

THE MANAGEMENT OF PROVIDER PAYMENTS

**IN THE UNIVERSAL COVERAGE SCHEME (UCS)
IN THAILAND**

การบริหารการจ่ายค่าบริการสุขภาพ
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



THE MANAGEMENT OF PROVIDER PAYMENTS

**IN THE UNIVERSAL COVERAGE SCHEME (UCS)
IN THAILAND**

การบริหารการจ่ายค่าบริการสุขภาพ
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



GLOSSARY

การจ่ายค่าชดเชยบริการแบบมีรายการอัตราค่าตอบแทน
(FEE SCHEDULE)

เป็นการจ่ายตามบริการที่มีเงื่อนไขรายการและราคาที่กำหนด หากหน่วยบริการขอเบิกชดเชยมาไม่ถึงราคาที่กำหนดจะได้รับการจ่ายชดเชยเท่าที่ขอเบิก แต่หากหน่วยบริการขอเบิกชดเชยมาเกินเพดานที่กำหนดจะได้รับการชดเชยตามเพดานที่กำหนดไว้

โปรแกรม E-CLAIM

เป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพัฒนาขึ้น เพื่อให้หน่วยบริการส่งข้อมูลบริการมาขอรับค่าชดเชยบริการได้ตามอัตราและเงื่อนไขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เป็นคณะกรรมการตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคส่วนต่าง ๆ ได้แก่ หน่วยงานราชการ สภาวิชาชีพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลเอกชน องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร และผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีหน้าที่ตามที่กำหนดใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เช่น กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ กำหนดขอบเขตและมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน เป็นต้น

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

เป็นคณะกรรมการตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ หน่วยงานราชการ สภาวิชาชีพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลเอกชน องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร และผู้ทรงคุณวุฒิ มีหน้าที่ตามที่กำหนดใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เช่น ควบคุมและกำกับดูแลคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการ พิจารณาเรื่องร้องเรียนของผู้รับบริการ และจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 เป็นต้น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เป็นหน่วยงานของรัฐมีฐานะเป็นนิติบุคคล อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน รวมไปถึงคณะอนุกรรมการของคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ทั้งในงานวิชาการเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งานขึ้นทะเบียนผู้รับบริการและหน่วยบริการ งานบริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด เป็นต้น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต

เป็นหน่วยงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย ปัจจุบันมีทั้งสิ้น 13 แห่ง กระจายทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย

TABLE OF CONTENTS

06	บทนำ
10	บทบาทและการดำเนินงาน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
11	การจัดสรรค่าบริการสุขภาพก่อนบริการ (Prospective payment)
12	การชดเชยค่าบริการสุขภาพภายหลังให้บริการ (Retrospective payment)
14	การจ่ายค่าบริการสุขภาพรายโครงการ (Project based payment)
16	กลไกการดำเนินงาน ชดเชยค่าบริการสุขภาพ
17	ฐานข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการ
20	ผู้ส่งข้อมูลสุขภาพ

21	โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการรับส่ง และประมวลผลข้อมูลสุขภาพ
32	ระบบการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการสุขภาพ
34	ผลการดำเนินงาน
36	ผลการดำเนินงานด้านความถูกต้องและครบถ้วน
38	ผลการดำเนินงานด้านความตรงเวลา
39	ผลการดำเนินงานด้านการขยายบริการสุขภาพ
40	ปัจจัยความสำเร็จและประเด็นท้าทาย ต่อการชดเชยค่าบริการสุขภาพ
41	ปัจจัยความสำเร็จ
45	ประเด็นท้าทาย

1

บทนำ

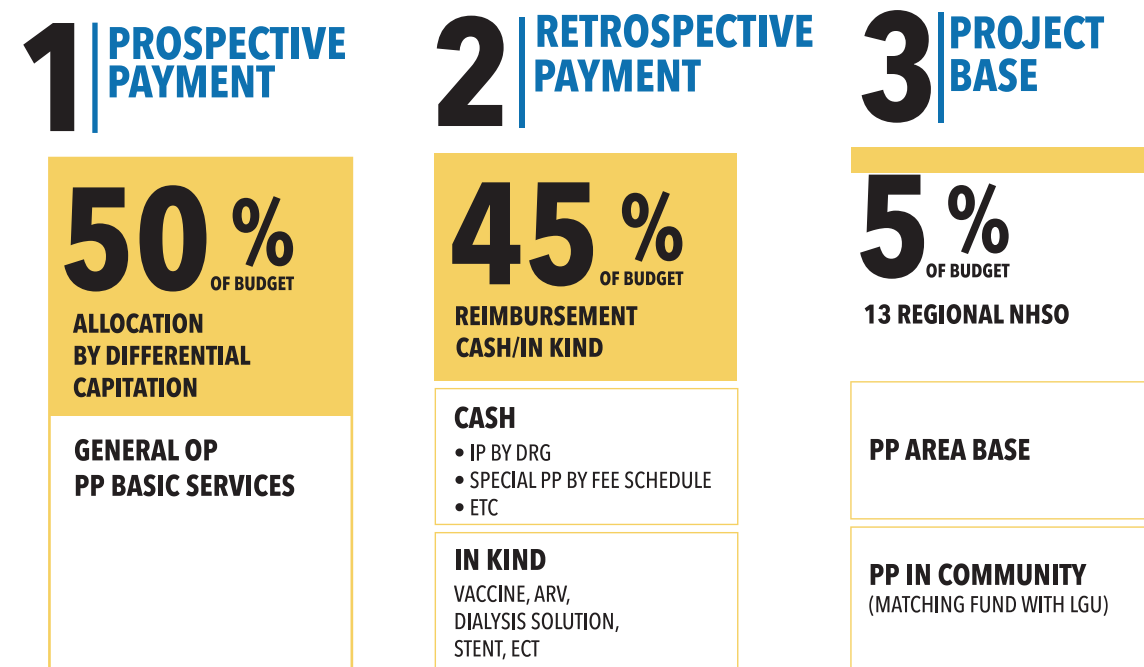
ปัจจุบันมีประชากรไทยประมาณ 48 ล้านคน ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme : UCS) และมีหน่วยบริการกว่าหมื่นแห่งที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนตามสิทธิดังกล่าว ดังนั้นกระบวนการในการบริหารการจ่ายค่าบริการสุขภาพให้แก่หน่วยบริการต่างๆ จึงมีความสำคัญมาก เพราะมีส่วนสำคัญที่ทำให้หน่วยบริการสุขภาพสามารถให้บริการแก่ประชาชนได้

ในการบริหารการจ่ายค่าบริการสุขภาพให้แก่หน่วยบริการเป็นกระบวนการสำคัญในการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากเป็นกลไกสร้างความสมดุลทางการเงินระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ และผู้สนับสนุนทางการเงินในระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวแทนในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้รับบริการสุขภาพ โดยบทความนี้ใช้แนวทางการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562 เป็นแนวทางในการอธิบาย

เมื่อพิจารณารูปแบบการบริหารการจ่ายค่าบริการสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สามารถแบ่งได้เป็น 3 รูปแบบหลัก ได้แก่ การจัดสรรค่าบริการสุขภาพก่อนให้บริการ ล่วงหน้า (prospective payment) การชดเชยค่าบริการสุขภาพภายหลังให้บริการ (retrospective payment) และการจ่ายค่าบริการสุขภาพรายโครงการ (project based payment) ดังแสดงในรูปที่ 1

METHODS OF HEALTH SERVICES PAYMENTS OF THE NHSO

รูปที่ 1: รูปแบบการจัดสรรและชดเชยค่าบริการสุขภาพของ สปสช.



หมายเหตุ:

OP = OUTPATIENT SERVICES

IP = INPATIENT SERVICES

PP = HEALTH PROMOTION AND HEALTH PREVENTION SERVICES

DRGS = DIAGNOSIS RELATED GROUPS

ARV = ANTI-RETROVIRAL DRUG

NHSD = NATIONAL HEALTH SECURITY OFFICE

LGO = LOCAL GOVERNMENT ORGANIZATION

การจัดสรรค่าบริการสุขภาพก่อนให้บริการ ล่วงหน้า (prospective payment) เป็นการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว ให้แก่หน่วยบริการตามจำนวนประชากรที่มีสิทธิและมาลงทะเบียนกับหน่วยบริการ โดยมีการปรับตามอายุของผู้มีสิทธิที่มีภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการจริงที่แตกต่างกันไปในแต่ละช่วงอายุ เช่น ในบริการผู้ป่วยนอกกลุ่มผู้สูงอายุมีโอกาสจะมาใช้บริการมากกว่ากลุ่มวัยทำงาน ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการถ่วงน้ำหนักสูงกว่ากลุ่มวัยทำงาน สปสช. จัดสรรงบประมาณด้วยวิธีนี้ประมาณ 50% ของงบประมาณทั้งหมด ได้แก่ ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน

ารชดเชยค่าบริการสุขภาพภายหลังให้บริการ (retrospective payment) เป็นการจ่ายชดเชยค่าบริการสุขภาพให้แก่หน่วยบริการ ภายหลังจากการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการแล้ว ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยสามารถจ่ายเป็นเงินหรือสามารถจ่ายเป็นยา เวชภัณฑ์หรือวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ก็ได้ เช่น การจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ด้วยเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related groups; DRGs) หรือการจ่ายชดเชยการให้บริการรักษาโรคเอชไอวี/เอดส์ด้วยยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี

การจ่ายค่าบริการสุขภาพรายโครงการ (project based payment) เป็นการจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หรือภาคประชาสังคม ตามโครงการที่เป็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่ โดย สปสช. เขตพื้นที่ทั้ง 13 แห่งเป็นผู้บริหารงบประมาณในส่วนนี้ ได้แก่ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องร่วมสมทบเงินเข้ากองทุนตามอัตราที่ สปสช. กำหนด

หากพิจารณาในด้านหลักการบริหารการจ่ายค่าบริการสุขภาพจะพบว่า สปสช. ใช้วิธีการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว มากถึง 50% ซึ่งสามารถควบคุมงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพให้อยู่ในวงเงินที่รัฐบาลกำหนดได้ แต่ก็อาจส่งผลให้ประชาชนไม่ได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นจากหน่วยบริการได้ เนื่องจากหน่วยบริการได้รับการจัดสรรค่าบริการตามหัวประชากรมาแล้ว สปสช. จึงได้ออกแบบการจ่ายชดเชยตามปริมาณผลงานและคุณภาพของบริการเพิ่มเติมขึ้นมา เพื่อรับประกันว่าหน่วยบริการจะให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ประชาชน โดยที่หน่วยบริการได้รับค่าชดเชยบริการสุขภาพที่เหมาะสม ดังแสดงในตารางที่ 1

SERVICES	PAYMENT	INCENTIVES
OP	DIFFERENTIAL CAPITATION	• FEE SCHEDULE (ADD-ON HIGH COST AND INSTRUMENT) • POINT SYSTEM UNDER GLOBAL BUDGET (ACUTE DISEASE OR EMERGENCY)
PP	DIFFERENTIAL CAPITATION	PAY FOR PERFORMANCE (QUALITY AND OUTCOME FRAMEWORK; QOF)
IP	DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRGS) SYSTEM WITH GLOBAL BUDGET USING RELATIVE WEIGHT POINT	• FEE SCHEDULE (ADD ON INSTRUMENT AND HEMODIALYSIS) • DISEASE MANAGEMENT INFORMATION SYSTEM (DMIS)

ตารางที่ 1

ตัวอย่างการจัดสรร และชดเชยค่าบริการสุขภาพแบ่งตามลักษณะบริการสุขภาพ

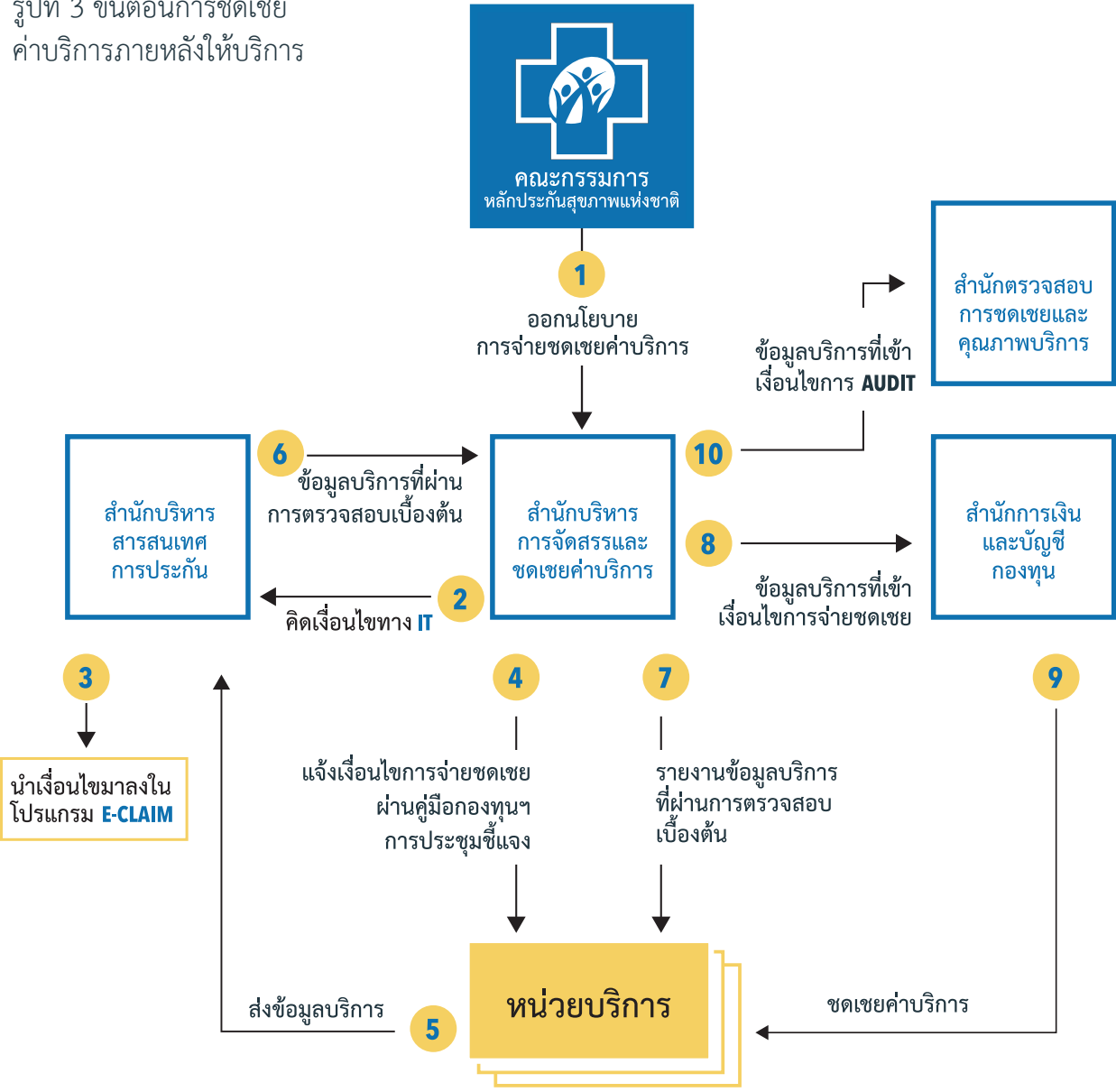
2.2

การชดเชยค่าบริการสุขภาพภายหลังให้บริการ
RETROSPECTIVE PAYMENTS

สำหรับการชดเชยค่าบริการสุขภาพภายหลังให้บริการนั้นเริ่มจากการที่ สปสช. นำเงื่อนไขการจ่ายชดเชยตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาแปลงให้เป็นเงื่อนไขทางอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้เข้าได้กับโปรแกรม e-Claim ที่หน่วยบริการทุกแห่งใช้ในการส่งข้อมูลบริการมายัง สปสช. โดยหน่วยบริการต้องส่งข้อมูลการให้บริการสุขภาพจากฐานข้อมูลของหน่วยบริการมายัง สปสช. เพื่อขอรับการชดเชยค่าบริการ เมื่อได้รับข้อมูลแล้ว สปสช. จะส่งรายงานการรับข้อมูล (REP) และรายงานการเงิน (statement) กลับไปยังหน่วยบริการเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นระบบจะส่งข้อมูลการชดเชยและค่าบริการสุขภาพไปยังสำนักการเงินและบัญชีกองทุน (สบก.) เพื่อจ่ายชดเชยค่าบริการสุขภาพให้แก่หน่วยบริการ นอกจากนี้ข้อมูลบริการบางส่วนที่เข้าเงื่อนไขการตรวจสอบจะถูกนำไปตรวจสอบความถูกต้อง (audit) โดยสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (สชช.) เพื่อสร้างความเป็นธรรมในระบบหลักประกันสุขภาพ ดังแสดงในรูปที่ 3

RETROSPECTIVE
PAYMENT

รูปที่ 3 ขั้นตอนการชดเชย
ค่าบริการภายหลังให้บริการ



2.3

การจ่ายค่าบริการสุขภาพรายโครงการ PROJECT BASED PAYMENT

การจ่ายค่าบริการสุขภาพรายโครงการ เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย สปสช. จะแจ้งกรอบวงเงินงบประมาณที่แต่ละพื้นที่ได้รับจัดสรร และมอบอำนาจการตัดสินใจใช้งบประมาณให้แก่คณะกรรมการในพื้นที่ตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ได้แก่ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด อนุมัติผ่านคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสช.) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชนอนุมัติผ่านคณะกรรมการกองทุนในระดับพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

payment

3

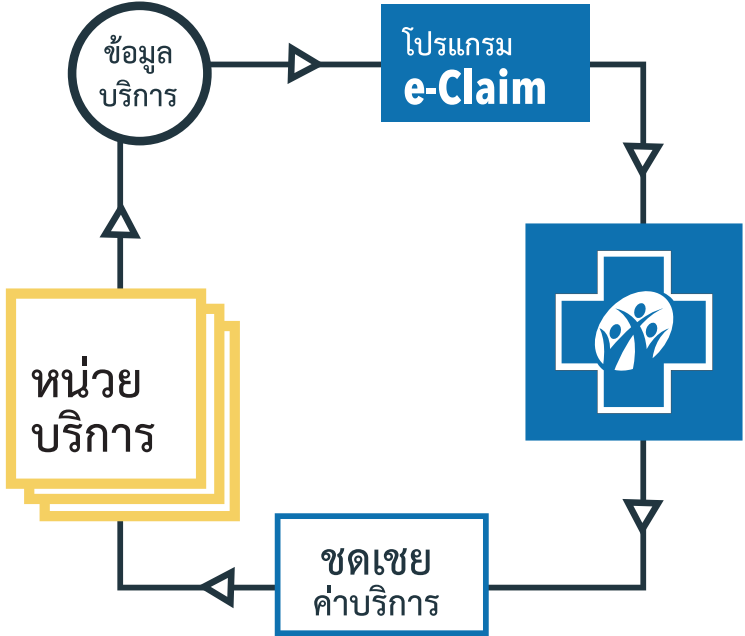
กลไกการดำเนินงาน ชดเชยค่าบริการสุขภาพ

กระบวนการชดเชยค่าบริการสุขภาพจะไม่สามารถเกิดประสิทธิภาพและความเป็นธรรมได้หากขาดการวางระบบการทำงานที่เหมาะสมหรือขาดการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ รวมทั้งหน่วยงานภายในของ สปสช. ด้วย ดังนั้น สปสช. จึงออกแบบกลไกการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ตั้งแต่กระบวนการออกแบบวิธีการจ่ายงบประมาณ ขั้นตอนการจัดสรรและชดเชยค่าบริการสุขภาพ ไปจนถึงระบบการตรวจสอบข้อมูล รวมทั้งโครงสร้างในการสนับสนุนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อให้หน่วยบริการได้รับการชดเชยค่าบริการสุขภาพ “ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา”

กระบวนการชดเชยค่าบริการสุขภาพนั้น หน่วยบริการจะต้องมีบุคลากรที่เป็นผู้ส่งออกข้อมูลที่มีความเข้าใจในโปรแกรม e-Claim และหน่วยบริการต้องมีฐานข้อมูลสุขภาพในโรงพยาบาลที่เสถียร โดย สปสช. มีโปรแกรมประมวลผลที่ได้มาตรฐาน ถูกต้อง แม่นยำ ง่ายต่อการใช้งานของหน่วยบริการ และมีระบบการโอนเงินที่มีความน่าเชื่อถือ ซึ่งมีโครงสร้างหลักในการชดเชยค่าบริการสุขภาพ ดังรูปที่ 4

CORE STRUCTURE OF THE REIMBURSEMENT SYSTEM

รูปที่ 4 : โครงสร้างหลักในการชดเชยค่าบริการสุขภาพ



3.1

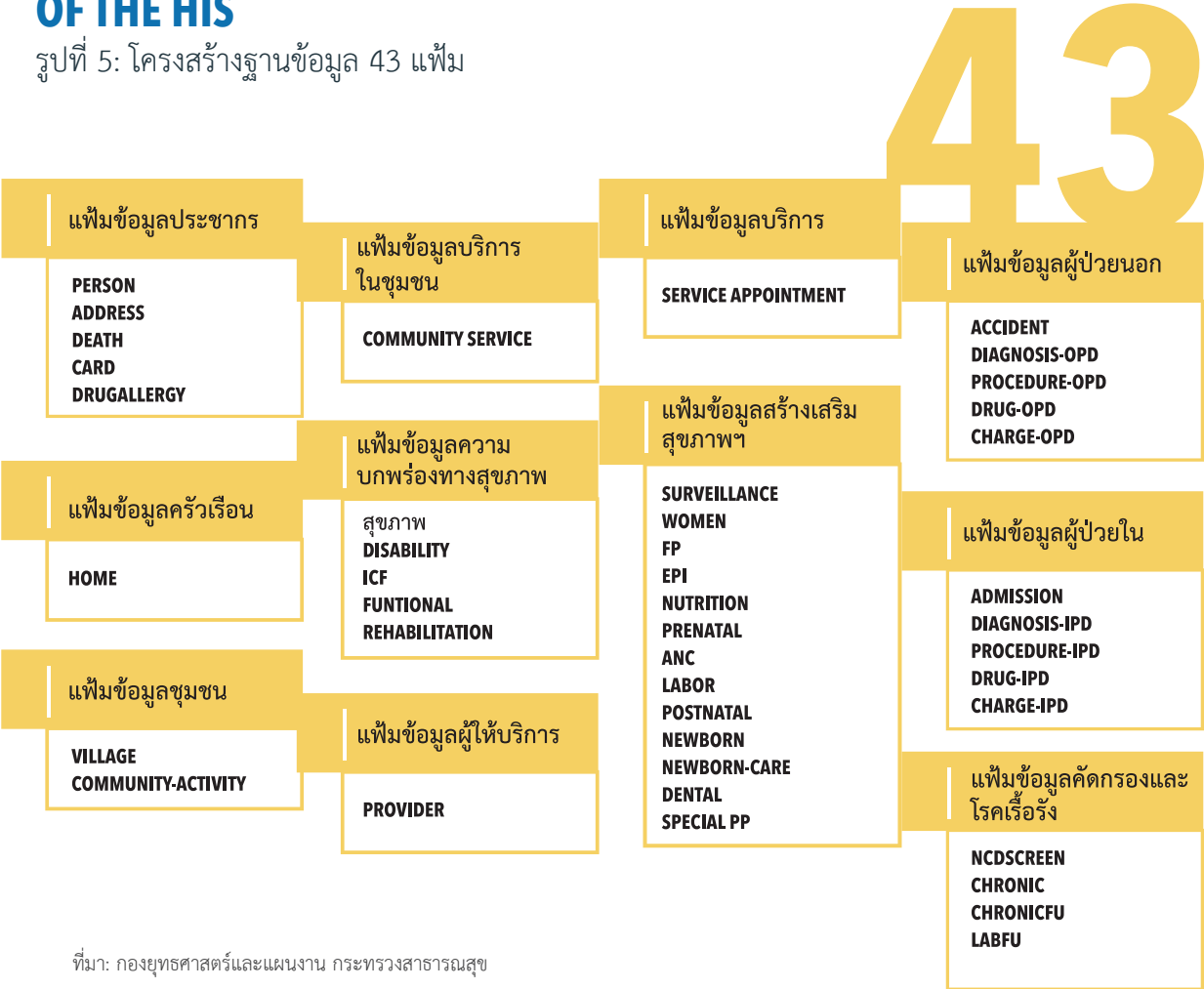
ฐานข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการ

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบสารสนเทศทางสาธารณสุข (Health Information System; HIS) มาอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาโปรแกรม Health Data Center (HDC) ให้หน่วยบริการทั่วประเทศส่งข้อมูลในการบริการสุขภาพประชาชนมาอย่างต่อเนื่อง โดยมี standard data set ที่เรียกว่า 43 แฟ้ม ซึ่งระบบนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลสุขภาพพื้นฐานรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ของแต่ละหน่วยบริการ ตั้งแต่ เพศ อายุ ที่อยู่ อาชีพ สถานะทางสุขภาพ วันที่มารับบริการในหน่วยบริการ การวินิจฉัยโรค ไปจนถึงกระทั่งเสียชีวิต ครอบคลุมตั้งแต่บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการผู้ป่วยนอก และบริการผู้ป่วยใน โดยรายละเอียดของระบบ 43 แฟ้ม เป็นไปตามภาพที่ 5 ต่อไปนี้

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินำข้อมูลจากระบบ 43 แฟ้มนี้ มาใช้ประกอบในการประมาณการงบประมาณในแต่ละปี และใช้สำหรับการจัดสรรและชดเชยค่าบริการสุขภาพด้วย แต่เนื่องจากระบบ 43 แฟ้มบางรายการมีข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือเพียงพอในการชดเชยค่าบริการสุขภาพ สปสช. จึงพัฒนาโปรแกรมเฉพาะเพื่อมาเสริมการใช้งานในการรับส่งข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการด้วย

THE 43 DATA FOLDERS OF THE HIS

รูปที่ 5: โครงสร้างฐานข้อมูล 43 แฟ้ม



ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

ในการจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สปสช. ได้กำหนดหลักการดังต่อไปนี้

- รหัสโรค** ให้ใช้รหัสการวินิจฉัยโรคตาม International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2010 (ICD-10) ของ WHO และ ICD-10TM (เฉพาะรหัสที่มีการวิเคราะห์หาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 5 รองรับได้)
- รหัสหัตถการและการผ่าตัด** ให้ใช้รหัสของ International Classification of Diseases 9th Revision Clinical Modification 2010 Classification of Procedures (ICD-9CM ฉบับปีค.ศ. 2010)
- หน่วยบริการจะต้องจัดทำบัญชีรายการยาของหน่วยบริการ** (drug catalogue) และปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ เพื่อส่งรายการยามาให้ สปสช. สำหรับใช้เป็นฐานข้อมูลประกอบการเบิกจ่าย
- การคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์** (relative weight : RW) กรณีผู้ป่วยในให้คิดตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 5 (Thai DRGs version 5)

3.2

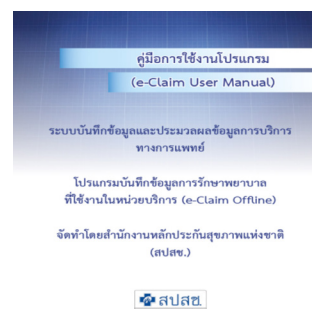
ผู้ส่งข้อมูลสุขภาพ

ผู้ส่งข้อมูลสุขภาพถือเป็นปัจจัยสำคัญมากในระบบฐานข้อมูลสุขภาพของ สปสช. เนื่องจากเป็นผู้นำข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการเข้าสู่ฐานข้อมูลส่วนกลางของประเทศเพื่อใช้ประมวลผล สปสช. จึงได้จัดอบรมเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการต่างๆ เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจในโครงสร้างของข้อมูลที่จะต้องจัดส่งข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

นอกจากนี้ สปสช. ยังได้จัดทำคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข คู่มือการใช้งานโปรแกรม e-Claim (e-Claim user manual) เพื่อใช้เป็นคู่มือและแนวทางประกอบการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ส่งข้อมูลในหน่วยบริการต่างๆ รวมทั้งมีช่องทางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ส่งข้อมูลและ สจข. ได้แก่ ระบบสายด่วนหรือมีเว็บไซต์สำหรับให้หน่วยบริการใช้ติดต่อ

GUIDELINES FOR HEALTH SERVICE REIMBURSEMENT AND E-CLAIM USER'S MANUAL

รูปที่ 6 ตัวอย่างคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และคู่มือการใช้งานโปรแกรม e-Claim



3.3

โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการรับส่งและประมวลผลข้อมูลสุขภาพ

ระบบการชดเชยค่าบริการสุขภาพเกิดขึ้นพร้อมๆ กับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากกลไกการจ่ายเงินของระบบมีทั้งส่วนที่เป็นการเหมาจ่ายรายหัว (capitation) และการจ่ายตามผลงานบริการ (pay for performance) ซึ่งจำเป็นต้องมีข้อมูลบริการสุขภาพใช้ในการคำนวณงบประมาณเพื่อเบิกจ่ายให้หน่วยบริการต่างๆ ในช่วงแรกของการดำเนินการ สปสช. ร่วมมือกับสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) เป็นผู้รวบรวมข้อมูลการให้บริการจากหน่วยบริการส่งมาให้ สปสช. โดยเฉพาะข้อมูลบริการผู้ป่วยใน ต่อมาเงื่อนไขการเบิกจ่ายเริ่มมีรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น สปสช. จึงพัฒนาโปรแกรม e-Claim ขึ้นเพื่อความเร็วในการส่งข้อมูล ประมวลผลข้อมูล และการปรับเปลี่ยนเงื่อนไขการเบิกจ่าย ทั้งนี้เพื่อให้หน่วยบริการได้รับการจัดสรรงบประมาณได้ทันเวลาที่กำหนด

e-Claim

PROGRAM

e-CLAIM

SERVICES บริการสุขภาพที่ขอรับการเบิกจ่าย

- กรณีผู้ป่วยใน (IP)
- กรณีผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ (OP REFER)
- กรณีค่าใช้จ่ายสูง (OP HIGH COST)
- กรณีผู้ป่วยนอกเจ็บป่วยฉุกเฉิน (OPAE)
- กรณีบริการกรณีเฉพาะ (CENTRAL REIMBURSEMENT; CR)

DMIS และโรคเฉพาะอื่นๆ

- HEMOPHILIA
- CLEFT LIP & CLEFT PALATE
- RENAL REPLACEMENT THERAPY (HD, CAPD, KT)
- CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD)
- TB, HIV/AIDS
- DOWN SYNDROME
- THALASSEMIA

UCEP

- กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต
- กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามข้อบังคับฯ มาตรา 7

ที่มา: คู่มือแนวทางปฏิบัติ
ในการขอรับค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข
ปีงบประมาณ 2562

ELECTRONIC PROGRAMS USED FOR HEALTH SERVICE REIMBURSEMENT

ตารางที่ 2
โปรแกรมที่เกี่ยวข้อง
ในการขอรับการชดเชย
ค่าบริการสุขภาพ

ระบบ e-Claim เริ่มพัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เพื่อใช้เป็นช่องทางให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลการขอเบิกชดเชยค่าบริการสุขภาพ โดยระบบนี้รองรับการส่งข้อมูลทั้งแบบ on line คือ key in ข้อมูลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หรือการส่งข้อมูลจากฐานข้อมูลของหน่วยบริการแบบ off line ก็ได้ ซึ่งหน่วยบริการส่วนใหญ่นิยมส่งแบบ off line มากกว่า เนื่องจากสามารถเชื่อมต่อกับฐานข้อมูล HIS ของหน่วยบริการได้โดยตรง ไม่ต้องเสียเวลากรอกรายละเอียดข้อมูลรายบุคคล นอกจากนี้ สปสช. ยังมีการแจ้งข่าวสารเกี่ยวกับข้อมูลการเบิกชดเชยผ่านเว็บไซต์ <http://eclaim.nhso.go.th> และมีเว็บบอร์ดให้เจ้าหน้าที่หรือหน่วยบริการแจ้งข้อมูลหรือสอบถามปัญหาการใช้งานโปรแกรม e-Claim ได้อีกด้วย

นอกจากนี้ สปสช. ยังนำข้อมูลที่ได้จากโปรแกรม e-Claim ไปใช้ในการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วย นอกจากนี้โปรแกรม e-claim แล้ว สปสช. ยังได้พัฒนาโปรแกรม DMIS และ โปรแกรม UCEP เพิ่มเติม

3.3.1

วิธีการส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

วิธีการส่งข้อมูลของหน่วยบริการให้ สปสช. จะใช้การส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมต่างๆ ที่ สปสช. จัดทำขึ้นดังที่กล่าวมาแล้ว จะใช้การส่งข้อมูลในระบบเอกสารเฉพาะกรณีที่ สปสช. กำลังอยู่ระหว่างการพัฒนากระบวนการโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์รองรับการบันทึกข้อมูลเบิกจ่าย เช่น การขอรับชดเชยค่าบริการ maxillary distractor ในการให้บริการผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ ซึ่งกรณีนี้หน่วยบริการจะต้องส่งเอกสารการขอรับค่าใช้จ่ายฯตามแบบที่ สปสช.ที่กำหนด

3.3.2

ระยะเวลาในการส่งข้อมูล

หน่วยบริการต้องส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายแก่ สปสช. ภายในระยะเวลา 30 วันนับจากวันที่ให้บริการผู้ป่วยนอก หรือนับจากวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (discharge date) สำหรับบริการผู้ป่วยใน ซึ่งข้อมูลบริการของปีงบประมาณ 2562 ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจะสิ้นสุดการเรียกเก็บ (แจ้งหนี้) แก่ สปสช. ภายในวันที่ 30 กันยายน 2563 หากหน่วยบริการส่งข้อมูลหลังจากนี้ถือว่าไม่ประสงค์ที่จะขอรับการชดเชยค่าบริการ

สำหรับข้อมูลที่ส่งช้ากว่ากำหนด สปสช. จะคำนวณปรับลดอัตราการจัดจ่ายสำหรับข้อมูลที่เรียกเก็บล่าช้ากว่าวันที่กำหนด ดังนี้

1

ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน

30

วัน

จ่ายร้อยละ 95

ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด

2

ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน

60

วัน

จ่ายร้อยละ 90

ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด

3

ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน

330

วัน

จ่ายร้อยละ 80

ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด

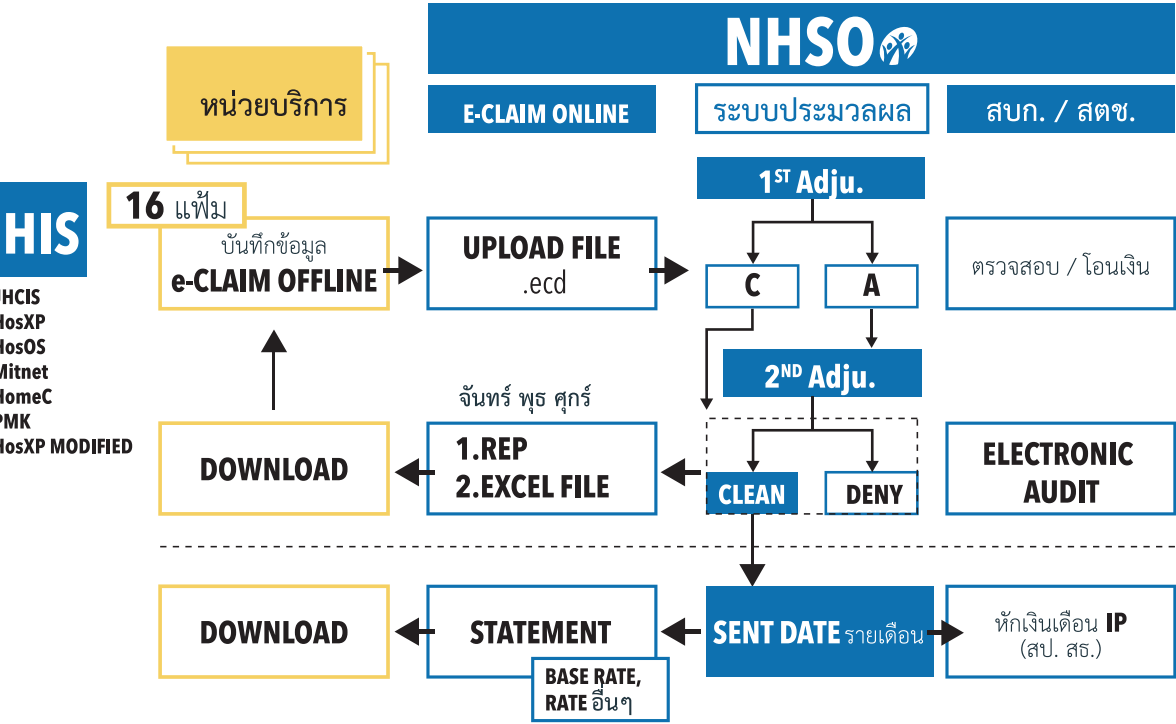
3.3.3

ขั้นตอนการเบิกจ่ายผ่านโปรแกรม E-CLAIM

ขั้นตอนการส่งข้อมูลในโปรแกรม e-Claim มีทั้งสิ้น 7 ขั้นตอน ดังแสดงในรูปที่ 7

REIMBURSEMENT STEPS IN THE E-CLAIM PROGRAM

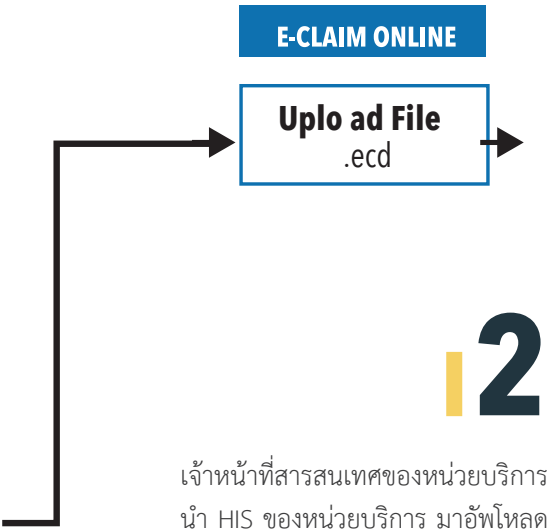
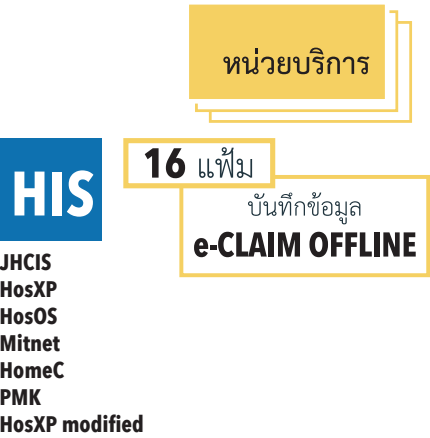
รูปที่ 7 ขั้นตอนการส่งข้อมูลในโปรแกรม e-Claim



ที่มา: คู่มือการใช้งานโปรแกรม e-Claim

1

เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการบันทึกข้อมูลบริการสุขภาพตามที่โปรแกรมกำหนด เช่น ชื่อนามสกุลผู้ป่วย เลขประจำตัวประชาชนผู้ป่วย วันที่มารับบริการ โรคที่ได้รับการวินิจฉัย ยาที่ได้รับ แล้วหน่วยบริการเก็บข้อมูลเป็น Health Information System (HIS) ใน server ของหน่วยบริการ

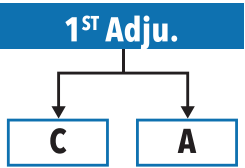


2

เจ้าหน้าที่สารสนเทศของหน่วยบริการนำ HIS ของหน่วยบริการ มาอัปโหลดลงในโปรแกรม e-Claim ที่เป็น off line เพื่อแปลงเป็นข้อมูล 16 แฟ้มตามโครงสร้างที่ สปสช.กำหนด แล้วรวบรวมส่งเป็นไฟล์ .ecd ที่เข้ารหัสเรียบร้อยแล้ว ซึ่งเมื่อแปลงเป็นไฟล์ .ecd แล้วหน่วยบริการจะไม่สามารถเปิดหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลที่บันทึกลงไปแล้วได้

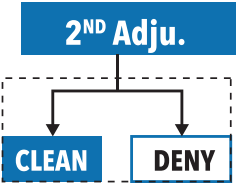
3

สปสช.นำไฟล์ .ecd มาถอดรหัสเป็นข้อมูลสุขภาพรายบุคคลทุกวัน ในเวลาเที่ยงคืน โดยหน่วยบริการสามารถส่งไฟล์ .ecd เข้ามาได้ทุกวัน วันละกี่ไฟล์ก็ได้ จากนั้น สปสช.จะประมวลผล 2 ขั้นตอน ได้แก่



1st adjudication เป็น electronics verification ใช้โปรแกรมตรวจสอบข้อมูลทั้งหมดตามเงื่อนไขเบื้องต้นที่ สปสช. กำหนด เช่น การวินิจฉัยไม่ตรงกับเพศ อายุของผู้รับบริการ ไม่สอดคล้องกับบริการ ผลการตรวจสอบจะออกมา 2 แบบ คือ ยอมรับ (accept: A)¹ หรือตรวจสอบแล้วไม่ผ่าน (cancel: C)² ซึ่งข้อมูลที่ผ่าน A แล้ว จะเข้าสู่กระบวนการ 2nd adjudication ต่อไป โดยตัวอย่างของข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเป็นไปตามตารางที่ 3

2nd adjudication จะใช้โปรแกรมคัดกรองข้อมูลที่มีปัญหาหรือผ่านเงื่อนไขแบบคลุมเครือมาให้เจ้าหน้าที่พิจารณาตามข้อตกลงของผู้เชี่ยวชาญกับหน่วยงานที่ตรวจสอบ (audit) ผลการตรวจสอบจะออกมา 2 แบบ คือ เป็นข้อมูลที่ CLEAN หรือปฏิเสธการจ่าย (DENY) ดังแสดงในตารางที่ 4



EXAMPLES OF DATA THAT WERE REJECTED BY THE 1ST ADJUDICATION

ตารางที่ 3
ตัวอย่างข้อมูลที่ตรวจสอบแล้วไม่ผ่าน

รหัส	รายละเอียด	วิธีปฏิบัติ/แนวทางการแก้ไข	
101	ไม่มีชื่อนามสกุลผู้ป่วย	ใส่ข้อมูลให้ครบ	แล้วส่งใหม่
102	ข้อมูลวันเกิดผู้ป่วยใช้ไม่ได้ หรือไม่มี	ใส่ข้อมูลให้ครบ/แก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง	แล้วส่งใหม่
104	เลขบัตรประชาชนของผู้ป่วยใช้ไม่ได้ หรือไม่มี	ใส่ข้อมูลให้ครบ/แก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง	แล้วส่งใหม่
105	HN ไม่มี หรือใช้ไม่ได้	ใส่ข้อมูลให้ครบ	แล้วส่งใหม่
107	วันที่รับไว้หรือวันที่จำหน่ายใช้ไม่ได้ หรือไม่มี	ตรวจสอบวันที่รับไว้ หรือจำหน่าย บันทึกให้ครบถ้วน ถูกต้อง	แล้วส่งใหม่
113	ประเภทการจำหน่ายและสถานภาพเมื่อจำหน่ายไม่สอดคล้องกัน	ใส่ข้อมูลให้ครบ/แก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง	แล้วส่งใหม่
114	กลุ่มเด็กแรกเกิดไม่มีน้ำหนักตัวแรกรับ หรือใช้ไม่ได้	ใส่ข้อมูลให้ครบ/แก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง	แล้วส่งใหม่
115	ไม่ระบุการใช้สิทธิ หรือไม่ต้องการเบิกชดเชยค่าบริการ	ตรวจสอบการบันทึกข้อมูล ให้ระบุการใช้สิทธิเพื่อเบิกชดเชยค่าบริการ	แล้วส่งใหม่
116	เลขบัตรประชาชนผู้ป่วยผิดปกติ	เลขบัตรประชาชนต้องเป็นเลขจริงจากบัตรของผู้ป่วย ถ้าไม่มีให้วางไว้ ถ้าผิดปกติ เช่น ไม่ครบ 13 หลัก ให้แก้ไข	แล้วส่งใหม่

ที่มา: คู่มือการใช้งานโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2562

รหัส	ความหมาย
I04	ICD-10 / ICD-9CM ไม่สัมพันธ์กับรายการ Instrument ที่ขอเบิก
G37	ไม่ใช่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด
D45	Leukemia and Lymphoma ไม่ได้ลงทะเบียน
D46	Leukemia and Lymphoma อายุน้อยกว่า 15 ปี
D47	Leukemia and Lymphoma เป็น IP แต่เบิก protocol ของ OP
D48	Leukemia and Lymphoma มี ICD-10, ICD-9CM ไม่สัมพันธ์กับรายการที่ขอเบิก
D49	Leukemia and Lymphoma ไม่มี protocol
D51	Leukemia and Lymphoma เบิกเกิน 4 ครั้ง
D53	เบิกเลเซอร์กรณีเบาหวานขึ้นจอประสาทตา มากกว่า 2 ครั้ง ต่อปีงบประมาณ
D63	STEMI ห้ามใช้ยา streptokinase ซ้ำอีกในกรณีที่ผู้ป่วยเคยได้รับยามาก่อนภายใน 1 ปี
D64	รหัสหัตถการ (ICD-9) ไม่สัมพันธ์กับจำนวนครั้งการผ่าตัด
D66	เบิก Cataract แต่ไม่มีรหัสโรครอง (SDx.) เป็น H54.4, H54.5 หรือ H54.6

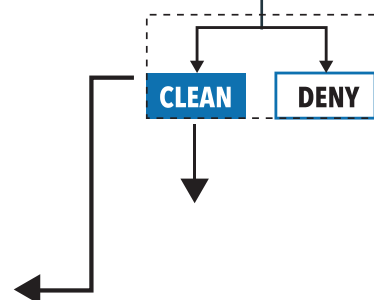
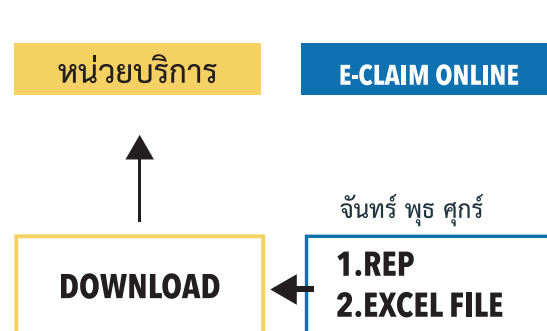
ที่มา: คู่มือการใช้งานโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2562

EXAMPLES OF DATA THAT WERE REJECTED BY THE 2ND ADJUDICATION

ตารางที่ 4
ตัวอย่างข้อมูลที่ปฏิเสธการจ่าย

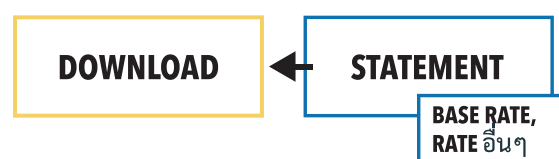
4

สปสช. จะแจ้งผลการตรวจสอบข้อมูล ทั้งที่ 'ติด C' 'CLEAN' และ 'DENY' กลับไปยังหน่วยบริการเป็นไฟล์ REP ทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ เพื่อให้ หน่วยบริการตรวจสอบและแก้ไขข้อมูล ที่เป็น C และ DENY แล้วจึงส่งข้อมูลที่ แก้ไขแล้วกลับมาให้ สปสช. พิจารณา อีกครั้ง



5

ทุกสิ้นเดือน สปสช. จะนำข้อมูลที่ CLEAN จัดทำเป็น statement เพื่อแจ้ง หน่วยบริการ ซึ่งทำให้หน่วยบริการ สะดวกในการตรวจสอบข้อมูลมากขึ้น



audit

6

ข้อมูลที่ CLEAN แล้วจะถูกส่งไปที่ สำนักการเงินและบัญชีกองทุน (สบก.) เพื่อโอนงบประมาณไปยังหน่วยบริการ นอกจากนี้ก็จะถูกส่งไปยังสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (สตช.) เพื่อทำการสุ่มตรวจ (audit) ต่อไป

สบก. / สตช.

ตรวจสอบ / โอนเงิน

ELECTRONIC
AUDIT

7

หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ผลของการพิจารณางบประมาณได้เฉพาะ ข้อมูลที่ Clean แล้วเท่านั้น โดยอุทธรณ์ ผ่านโปรแกรม e-Claim ในหน้า e-Appeal ได้ภายใน 1 ปี หากเลย กำหนดจะถือว่ายอมรับผลการพิจารณา ดังกล่าว

หักเงินเดือน IP
(สป. สธ.)

3.3.4

ขั้นตอนการอุทธรณ์จ่ายชดเชย E-APPEAL
ผ่านโปรแกรม E-CLAIM

e-Appeal

ในกรณีที่หน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาการจ่ายงบประมาณเพื่อชดเชยค่าบริการสุขภาพของ สปสช. สามารถอุทธรณ์ผลการพิจารณาผ่านโปรแกรม e-Claim ได้

การอุทธรณ์การจ่ายชดเชย (e-Appeal) หมายถึง การขอแก้ไขข้อมูลผ่านการตรวจสอบ (ผ่าน A) และเป็นข้อมูลที่โต้แย้งข้อข้อมูลออกรายงานการรักษา (Statement) แล้วในระบบอิเล็กทรอนิกส์ผ่านโปรแกรม e-Claim โดยมีขั้นตอนในการอุทธรณ์ดังต่อไปนี้



3.4

ระบบการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการสุขภาพ

ทุกสิ้นเดือนหน่วยบริการจะได้รับ statement ที่ผ่านการพิจารณาแล้ว สจข. จะทำเรื่องขออนุมัติการเบิกจ่ายไปยังผู้บริหาร เมื่อผู้บริหารอนุมัติวงเงิน สจข. จะแจ้งรายการโอนงบประมาณแต่ละหน่วยบริการตาม statement ดังกล่าว ไปยัง สบก. เพื่อทำรายการโอนเงินให้หน่วยบริการแต่ละแห่ง โดย สบก.จะมีข้อมูลบัญชีธนาคารของหน่วยบริการแต่ละแห่งที่ใช้สำหรับการรับโอนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่ง สปสช. กำหนดให้กระบวนการตั้งแต่การออก statement จนถึงการโอนเงินในแต่ละเดือนจะต้องทำให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน ตามปฏิทินจแน้งวันโอนเงินแก่หน่วยบริการล่วงหน้า (รายละเอียดตามรูปที่ 8) เพื่อให้หน่วยบริการสามารถวางแผนการบริหารงบประมาณและสร้างความมั่นใจว่าจะได้รับเงินชดเชยค่าบริการสุขภาพตามเวลาที่กำหนดได้

REIMBURSEMENT
CALENDAR FOR
OUTPATIENT
AND INPATIENT
SERVICE, FISCAL
YEAR 2019

รูปที่ 8 ตัวอย่างปฏิทิน
แจ้งกำหนดการส่งข้อมูล
และกำหนดการโอนเงินชดเชย
รายเดือน สำหรับข้อมูล
ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
ปีงบประมาณ 2562

ที่ให้บริการ (OP) / จำหน่าย(IP)	วันตัดยอด ออก STM	วันส่งข้อมูล ทันเวลา (PS=0)	6110	6111	6112	6201	6202	6203	6204	205	6206	6207	6208	6209
ต.ค. 61	31 ต.ค.61	30 พ.ย.61	16 พ.ย.61	15 ธ.ค.61	16 ม.ค.62	11 ก.พ.62	11 มี.ค.62	10 เม.ย.62	10 พ.ค.62	10 มิ.ย.62	10 ก.ค.62	10 ส.ค.62	9 ก.ย.62	10 ต.ค.62
พ.ย. 61	31 พ.ย.61	31 ธ.ค.61		15 ธ.ค.61	16 ม.ค.62	11 ก.พ.62	11 มี.ค.62	10 เม.ย.62	10 พ.ค.62	10 มิ.ย.62	10 ก.ค.62	10 ส.ค.62	9 ก.ย.62	10 ต.ค.62
ธ.ค. 61	31 ธ.ค.61	31 ม.ค.62			16 ม.ค.62	11 ก.พ.62	11 มี.ค.62	10 เม.ย.62	10 พ.ค.62	10 มิ.ย.62	10 ก.ค.62	10 ส.ค.62	9 ก.ย.62	10 ต.ค.62
ม.ค. 62	31 ม.ค.62	28 ก.พ.62				11 ก.พ.62	11 มี.ค.62	10 เม.ย.62	10 พ.ค.62	10 มิ.ย.62	10 ก.ค.62	10 ส.ค.62	9 ก.ย.62	10 ต.ค.62
ก.พ. 62	28 ก.พ.62	31 มี.ค.62					11 มี.ค.62	10 เม.ย.62	10 พ.ค.62	10 มิ.ย.62	10 ก.ค.62	10 ส.ค.62	9 ก.ย.62	10 ต.ค.62
มี.ค. 62	31 มี.ค.6	30 เม.ย.62						10 เม.ย.62	10 พ.ค.62	10 มิ.ย.62	10 ก.ค.62	10 ส.ค.62	9 ก.ย.62	10 ต.ค.62
เม.ย. 62	30 เม.ย.62	31 พ.ค.62							10 พ.ค.62	10 มิ.ย.62	10 ก.ค.62	10 ส.ค.62	9 ก.ย.62	10 ต.ค.62
พ.ค. 62	31 พ.ค.62	30 มิ.ย.62								10 มิ.ย.62	10 ก.ค.62	10 ส.ค.62	9 ก.ย.62	10 ต.ค.62
มิ.ย. 62	30 มิ.ย.62	31 ก.ค.62									10 ก.ค.62	10 ส.ค.62	9 ก.ย.62	10 ต.ค.62
ก.ค. 62	31 ก.ค.62	31 ส.ค.62										10 ส.ค.62	9 ก.ย.62	10 ต.ค.62
ส.ค. 62	31 ส.ค.62	25 ก.ย.62											9 ก.ย.62	10 ต.ค.62
ก.ย. 62	25 ก.ย.62	31 ต.ค.62												10 ต.ค.62
หน่วยบริการได้รับเงินชดเชย			30 พ.ย.61	29 ธ.ค.61	31 ม.ค.62	28 ก.พ.62	30 มี.ค.62	30 เม.ย.62	31 พ.ค.62	29 มิ.ย.62	31 ก.ค.62	31 ส.ค.62	28 ก.ย.62	31 ต.ค.62

ที่มา: คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562

4

ผลการดำเนินงาน

result

สปสช. มีแนวทางการจัดสรรและชดเชยค่าบริการสุขภาพที่หลากหลาย ทั้งแบบ
เหมาจ่ายรายหัว การจ่ายตามปริมาณและคุณภาพของการให้บริการ เพื่อให้เหมาะ
สมกับการให้บริการสุขภาพในแต่ละประเภท เป้าหมายก็เพื่อให้หน่วยบริการภาย
ใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับการชดเชยค่าบริการสุขภาพได้อย่างถูก
ต้อง ครบถ้วน ตรงเวลา ตามเงื่อนไขที่กำหนดร่วมกัน หน่วยบริการสุขภาพมีส่วน
ร่วมในการสะท้อนผลจากการชดเชยค่าบริการสุขภาพ และได้รับการยอมรับหน่วย
บริการมากที่สุด เมื่อหน่วยบริการให้การยอมรับการชดเชยค่าบริการสุขภาพจาก
สปสช. ก็จะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นตามชุดสิทธิประโยชน์
ของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป

ผลการดำเนินการที่ผ่านมาของการชดเชยค่าบริการสุขภาพมีทั้งในแง่ของความ
ถูกต้องและครบถ้วนในการเบิกจ่ายงบประมาณ ตรงต่อเวลา และสามารถขยาย
บริการสุขภาพออกไปได้อย่างกว้างขวาง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1

ผลการดำเนินงาน ด้านความถูกต้องและครบถ้วน

ความถูกต้องของการชดเชยค่าบริการสุขภาพ หมายถึง การที่หน่วยบริการส่งข้อมูล
บริการสุขภาพเพื่อขอชดเชยค่าบริการสุขภาพผ่านทางโปรแกรมต่าง ๆ ตามหลัก
เกณฑ์และวิธีการที่ สปสช. กำหนด แล้วข้อมูลเหล่านั้นเข้าสู่กระบวนการชดเชย
ค่าบริการสุขภาพคืนได้ โดยมีกระบวนการตรวจสอบร่วมกัน ดังนั้นโดยสรุป ข้อมูล
ถูกต้อง คือ โปรแกรมสามารถแยกข้อมูลจากหน่วยบริการได้ถูกต้องว่าเป็นข้อมูล
ที่ผ่าน A ถูก Deny หรือติด C

ความครบถ้วนของการชดเชยค่าบริการสุขภาพ หมายถึง ข้อมูลที่หน่วยบริการส่ง
มาเพื่อขอชดเชยค่าบริการสุขภาพผ่านโปรแกรมต่างๆ ของ สปสช. แล้วข้อมูลของ
หน่วยบริการไม่สูญหายไปจากระบบ โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบสถานะ
ของข้อมูลได้จากรายงานผลการตอบกลับข้อมูลเบื้องต้น (REP) ที่ สปสช. แจกกลับ
ไปยังหน่วยบริการสัปดาห์ละ 3 ครั้ง หากหน่วยบริการไม่พบข้อมูลที่เบิกจ่ายไป
แล้วในรายงาน REP ก็สามารถสอบถามมายัง สปสช. ได้ โดยที่ผ่านมายังไม่พบข้อ
ผิดพลาดด้านความไม่ครบถ้วนของข้อมูลจากการทำงานชดเชยค่าบริการสุขภาพ
เลย ดังนั้นโดยสรุป ข้อมูลครบถ้วน คือ ข้อมูลที่หน่วยบริการส่งมาขอชดเชยค่า
บริการสุขภาพ เท่ากับ ข้อมูลที่ สปสช. แจกกลับหน่วยบริการใน REP ทั้งข้อมูล
ผ่าน A ถูก Deny หรือติด C

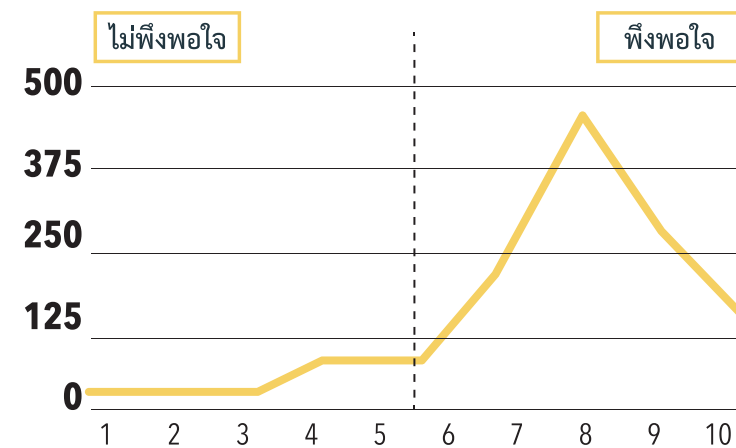
RESULTS FROM THE SATISFACTION SURVEY WITH THE E-CLAIM PROGRAM IN FISCAL YEAR 2017

แผนภูมิที่ 1
ผลการประเมินความพึงพอใจ
ของหน่วยบริการต่อโปรแกรม
e-Claim ปีงบประมาณ 2560

พึงพอใจถึง
89.2%

ตัวชี้วัดที่สำคัญในการติดตามความถูกต้องและความครบถ้วนของการชดเชย
ค่าบริการสุขภาพ คือ ความพึงพอใจของหน่วยบริการที่มีต่อการบันทึกข้อมูลเบิก
จ่ายจากโปรแกรม e-Claim ซึ่ง สปสช. ได้ทำการสำรวจหน่วยบริการเป้าหมายที่
ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ผ่านแบบสำรวจ
ทางอินเทอร์เน็ตปีงบประมาณละ 1 ครั้ง โดยสำรวจมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560
ผลการสำรวจความพึงพอใจครั้งแรกพบว่า มีหน่วยบริการตอบแบบสอบถาม
จำนวน 848 หน่วย จากกลุ่มเป้าหมาย 1,092 หน่วย คิดเป็น 77.6% โดยผู้ตอบ
แบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้บันทึกข้อมูลในโรงพยาบาลชุมชน และให้คะแนน
ความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ที่พึงพอใจถึง 89.2%

โดยมีผลการประเมินความพึงพอใจของหน่วยบริการต่อโปรแกรม e-Claim
ปีงบประมาณ 2560 ดังแผนภูมิที่ 1 ต่อไปนี้



ที่มา: สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ(สจช.) สปสช.

นอกจากนั้นผลการดำเนินงานด้าน
ความถูกต้องและความครบถ้วน
ของการชดเชยค่าบริการสุขภาพจะ
สะท้อนจากการอุทธรณ์ของหน่วย
บริการ การตรวจสอบเวชระเบียน
(audit) ของสำนักตรวจสอบการ
ชดเชยและคุณภาพบริการ (สชช.)
หรือจากหน่วยงานอื่น ๆ ภายใน
สปสช. เช่น สปสช. เขตพื้นที่ ทำให้
เกิดการพัฒนางานด้านการชดเชย
ค่าบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและ
มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4.2

ผลการดำเนินงาน ด้านความตรงเวลา

ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด การโอนงบประมาณค่าชดเชยบริการสุขภาพคืน แก่หน่วยบริการภายใน 15 วัน หลังจากที่ได้ออก statement แจ้งแก่หน่วยบริการ ในแต่ละเดือน ความตรงเวลาของการชดเชยค่าบริการสุขภาพ เป็นการรับรองกับ หน่วยบริการว่า สปสช.จะโอนค่าบริการสุขภาพคืนให้แก่หน่วยบริการได้ภายใน ระยะเวลาที่กำหนด

การจะส่งข้อมูลให้ตรงเวลานี้เป็นผลมาจากการพัฒนาความร่วมมือกันระหว่าง สปสช. กับหน่วยบริการ โดย สปสช. กำหนดให้หน่วยบริการต้องส่งข้อมูลบริการ ให้ทันเวลาภายในสิ้นเดือนของเดือนถัดไปหลังจากให้บริการ หากส่งไม่ทันเวลาก็ จะได้รับการชดเชยค่าบริการสุขภาพได้ไม่เต็มจำนวน ในขณะที่ สปสช. ก็จะต้อง โอนค่าบริการคืนให้หน่วยบริการตรงเวลา เพื่อให้หน่วยบริการสามารถวางแผน ทางด้านการเงินได้ ทั้งนี้ในแต่ละปีงบประมาณ สปสช. จะกำหนดวันที่ตัดยอดข้อมูล ที่ออก statement วันส่งข้อมูลทันเวลา และวันที่หน่วยบริการจะได้รับโอนเงิน ชดเชยค่าบริการสุขภาพไว้ในคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดัง แสดงในรูปที่ 8 ในหัวข้อที่ 3.4 ข้างต้น

สปสช. กำหนดตัวชี้วัดว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim ได้รับการ โอนเงินกองทุนตรงตามเวลาที่กำหนดอย่างน้อย 90% ในแต่ละปีงบประมาณ ซึ่งที่ผ่านมา สปสช. สามารถโอนงบประมาณได้ตรงตามเป้าหมายที่กำหนด ผล สำเร็จที่เกิดขึ้นนี้มาจากความร่วมมือระหว่างสำนักบริหารการจัดสรรและชดเชย ค่าบริการ (สจช.) และสำนักการเงินและบัญชีกองทุน (สบก.) ที่พยายามตรวจสอบ ข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วนภายในระยะเวลา 15 วัน หลังจากที่ได้ออก statement ผล งานการโอนเงินชดเชยค่าบริการสุขภาพของ สปสช. ในปีงบประมาณ 2561 สามารถทำได้ตรงเวลาถึง 98.37%

ผลงานการโอนเงินชดเชย
ค่าบริการสุขภาพของ สปสช.
ในปีงบประมาณ 2561

สามารถทำได้
ตรงเวลาถึง

98.37%

ที่มา: สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชย
ค่าบริการ(สจช.) สปสช.

4.3

ผลการดำเนินงาน ด้านการขยาย บริการสุขภาพ

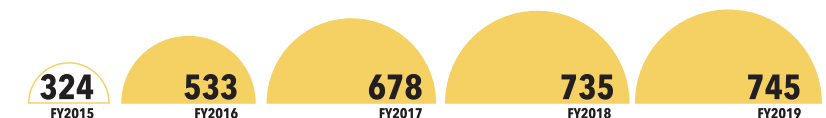
แผนภูมิที่ 3 จำนวนหน่วย
บริการที่เบิกค่าบริการคุม
กำเนิดกึ่งถาวรผ่านโปรแกรม
e-Claim ปีงบประมาณ
2558 -2562 (6 เดือน)

หน่วยบริการจัดบริการ
คุมกำเนิดกึ่งถาวร
เพิ่มขึ้นในเวลา 5 ปี เป็น

745 แห่ง

ดังที่กล่าวในตอนต้นว่าการจัดสรรงบประมาณค่าบริการสุขภาพแก่หน่วยบริการ แบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) อาจส่งผลให้หน่วยบริการไม่จัดบริการที่มีราคา แพง เนื่องจากจะไปกระทบต่อต้นทุนบริการรวมของหน่วยบริการ ดังนั้น สปสช. จึงกำหนดให้มีการจ่ายชดเชยค่าบริการสุขภาพสำหรับบริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่าย สูงเพิ่มเติม โดยส่วนใหญ่จะจ่ายแบบ fee schedule ตามเงื่อนไขและราคาที่ สปสช. กำหนด

NUMBER OF HEALTH FACILITIES REIMBURSED FOR LARC
THROUGH E-CLAIM FROM FISCAL YEAR 2015 TO
THE FIRST HALF OF FISCAL YEAR 2019



ที่มา: สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ สปสช.

ตัวอย่างหนึ่งที่เป็นรูปธรรมคือ จำนวนสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่คุมกำเนิดด้วยวิธีการ ใส่ห่วงคุมกำเนิดและการฝังยาคุมกำเนิดมีแนวโน้มลดลงภายหลังมีระบบหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากเวชภัณฑ์คุมกำเนิดกึ่งถาวร (ห่วงคุมกำเนิดและ ยาฝังคุมกำเนิด) มีราคาแพงกว่าเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบชั่วคราว (ยาคุมกำเนิดและ ถุงยางอนามัย) สปสช. จึงได้แยกการจ่ายชดเชยค่าบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรออก จากบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานที่จ่ายแบบ capitation มาจ่ายแบบ fee schedule ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 ส่งผลให้มี หน่วยบริการจัดบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรเพิ่มขึ้นจาก 324 แห่ง เป็น 745 แห่ง ภายในระยะเวลา 5 ปี ดังแผนภูมิที่ 3

5

ปัจจัยความสำเร็จ และประเด็นท้าทาย ต่อการชดเชย ค่าบริการสุขภาพ

ในการชดเชยค่าบริการสุขภาพมีทั้งปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินการและความท้าทายที่เกิดขึ้นในการดำเนินการซึ่ง สปสช. จะต้องนำไปเป็นบทเรียนในการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการชดเชยค่าบริการสุขภาพต่อไป โดยปัจจัยความสำเร็จของงานชดเชยค่าบริการสุขภาพ คือ บุคลากรภายในของ สปสช. ที่มีใจรักในการทำงาน และพัฒนาระบบการทำงานอยู่เสมอ ทั้งยังมีการสร้างภาคีเครือข่ายกับนักวิชาการ หน่วยบริการอย่างเข้มแข็ง และการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาเป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน

ส่วนประเด็นความท้าทายของงานชดเชยค่าบริการสุขภาพ คือ การถ่ายทอดองค์ความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินงานจากบุคลากรรุ่นเก่าและรุ่นใหม่ รวมทั้งปัจจุบันเทคโนโลยีใหม่ๆ ทางการแพทย์เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วกว่ากระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. และหน่วยบริการมีปัญหาในเรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศ ขาดความเชื่อมโยงของระบบฐานข้อมูลสุขภาพในระดับประเทศ

5.1

ปัจจัยความสำเร็จ

การชดเชยค่าบริการสุขภาพเป็นระบบการจ่ายงบประมาณเพื่อเสริมระบบการจัดสรรค่าบริการสุขภาพแบบรายหัว โดยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติการชดเชยค่าบริการสุขภาพทำหน้าที่ในการสนับสนุนให้หน่วยบริการจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นตามชุดสิทธิประโยชน์ให้แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันความเสี่ยงทางการเงินแก่หน่วยบริการจากการจัดสรรค่าบริการสุขภาพแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งการทำให้ระบบชดเชยค่าบริการสุขภาพเป็นไปอย่างสมบูรณ์ต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้



5.1.1

บุคลากรของ สปสช.

บุคลากรของ สปสช. ที่ทำงานด้านการจัดสรรและชดเชยค่าบริการสุขภาพในยุคแรกสังสมประสบการณ์การทำงานด้านนี้มาตั้งแต่ก่อตั้ง สปสช. และยังทำงานกันอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ทำให้เข้าใจในเนื้อหา งาน นอกจากนี้บุคลากรกลุ่มนี้ยังรักองค์กรและพร้อมพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้นอยู่เสมอ โดยมีการพัฒนาระบบงานเพื่อสนองตอบการทำงานของ สปสช. อยู่ตลอดเวลา ดังเช่นปัจจุบันได้สร้างหน้าตา รายงานผลการเบิกจ่ายอุปกรณ์ (instrument) จากโปรแกรม e-Claim เป็น fact sheet เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้บริหารหรือหน่วยงานต่างๆ สามารถทำข้อมูลเบื้องต้นที่มีการเบิกจากโปรแกรม e-Claim ไปใช้ในการศึกษาวิจัยหรือตัดสินใจเชิงนโยบายได้อย่างรวดเร็ว

สปสช. ยังถือเป็นกองทุนประกันสุขภาพกองทุนแรกที่ทำคู่มือแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพเพื่อแจกจ่ายให้แก่หน่วยบริการ นอกจากนั้นยังมีการประชุมชี้แจงแนวทางการเบิกจ่ายค่าบริการสุขภาพให้แก่หน่วยบริการเป็นประจำทุกปี เพื่อให้หน่วยบริการสามารถเบิกจ่ายได้อย่างถูกต้องตรงเวลา ซึ่งการมีคู่มือและแนวปฏิบัติเหล่านี้ ได้สร้างความโปร่งใสในการเบิกจ่ายงบประมาณระหว่างหน่วยบริการด้วยกัน และระหว่างหน่วยบริการกับ สปสช. ด้วย เนื่องจากคู่มือแนวทางปฏิบัติเหล่านี้จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการและ สปสช. เข้าใจแนวทางในการเบิกจ่ายงบประมาณเหมือนกัน รวมทั้งดำเนินการในการเบิกจ่ายงบประมาณไปในแนวทางเดียวกัน



5.1.2

การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายต่างๆ

หลักการทำงานของ สปสช. ตั้งอยู่บนหลักการของการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ตั้งแต่ต้นกวีวิชาการด้านการแพทย์สาธารณสุข ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพและภาคประชาสังคมต่างๆ ในเรื่องการชดเชยค่าบริการสุขภาพแก่หน่วยบริการก็ใช้หลักการทำงานดังกล่าวเช่นกัน

ในเรื่องการชดเชยค่าบริการสุขภาพ สปสช. มอบหมายให้ สจช. ทำหน้าที่ดังกล่าว โดยในทางปฏิบัติ สจช. จะสร้างเครือข่ายทางวิชาการกับหน่วยงานและผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ต่างๆ เพื่อมาร่วมกันกำหนดแนวทางหรือเงื่อนไขการเบิกจ่าย กำหนดมาตรฐานของอุปกรณ์ทางการแพทย์ กำหนดแนวทางการประมวลผลข้อมูลจากหน่วยบริการ จัดทำข้อมูลประกอบการเบิกจ่าย ไปจนถึงการเป็นหน่วยรับเรื่องการอุทธรณ์ของหน่วยบริการ

นอกจากมีการสร้างภาคีเครือข่ายทางวิชาการแล้ว ยังสร้างภาคีเครือข่ายกับหน่วยบริการด้วย โดยมีการจัดประชุมเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลของหน่วยบริการ การสร้างระบบการแก้ปัญหาการใช้งานโปรแกรม e-Claim ผ่านเว็บบอร์ดของงาน e-Claim หรือ social media ต่าง ๆ

นอกจากนั้น สจช. ยังเชิญแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ และแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนแนวทางในการเบิกจ่ายและพัฒนาระบบการเบิกจ่ายให้สามารถตอบสนองต่อหน่วยบริการได้อย่างแท้จริง



5.1.3

การใช้เทคโนโลยีเข้ามาสนับสนุนการดำเนินงาน

เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรับผิดชอบการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนกว่า 48 ล้านคน ทำให้ต้องมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อมาบริหารจัดการข้อมูลบริการสุขภาพและข้อมูลการเบิกจ่าย ข้อมูลการชดเชยค่าบริการสุขภาพ ที่มีปริมาณมหาศาลในแต่ละปี โดย สปสช. มอบหมายให้ สจช. ทำหน้าที่บริหารจัดการข้อมูลเหล่านี้เพื่อนำมาใช้ในการเบิกจ่ายงบประมาณแก่หน่วยบริการต่างๆ และเนื่องจากภาระงานของ สจช. มีมาก ประกอบกับบุคลากรของ สจช. มีอยู่อย่างจำกัด ทำให้ต้องพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อนำมาบริหารจัดการข้อมูลการเบิกจ่ายงบประมาณ เช่น โปรแกรม e-Claim หรือโปรแกรมอื่นๆ เพื่อนำมาบริหารจัดการข้อมูลเพื่อนำเสนอผู้บริหารได้อย่างทันทั่วทั้งที่

5.2

ประเด็นท้าทาย

5.2.1

การถ่ายทอดองค์ความรู้ของบุคลากร

เนื่องจากบุคลากรของ สปสช. และ สจช. มีมากขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งบุคลากรที่ทำงานแต่เดิมเริ่มเข้าสู่วัยเกษียณทำให้ต้องมีการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะต่างๆ จากบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญไปสู่บุคลากรรุ่นใหม่เพื่อให้การทำงานมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพอยู่ตลอดเวลา โดยการถ่ายทอดองค์ความรู้มีตั้งแต่ การถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านการปฏิบัติงานจริง นอกจากนั้น สจช. ยังใช้คู่มือและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการเบิกจ่ายงบประมาณและการจัดการระบบฐานข้อมูลที่ได้จัดทำขึ้นเพื่อแจกจ่ายไปยังหน่วยบริการต่างๆ เป็นสื่อในการถ่ายทอดองค์ความรู้อีกด้วย



5.2.2

การตอบสนองต่อความต้องการของหน่วยบริการ

ชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. อาจจะไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีทางการแพทย์ กล่าวคือ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ชุดสิทธิประโยชน์แนวทางในการรักษา ยา เวชภัณฑ์และวัสดุทางการแพทย์ต่างๆ จะถูกพิจารณาให้ความเห็นชอบให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกระบวนการในการนำชุดสิทธิประโยชน์ ยาหรือเวชภัณฑ์ดังกล่าวเข้ามาบรรจุเป็นสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะใช้ระยะเวลายาวนาน ผ่านการพิจารณาจากภาคีเครือข่ายต่างๆ แต่ในปัจจุบันองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาทำให้หน่วยบริการมีทางเลือกในการดูแลรักษาผู้ป่วยมากขึ้น โดยอาจจะใช้เทคนิคการรักษาใหม่ ใช้อาหรือวัสดุทางการแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. ส่งผลให้หน่วยบริการที่เลือกแนวทางการรักษา ยา หรือวัสดุทางการแพทย์ที่ไม่ถูกกำหนดเป็นชุดสิทธิประโยชน์ จะไม่ได้รับการชดเชยค่าบริการสุขภาพ หรือหน่วยบริการอาจไปเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินนี้จากผู้รับบริการได้



5.2.3

ระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการ

หน่วยบริการที่ให้บริการประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีทั้งหน่วยบริการที่อยู่ในภาครัฐและเอกชน ซึ่งปัจจุบันมีกว่าหมื่นแห่งทั่วประเทศ ทำให้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและฐานข้อมูลของหน่วยบริการมีความสำคัญมาก เนื่องจากระบบเหล่านี้จะบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการทรัพยากรของหน่วยบริการ ข้อมูลการวิเคราะห์สถานะทางสุขภาพของประชาชน ไปจนถึงการใช้ในการส่งข้อมูลการให้บริการไปยังหน่วยงานภายนอกในรูปแบบรายงานสุขภาพหรือการเรียกเก็บค่าบริการจากกองทุนต่างๆ

โดยปัจจุบันหน่วยบริการส่วนใหญ่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและฐานข้อมูลภายในของตนเอง (Health Informative System; HIS) แล้ว เพื่อใช้ในการให้บริการผู้ป่วยหรือการบริหารจัดการภายในหน่วยบริการ แต่ปัญหาที่พบคือ HIS ของแต่ละหน่วยบริการยังไม่สามารถเชื่อมถึงกันได้ เพราะระบบคอมพิวเตอร์ของแต่ละหน่วยบริการมีความแตกต่างกันมาก บุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมีความรู้ความเข้าใจที่แตกต่างกันไปในแต่ละหน่วยบริการ รวมทั้งยังไม่มีการทำชุดข้อมูลมาตรฐาน (standard data set) สำหรับทุกโปรแกรม และไม่มีการแจ้งแนวทางในการลงข้อมูลให้กับหน่วยบริการ

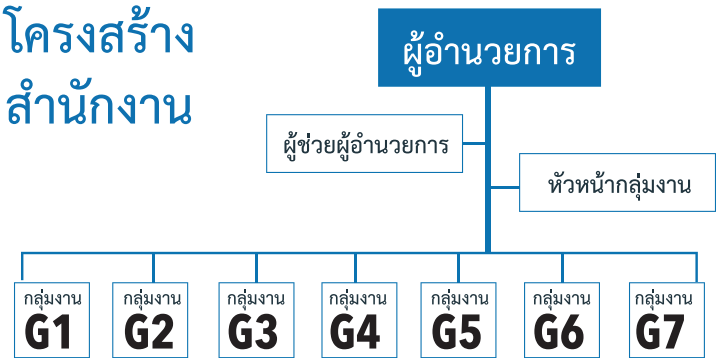
ในปีงบประมาณ 2562 สปสช. พบว่าหน่วยบริการส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจวิธีการลงข้อมูลบริการในฐานข้อมูล 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้การเบิกจ่ายค่าบริการฝากครรภ์และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหน่วยบริการค่อนข้างต่ำ สปสช.จึงได้ขอความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขและศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC) ในการพัฒนาคู่มือแนวทางการลงข้อมูล 43 แฟ้ม และการบูรณาการฐานข้อมูลต่างๆ ที่มีเข้าด้วยกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการส่งข้อมูลของหน่วยบริการ

สำนักบริหารการจัดสรร
และชดเชยค่าบริการ (สจช.)

ประวัติความเป็นมา: สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ (สจช.) จัดตั้งขึ้นตามประกาศการจัดส่วนงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2555 โดยรวมภารกิจของสำนักบริหารการจัดสรร และสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ เข้าด้วยกัน ภายใต้กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน (Cluster 2) โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

- 1. พัฒนาระบบการจ่ายชดเชยและตรวจสอบการจ่ายชดเชย
- 2. สร้างระบบการตรวจสอบและบริหารการจ่ายชดเชยให้เป็นมาตรฐาน
- 3. จัดระบบสนับสนุนการจ่ายชดเชยที่มีประสิทธิภาพ
- 4. ชดเชยค่าบริการให้แก่หน่วยบริการอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเป็นธรรม

โครงสร้าง
สำนักงาน



- G1 กลุ่มงานบริหารระบบจัดสรรและบริหารกองทุน
- G2 กลุ่มงานบริหารระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)
- G3 กลุ่มงานบริหารระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์สิทธิอื่นและโปรแกรม e-Claim
- G4 กลุ่มงานบริหารระบบการจ่ายชดเชยกรณีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินตามมาตรา 7
- G5 กลุ่มงานบริหารข้อมูลการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์
- G6 กลุ่มงานบริหารยุทธศาสตร์และสนับสนุนภารกิจหลัก
- G7 กลุ่มงานบริหารระบบการเบิกจ่ายชดเชยกรณีโรคเฉพาะ

สำนักบริหารการจัดสรร
และชดเชยค่าบริการ
มีความมุ่งมั่น
ในการพัฒนาระบบบริหารงาน
คุณภาพอย่างต่อเนื่อง
เพื่อเป็นหน่วยงานที่เป็นเลิศ
และมีมาตรฐานด้าน
การจัดสรรและการจ่ายชดเชย
ค่าบริการสาธารณสุข
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เป็นที่ยอมรับจากหน่วยบริการ
ภายในปี 2564

เป้าประสงค์ (GOAL)

- 1. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรและชดเชยค่าบริการได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลาที่กำหนด
- 2. รับฟัง/ตอบสนองต่อปัญหาของหน่วยบริการได้รวดเร็วอย่างมีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับจากหน่วยบริการ

วิสัยทัศน์

เป็นหน่วยงานเป็นเลิศและมีมาตรฐานด้านการจัดสรรและการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นที่ยอมรับจากหน่วยบริการ ภายในปี 2564

ยุทธศาสตร์

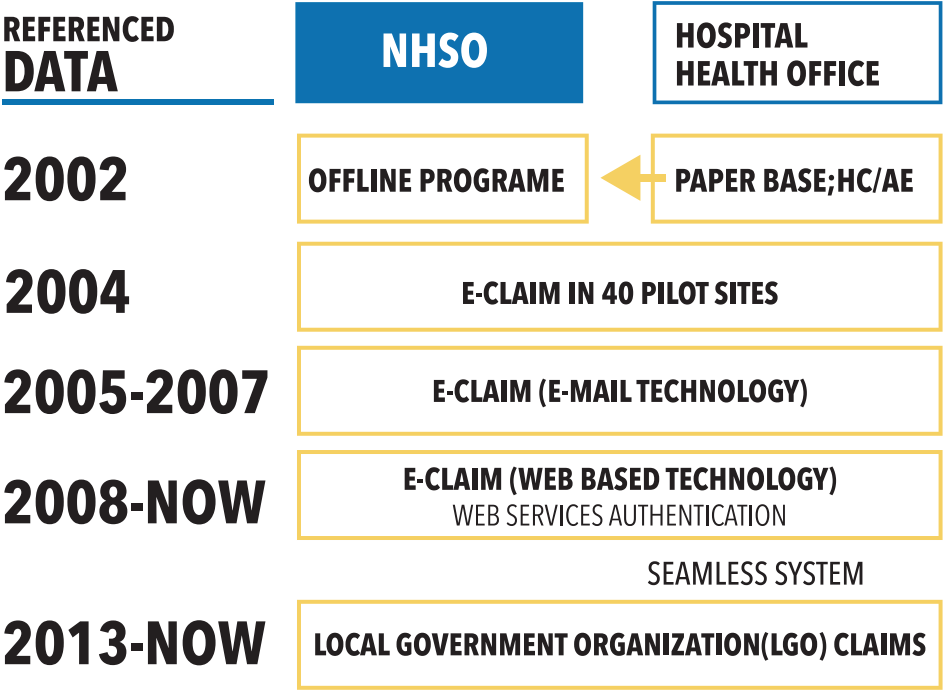
บริหารการจัดสรรและจ่ายชดเชยอย่างมีประสิทธิภาพและมีส่วนร่วมจากหน่วยบริการ



กลยุทธ์

- 1. พัฒนาระบบการจัดสรรและจ่ายชดเชยอย่างมีส่วนร่วม โดยใช้หลักธรรมาภิบาล มีเทคโนโลยีที่ทันสมัยและเป็นมาตรฐาน
- 2. ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมของสำนักเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

วิวัฒนาการของ
โปรแกรม e-Claim



1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; ม.ป.ป.

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; ม.ป.ป.

3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการใช้งานโปรแกรมระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim User Manual). ม.ป.ท.: ม.ป.ป.

4. สำนักงานนายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. การจัดการบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ. 2558. ม.ป.ท.: ม.ป.ป.

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
นายแพทย์วิจารณ์ ตั้งเจริญเสถียร
เภสัชกรหญิง ดร. วลัยพร พัทธนฤมล

นักวิจัย

นายแพทย์นิธิวัชร เรืองแสง
นางสาววรรณ วิทยาพิภพสกุล
นายแพทย์ณัฐดนัย รัชตะนาวิน

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา
นางประทีป นัยนา
นางสาวแคทลียา คงสุภาพศิริ
นางสาวนิภาภรณ์ ฮวบเจริญ



