สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การประชุมชี้แจง

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิอื่น ปีงบประมาณ ๒๕๗๐



พญ.พรรษพร เจริญสกุลวงค์

ผู้ช่วยเลขาธิการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Claim Academy
by สปสช.



หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2570

สำนักตรวจสอบก่อนจ่าย กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน
ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตุลาคม 2569

Claim Academy
by สปสช.

ภาพรวมการจ่ายงบประมาณ สปสช.

ใช้หลายกลไกการจ่าย เพื่อให้เหมาะกับลักษณะบริการแต่ละประเภท

สปสช
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ปัจจัยที่กำหนดกลไกการจ่าย

- ประเภทบริการ
- ความเสี่ยงทางการเงิน
- ปริมาณและความถี่ในการใช้บริการ
- คุณภาพและผลลัพธ์สุขภาพ

~ 26%

จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว
(Capitation)



บริการผู้ป่วยนอก (OP)



บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

~ 28%

จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
(DRGs)



บริการผู้ป่วยใน (IP)

(บริหารผ่านวงเงิน Global Budget ระดับเขต)

~ 39%

จ่ายตามผลงานการให้บริการ
(Fee Schedule / Other)



บริการกรณีเฉพาะ
เช่น บริการภาพวินิจฉัย หัตถการเฉพาะ



บริการเฉพาะโรค/เฉพาะกลุ่ม
เช่น HIV/ไตวายเรื้อรัง โรคเรื้อรังอื่น ๆ

~ 7%

จ่ายแบบอื่น ๆ
(Other Payment)

- บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- บริการนวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพ
- บริการอื่น ๆ ตามนโยบายสำคัญ เช่น ม.41

จ่ายตรงแบบเป็นเงิน
เช่น ค่ายา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์

จ่ายตรงแบบสิ่งของ/บริการ
เช่น วัคซีน อุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือบริการเฉพาะ

ออกแบบกลไกการจ่ายอย่างเหมาะสม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น
หน่วยบริการได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และใช้เงินกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพ

Claim Academy by สปสช.

กรอบเนื้อหา

การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



1 หลักการทั่วไปในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. แนวคิดการบริหารกองทุนและงบประมาณภาพรวม
2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการจ่ายเงิน ประกอบด้วย DRG/ ICD/ RW/ AdjRW / Base Rate
3. การจัดทำข้อมูลเพื่อส่งเบิกและการแก้ไขข้อมูล การทบทวนแก้ไขข้อมูล
4. การตรวจสอบก่อนจ่าย (AI Pre Audit)
5. ปฏิทินการลดการจ่ายและการจ่ายเกิน
6. การตรวจสอบหลังจ่าย
7. การชดเชยกรณีค่าใช้จ่าย หรือการปฏิเสธการจ่าย
8. นิยาม ตัวชี้วัด และการเบิกจ่าย
9. อื่น ๆ ...

2 หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงิน

1. กองทุนผู้ป่วยนอก : OP (ทั้งในหน่วยบริการประจำ, นอกหน่วยบริการประจำ และเบิกจ่ายยา) สปสช. กทม.
2. กองทุนผู้ป่วยใน : IP
3. กองทุนกลาง : CR
4. ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
5. ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (การบำบัดทดแทนไต)
6. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค : PP
7. ค่าบริการพื้นฐานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
8. ค่าบริการเขต กทม.
9. บริหารกองทุนระดับจังหวัด
10. การบริหารระดับกลุ่มย่อย และข้อกำหนดส่วนรวม



Claim Academy
by สปสช.

หลักการทั่วไปในการจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

เข้าใจหลักเกณฑ์ จัดทำข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อให้ได้รับค่าใช้จ่ายตามสิทธิ

1 เข้าใจหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงิน

ศึกษาหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงินในแต่ละกองทุนและประเภทบริการ



2 ใช้วิธีการส่งข้อมูลตามที่กำหนด

ส่งข้อมูลด้วยโปรแกรมและช่องทางที่ สปสช. กำหนด และดำเนินการตามขั้นตอนที่ถูกต้อง



3 จัดทำรายงานและการแก้ไขข้อมูล

จัดทำรายงานเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและกรณีพบข้อผิดพลาด ให้ดำเนินการอุทธรณ์หรือแก้ไขข้อมูลตามขั้นตอน



- ตรวจสอบความถูกต้อง
- วิเคราะห์ความผิดปกติ
- ดำเนินการแก้ไข/อุทธรณ์ตามระยะเวลาที่กำหนด

4 เข้าใจรายงานการเงิน

ตรวจสอบผลการจ่ายเงินจากรายงานการเงิน เพื่อยืนยันว่าหน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายถูกต้อง ครบถ้วน



- ตรวจสอบยอดการจ่ายเงิน
- เปรียบเทียบกับข้อมูลที่ส่ง
- วิเคราะห์รายการที่ไม่จ่ายหรือจ่ายไม่ครบ
- ใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนและปรับปรุงการส่งข้อมูลในครั้งต่อไป

จัดทำข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และส่งทันตามกำหนด

เพื่อให้หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา

Claim Academy
by สปสช.

หลักการจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

การให้บริการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย **ต้องอยู่ภายในขอบเขตและสิทธิประโยชน์ของผู้มีสิทธิ**



ให้บริการแก่ประชาชน
ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
โดยยึดหลัก

- ตรวจสิทธิ
- ตรงตามสิทธิ และเงื่อนไข
- บันทึกข้อมูล ครบถ้วน ถูกต้อง



1 ผู้มีสิทธิใช้เข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำตามทะเบียน

ยกเว้นในกรณีเหตุจำเป็น เจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือกรณีที่มีเหตุสมควร สามารถเข้ารับบริการที่อื่นได้



- ตรวจสอบสิทธิของผู้รับบริการทุกครั้ง
- ให้บริการตามประเภทบริการที่หน่วยบริการมีศักยภาพ
- บันทึกข้อมูลจริง ครบถ้วน และถูกต้อง

2 ผู้มีสิทธิใช้สิทธิอื่นได้ เมื่อมีเหตุจำเป็น

ในกรณีที่ต้องการใช้สิทธิตามกฎหมายอื่น เช่น พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ หรือกองทุนอื่น ๆ ต้องใช้สิทธิตามสิทธิ์นั้นก่อน



- กรณีอุบัติเหตุจากรถ ใช้สิทธิ พ.ร.บ. ก่อน
- กรณีสิทธิอื่นที่มีกฎหมายกำหนด ใช้สิทธินั้นก่อน
- หากไม่เข้าหลักเกณฑ์ จึงใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

3 เข้ารับบริการที่อื่นได้ในกรณีเหตุจำเป็น

สามารถเข้ารับบริการสถานบริการอื่นได้ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือกรณีเหตุอันสมควร (มาตรา 7 และ UCEP)



- กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน เข้ารับบริการได้ทุกที่ (UCEP)
- กรณีเหตุจำเป็นอื่น ตามมาตรา 7
- บันทึกข้อมูลตามเงื่อนไขและแนวทางที่กำหนด

“ **จัดทำข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และสอดคล้องกับสิทธิประโยชน์ของผู้มีสิทธิ**
เพื่อให้การจ่ายเงินเป็นไปอย่างถูกต้อง โปร่งใส **และเป็นธรรม** ”

Claim Academy
by สปสช.

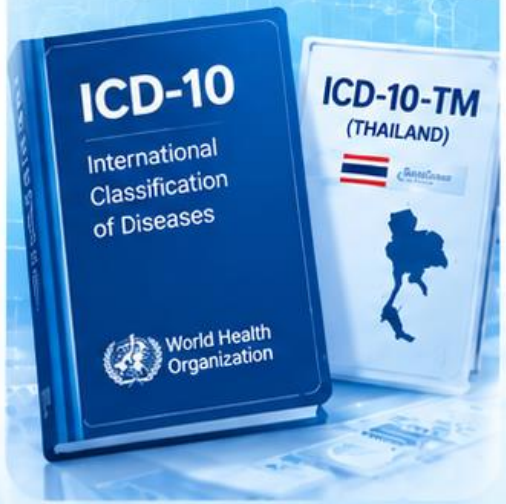
เกณฑ์การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

ข้อมูลต้องถูกต้อง ครบถ้วน ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อให้ได้รับการจ่ายเงินอย่างราบรื่น



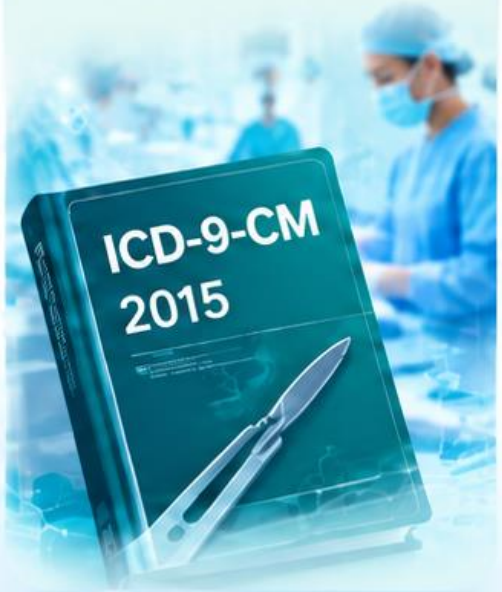
1 ใช้รหัสวินิจฉัยโรคตามมาตรฐานสากล

ใช้รหัส ICD-10 ของ WHO ปี 2018 และ ICD-10-TM ของประเทศไทย



2 ใช้รหัสการทำหัตถการและหลักการตาม ICD9-CM

ใช้รหัสการทำหัตถการตาม ICD9-CM ปี 2015



3 กรณีที่รับตัวผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 2 ชั่วโมง

ให้บันทึกข้อมูลเป็น ผู้ป่วยนอก ยกเว้นกรณีที่มีชนิดการจำหน่ายเป็น Dead, Refer, Escape หรือ Against Advice ให้สามารถส่งข้อมูลเป็นผู้ป่วยในได้



- **Dead** เสียชีวิต
- **Refer** ส่งต่อ
- **Escape** หลบหนี
- **Against Advice** ไม่รับคำแนะนำ

4 กรณีไม่อยู่นานใน รพ. เกิน 24 ชั่วโมง

ถือเป็นการลากลับบ้าน (Leave day) และต้องทำการจำหน่ายออกจากการ Admit ครั้งนั้น



5 จัดทำ Catalogue และบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายเป็นรายการการ

สำหรับการเบิกจ่ายในกรณีที่ สปสช. กำหนด ให้แยกตามหมวดรายการ ได้แก่ Drug catalog และ Service catalog



“ จัดทำข้อมูลตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อให้การเบิกจ่ายถูกต้อง รวดเร็ว และเป็นธรรม ”

Claim Academy by สปสช.

เกณฑ์การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย (ต่อ)

การให้บริการผู้ป่วยนอก และการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6 การให้บริการผู้ป่วยนอก แล้วส่งมารับไว้เป็นผู้ป่วยใน

ภายใน 24 ชั่วโมง
ให้ขอรับค่าใช้จ่ายเป็นผู้ป่วยใน



กรณีส่งมารับไว้เป็นผู้ป่วยในภายใน 24 ชั่วโมง ให้ขอรับค่าใช้จ่ายเป็นผู้ป่วยใน

7 บริการแบบผู้ป่วยในแก่ผู้รับบริการ ให้ติดต่อกันต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 270 วัน

นับแต่วันที่หน่วยบริการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน (Split admit)

7.1 ผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องครบ 270 วัน และจำเป็นต้องรักษาต่อ

ให้หน่วยบริการยังคงเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล 270 วันแรกได้ทันที โดยถือเสมือนเป็นการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge)



- สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล 270 วันแรกได้ทันที
- ถือเสมือนเป็นการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge) เพื่อเริ่มรอบการนับใหม่

7.2 การรักษาหลังจาก 270 วัน

ให้ถือเสมือนเป็นการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในครั้งใหม่ (Admit)



- หลังครบ 270 วัน
- ให้ถือเสมือนเป็นการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในครั้งใหม่ (Admit)
- เริ่มการนับสิทธิและการเบิกจ่ายรอบใหม่ตามหลักเกณฑ์เดิม

จัดทำข้อมูลการให้บริการตามเกณฑ์อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นไปตามสิทธิที่กำหนด
เพื่อให้ได้รับค่าใช้จ่ายอย่างรวดเร็ว และลดความเสี่ยงในการถูกปรับลด

Claim Academy
by สปสช.

เกณฑ์การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย (ต่อ)

ส่งข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง ตามกำหนดเวลา และผ่านการตรวจสอบ



8 การจ่ายค่าใช้จ่าย

จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือน (Sent date)



หน่วยบริการ ส่งข้อมูล แต่ละเดือน → สปสช. รับข้อมูล ตาม Sent date → จ่ายเงิน ตามข้อมูล ที่ส่งมา

9 การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย ของปีงบประมาณ 2570

9.1 ข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 16 กันยายน 2569 – 15 กันยายน 2570

16 ก.ย. 2569 — 15 ก.ย. 2570

9.2 ส่งภายในวันที่ **31 ธันวาคม 2570**

ส่งข้อมูลภายใน 31 ธ.ค. 2570



ข้อควรระวัง

- ส่งข้อมูลครบถ้วนภายในกำหนดเวลา
- ตรวจสอบความถูกต้องก่อนส่ง
- หากส่งล่าช้า อาจกระทบต่อการจ่ายเงิน

10 ระบบตรวจสอบข้อมูล ก่อนและหลังการจ่าย

AI IP Pre-audit (ก่อนการจ่าย)



- ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการจ่าย
- ช่วยลดความผิดพลาด
- ทำให้การจ่ายเงินรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

Post-audit (หลังการจ่าย)



- ตรวจสอบความถูกต้องหลังการจ่ายเงิน
- ตรวจจับความผิดปกติหรือการทุจริต
- นำไปสู่การปรับปรุงระบบและการบริหารจัดการที่ดีขึ้น

Claim Academy by สปสช.

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ผ่านระบบข้อมูลมาตรฐาน และช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-Claim)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1 หน่วยบริการ

บันทึกและจัดส่งข้อมูลการให้บริการ



- บันทึกข้อมูลการให้บริการ
- ตรวจสอบความถูกต้อง
- ส่งข้อมูลตามมาตรฐานที่กำหนด

2 ช่องทางการส่งข้อมูล

ส่งข้อมูลผ่านระบบมาตรฐาน e-Claim หรือช่องทางที่กำหนด



- ผ่านระบบ e-Claim
- ผ่าน NHSO Health Platform
- หรือโปรแกรมอื่นตามที่กำหนด

3 ระบบรับข้อมูลของ สปสช.

รับและประมวลผลข้อมูลจากหน่วยบริการ



- รับข้อมูลอัตโนมัติ
- ตรวจสอบรูปแบบข้อมูล
- เชื่อมต่อกับฐานข้อมูลหน่วยบริการ

4 ตรวจสอบความถูกต้อง

หน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสาร/ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อการตรวจสอบ



- ตรวจสอบข้อมูลตามหลักเกณฑ์
- เอกสารประกอบครบถ้วน
- กรณีจำเป็นอาจมีการสอบทานหรือขอข้อมูลเพิ่มเติม

5 จัดสรรและจ่ายเงิน

เมื่อผ่านการตรวจสอบครบถ้วน จึงดำเนินการจัดสรรและจ่ายเงินตามหลักเกณฑ์



จ่ายเงินเข้าหน่วยบริการ

หลักการสำคัญ

- ใช้ข้อมูลมาตรฐานที่กำหนด
- ส่งข้อมูลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Claim) หรือช่องทางที่ สปสช. กำหนด
- หน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อการตรวจสอบและยืนยันการจ่ายเงิน

เป้าหมาย

- ให้หน่วยบริการได้รับค่าชดเชยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเป็นธรรม
- ลดภาระงานเอกสาร
- เพิ่มความโปร่งใสและตรวจสอบได้



Claim Academy by สปสช.

รอบการออกรายงานการประมวลผล และออกรายงานการโอนเงิน

หน่วยบริการตรวจสอบกำหนดการ เพื่อวางแผนการเบิกจ่ายและการรับเงิน

เดือน STM	งวดที่	งวด STM	ตัดรอบ STM (T)	Pre-Audit ตรวจสอบ	ข้อมูลทางบัญชี (ตผจ.)	โอนเงินให้หน่วยบริการ (KTB)
			ก้าหนด 5 วัน	ก้าหนด 2 วัน	ก้าหนด 2 วัน	ก้าหนด 3 วัน
ต.ค. 69	3	6910 CP 01	18/10/2569	20/10/2569	22/10/2569	25/10/2569
	4	6910 CP 02	3/11/2569	5/11/2569	7/11/2569	10/11/2570
	5	6910 IP	7/11/2569	9/11/2569	11/11/2569	14/11/2569
พ.ย. 69	6	6911 CP 01	18/11/2569	20/11/2569	22/11/2569	25/11/2569
	7	6911 CP 02	3/12/2569	5/12/2569	7/12/2569	10/12/2569
	8	6911 IP	7/12/2569	9/12/2569	11/12/2569	14/12/2569
ธ.ค. 70	18	7003 CP 01	18/03/2570	20/03/2570	22/03/2569	25/03/2570
	19	7003 CP 02	3/04/2570	5/04/2570	7/04/2569	10/04/2570
	20	7003 IP	7/04/2570	9/04/2570	11/04/2569	14/04/2570
เม.ย. 70	21	7004 CP 01	18/05/2570	20/01/2043	22/04/2569	25/04/2570
	22	7004 CP 02	3/06/2570	5/05/2570	7/05/2569	10/05/2570
	23	7004 IP	7/06/2570	9/06/2570	11/06/2569	14/06/2570



1 ตัดรอบ STM (T)
หน่วยบริการส่งข้อมูลตามกำหนด (5 วัน)

2 Pre-Audit ตรวจสอบ
ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น (2 วัน)

3 ข้อมูลทางบัญชี (ตผจ.)
จัดทำข้อมูลบัญชี (2 วัน)

4 โอนเงินให้หน่วยบริการ (KTB)
ดำเนินการโอนเงิน (3 วัน)

เป้าหมายและขอบเขตการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ 2570)

เพื่อความชัดเจน รวดเร็ว และครอบคลุมการประมวลผลข้อมูลภายใน

15 รอบงวดรายงานทุก 15 วัน

ครอบคลุม e-Claim (กรณีสปสช. OP) และข้อมูล DMIS (ปัจจุบัน 4 บริการ)

30 รอบงวดรายงานทุกเดือน

ครอบคลุม e-Claim (กรณีสปสช. IP) และข้อมูล EMIS (ปัจจุบัน 34 บริการ)

กรอบเวลาปฏิบัติงานภายใน (SLA 10 วัน)

ระยะเวลาตั้งแต่วันตัดรอบ Statement ถึงวันโอนเงิน

1. **IT ประมวลผลและตัดรอบ (3 วัน)**
   วัน 1 – 3
   ประมวลผลข้อมูล ตรวจสอบ และตัดรอบ Statement
2. **Pre-Audit ตรวจสอบข้อมูล (2 วัน)**
   วัน 4 – 5
   ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเบื้องต้น
3. **สำนักกฎจ่ายของมูลนิธิจ่าย (2 วัน)**
   วัน 6 – 7
   ตรวจสอบตามหลักเกณฑ์และอนุมัติจ่าย
4. **สำนักการเงินโอนเงิน (3 วัน)**
   วัน 8 – 10
   ดำเนินการโอนเงินตามรอบการจ่าย

Claim Academy by สปสช.

ประกาศ หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายที่เกี่ยวข้อง



1 **ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2570
(ประกาศ ณ พ.ศ. 2569)

2 **ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** เกี่ยวกับ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการต่างๆ

- ประกาศการจ่ายค่าใช้จ่าย ที่มีผลบังคับใช้ ณ 22 ก.ย. 2568 — จำนวน **67** ฉบับ
- ประกาศการจ่ายค่าใช้จ่าย เตรียมเสนอลงฉนามภายในปีงบประมาณ 2570 — จำนวน **3** ฉบับ
- ประกาศการจ่ายค่าใช้จ่าย ที่จะปรับเปลี่ยน / เพิ่มเติม ปีงบประมาณ 2570 — จำนวน **26** ฉบับ
- บริการที่อยู่ระหว่างการพัฒนาระบบและจัดเตรียมร่างประกาศฯ ปีงบประมาณ 2570 — จำนวน **4** ฉบับ



Claim Academy

by สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ