวจสอบในสองระดับซ้อนกันโดยไม่มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนระหว่าง “Claim Review” กับ “Audit” ส่งผลให้เกิดความล่าช้าและการใช้ทรัพยากรซ้ำซ้อน

ผลกระทบ:

- การพิจารณาเบิกจ่ายใช้เวลานานกว่าที่จำเป็น
- หน่วยบริการต้องเผชิญกับกระบวนการตรวจสอบหลายชั้น
- การใช้ทรัพยากรบุคลากรไม่มีประสิทธิภาพ

แนวทางแก้ไข:

จัดทำรอบแนวทาง (Standard Operating Procedure) ที่แบ่งขอบเขตหน้าที่ของ Claim Review และ Audit อย่างชัดเจน พร้อมพัฒนาระบบกลั่นกรองอัตโนมัติ (AI Risk Scoring) เพื่อคัดกรองรายการเบิกจ่ายที่มีความเสี่ยงสูงเข้าสู่กระบวนการ Audit เท่านั้น

4.2

บริการ: การตรวจสอบไม่ครอบคลุม และ ปริมาณงานที่เกินขีดจำกัด

ปัญหาหลัก: เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากร หน่วยบริการบางแห่งจึงไม่ถูกรวมในการสุ่มตรวจ ทำให้มีช่องโหว่ของระบบการควบคุมคุณภาพ

ผลกระทบ:

- การครอบคลุมการตรวจสอบไม่ทั่วถึง
- อาจเกิดการเบิกจ่ายที่ไม่เหมาะสมในหน่วยบริการที่ไม่ได้รับการตรวจสอบ
- ความไม่เป็นธรรมในการปฏิบัติต่อหน่วยบริการ

แนวทางแก้ไข:

ขยายขอบเขตการตรวจสอบผ่านระบบ Electronic Audit และ AI Post-Audit เพื่อให้สามารถเฝ้าระวัง (Surveillance) ข้อมูลได้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการในรูปแบบ Post-Payment Audit Surveillance

4.3

โครงสร้าง: การแยกงาน Audit จาก สายงานบริหารกองทุน

ปัญหาหลัก: ในปัจจุบัน หน่วยงานตรวจสอบ (Audit) ยังคงอยู่ภายใต้โครงสร้างของสายงานบริหารกองทุน (L2) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเป็นอิสระในการตรวจสอบอย่างแท้จริง

ผลกระทบ:

- อาจเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์
- การจัดลำดับความสำคัญของงานตรวจสอบอาจได้รับอิทธิพลจากเป้าหมายทางการเงิน
- ความน่าเชื่อถือของผลการตรวจสอบอาจลดลง

แนวทางแก้ไข:

ปรับโครงสร้างให้หน่วยงาน Audit เป็นหน่วยงานอิสระภายใน สปสช. โดยเชื่อมโยงการทำงานกับระบบข้อมูลกลางผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล (Digital Platform) โดยมีการรายงานผลโดยตรงต่อคณะกรรมการ และจัดให้มีระบบรับฟังความคิดเห็นและการอุทธรณ์ที่เป็นธรรม

4.4

บุคลากร: ขาด Auditor แบบ Full-Time และการพัฒนาบุคลากรเชิงระบบ

ปัญหาหลัก: พื้นที่ส่วนใหญ่ยังคงพึ่งพาการจ้างบุคลากร Audit แบบชั่วคราว (Part-Time) หรือ Outsource ซึ่งส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องและคุณภาพของงานตรวจสอบ

ผลกระทบ:

- ขาดความต่อเนื่องในการทำงาน
- ไม่มีการสั่งสมความรู้และประสบการณ์
- คุณภาพการตรวจสอบไม่สม่ำเสมอ

แนวทางแก้ไข:

- เพิ่มอัตรากำลัง Auditor แบบประจำ (Full-Time) โดยเฉพาะในระดับเขต
- พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม Auditor ร่วมกับสถาบันการศึกษา
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น Data Scientist และ Legal Advisor

4.5

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย: ขาดการมีส่วนร่วม และการยอมรับผลตรวจสอบ

ปัญหาหลัก: หน่วยบริการและสาขาวิชาชีพบางแห่งขาดความเข้าใจหรือการยอมรับ ผลการตรวจสอบ อันเนื่องมาจากการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนและการขาด Feedback ที่เป็นระบบ

ผลกระทบ:

- เกิดความขัดแย้งและไม่ไว้วางใจระหว่างหน่วยบริการกับ สปสช.
- การดำเนินงานตามข้อเสนอแนะจากการตรวจสอบไม่มีประสิทธิภาพ
- การพัฒนาคุณภาพบริการไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

แนวทางแก้ไข:

ส่งเสริมกลไกการสื่อสารแบบสองทาง จัดประชุมชี้แจงผลตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ และพัฒนา Compliance Dashboard ที่ให้หน่วยบริการติดตามสถานะของตนเอง ได้อย่างโปร่งใส

4.6

แนวทางปฏิบัติด้านกฎหมาย: ไม่มีระดับความรุนแรงของบทลงโทษที่ชัดเจน

ปัญหาหลัก: หน่วยบริการที่กระทำความผิดในการเบิกจ่ายมักได้รับบทลงโทษในลักษณะเดียวกัน แม้ความรุนแรงของปัญหาจะแตกต่างกัน เนื่องจากขาดเกณฑ์การลงโทษที่ชัดเจนตามระดับความรุนแรง

ผลกระทบ:

- ความไม่เป็นธรรมในการลงโทษ
- ขาดแรงจูงใจในการปรับปรุงพฤติกรรม
- ความไม่แน่นอนสำหรับหน่วยบริการในการวางแผนการดำเนินงาน

แนวทางแก้ไข:

จัดทำแนวทางการลงโทษตามระดับความรุนแรง (Guideline for Progressive Discipline) โดยแบ่งเป็นระดับต่างๆ ตั้งแต่การให้ความรู้ การติดตาม การเตือน การคืนเงิน จนถึงการเพิกถอนสิทธิการขึ้นทะเบียน

5

ทิศทางการพัฒนา

และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.1

การสร้างระบบตรวจสอบอิเล็กทรอนิกส์ แบบครบวงจร (Fully Electronic Audit System)

การใช้เทคโนโลยี AI และ Machine Learning ในการตรวจสอบข้อมูลแบบ Real-time และลดการพึ่งพาการตรวจสอบด้วยคนเป็นหลัก

- 1 พัฒนาระบบ Electronic Audit และ Single Audit ด้วยการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology: IT) ที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพมาใช้ พร้อมใช้ AI สำหรับตรวจสอบเวชระเบียนและแนวโน้มการเบิกจ่ายแบบ Real-Time เพื่อลดภาระเจ้าหน้าที่ และประหยัดงบประมาณ
- 2 เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลของหน่วยบริการ (เวลาทำการ ศักยภาพ) เพื่อพิจารณาความสมเหตุสมผลของการเบิก
- 3 ใช้ Smart Dashboard ในการเฝ้าระวังรายเดือน เพื่อตรวจจับความผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง:

- ลดเวลาการตรวจสอบจาก 30-45 วัน เป็น 7-14 วัน
- เพิ่มอัตราการครอบคลุมการตรวจสอบเป็น 100%
- ลดต้นทุนการดำเนินงานลง 30-40%

5.2

การเสริมสร้างกลไกเฝ้าระวังและควบคุมคุณภาพในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

- 1 สปสข. เขต พัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุก โดยจัดกลุ่มหน่วยบริการตามระดับความเสี่ยง
- 2 ส่งเสริมกลไกตรวจสอบภายในเขตผ่านอนุกรรมการควบคุม และกลไกตรวจสอบกันเอง
- 3 เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ในเขต พร้อมจัดระบบ One-Stop Service โดยมี Focal Point ที่ดูแลครอบคลุมทุกโปรแกรมและสามารถช่วยเหลือหน่วยบริการได้แบบเบ็ดเสร็จ ลดภาระในการประสานงานหลายฝ่าย

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง:

- ระบบเฝ้าระวังที่ตอบสนองได้รวดเร็วขึ้น
- หน่วยบริการได้รับการสนับสนุนและพัฒนาอย่างใกล้ชิด
- ลดปัญหาการเบี่ยงเบนที่ไม่เหมาะสมในระดับพื้นที่

5.3

การวางรากฐานธรรมาภิบาลและแนวทางมาตรฐานในการตรวจสอบ เพื่อความโปร่งใสและเป็นธรรม

- 1 ทบทวนข้อกำหนดและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบเวชระเบียน
- 2 จัดทำคู่มือและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนระดับชาติ พร้อมจัดอบรมร่วมกับฝ่ายกฎหมาย
- 3 เพิ่มศักยภาพคณะกรรมการตรวจสอบทั้งภายในและภายนอกให้เข้าใจบทบาทและมาตรฐานร่วมกัน

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง:

- มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ
- ความเชื่อมั่นของหน่วยบริการและประชาชนเพิ่มขึ้น
- การตรวจสอบมีความโปร่งใสและตรวจสอบได้

5.4

การสร้างความร่วมมือกับภาคี และสนับสนุน
การพัฒนาหน่วยบริการ เพื่อยกระดับคุณภาพ
ระบบสุขภาพโดยรวม

- 1 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ สภาวิชาชีพ
- 2 ให้คำแนะนำและสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจง่ายตั้งแต่การขึ้นทะเบียน
- 3 ส่งเสริมให้หน่วยบริการใช้ผลการตรวจสอบเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง:

- ความร่วมมือและความเข้าใจที่ดีขึ้นระหว่าง สปสช. กับภาคีเครือข่าย
- หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- ระบบสุขภาพโดยรวมมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

5.5

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรตรวจสอบแบบยั่งยืน

- 1 จัดตั้งหลักสูตรระยะยาวสำหรับ Full-Time Auditor โดยร่วมมือกับสถาบันการศึกษา
- 2 พัฒนา Career Path ที่ชัดเจนสำหรับบุคลากรด้านการตรวจสอบ
- 3 ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างหน่วยงานภายในและต่างประเทศ

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง:

- มีบุคลากรด้านการตรวจสอบที่มีคุณภาพเพียงพอ
- ความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น
- การสั่งสมองค์ความรู้และประสบการณ์ในระยะยาว

5.6

การปรับระบบตรวจสอบให้เหมาะสมกับ การเบิกจ่ายและลดความล่าช้า

- 1 เร่งแก้ปัญหการเบิกค่าชดเชยที่ล่าช้า โดยเฉพาะการปลดล็อกสถานะ C, I, D ด้วยมาตรการเฉพาะ
- 2 พัฒนาระบบ Fast Track สำหรับรายการเบิกจ่ายที่มีความเสี่ยงต่ำ
- 3 ปรับปรุงกระบวนการอุทธรณ์ ให้มีความรวดเร็วและเป็นธรรมมากขึ้น

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง:

- เวลาการเบิกจ่ายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ
- ความพึงพอใจของหน่วยบริการเพิ่มขึ้น
- กระแสเงินสดของหน่วยบริการดีขึ้น

6

สรุป

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้นเพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย สปสช. เป็นหน่วยงานหลักในการจัดสรรงบประมาณผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่หน่วยบริการ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกัน หน่วยบริการก็ต้องได้รับงบประมาณที่เพียงพอและเป็นธรรม ในช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อใช้ในการจัดบริการที่จำเป็นและมีคุณภาพแก่ผู้มีสิทธิ

กระบวนการเบิกจ่ายค่าชดเชยหลังการให้บริการสาธารณสุขประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การส่งข้อมูลหลักฐานการให้บริการ (2) ระบบการเบิกจ่ายค่าชดเชยเพื่อบริการสาธารณสุข และ (3) การตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ

เพื่อรองรับกระบวนการดังกล่าว สปสช. พัฒนาระบบ e-Claim สำหรับการส่งข้อมูลการให้บริการเพื่อขอรับการเบิกจ่ายค่าชดเชย โดยได้ยกระดับระบบ e-Claim ให้เป็นแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ที่สามารถดำเนินการได้ตั้งแต่การพิสูจน์ตัวตน การตรวจสอบสิทธิ การอัปเดตข้อมูล ไปจนถึงการเบิกจ่ายค่าชดเชย ทั้งนี้ เพื่อลดความซ้ำซ้อนของกระบวนการทำงาน และเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการข้อมูล โดยมีเป้าหมายพัฒนาระบบ Single Claim System ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มเบิกจ่ายค่าชดเชยแบบครบวงจรที่ลดภาระของหน่วยบริการ และสนับสนุนนโยบาย “บัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่” ซึ่งหน่วยบริการมีบทบาทสำคัญในการให้บริการ บันทึกข้อมูล และส่งข้อมูลเพื่อการเบิกจ่าย โดยมี “หน่วยนวัตกรรม” คอยเสริมการเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานของประชาชน

ในด้านการกำกับคุณภาพและความถูกต้องของการจ่ายชดเชย สปสช. ได้พัฒนากลไกการตรวจสอบ (Audit) โดยนำเทคโนโลยี AI มาใช้ในระบบ Pre-Audit เพื่อให้ระบบมีความโปร่งใส รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งเน้นการทำงานร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานทุกระดับ ส่วนระบบ Post-Audit มุ่งเน้นการควบคุมคุณภาพควบคู่กับการบริหารจัดการทางการเงินอย่างสมดุล โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูล การคัดกรองความผิดปกติ และการตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูล ปัจจุบัน สปสช. อยู่ระหว่างการพัฒนา ระบบ AI Audit และมุ่งรวมกระบวนการตรวจสอบไว้ในระบบเดียวอย่างบูรณาการ หรือ Single Audit Program

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เป็นกลไกการอภิบาลที่สำคัญในการกำหนดมาตรฐานบริการ การจ่ายชดเชย และการตรวจสอบให้เป็นไปตามกฎหมายและกฎระเบียบ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ ยังพบอุปสรรคหลายด้าน ทั้งในมิติของโครงสร้าง บุคลากร กระบวนการ และความร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ Pain Points เช่น การตรวจสอบที่ยังไม่ครอบคลุม ข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากร ปริมาณงานที่เกินขีดความสามารถ และการขาด Auditor แบบประจำ โดยเฉพาะในระดับเขต รวมถึงระดับความชัดเจนของบทลงโทษที่ยังไม่เพียงพอ

แนวทางการพัฒนาและข้อเสนอแนะ ได้แก่ การพัฒนาระบบตรวจสอบอิเล็กทรอนิกส์แบบครบวงจร การเสริมสร้างกลไกเฝ้าระวังและควบคุมคุณภาพในระดับพื้นที่ การวางรากฐานธรรมาภิบาลและแนวทางมาตรฐานในการตรวจสอบ การส่งเสริมความร่วมมือกับภาคี การสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการ และการพัฒนาบุคลากรด้านการตรวจสอบอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน รวมถึงการปรับระบบเบิกจ่ายชดเชยให้สอดคล้องกับกระบวนการตรวจสอบ เพื่อลดความล่าช้าและเพิ่มประสิทธิภาพโดยรวมของระบบ

ระบบการตรวจสอบและเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของไทยกำลังเข้าสู่ยุคใหม่ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีอัจฉริยะ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และการพัฒนาอย่างยั่งยืน หากสามารถดำเนินการตามทิศทางที่เสนอไว้ได้สำเร็จ จะช่วยให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทยสามารถสร้างระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. นิธิวัชร แสงเรือง, วรณัน วิทยาพิภพสกุล, และณัฐดนัย รัชตะนาวิน. การบริหารการจ่ายค่าบริการสุขภาพ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ม.ป.ป.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, 2565.
3. สปสช. 11 มิถุนายน 2566. สปสช. พัฒนา “ชุดข้อมูลมาตรฐานการเบิกจ่าย” ประกาศแจ้งหน่วยบริการ เริ่มใช้ปีงบประมาณ 2567. https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/News_4036
4. สปสช. 20 กรกฎาคม 2566. สปสช. ย้ำหน่วยบริการ ไม่บังคับส่งข้อมูลเบิกจ่ายโดยใช้ชุดข้อมูล 13 แฟ้ม หากไม่พร้อมยังใช้ระบบเดิมได้. https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/News_4083
5. The Coverage. 13 มิถุนายน 2565. มารู้อีก “บอร์ดควบคุมคุณภาพฯ” กลไกสำคัญกำกับติดตามมาตรฐานบริการสาธารณสุขในระบบ “บัตรทอง”. <https://www.thecoverage.info/news/content/3611> เข้าถึงเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2568.
6. The Coverage. 12 กุมภาพันธ์ 2567. สปสช. ออกประกาศหน่วยบริการสาธารณสุขวิธีใหม่ รองรับ “30 บาทรักษาทุกที่”. <https://www.thecoverage.info/news/content/6227>. เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2568.
7. คณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบและควบคุมกำกับ การชดเชยค่าบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาลร่วมกัน ระหว่าง 3 กองทุน. แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม 3 กองทุน ปี 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, 2567.

ภาคผนวก

รายการคำย่อและคำเต็ม (แบ่งตามหมวดหมู่และเรียงลำดับตามตัวอักษร)

1. ระบบฐานข้อมูลบริการ (Service Data Standards)

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
ADP	Additional Payment	ข้อมูลค่าใช้จ่ายเพิ่มและบริการที่ยังไม่ได้จัดหมวด
AER	Accident and Emergency & Referral	ข้อมูลอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ และรับส่งเพื่อรักษา
CHA	Charge Detail	ข้อมูลการเงินแบบรายละเอียด
CHAD	Charge Additional Detail	ข้อมูลค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม
CHT	Charge Summary	ข้อมูลการเงินแบบสรุป
DRU	Drug Usage	ข้อมูลการใช้ยา
ICD	International Classification of Disease	บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ
IDX	Inpatient Diagnosis	ข้อมูลวินิจฉัยโรคผู้ป่วยใน
INS	Insurance	ข้อมูลผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาล
IOP	Inpatient Procedure	ข้อมูลหัตถการผู้ป่วยใน
IPD	Inpatient Department	ข้อมูลผู้ป่วยใน
IRF	Inpatient Refer	ข้อมูลผู้ป่วยในที่ต้องส่งต่อ
LVD	Leave Data	ข้อมูลผู้ป่วยที่ลากลับบ้าน
ODX	Outpatient Diagnosis	ข้อมูลวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอก
OOP	Outpatient Procedure	ข้อมูลหัตถการผู้ป่วยนอก
OPD	Outpatient Department	ข้อมูลการมารับบริการผู้ป่วยนอก
ORF	Outpatient Refer	ข้อมูลผู้ป่วยนอกที่ต้องส่งต่อ
PAT	Patient File	ข้อมูลผู้ป่วยกลาง

2. ระบบสิทธิประโยชน์และบริการเฉพาะ

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
A-MED	Alternative Medicine	การแพทย์ทางเลือก
CAPD	Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis	การล้างไตทางช่องท้อง
CMHS	Community Mental Health Services	จิตเวชชุมชน
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease	โรคถุงลมโป่งพอง
DMIS	Disease Management Information System	ระบบบริหารจัดการโรคเฉพาะ
HD	Hemodialysis	การล้างไตทางหลอดเลือด
KT	Kidney Transplantation	การปลูกถ่ายไต
NAP	National AIDS Program	แผนงานเอดส์แห่งชาติ
TB	Tuberculosis	วัณโรค
UCEP	Universal Coverage for Emergency Patients	ระบบ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่”

3. ระบบงาน/การดำเนินงานเบิกจ่ายและตรวจสอบ

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
API	Application Programming Interface	การเชื่อมต่อโปรแกรม
CPP	Contracting Provider Profile	ข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการคู่สัญญา
DRGs	Diagnosis-Related Groups	กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
EDC	Electronic Data Capture	เครื่องรูดบัตรเคลื่อนที่
ERM	Eligibility and Registration Management	ระบบลงทะเบียนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ERP-SAP	Enterprise Resource Planning - Systems, Applications and Products	ระบบการวางแผนและบริหารจัดการทรัพยากรขององค์กร ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้สำหรับจัดการงานด้านการเงินและบัญชี
FDH	Financial Data Hub	ศูนย์กลางข้อมูลด้านการเงิน
HIS	Health Information System	ระบบสารสนเทศสุขภาพ

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
IP	Inpatient	ผู้ป่วยใน
IP-CR	Inpatient Claim Review	การตรวจสอบการเบิกจ่ายผู้ป่วยใน
KTB	Krung Thai Bank	ธนาคารกรุงไทย
NCH	National Clearing House	หน่วยงานกลางจัดการธุรกรรมเบิกจ่ายค่าบริการ สาธารณสุขของทุกกองทุนสุขภาพภาครัฐ
NHSO	National Health Security Office	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
OP	Outpatient	ผู้ป่วยนอก
OP-CR	Outpatient Claim Review	การตรวจสอบการเบิกจ่ายผู้ป่วยนอก
OPFS	Outpatient Fee Schedule	ตารางอัตราค่าบริการผู้ป่วยนอก
OPPP	Outpatient and Prevention & Promotion	บริการผู้ป่วยนอกและการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
OSR	On Screen Review	ระบบที่ใช้ในการตรวจสอบก่อนจ่ายค่าบริการ
PA	Pre-Authorization	การอนุมัติล่วงหน้า
PP	Prevention and Promotion	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
PPFS	Prevention and Promotion Fee Schedule	การจ่ายตามรายการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
REP	Report	เอกสารรายงาน
SMT	Smart Money Transfer	ระบบโอนเงินอัจฉริยะ
SOP	Standard Operating Procedure	คู่มือวิธีปฏิบัติงานมาตรฐาน
UAT	User Acceptance Test	ระบบการทดสอบ
UCS	Universal Coverage Scheme	ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การบันทึกข้อมูลการบริการสาธารณสุข การเบิกจ่ายค่าชดเชย (Claim) และการตรวจสอบการจ่ายชดเชย และคุณภาพบริการ (Audit) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
โครงการสังเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานสำคัญของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ฉบับภาษาอังกฤษ / ภาษาไทย

ผู้แต่ง นุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์

ปีที่พิมพ์ 2568

พิมพ์ครั้งที่ 1 e-book

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

นุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์.

การบันทึกข้อมูลการบริการสาธารณสุข การเบิกจ่ายค่าชดเชย (Claim) และการตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ (Audit) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.--

กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2568.

73 หน้า.

1. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ. I. ชื่อเรื่อง.

368.42

ISBN 978-616-490-133-9

จัดพิมพ์เผยแพร่โดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

Website: www.nhso.go.th

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี
แพทย์หญิงกฤติยา ศรีประเสริฐ
แพทย์หญิงรัชนิศ พรวิภาวี
แพทย์หญิงสาวิตรี วิษณุโยธิน
นางสาวกฤษณา จงส่งเสริม
นางกิริยา จันทร์โชติ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วร
ดร. เกสัชกรหญิงวลัยพร พัชรนฤมล

ผู้แต่ง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา
นางสาวแคทลียา คงสุภาพศิริ
นางประทีป นัยนา
นางสาวปณณัฏฐ์ ทิพย์สุข

