

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม
สำหรับบริการระดับปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๖๗ และข้อ ๖๗.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ประกอบกับคำแนะนำของคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๘ เลขธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงานเขต” หมายความว่า สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(ก) หน่วยบริการในเขตพื้นที่ของสำนักงานเขต ๑ ถึงเขต ๑๒ จ่ายให้หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีข้อตกลงกับหน่วยบริการประจำ

(ข) หน่วยบริการในเขตพื้นที่ของสำนักงานเขต ๑๓ จ่ายให้หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำและมีประชากรรับผิดชอบ

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๕ จ่ายแบบเหมาจ่ายตามผลลัพธ์บริการภายใต้การบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดาน (Global budget) ทั้งนี้ วิธีการคำนวณการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการระดับปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๗ การให้บริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามประกาศนี้ ที่ให้บริการตั้งแต่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือว่าเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ข้อ ๘ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการคำนวณการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการระดับปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ไม่ติดต่อเรื่องจริง เป็นไปตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

๑. การวิเคราะห์รายละเอียดของตัวชี้วัด น้ำหนัก และระดับคะแนนของแต่ละตัวชี้วัด

(๑) ตัวชี้วัด น้ำหนัก และระดับคะแนนของแต่ละตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (%)	ระดับคะแนน					คะแนน ที่ทำได้	คะแนน ถ่วง น้ำหนัก
		๑	๒	๓	๔	๕		
๑. ร้อยละของความครอบคลุมในประชากรที่ได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด	20	56 - <65%	65 - <74%	74 - <83%	83 - <92%	>=92%		
๒. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหรือภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-DM) มีระดับน้ำตาลในเลือดกลับเป็นปกติ	40	<=34%	35 - <45%	45 - <55%	55 - <65%	>= 65%		
๓. ร้อยละของความครอบคลุมในประชากรที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต	15	57 - <66%	66 - <75%	75 - <84%	84 - <93%	>=93%		
๔. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากประชากรที่คัดกรองพบว่ามีความดันโลหิตสูง	25	<6.3%	6.3 - <7.8%	7.8 - <9.3%	9.3 - <10.8%	>=10.8%		
	100	ผลรวม						

(๒) ผลรวมคะแนนถ่วงน้ำหนักของหน่วยบริการปฐมภูมิ

(ก) กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ผลรวมคะแนนถ่วงน้ำหนักจะนำมาคูณ ๑

(ข) กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ผลรวมคะแนนถ่วงน้ำหนักจะนำมาคูณ ๐.๙

๒. พิจารณาสันับสนุนค่าใช้จ่าย ดังนี้

งบประมาณทั้งหมด

(๑) อัตราการจ่าย (บาท) ต่อ ๑ คะแนน =

$\frac{\text{งบประมาณทั้งหมด}}{\text{ผลรวมแบบถ่วงน้ำหนักของผลงานทุกตัวชี้วัด}}$

(๒) การจัดสรรค่าใช้จ่าย

ค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการแต่ละแห่งจะได้รับ (บาท) = อัตราการจ่าย (บาท) ต่อ ๑ คะแนน x ผลงานรวมทุกตัวชี้วัด

๓. การวิเคราะห์รายละเอียดของตัวชี้วัดตาม ๑. และการพิจารณาสันับสนุนค่าใช้จ่ายตาม ๒. จะใช้ข้อมูลผลงานตามวันให้บริการ (service date) ดังนี้

(๑) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ใช้ข้อมูลในระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ถึง ๓๐ มิถุนายน

(๒) ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป ใช้ข้อมูลในระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ถึงกันยายนของปีงบประมาณที่ล่วงมาแล้ว และข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ถึง ๓๐ มิถุนายนของปีงบประมาณปัจจุบัน

๔. นิยามของตัวชี้วัดสำหรับการจ่ายตามผลลัพธ์สำหรับบริการระดับปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตาม ๑. เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่

ตัวชี้วัด	นิยาม	ตัวตั้ง	ตัวหาร	หมายเหตุ	
		สูตรคำนวณ : (A/B) x 100			
๑. โรคเบาหวาน	(๑) ร้อยละของความครอบคลุมในประชากรที่ได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด	๑) ประชากร หมายถึง ประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน	A = จำนวนประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดในปีงบประมาณปัจจุบัน	B = จำนวนประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ของปีงบประมาณปัจจุบัน	หน่วยบริการต้องเป็นไปตามข้อ ๕ (๑) (ก) และข้อ ๕ (๑) (ข)
		๒) การคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึง การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง			
	(๒) ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหรือภาวะก่อน	๑) กลุ่มเสี่ยงเบาหวานหรือภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-DM)	A = จำนวนประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในความ	B = จำนวนประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ ๓๕ ปี	

ตัวชี้วัด		นิยาม	ตัวตั้ง	ตัวหาร	หมายเหตุ
			สูตรคำนวณ : (A/B) x 100		
	เบาหวาน (Pre-DM) มีระดับน้ำตาลในเลือดกลับเป็นปกติ	หมายถึง ประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดและมีค่าระดับน้ำตาลหลังอดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง FPG/FCBG 100-125 mg/dl หรือระดับน้ำตาลหลังทำ OGTT 140-199 mg/dl ๒) ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปกติ หมายถึง ค่าระดับน้ำตาลหลังอดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง FPG/FCBG < 100 mg/dl หรือระดับน้ำตาลหลังทำ OGTT < 140 mg/dl ๒ ครั้งติดกัน โดยระยะเวลาห่างกันอย่างน้อย ๓ เดือน หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เว้นแต่ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ พิจารณาใช้ค่าระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ๑ ครั้ง	รับผิดชอบของหน่วยบริการที่ได้รับการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหรือภาวะก่อนเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา มีระดับน้ำตาลในเลือดกลับเป็นปกติหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในปีงบประมาณปัจจุบัน	ขึ้นไป ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ได้รับการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหรือภาวะก่อนเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา	

ตัวชี้วัด		นิยาม	ตัวตั้ง	ตัวหาร	หมายเหตุ
			สูตรคำนวณ : (A/B) x 100		
๒. โรคความดันโลหิตสูง	(๑) ร้อยละของความครอบคลุมในประชากรที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต	๑) ประชากร หมายถึง ประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ๒) การคัดกรองความดันโลหิต หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐานตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๗ ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย	A = จำนวนประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตในปีงบประมาณปัจจุบัน	B = จำนวนประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ณ วันที่ ๑ ตุลาคมของปีงบประมาณปัจจุบัน	
	(๒) ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากประชากรที่คัดกรองพบว่ามีความดันโลหิตสูง	๑) ประชากรที่คัดกรองพบว่ามีความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองวัดความดันโลหิต มีความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ≥ 140 mmHg และหรือความดัน	A = จำนวนประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณปัจจุบัน	B = จำนวนประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่คัดกรองพบว่ามีความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ≥ 140 mmHg และหรือค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ≥ 90 mmHg	การวัดความดันโลหิตซ้ำและรับการวินิจฉัยจากแพทย์ ควรทำภายในระยะเวลาดังต่อไปนี้ ๑. ภายใน ๑ สัปดาห์ ถ้ามีอาการหรือเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด CKD stage ≥ 3

ตัวชี้วัด	นิยาม	ตัวตั้ง	ตัวหาร	หมายเหตุ
		สูตรคำนวณ : (A/B) x 100		
	<p>โลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) \geq 90 mmHg ในปีงบประมาณ ปัจจุบัน</p> <p>๒) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ หมายถึง ประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่คัดกรองพบว่า มีความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำที่หน่วยบริการ (Office Blood Pressure) ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน หรือ การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring: HBPM) ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๗ ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย และ มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) \geq 140 mmHg และหรือความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) \geq 90 mmHg ในกรณีวัดความดันโลหิตซ้ำ</p>		<p>ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการ ในปีงบประมาณ ปัจจุบัน</p>	<p>เบาหวาน หรือความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย \geq 180 mmHg และหรือความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย \geq 110 mmHg</p> <p>๒. ภายใน ๔ สัปดาห์ กรณีที่ไม่ปรากฏอาการหรือโรคหรือระดับความโลหิตตามข้อ ๑</p>

ตัวชี้วัด		นิยาม	ตัวตั้ง	ตัวหาร	หมายเหตุ
			สูตรคำนวณ : $(A/B) \times 100$		
		<p>ที่หน่วยบริการ หรือความดัน โลหิตเฉลี่ย $\geq 135/85$ mmHg กรณีวัดความดัน โลหิตด้วยตนเองที่ บ้าน และได้รับ การวินิจฉัยครั้ง แรกจากแพทย์ว่า ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง (I10-I15)</p>			