



สพสข

งบบริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ปีงบประมาณ 2564  
วันที่ 4 พฤศจิกายน 2563



นางสาวยุพา วันแย้ม  
[yupha@nhso.go.th](mailto:yupha@nhso.go.th)

หัวหน้างานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 6 ระยอง  
กลุ่มภารกิจสนับสนุนเครือข่ายบริการ

# วัตถุประสงค์และเป้าหมาย

## วัตถุประสงค์

- สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ได้รับบริการต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชนอย่างมีคุณภาพ
- ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ/การรับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเป้าหมาย

เป้าหมายเขต 6 ระยอง

จำนวน 845 คน

กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 12,000 ราย

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรค F20 – F29 และมีเงื่อนไขเพิ่มเติม ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่เคยหรือมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental illness with High risk to Violence : SMI – V) ตามหลักเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนด **หรือ**
2. เป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการจัดการ เช่น ในครอบครัวเดียวกันมีผู้ป่วยจิตเวชหลายคน ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตัวเอง ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา ขาดยา ขาดผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ อาจถูกล่ามขัง จำเป็นต้องสนับสนุนการดูแลโดยชุมชน และหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องร่วมด้วย

โดยต้องไม่ซ้ำกับผู้ป่วยรายเดิมที่ได้รับการดูแลในปีที่ผ่านมา กรณีจำเป็นสามารถลงทะเบียนผู้ป่วยรายเก่าที่มีอาการทางจิตไม่คงที่ และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดได้ไม่เกินร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่ลงทะเบียนทั้งหมด

# แนวทางการบริหารจัดการกองทุน

งบประมาณที่ได้รับจัดสรร จำนวน 72 ล้านบาท สำหรับบริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่บ้านและชุมชน

## กรอบการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการ

บริการผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

### จ่ายแบบเหมาจ่ายบริการ

จ่ายให้หน่วยบริการที่เลี้ยง ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น  
(ประมาณ 1,000 บาท/ราย)

### จ่ายแบบเหมาจ่ายบริการ

จ่ายให้หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายที่ลงทะเบียน  
(ประมาณ 5,000 บาท/ราย)

# การบริหารจัดการกองทุนที่มีการปรับเปลี่ยน ปีงบประมาณ 2564 (ต่อ)

## บริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ปีงบประมาณ 2563

ปีงบประมาณ 2564

### เปลี่ยนแปลงวิธีการ หลักเกณฑ์ และ เงื่อนไขบริการ

☆ หน่วยบริการพี่เลี้ยง หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิ ดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละ1ครั้งต่อเนื่องเป็นระยะเวลา6 เดือน(บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน)

☆ เมื่อผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมมาแล้วอย่างน้อย3ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยย้ายที่อยู่/ที่ทำงาน สามารถติดตามเยี่ยมผ่านโทรศัพท์ หรือ สนทนาผ่านวิดีโอ (VDO Call) กับผู้ป่วยหรือญาติได้ (ครั้งที่ 4 ถึง ครั้งที่ 6)

☆ ประเมินสุขภาพผู้ป่วยตามแบบประเมิน10ด้าน (ต้องมี Care plan อย่างน้อย 1 ครั้ง)

☆ บันทึกผลการติดตามเยี่ยมในโปรแกรม Care transition

☆ หน่วยบริการพี่เลี้ยง หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิ ดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละ1ครั้งต่อเนื่องเป็นระยะเวลา6 เดือน(บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน)

☆ กรณีผู้ป่วยย้ายที่อยู่/ที่ทำงาน หรือกรณีภาวะฉุกเฉินและ ภัยพิบัติ ตามประกาศของคณะรัฐมนตรีหรือผู้ว่าราชการจังหวัด สามารถประสานอสม.ในพื้นที่ติดตามเยี่ยมหรือนำเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารมาใช้ในการดำเนินงาน หรือติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหรือญาติได้ เช่น โทรศัพท์ หรือ สนทนาผ่านวิดีโอ (VDO call)

☆ ประเมินสุขภาพผู้ป่วยตามแบบประเมิน10ด้าน (ต้องมี Care plan อย่างน้อย 1 ครั้ง)

☆ บันทึกผลการติดตามเยี่ยมในโปรแกรม Care transition

# หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการ

## หน่วยบริการที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการพี่เลี้ยง

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>■ งวดที่ 1 ไม่เกิน ร้อยละ 80</li></ul>     | <ul style="list-style-type: none"><li>■ จ่ายตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ทำหน้าที่พี่เลี้ยงนั้น</li><li>■ หน่วยบริการพี่เลี้ยงจัดทำแผนให้บริการ เช่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากร บริการให้คำปรึกษา การกำกับ ติดตาม นิเทศงาน หน่วยบริการเครือข่าย ส่งให้ สปสช.เขต</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>■ งวดที่ 2 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>■ จ่ายตามผลงานบริการของหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่อยู่ในเครือข่ายความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ทำหน้าที่พี่เลี้ยงนั้น</li><li>■ หน่วยบริการพี่เลี้ยงสรุปรายงานผลดำเนินงานตามแผนที่ให้บริการ เช่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากร บริการให้คำปรึกษา การกำกับ ติดตาม นิเทศงาน หน่วยบริการเครือข่าย ส่งให้ สปสช.เขต</li></ul>      |

# หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการ (ต่อ)

## หน่วยบริการประจำที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน

❖ จ่ายตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการลงทะเบียน ภายใต้จำนวนเป้าหมายที่ได้รับการจัดสรร

■ งวดที่ 1 ไม่เกินร้อยละ 50

■ ตามจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการลงทะเบียน

■ งวดที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

■ เมื่อผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมครบ 6 ครั้งตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด

หมายเหตุ : 1) กรณีผลงานบริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขบริการ ที่ สปสช. กำหนด หน่วยบริการจะได้รับการจัดสรรชดเชยค่าบริการในงวดที่ 1 เมื่อหน่วยบริการมีข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป หากไม่พบข้อมูลผลงานการจัดบริการ หรือ มีข้อมูลผลงานบริการน้อยกว่า 3 ครั้ง หน่วยบริการจะต้องคืนเงินในงวดที่ 1 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) กรณีหน่วยบริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมาแล้ว 5 ครั้ง ในครั้งที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิต หน่วยบริการจะได้รับการจัดสรรเงินชดเชยค่าบริการในงวดที่ 2

# ผลการจัดสรรเป้าหมาย บริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ปีงบประมาณ 2564

ตามมติที่ประชุมการบริหารจัดการบริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ปีงบประมาณ 2564 วันที่ 11 กันยายน 2563

ลำดับ	จังหวัด	ชื่อหน่วยบริการแม่ข่าย	เป้าหมาย (ราย)
1	สมุทรปราการ	รพ.สมุทรปราการ	135
2	ชลบุรี	รพ.ชลบุรี	75
3	ชลบุรี	รพ.บางละมุง	31
4	ชลบุรี	รพ.สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	32
5	ระยอง	รพ.ระยอง	91
6	จันทบุรี	รพ.พระปกเกล้า	112
7	ตราด	รพ.ตราด	43
8	ฉะเชิงเทรา	รพ.พุทธโสธร	130
9	ปราจีนบุรี	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	84
10	สระแก้ว	รพ.สระแก้ว	112
รวม			845

# หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายชดเชยค่าบริการ

## ขั้นตอนการขอรับค่าใช้จ่าย

การบันทึกข้อมูล

Care transition

ตรวจสอบข้อมูล

CMHS

ข้อมูลการจ่าย

Seamless for DMIS

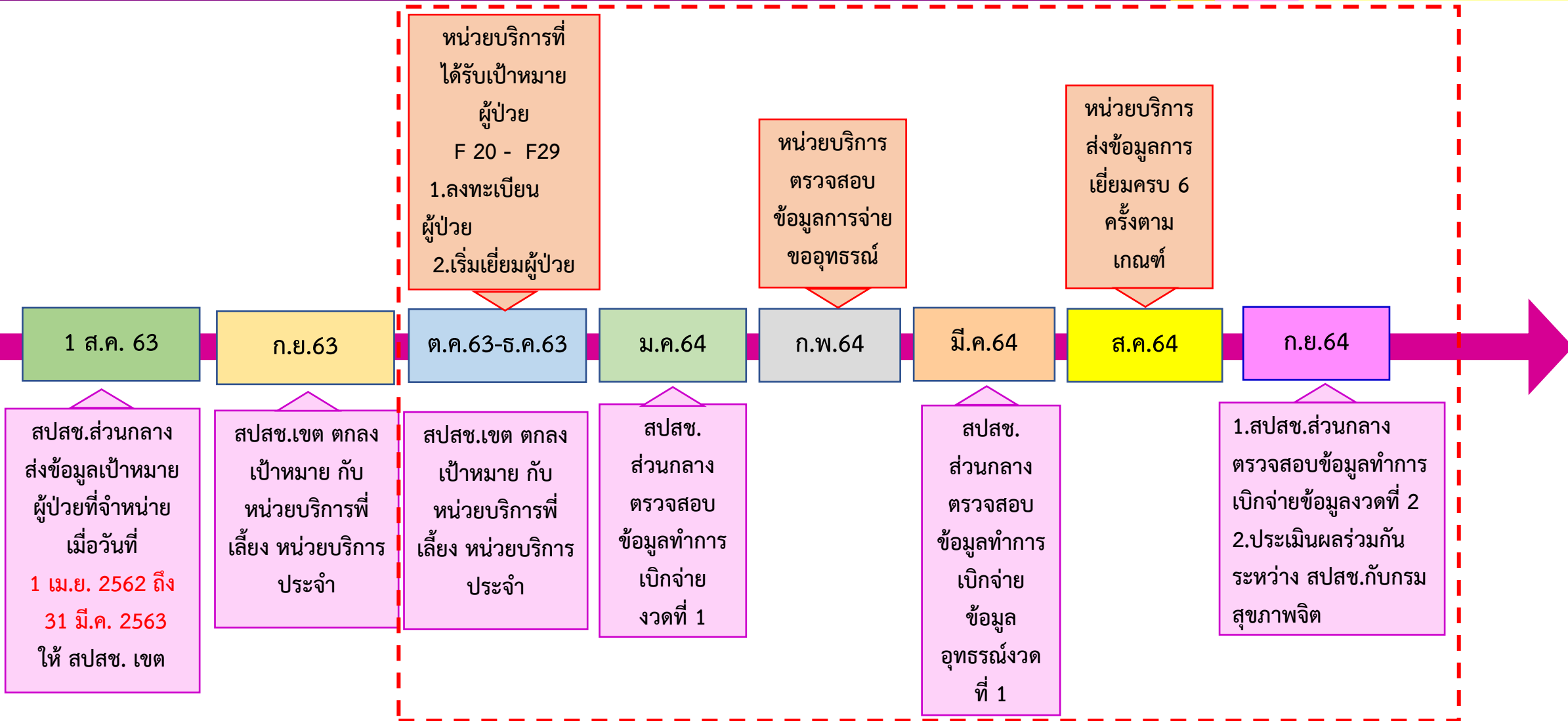
ระบบข้อมูลและการเบิกจ่ายค่าบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช  
(CMHS : *Community mental health service system*)

ระบบ CMHS รongรับข้อมูลจากระบบ Care transition เพื่อนำ  
ข้อมูลเข้าสู่ระบบ ทุกวันที่ 10 ของเดือน ประมวลผลรายงานผ่าน  
ระบบ CMHS ทุกวันที่ 15 ของเดือน และแสดงรายงานในระบบ  
CMHS ทุกวันที่ 16 ของเดือน





# แผนปฏิบัติการบริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ปี 2564



# รายการตัวชี้วัด การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล
1	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องครบ 6 ครั้งตามเกณฑ์	Care transition, CMHS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>สูตรการคำนวณ = <math>\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมครบ 6 ครั้ง} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยเป้าหมายที่ได้รับการลงทะเบียนทั้งหมด}}</math></li> </ul>	
2	ร้อยละของผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยใน	e – claim
	<ul style="list-style-type: none"> <li>สูตรการคำนวณ = <math>\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำที่เข้ารับการรักษานผู้ป่วยใน} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยเป้าหมายที่ได้รับการลงทะเบียนทั้งหมด}}</math></li> </ul>	
3	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนการประเมินด้านอาการทางจิตดีขึ้น (คะแนนเดือนที่ 6 ดีกว่าเดือนที่ 1)	Care transition, CMHS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>สูตรการคำนวณ = <math>\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนการประเมินด้านอาการทางจิตดีขึ้น} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยเป้าหมายที่ได้รับการลงทะเบียนทั้งหมด}}</math></li> </ul>	



จบการนำเสนอ  
ขอบคุณค่ะ