

บทที่ 5

การบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 บริการควบคุมป้องกัน และรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติภูมิ (Secondary prevention) ได้แก่การตรวจคัดกรองค้นหาภาวะแทรกซ้อนตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ การควบคุมดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่แรกเริ่มและการพัฒนาศักยภาพการให้บริการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนให้ครอบคลุมและมีคุณภาพ

ก. วัตถุประสงค์

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานเพื่อลดหรือชะลอภาวะแทรกซ้อน
3. ส่งเสริมสนับสนุนการจัดบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (Chronic Care Model: CCM) การบริหารจัดการโดยใช้กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District health board) และระบบบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (Primary care cluster) รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ว. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงปีงบประมาณ 2561 ได้รับจำนวน 1,019.2033 ล้านบาท

ค. แนวทาง เ็ื่อนโ้ และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ย

1. บริหารจัดการเป็น Global ระดับเขต โดยค่นาหนดดังนี้

1.1. จ่านวนร้อยละ 40 จัดสรรตามจ่านวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีข้อมูลลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ ตามระบบข้อมูลบริการในเขตนั้นๆ โดยจ่านวนผู้ป่วยได้มาจากฐานข้อมูล OP individual, OP/AE และ IP individual

1.2. จ่านวนร้อยละ 60 จัดสรรตามผลงานภาพรวมระดับเขต โดยใช้เกณฑ์คุณภาพและผลลัพธ์สำคัญจากการดูแลรักษาโรคผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่กำหนด โดยใช้ตัวชี้วัดด้านคุณภาพที่ใช้ในปีงบประมาณ 2560 จาก 15 ตัวชี้วัด คงเหลือ 7 ตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

1) ผลงานจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (OP/E-Claim) สปสช. จ่านวน 4 ตัวชี้วัด โดยเป็นผลงานไตรมาส 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2559 และไตรมาส 1 และ 2 ของปีงบประมาณ 2560 ได้แก่

1.1) อัตราการรับไว้รักษาใน รพ. (Admission Rate) ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของ รพ.ที่รับลงทะเบียนสิทธิ

1.2) อัตราการรับไว้รักษาใน รพ. (Admission Rate) ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของ รพ.ที่รับลงทะเบียนสิทธิ

1.3) อัตราการรับไว้รักษาใน รพ. (Admission Rate) ของผู้ป่วยตัดขาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานของ รพ.ที่รับลงทะเบียนสิทธิ

1.4) อัตราการรับไว้รักษาใน รพ. (Admission Rate) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงของ รพ.ที่รับลงทะเบียนสิทธิ

2) ตัวชี้วัดใหม่ในปี 2561 จ่านวน 3 ตัวชี้วัด ได้แก่

2.1) อัตราการได้รับการรักษาด้วยวิธี Laser ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา โดยเป็นผลงานไตรมาส 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2559 และไตรมาส 1 และ 2 ของปีงบประมาณ 2560

2.2) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี โดยใช้ผลงานจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นผลงาน ณ เดือนกันยายน 2560 ทั้งนี้หน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการเอกชน และหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ไม่มีข้อมูลในฐานข้อมูลจาก HDC ใช้ผลงานจากระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกรายบุคคล (OP/PP individual records) สปสช. โดยเป็นผลงานไตรมาส 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2559 และไตรมาส 1 และ 2 ของปีงบประมาณ 2560

2.3) อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี โดยใช้ผลงานจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นผลงาน ณ เดือนกันยายน 2560 ทั้งนี้หน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยบริการเอกชน และหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ไม่มีข้อมูลในฐานข้อมูลจาก HDC ใช้ผลงานจากระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกรายบุคคล (OP/PP individual records) สปสช. โดยเป็นผลงานไตรมาส 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2559 และไตรมาส 1 และ 2 ของปีงบประมาณ 2560

2. การจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายให้ผ่านความเห็นชอบ จาก สปสช. โดยไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ให้เป็นไปตามคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ เขตต้องใช้อัตรากำลังคุณภาพ 7 ตัวตามที่ใช้ในการคำนวณ Global ระดับเขต และสามารถเพิ่มเติมตัวชี้วัดคุณภาพได้ตามบริบทการพัฒนาของแต่ละเขต โดยให้ใช้ข้อมูลไตรมาสที่ 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2559 และไตรมาสที่ 1 และ 2 ของปีงบประมาณ 2560 ทั้งนี้ อาจมีกลไกคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับเขตร่วมกันจัดทำหลักเกณฑ์เพื่อเสนอ สปสช. พิจารณา

4. การกำกับติดตาม และประเมินผลการจัดสรร

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพการจัดการบริการโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) โดยเน้นผลลัพธ์ของการให้บริการ ซึ่ง สปสช. มีกลไกคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขต ทำหน้าที่ในการติดตามและประเมินผลคุณภาพการบริการรวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขก็มีกลไกการพัฒนาระบบบริการ Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับเขต ทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการและการกำกับติดตามประเมินผลด้วย ทั้งนี้ ในปี 2561 สปสช. จะมีการดำเนินงานกำกับติดตามและประเมินผล ดังนี้

1. การประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานคร โดยเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Medical Research Network: MedResNet) ซึ่งจะมีการประเมินทุก 3 ปี
2. รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด จากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ ได้แก่ ข้อมูลบริการจากฐานข้อมูล OP/PP และ IP individual record
3. รายงานผลการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
4. ประเมินผลการบริหารจัดการเชิงบูรณาการในระดับพื้นที่ โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกระดับ

ส่วนที่ 2 บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ก. วัตถุประสงค์

1. สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ได้รับการบริการต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชนอย่างมีคุณภาพ
2. พัฒนาเครือข่ายระบบบริการจิตเวช ระหว่าง หน่วยบริการรับส่งต่อกับหน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการประจำกับเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ
3. ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ/การรับเข้ารักษาซ้ำ ใน รพ.ของผู้ป่วยเป้าหมาย

ว. งบประมาณที่ได้รับ

ค่าใช้จ่ายบริการจิตเวชเรื้อรังที่บ้าน/ในชุมชน ได้รับจำนวน 61.5000 ล้านบาท เป้าหมายผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังได้รับการดูแลในชุมชน จำนวน 10,250 ราย

ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

- 1.1. ผู้ป่วยที่มีรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก F20 – F29 ที่เข้าเกณฑ์จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ไกล่ซิด (High risk) และ ไม่ซ้ำรายเดิม ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง/หรือเป็นเป้าหมายในปี 2560
- 1.2. เป็นผู้ป่วยที่เคยหรือเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมาก หรือกลุ่ม Serious Mental illness with Violence: SMIV ตามเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนด
- 1.3. เป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการจัดการ เช่น ในครอบครัวเดียวกันมีผู้ป่วยจิตเวชหลายคน ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตัวเอง ผู้ป่วยไม่ร่วมมือ ขาดยา ขาดผู้ดูแลหรือผู้ดูแลมีศักยภาพไม่เพียงพอ อาจถูกล่ามขัง จำเป็นต้องสนับสนุนการดูแล โดย ชุมชน และหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องร่วมด้วย

2. หน่วยบริการที่จะได้รับค่าใช้จ่าย

- 2.1. หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผู้ป่วยลงทะเบียน หรือที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น มีหน้าที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีคุณภาพ อย่างต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชน โดยความร่วมมือกับครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหรือภาคีเครือข่ายในพื้นที่
- 2.2. หน่วยบริการที่เลี้ยง ได้แก่ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีจิตแพทย์ หรือมีแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน สาขาสุขภาพจิตชุมชน หรือแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กรมสุขภาพจิตกำหนด โดยเฉพาะโรงพยาบาลจิตเวช ราชนครินทร์ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีหน้าที่ในการเป็นที่เลี้ยง ร่วมให้บริการ ให้คำปรึกษา และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพแพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน

3. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

3.1. การจัดสรรเป็น 2 ส่วน ดังนี้

3.1.1. วงเงินไม่เกิน 10.25 ล้านบาท สำหรับหน่วยบริการพี่เลี้ยง เป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายเพิ่มเติม ให้แก่หน่วยบริการที่มีศักยภาพเป็นพี่เลี้ยง ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายในเครือข่ายหน่วยบริการหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น

3.1.2. วงเงินไม่น้อยกว่า 51.25 ล้านบาท สำหรับหน่วยบริการประจำ หรือ หน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น เป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายเพิ่มเติม ให้แก่หน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายที่ลงทะเบียน

3.2. การจัดสรรเป้าหมายและวงเงินแบบมีเพดานระดับเขต (Global budget) จำนวน 6,000 บาท ต่อราย ให้ สปสช.เขต ดำเนินการบริหารจัดการ ดังนี้

3.2.1. ข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณ

1) ร้อยละ 50 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง จากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่เข้ารับบริการ ช่วงระยะเวลาระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2559 ถึง 30 มีนาคม 2560

2) ร้อยละ 50 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง จากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ช่วงระยะเวลาระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2559 ถึง 30 มีนาคม 2560

3.2.2. อัตราที่ใช้ในการคำนวณ

1) สำหรับหน่วยบริการ รพ.พี่เลี้ยง วงเงินรวมไม่เกินจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายที่ส่วนกลางกำหนดในอัตรา 1,000 บาทต่อราย

2) สำหรับหน่วยบริการประจำ เป็นวงเงินรวมไม่น้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายที่ส่วนกลางกำหนด ในอัตรา 5,000 บาทต่อราย

3.3. สปสช.เขต จัดให้มีกลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการ จัดสรรเป้าหมายงบประมาณ โดย

3.3.1. จัดสรรเป้าหมายให้หน่วยบริการพี่เลี้ยงและหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่/ชุมชนนั้น ตามเกณฑ์ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจำนวนไม่น้อยกว่าเป้าหมายที่ส่วนกลางกำหนดรายเขต

3.3.2. การจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยจำแนกผู้ป่วยจิตเวชไม่น้อยกว่าเป้าหมายที่ส่วนกลางกำหนด ตามเกณฑ์ดังนี้

1) เหมาจ่ายไม่เกิน 1,000 บาทต่อราย ให้แก่หน่วยบริการพี่เลี้ยงโดยวงเงินรวมในส่วนนี้ต้องไม่เกินวงเงินตามข้อ 3.2.2 1)

2) เหมาจ่ายไม่เกิน 6,000 บาทต่อราย ให้แก่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่/ชุมชนนั้น

3.4. บทบาทหน่วยบริการ

3.4.1. หน่วยบริการประจำ ที่ผู้ป่วยลงทะเบียน หรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่/ชุมชนนั้น

1) จัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง และวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงและคุณภาพบริการ

2) มอบหมายผู้รับผิดชอบ หรือทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์/จิตแพทย์ พยาบาล ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป นักจิตวิทยาคลินิก เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และหรือ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

3) จัดตั้ง/พัฒนาระบบ ศูนย์ประสานการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Continuous of Care: COC)

4) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Individual care plan) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

5) บันทึกข้อมูลการจัดบริการ/เยี่ยมผู้ป่วย ในโปรแกรมบันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอก และส่งออก 43 แฟ้ม โดยเฉพาะแฟ้มที่เกี่ยวข้องกับ Community Service ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด และหรือ บันทึกข้อมูลการเยี่ยมติดตามผู้ป่วย ในโปรแกรม “Care Transition F20 - F29” ที่บริหารจัดการโดย รพจ.นครราชสีมาราชชนนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นหลักฐานในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

6) ประสานสนับสนุน/พัฒนาระบบสื่อสารให้คำที่ปรึกษา และร่วมดูแลผู้ป่วยกับ หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. ผู้นำชุมชน องค์กรศาสนา เพื่อดูแลผู้ป่วยและ ครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมที่บ้าน อย่างน้อย 1 ครั้งต่อคน

7) รวบรวม สรุปและรายงานผลการดำเนินงานแก่ สปสช.และหรือกลไกการทำงาน ระดับเขต

3.4.2. หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ หน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่/ชุมชนนั้น

1) จัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง และวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงและคุณภาพบริการ

2) ร่วมจัดทำและดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามแผนการดูแลรายบุคคล (Individual care plan) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย และมอบสมุดประจำตัว/สมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วย

3) ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. ผู้นำชุมชน องค์กรศาสนา และร่วมดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมที่บ้าน

4) ประเมินทัศนคติของชุมชน และสถานภาพด้านสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการดูแลจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับอยู่ในสังคม/ชุมชนได้

5) รวบรวมสรุปและรายงานผลการดำเนินงานแก่ สปสช.และหรือกลไกการทำงาน ระดับเขต

3.4.3. หน่วยบริการพี่เลี้ยง

- 1) วิเคราะห์สถานการณ์ระดับจังหวัด/เครือข่ายบริการ ด้านการเข้าถึงและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง และศักยภาพหน่วย/สถานบริการที่เกี่ยวข้อง
- 2) มอบหมายผู้รับผิดชอบ ทำแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังต่อเนื่องในชุมชน
- 3) จัดตั้งและพัฒนาทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังรายหน่วยบริการประจำ ศูนย์ประสานการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และแนวทางการดำเนินการ
- 4) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการในความรับผิดชอบ
- 5) พัฒนาช่องทางการติดต่อสื่อสารให้คำปรึกษา/ส่งต่อ ร่วมติดตามดูแลผู้ป่วยที่หน่วยบริการประจำ ปฐมภูมิ และที่บ้านผู้ป่วย อย่างน้อยหน่วยบริการประจำละ 1 ครั้ง
- 6) สรุปรวบรวมผลการดำเนินงานและสรุป รายงาน สปสช./กลไกการทำงาน ระดับเขต

4. การกำกับติดตามและประเมินผลการจัดสรร

1. ติดตามกำกับการจัดสรร/การจ่ายเงินของ สปสช.เขต
2. ประเมินผลข้อมูลอัตราการรับเข้ารักษาซ้ำ (Re-admission rate) ของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเป้าหมาย
3. ข้อมูลจากการนิเทศติดตาม การวิเคราะห์/การสำรวจ หรือ การจัดทำประเมินผล โดย กรมสุขภาพจิต หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. ประสานการประเมินผลโดยหน่วยงานวิชาการภายนอก เช่น สวรส. หรือ สถาบันการศึกษา