

## ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิ  
ที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๖๘.๑.๑ และข้อ ๖๘.๑.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิ ที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

๕.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ

๕.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียน ตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่สมัครเข้าร่วมจัดบริการและได้รับการพิจารณาคัดเลือก เข้าร่วมโครงการจากคณะกรรมการหรือคณะทำงานร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาขา ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีคุณสมบัติและขอบเขตการบริการ ตามเอกสาร หมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๖ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการคัดเลือก ซึ่งส่งมอบบริการ และผลลัพธ์บริการปฐมภูมิ โดยมีเงื่อนไขการจ่ายเป็น ๒ ส่วน ดังนี้

๖.๑ จ่ายให้หน่วยบริการปฐมภูมิแบบเหมาจ่าย แห่งละไม่เกิน ๒๐๐,๐๐๐ บาท โดยมีรายการบริการที่หน่วยบริการต้องส่งมอบ ตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

๖.๒ จ่ายให้หน่วยบริการปฐมภูมิแบบเหมาจ่ายตามผลลัพธ์บริการปฐมภูมิ ภายใต้การบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดาน (Global budget) โดยมีรายการผลลัพธ์บริการปฐมภูมิ ตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

#### หมวด ๒

#### วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูล และประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือโครงสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์ และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (๔๓ แฟ้ม) หรือระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือโปรแกรมหมอพร้อม หรือโปรแกรมบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (PCC) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบ โปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

#### หมวด ๓

#### เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ตามช่วงเวลาที่ยังกำหนดในข้อ ๖

ข้อ ๙ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว  
พ.ศ. ๒๕๖๖  
ลงวันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

คุณสมบัติและขอบเขตการบริการของหน่วยบริการที่รับค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

๑. หน่วยบริการที่จะรับค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว สมัครและได้รับคัดเลือกจากคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานระดับเขต และ สปสช. เขต โดยหน่วยบริการมีคุณสมบัติ ดังนี้

๑.๑ เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย ๕ วันทำการ และขึ้นทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ กรณีเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล จะต้องจัดบริการปฐมภูมิแยกจากบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (มีรหัสหน่วยบริการปฐมภูมิ ๕ หลัก) ดูแลประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่น้อยกว่า ๖,๐๐๐ คนต่อ ๑ หน่วยบริการ

๑.๒ จัดให้ประชาชนมีแพทย์และทีมผู้ให้บริการประจำครอบครัว โดยมีช่องทางให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อขอคำปรึกษาได้สะดวก

๑.๓ มีความพร้อมในการพัฒนาการจัดบริการโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว และการบริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งการบริการตามแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม

๑.๔ มีระบบการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth) ตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขและแต่ละสาขาวิชาชีพกำหนด

๑.๕ มีระบบข้อมูลที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล และมีการเชื่อมโยงข้อมูลการบริการและการส่งต่อภายในเครือข่ายหน่วยบริการ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น โปรแกรมหมอพร้อม, AMED Telehealth, PCU connect App.

๒. ขั้นตอนการคัดเลือก มีดังนี้

๒.๑ หน่วยบริการปฐมภูมิ สมัครขอรับค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว พร้อมข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงความพร้อมในการจัดบริการตามคุณสมบัติที่กำหนด กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและรวบรวมส่ง สปสช. เขต หรือ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

๒.๒ สปสช. เขต รวบรวมรายชื่อหน่วยบริการที่สมัครข้อมูล หรือเอกสารที่แสดงความพร้อม เสนอคณะกรรมการ อนุกรรมการ หรือคณะทำงานร่วมระหว่างเขตสุขภาพ และสปสช. เขต ตรวจสอบคุณสมบัติและพิจารณาคัดเลือกตามจำนวนเป้าหมายที่ได้รับจัดสรร และแจ้งผลให้สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบและดำเนินการต่อไป

๓. หน่วยบริการ...

๓. หน่วยบริการที่จะรับค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว มีการให้บริการตามขอบเขตบริการ ดังนี้

๓.๑ ให้บริการโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมผู้ให้บริการประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ แก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการ

๓.๒ มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย และจัดบริการปฐมภูมิให้แก่กลุ่มเป้าหมายสำคัญ ได้แก่ เด็กแรกเกิดถึงอายุ ๕ ปี หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มเปราะบางต่าง ๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง คนพิการ

๓.๓ มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

พ.ศ. ๒๕๖๖

ลงวันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

เงื่อนไขการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

๑. การจ่ายให้หน่วยบริการปฐมภูมิแบบเหมาจ่าย สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับคัดเลือก และต้องส่งมอบบริการแก่สำนักงานภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๕ จำนวน ๓ รายการ ดังนี้

๑.๑ รายชื่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมผู้ให้บริการประจำครอบครัว พร้อมข้อมูลสำหรับการติดต่อ โดยประกาศให้ประชาชนที่รับผิดชอบทราบ เพื่อสามารถติดต่อขอคำปรึกษาได้สะดวก

๑.๒ ฐานทะเบียนกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่เป็นปัจจุบัน ได้แก่ เด็กแรกเกิดถึง ๕ ปี หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มเปราะบางต่าง ๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง คนพิการ ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการ

๑.๓ รายงานสถานะสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายสำคัญในข้อ ๑.๒

ทั้งนี้ สำนักงานจะจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม ตามหลักเกณฑ์ข้อ ๖.๑ ภายในไตรมาส ๑ ของปีงบประมาณ

๒. การจ่ายให้หน่วยบริการปฐมภูมิแบบเหมาจ่ายตามผลลัพธ์บริการปฐมภูมิ โดยมีผลลัพธ์บริการปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการคัดเลือก มี ๒ ส่วน ดังนี้

๒.๑ ผลลัพธ์บริการปฐมภูมิรายบุคคล มีดังนี้

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ข้อมูลที่นำมาใช้
(๑) ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเจาะเลือดเพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือด	ได้รับการตรวจ HbA1C	- แหล่งข้อมูลจาก e-claim , ๔๓ แฟ้ม โปรแกรมหมอพร้อม และ Krungthai Digital Health Platform - ผู้ป่วยสิทธิ UC ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (ไม่รวมโรคเบาหวานชนิดที่ ๑ และเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์) ได้รับการตรวจ HbA1C
(๒) ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี - ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม	HbA1C < ๗ %	- แหล่งข้อมูลจาก e-claim , ๔๓ แฟ้ม โปรแกรมหมอพร้อม และ Krungthai Digital Health Platform

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ข้อมูลที่นำมาใช้
<p>- ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม (ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด ,โรคหัวใจล้มเหลว ,โรคหลอดเลือดสมอง ,โรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔ - ๕, โรคลมชัก)</p>	<p>&lt; ๘ %</p>	<p>- ผู้ป่วยสิทธิ UC ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (ไม่รวมโรคเบาหวานชนิดที่ ๑ และเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์) ได้รับการตรวจ HbA1C และมีระดับน้ำตาลตามเกณฑ์</p>
<p>(๓) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตครั้งสุดท้าย</p>	<p>Systolic Blood Pressure &lt;๑๔๐ และ Diastolic Blood Pressure &lt;๙๐ mmHg</p>	<p>- แหล่งข้อมูลจาก e-claim , ๔๓ แฟ้ม โปรแกรมหมอพร้อม และ Krungthai Digital Health Platform - ผู้ป่วยสิทธิ UC ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีระดับความดันโลหิตสูงครั้งสุดท้ายตามเกณฑ์</p>
<p>(๔) ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในความรับผิดชอบไม่ได้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในช่วงเวลาที่กำหนด</p>	<p>ไม่ได้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน</p>	<p>- แหล่งข้อมูลจาก e-claim , ๔๓ แฟ้ม โปรแกรมหมอพร้อม และ Krungthai Digital Health Platform - ผู้ป่วยสิทธิ UC ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่เคยถูกรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน (IP) ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น (Ketoacidosis, Hyperosmolarity, Hypoglycemia, Coma) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่เคยถูกรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน (IP) ในช่วงเวลาที่กำหนด</p>

## ๒.๒ ผลลัพธ์บริการปฐมภูมิรายหน่วยบริการ มีดังนี้

รายการ	เกณฑ์	ข้อมูลที่นำมาใช้
(๑) อัตราการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัวของผู้มีสิทธิในความรับผิดชอบ	>ร้อยละ ๘๐	<u>ตัวตั้ง (A)</u> จำนวนคนที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว มาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ลงทะเบียน <u>ตัวหาร(B)</u> จำนวนคนที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิ สูตร $A*100/B$
(๒) อัตราการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเทียบกับการไปใช้บริการที่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น	$\geq ๑$	<u>ตัวตั้ง (A)</u> จำนวนครั้งของผู้มีสิทธิ UC ที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ฯ และไปใช้บริการผู้ป่วยนอก (OP visit) ที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ลงทะเบียน <u>ตัวหาร (B)</u> จำนวนครั้งของผู้มีสิทธิ UC ที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ฯ และไปใช้บริการผู้ป่วยนอก (OP visit) ที่หน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการอื่น สูตร $A/B$

ทั้งนี้ สำนักงานจะสำรวจความพึงพอใจและการรับรู้แพทย์และทีมผู้ให้บริการ เพื่อประกอบการพิจารณาจัดสรรงบประมาณในปีถัดไป



๓. สำนักงานจะประมวลผลข้อมูลผลลัพธ์บริการปฐมภูมิ ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการคัดเลือก และคำนวณจ่ายค่าบริการ เป็น ๒ งวด ดังนี้

งวดที่ ๑ จ่ายแบบเหมาจ่ายตามผลลัพธ์บริการปฐมภูมิ โดยใช้ข้อมูลผลงานตามวันให้บริการ (service date) ระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม - ๓๑ ธันวาคม โดยประมวลผลข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มกราคม และจ่ายให้หน่วยบริการภายในไตรมาส ๒ ของปีงบประมาณ

งวดที่ ๒ จ่ายแบบเหมาจ่ายตามผลลัพธ์บริการปฐมภูมิ โดยใช้ผลงานตามวันให้บริการ (service date) ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม - ๓๐ มิถุนายน โดยประมวลผลข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม และจ่ายให้หน่วยบริการภายในเดือนสิงหาคม ของปีงบประมาณ

๔. ตัวอย่างการคำนวณการค่าบริการตามผลลัพธ์บริการปฐมภูมิของ PCU A

๔.๑ งวดที่ ๑

$$\text{ค่าบริการตามผลลัพธ์บริการปฐมภูมิ งวดที่ ๑ ของ PCU A} = \frac{\text{จำนวนเงินทั้งหมด X คะแนนรวมผลลัพธ์บริการของ PCU A}}{\text{ผลรวมคะแนนผลลัพธ์บริการ ๖ เดือน (ผลงานระหว่าง ๑ กรกฎาคม - ๓๑ ธันวาคม) ของ PCU เป้าหมายทั้งหมด}}$$

๔.๒ งวดที่ ๒

$$\text{ค่าบริการตามผลลัพธ์บริการปฐมภูมิ งวดที่ ๒ ของ PCU A} = \frac{\text{จำนวนเงินทั้งหมด X คะแนนรวมผลลัพธ์บริการของ PCU A}}{\text{ผลรวมคะแนนผลลัพธ์บริการ ๖ เดือน (ผลงานระหว่าง ๑ มกราคม - ๓๐ มิถุนายน) ของ PCU เป้าหมายทั้งหมด}}$$