

The 18th International Mental Health Forum

Moving forward; Continuity of Care System for High Risk Mental Illness Patients in Primary Care Setting

July 24th , 2019 at The Empress Convention Centre (ECC), The Empress Hotel, Chiang Mai



Kanitsak Chantrapipat, B.Sc., M.Sc.(Clinical Pharm), BPHCP.
Director, Bureau of Primary Care Management
National Health Security Office (NHSO) Thailand

การบริหารกองทุน บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓



รศ. คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์
ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวคิดการบริหารจัดการกองทุน

- **เป็นเงินเพิ่มเติม**จากเงินเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

วัตถุประสงค์

- เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังได้รับการต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชนอย่างมีคุณภาพ
- เพื่อจัดเครือข่ายระบบบริการจิตเวชเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยบริการรับ-ส่งต่อกับหน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการประจำกับหน่วยบริการปฐมภูมิ
- เพื่อลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) และหรือการเข้ารับการรักษาพยาบาลซ้ำในโรงพยาบาล (Re-hospitalization) ของผู้ป่วยเป้าหมาย



หน่วยบริการพื้เลี้ยง



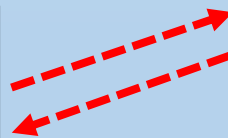
หน่วยบริการประจำ



หน่วยบริการปฐมภูมิ



บ้านผู้ป่วย

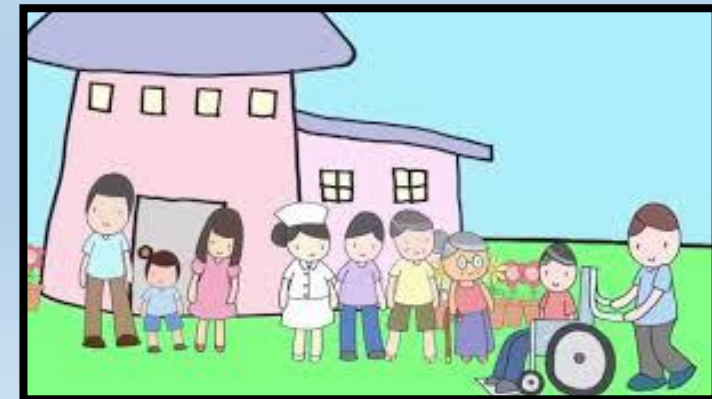


กลุ่มเป้าหมาย (ปี ๒๕๖๓)

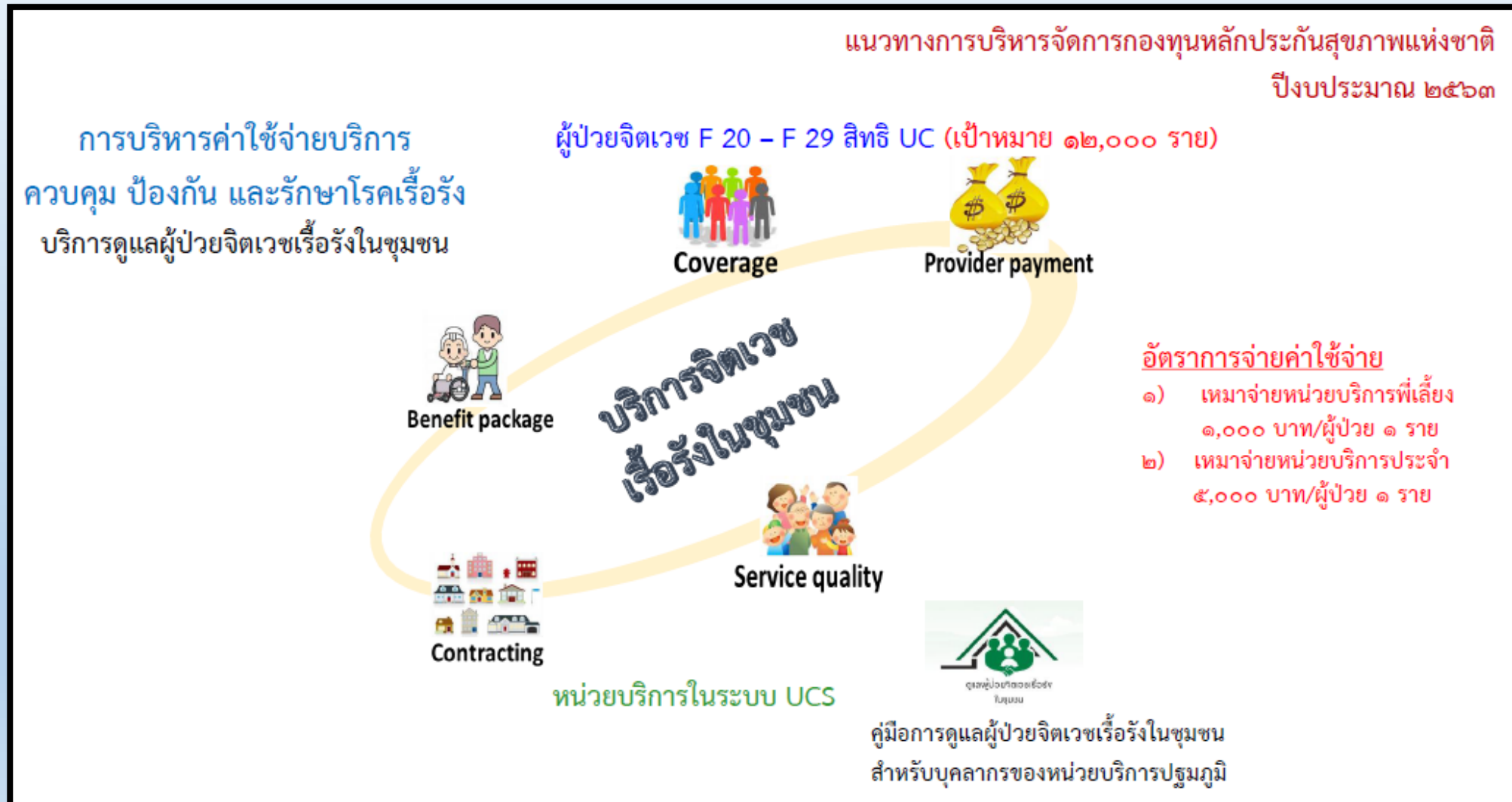
- **จำนวน ๑๒,๐๐๐ ราย** โดยเป็น
 - ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและมีรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก ICD ๑๐ F๒๐ – F ๒๙ และไม่ซ้ำรายเดิมในปีที่ผ่านมา
 - ผู้ป่วยที่เคยหรือเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมาก หรือกลุ่ม (Serious Mental Illness with Violence: SMIV) ตามเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนด
 - ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการจัดการ เช่น มีผู้ป่วยจิตเวชหลายคนในครอบครัวเดียวกัน ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ไม่ร่วมมือในการรักษา ขาดยา ขาดผู้ดูแล หรืออาจถูกล่ามโซ่

งบประมาณที่ได้รับจัดสรร (ปี ๒๕๖๓)

- **จำนวน ๗๒ ล้านบาท** สำหรับบริการติดตาม เยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่บ้านและในชุมชน



แนวทางการบริหารกองทุนบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ปีงบประมาณ ๒๕๖๓



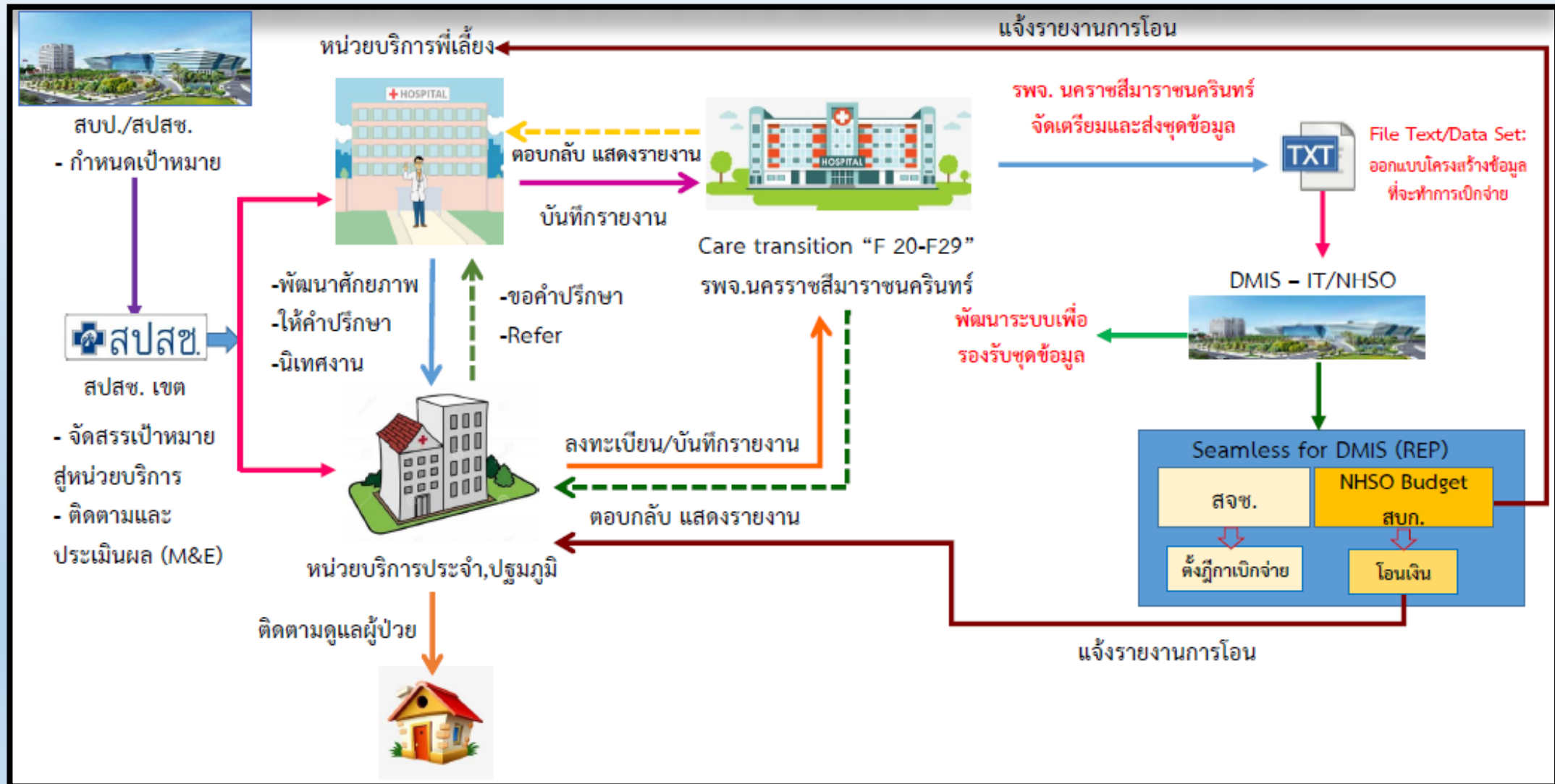
การปรับเปลี่ยนกลไกบริหารการจ่ายค่าบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

- **ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒**
 - สปสช. สาขาเขต จัดทำเอกสารเบิกจ่ายและบริหารการจ่ายบนพื้นฐานข้อมูลเป็นรายหน่วยบริการ
 - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลางไม่มีข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการติดตามดูแลในชุมชนและไม่มีข้อมูลคุณภาพการให้บริการของแต่ละหน่วยบริการในภาพรวมของประเทศ
- **วัตถุประสงค์ของการปรับเปลี่ยนกลไกบริหารการจ่าย**
 - เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลจากโปรแกรม Care transition ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ให้สามารถเชื่อมโยงกับระบบ Disease Management Information System; DMIS (Seamless for DMIS) ของ สปสช. ส่วนกลาง
 - เพื่อนำฐานข้อมูลมาบริหารการจ่ายที่ส่วนกลาง และเป็นการลดธุรกรรมทางการเงินของ สปสช. สาขาเขต

รูปแบบการดำเนินงานบริหารการจ่าย ปิงบประมาณ ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒ (เก่า)



รูปแบบการดำเนินงานบริหารการจ่าย ปิงบประมาณ ๒๕๖๓ (ใหม่)



ระบบบริหารการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

➤ ปัญหาและอุปสรรค

- หน่วยบริการพี่เลี้ยงไม่สามารถจัดฝึกอบรมหรือพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนได้ตามกำหนดเวลา เนื่องจากการจัดสรรงบประมาณงวดที่ ๑ ล่าช้า (มีนาคม; ไตรมาส ๒)

➤ ข้อเสนอเพิ่มเติม

- การตัดข้อมูลและการเบิกจ่าย ปีละ ๒ ครั้ง

การดำเนินงานปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒	การดำเนินงานปี ๒๕๖๓ เป็นต้นไป
<ul style="list-style-type: none"> ■ สปสช. ส่วนกลางนำส่งจำนวนผู้ป่วยเป้าหมายให้ สปสช. สาขาเขตภายใน เดือน ต.ค. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ สปสช. ส่วนกลางนำส่งจำนวนผู้ป่วยเป้าหมายให้ สปสช. สาขาเขตภายใน เดือน ก.ย.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>การเบิกจ่ายครั้งที่ ๑</u> ภายในวันที่ ๓๑ มี.ค. (จ่ายตามผลงานการลงทะเบียนผู้ป่วย ตัดข้อมูล ณ วันที่ ๑๕ มี.ค.) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>การเบิกจ่ายครั้งที่ ๑</u> ภายในวันที่ ๑๕ ก.พ. (จ่ายตามผลงานการลงทะเบียนผู้ป่วย ตัดข้อมูล ณ วันที่ ๑๕ ม.ค.)
<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>การเบิกจ่ายครั้งที่ ๒</u> ภายในวันที่ ๓๑ ส.ค. (จ่ายตามผลงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ตัดข้อมูล ณ วันที่ ๑๕ ส.ค.) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>การเบิกจ่ายครั้งที่ ๒</u> ภายในวันที่ ๑๕ ก.ย. (จ่ายตามผลงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ตัดข้อมูล ณ วันที่ ๑๕ ส.ค.)

อัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

หน่วยบริการพี่เลี้ยง (๑,๐๐๐ บาทต่อราย)	การเบิกจ่ายครั้งที่	หน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการปฐมภูมิ (๕,๐๐๐ บาทต่อราย)
ไม่เกินร้อยละ ๘๐	๑	ไม่เกินร้อยละ ๕๐
ไม่เกินร้อยละ ๒๐	๒	ไม่เกินร้อยละ ๕๐*

*การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายครั้งที่ ๒ จะพิจารณาหลักฐานการจัดทำ Care plan และการตรวจเยี่ยม ประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ๙ ด้าน เดือนละ ๑ ครั้ง จำนวนอย่างน้อย ๖ ครั้ง ประกอบ (การลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Care transition)





แผนปฏิบัติการ

การบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

ปีงบประมาณ ๒๕๖๓



Results of 3 years Program Implementation (2017 – 2019)

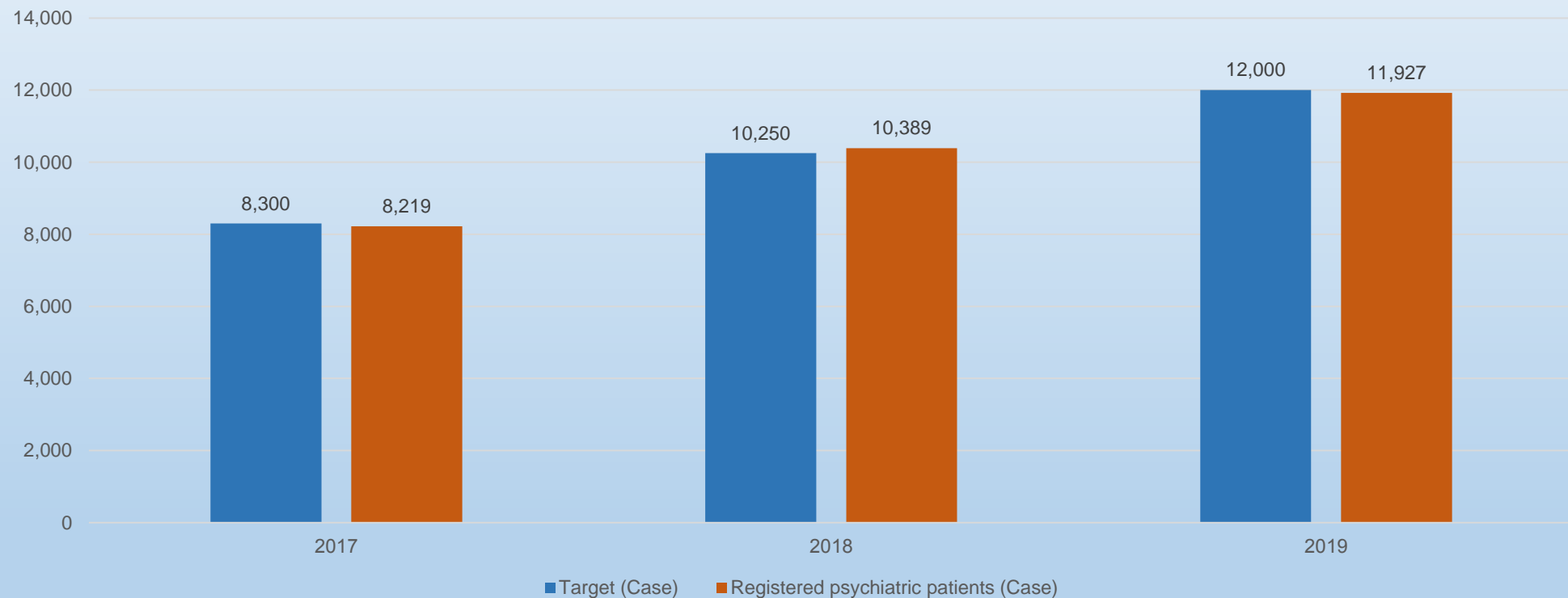


Figure 1 Number of registered psychiatric patients compared to target under 3 years of program implementation

Results of 3 years Program Implementation (2017 – 2019)

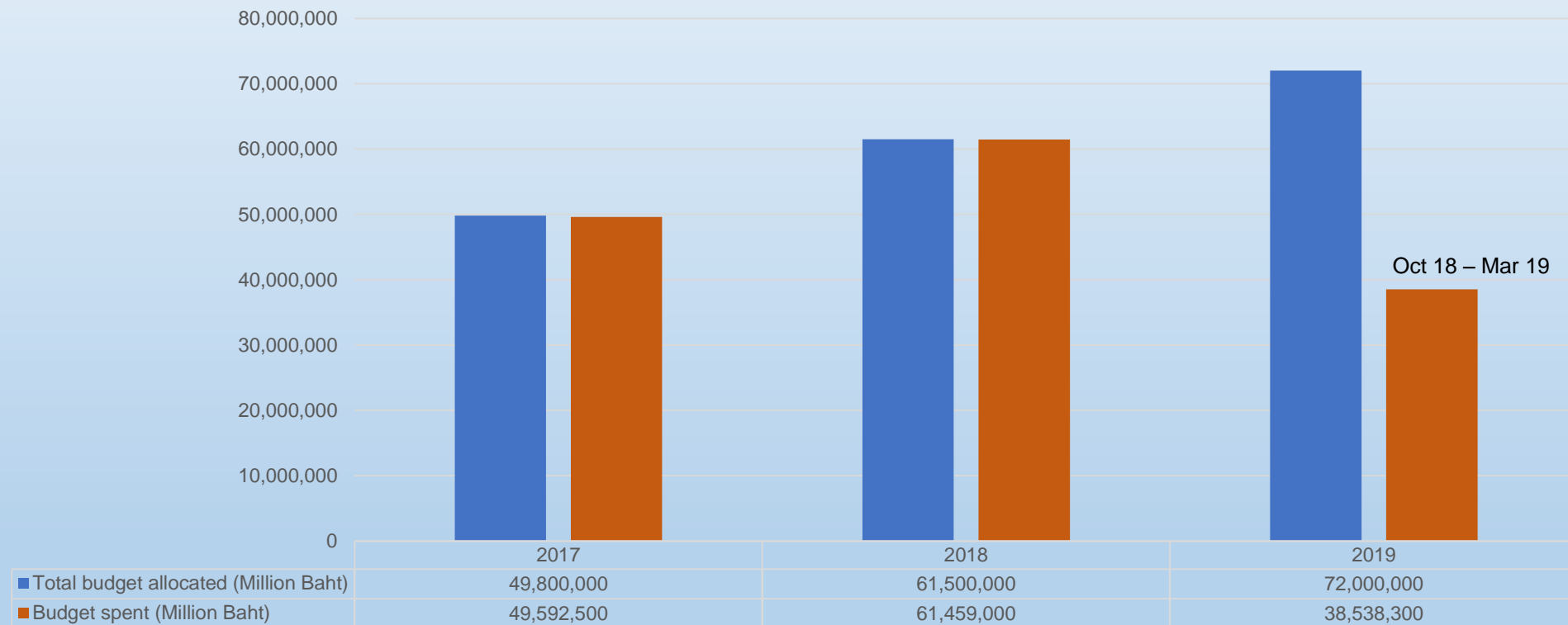


Figure 2 Budget spent compared to total budget allocated for continuity of care for chronic psychiatric patients under 3 years of program implementation

Results of 3 years Program Implementation (2017 – 2019)

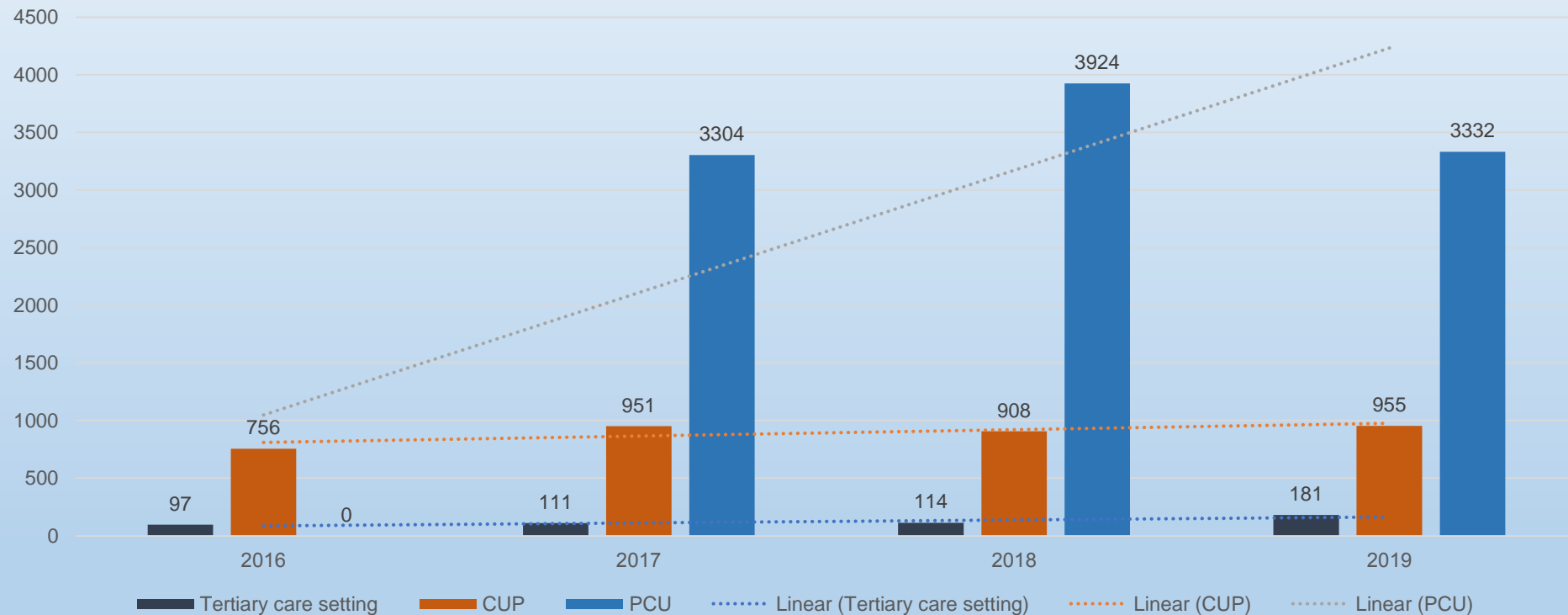


Figure 2 Number of health care setting network engagement under 3 years of program implementation

Expected Outcome



Relapse



Re hospitalized



Mental health Risk

Suicide

Violence

Crime

Maintain or Control symptoms and perform normal daily activities.
Follow up due to appointment

CONCLUSION

- On-top payment can promote continuity of care for chronic psychiatric patients, particularly home visit and also increase the accessibility of care after hospital discharge
- The cost of 6,000 Baht on-top payment reveals a high cost-effective in reducing total health care expenditure for threatening relapsed or re-hospitalized psychiatric patients
- The program sometimes can reduce overall relapse and re-hospitalization rates and confer better quality of life among chronic psychiatric patients

Moving Forward

- Integrating the program of chronic psychiatry at home and in the community together with community health system (i.e. Long-term care, Palliative care and Medical rehabilitation)
 - To improve the **efficiency of payment**, including the **effective coverage of service accessibility** amongst target population based upon community health services
- Improving the continuity of care amongst chronic psychiatric patients after hospital discharge in terms of **quantity** and **quality** of care, including **supportive budget**
- Increasing **networks** participating in the program to expand the continuity of care towards multi-levels of **tertiary**, **secondary** and particularly **primary care settings** in the community.
- Analyzing relapse and rehospitalization rates yearly to represent quality of care or services

Thank you for your kind attention Q&A

