



**การพัฒนาาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้าย
แบบประคับประคอง (Palliative Care)
ที่บ้านและชุมชน ในบทบาทของ สปสช.**

นพ.ชูชัย ศรีวิลาห์ รองเลขาธิการ



ความก้าวหน้าพัฒนาระบบบริการระดับประคองผู้ป่วยระยะ

รพ.ระบุเป็น
ผู้ป่วยระยะ
สุดท้าย



- กรมการแพทย์กำลังทำเกณฑ์ระยะสุดท้าย
- **CPG** การดูแลมีคู่มือหลากหลาย

หน่วยบริการประจำ/
ปฐมภูมิวางแผนดูแล

- ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง
- คลังให้ยืมอุปกรณ์



การดูแล
ผู้ป่วยที่บ้าน

- ยามอร์ฟิน
- ออกซิเจน
- ทำแผล
- ดูแลจิตสังคมและอื่นๆ

พัฒนาการระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในระบบ

ปี 2549

ปี 2553

ปี 2554

ปี 2555-57

•สนับสนุนงาน
มิตรภาพบำบัด :
เครื่องมือประชาชน
และผู้ป่วย

•สนับสนุนการจัดบริการ
PalCare นำร่องเขตละ 1
แห่ง
แห่งละ 350,000

•สนับสนุนการจัดบริการ
PalCare แบบเครือข่าย
35 เครือข่ายรวม 212 แห่ง
(375,000/
เครือข่าย)

•สนับสนุนการจัดบริการ
PalCare แบบเครือข่าย 61
เครือข่ายรวม 523 แห่ง
(135,000/เครือ
ข่าย ในปี 2555)
•สนับสนุนรางวัลเครือข่ายบริการ
ดีเด่น (ทุก 2 ปี 2555, 2557)

พัฒนาการระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในระบบ

ปี 2553

ปี 2554

ปี 2555

ปี 2556-58

พบข้อจำกัด
การใช้ยาบรรเทา
ปวด MO จาก
หน่วยบริการนำร่อง

- ประสาน หารือการบริหารจัดการยาMO ระหว่างหน่วยบริการ อย. และ อภ.
- ชดเชยการใช้ยาMOเพื่อบรรเทาอาการปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน

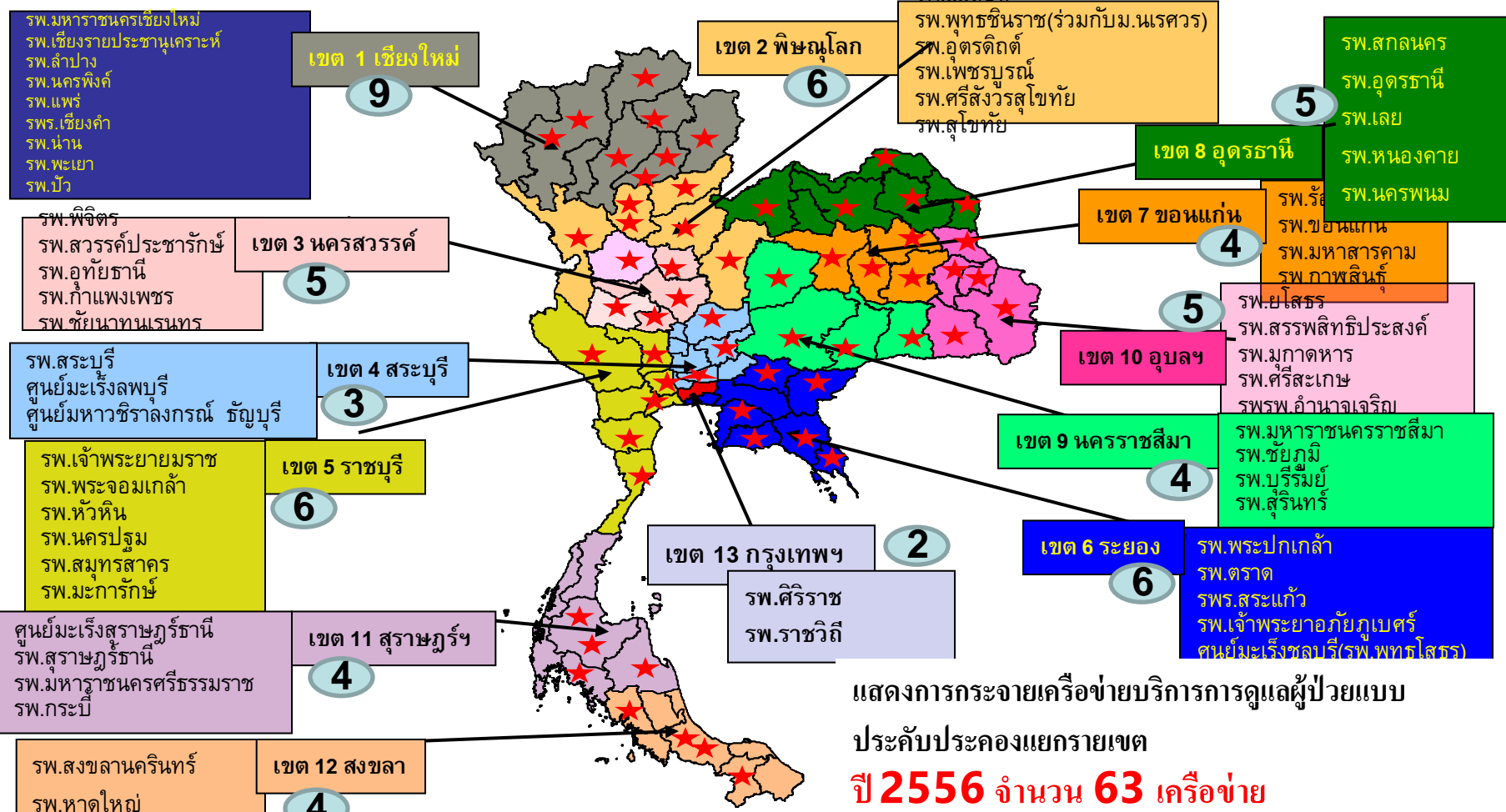
งบ 9,810,000

ชดเชยการใช้ยาMO
เพื่อบรรเทาอาการ
สำหรับผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายที่บ้าน

งบ
18,000,000

ชดเชยการดูแลที่บ้าน(home care) ด้วย MO , ออกซิเจน และการดูแลแผลสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

งบปี56=16,935,480
งบปี57=40,058,640
งบปี58=60,271,440
งบปี 59= 60,495,880



เขต 1 เชียงใหม่
 9
 รพ.มหาราชนครเชียงใหม่
 รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์
 รพ.ลำปาง
 รพ.นครพิงค์
 รพ.แพร่
 รพ.เชียงใหม่
 รพ.น่าน
 รพ.พะเยา
 รพ.ปัว

เขต 2 พิษณุโลก
 6
 รพ.แม่สอด
 รพ.พุทธชินราช(ร่วมกับม.เนตรศวร)
 รพ.อุตรดิตถ์
 รพ.เพชรบูรณ์
 รพ.ศรีสวรรค์อุทัย
 รพ.สุโขทัย

เขต 8 อุดรธานี
 5
 รพ.สกลนคร
 รพ.อุดรธานี
 รพ.เลย
 รพ.หนองคาย
 รพ.นครพนม

เขต 3 นครสวรรค์
 5
 รพ.พิจิตร
 รพ.สวรรค์ประชารักษ์
 รพ.อุทัยธานี
 รพ.กำแพงเพชร
 รพ.ชัยนาทนเรนทร

เขต 7 ชอนแก่น
 4
 รพ.ร้อยเอ็ด
 รพ.ขอนแก่น
 รพ.มหาสารคาม
 รพ.กาฬสินธุ์

เขต 10 อุบลราชธานี
 5
 รพ.ยโสธร
 รพ.สรรพสิทธิประสงค์
 รพ.มุกดาหาร
 รพ.ศรีสะเกษ
 รพ.รพ.อำนาจเจริญ

เขต 4 สระบุรี
 3
 รพ.สระบุรี
 ศูนย์มะเร็งรังสิต
 ศูนย์มะเร็งทิวทิศน์ รังสิต

เขต 9 นครราชสีมา
 4
 รพ.มหาสารคามนครราชสีมา
 รพ.ชัยภูมิ
 รพ.บุรีรัมย์
 รพ.สุรินทร์

เขต 5 ราชบุรี
 6
 รพ.เจ้าพระยายมราช
 รพ.พระจอมเกล้า
 รพ.หัวหิน
 รพ.นครปฐม
 รพ.สมุทรสาคร
 รพ.มะการักษ์

เขต 13 กรุงเทพฯ
 2
 รพ.ศิริราช
 รพ.ราชวิถี

เขต 6 ระยอง
 6
 รพ.พระปกเกล้า
 รพ.ตราด
 รพ.สระแก้ว
 รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร
 ศูนย์มะเร็งชลบุรี(รพ.พุทธโสธร)

เขต 11 สุราษฎร์ธานี
 4
 ศูนย์มะเร็งรังสิต
 รพ.สุราษฎร์ธานี
 รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช
 รพ.กระบี่

เขต 12 สงขลา
 4
 รพ.สงขลานครินทร์
 รพ.หาดใหญ่
 รพ.ยะลา
 รพ.ตรัง

แสดงการกระจายเครือข่ายบริการการดูแลผู้ป่วยแบบ
 ประคับประคองแยกรายเขต
ปี 2556 จำนวน 63 เครือข่าย
หมู่ข่าย 63 แห่ง ลูกข่าย 549 แห่ง

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูล : คุณวรรณณา ใยดี ประไพไธ

เครือข่ายบริการที่ได้รับรางวัลเครือข่ายบริการดีเด่น 2555

เครือข่ายการดูแลแบบประคับประคอง(22 เครือข่าย)

เขต 2 พิษณุโลก (3)

1. รพ.พุทธชินราช
2. รพ.อุตรดิตถ์
3. รพ.แม่สอด

เขต 3 นครสวรรค์ (1)

1. รพ.พิจิตร

เขต 11 สราษภร์ธานี (3)

1. รพ.กาญจนดิษฐ์
2. รพ.เคียนซา
3. รพ.อำเภอลี้ก

เขต 12 สงขลา (2)

1. รพ.ยะลา
2. รพ.หาดใหญ่

เขต 7 ขอนแก่น (8)

1. รพ.ศรีนครินทร์
2. รพ.ร้อยเอ็ด
3. รพ.เกษตรวิสัย
4. รพ.น้ำพอง
5. รพ.ยางตลาด
6. รพ.วาปีปทุม
7. รพ.เสลภูมิ
8. รพ.หนองพอก

เขต 8 อุดรธานี (2)

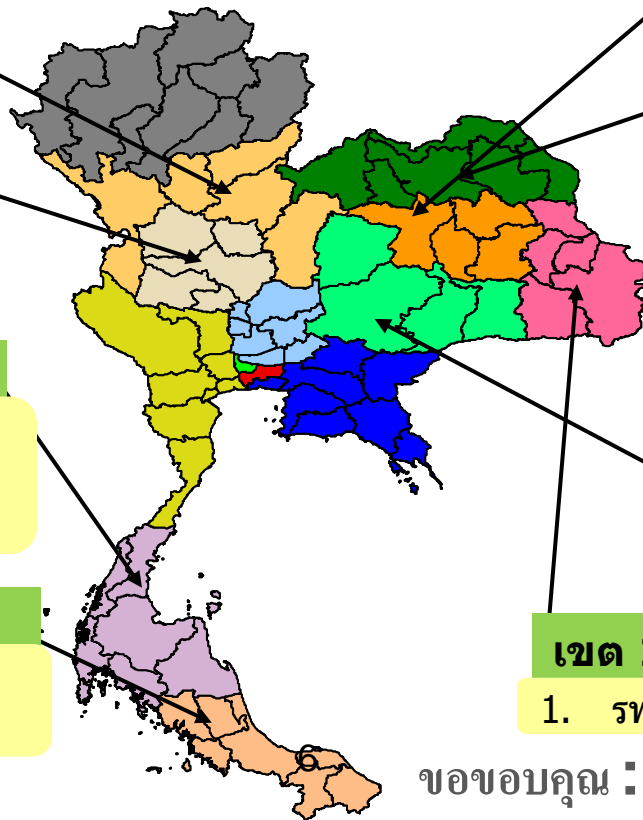
1. รพ.อุดรธานี
2. รพ.ศรีเชียงใหม่

เขต 9 นครราชสีมา (2)

1. รพ.บุรีรัมย์
2. รพ.ด่านขุนทด

เขต 10 อุบลราชธานี (1)

1. รพ.เขื่องใน



ขอขอบคุณ : คุณวรรณมา เอียดประพาล



เงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการ

1. เป็นการจ่ายชดเชยสำหรับหน่วยบริการที่จัดให้มี
บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน โดยทีมสหสาขา
วิชาชีพ

2. เป็นการจ่ายสำหรับบริการดูแลแบบประคับประคอง
ที่หน่วยบริการให้แก่ผู้ป่วยที่ลงทะเบียนในหน่วยบริการ
นั่นเอง (HCode=Hmain) เท่านั้น

3. **ครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค** ที่ได้รับการวินิจฉัย
เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีรหัสการวินิจฉัยโรค ICD =
Z51.5 เป็น**รหัสโรคร่วม** และมีรหัสหัตถการของการทำแผล
เช่น 8622 , 9357 และให้ออกซิเจน เช่น 9396

4. บริการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับการชดเชย

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

59

1. การชดเชยจะคำนวณตามจำนวนวันที่หน่วยบริการให้บริการโดยชดเชยไม่เกินครั้งละ 30 วันต่อการตรวจติดตาม (visit) ในแต่ละครั้ง

2. เป็นการจ่ายชดเชยในระบบ point system with global budget ในสัดส่วน ยามอร์ฟิน : ชุดทำความสะอาดแผล : ออกซิเจน = 2 : 1: 2

การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย59

1. บันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim
2. บันทึกเลือกรายการ ยามอร์ฟิน , ชุดทำความสะอาด สะอาดแผล , ออกซิเจน จากรายการ ค่าใช้จ่ายอื่นที่ไม่ได้จัดหมวด
3. บันทึกจำนวนวันของบริการแต่ละประเภท โดย บันทึกครั้งละไม่เกิน 30 วัน
4. ระบุรหัสโรค รหัสหัตถการตามที่กำหนด

ประกาศกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ2560

๒๙.๓ การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้านอย่างเหมาะสม สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคาม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้าย โดยเป็นการดูแลร่วมกันของหน่วยบริการ ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2560

จัดบริการดูแลให้ครอบคลุมผู้ป่วยระยะสุดท้าย
(ตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์กำหนด)

จำนวน 7,249 ราย

งบประมาณที่ได้รับจัดสรรเพื่อสนับสนุนการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูล :ปี	2557	2558	2559	2560
จำนวน งบประมาณ	30.642 ลบ.	37.102 ลบ.	60.496 ลบ.	38.165 ลบ.
เป้าหมาย ศพ.	5,961 คน	11,471 คน	11,490 คน	7,249 คน
ผลการ ดำเนินงาน	5,820 คน (97.63 %)	7,047 คน (61.43 %)	8,208 คน (71.44 %)	

หลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยฯ

1. เป็นการจ่ายชดเชยสำหรับหน่วยบริการที่จัดให้มีบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่วงเวลา 1ก.ค.59 - 30 มิ.ย.60
2. เป็นการจ่ายสำหรับบริการที่หน่วยบริการให้แก่ผู้ป่วยที่ลงทะเบียนในหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการรับผิดชอบพื้นที่ชุมชนนั้น เท่านั้น
- 3.ครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์กำหนด

หลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยฯ (ต่อ)

4. เหม่าจ่ายต่อราย และหยุดจ่ายเมื่อเสียชีวิต โดยตรวจสอบฐานทะเบียนราษฎร ดังนี้

4.1 กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต ภายใน 30 วัน เหม่าจ่ายรายละ 4,000 บาท

4.2 ผู้ป่วยเสียชีวิต ภายใน 31-60 วัน เหม่าจ่ายรายละ 5,000 บาท

4.3 กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 61- 90 วัน เหม่าจ่ายรายละ 6,000 บาท

4.4 กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต 91 วัน ขึ้นไป เหม่าจ่ายรายละ 7,000 บาท

5. บันทึกรข้อมูล e-Claim โดยระบุ วันที่เริ่มให้บริการที่บ้าน

การบริการ Palliative Care ปี 2557-2559

ปี	จำนวนคน	จำนวนครั้ง (visit)	เฉลี่ยการรับบริการครั้ง (visit)/คน
2557	5,820	22,077	3.79
2558	7,047	25,021	3.55
2559	8,209	32,810	4.0

ต้นทุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

- การพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ ร่วมกับ สธ. สสส สรพ สปช. ฯลฯ
- มีพื้นที่อำเภอบริหารจัดการแบบ DHS/DHML/DHB เข้มแข็ง อย่างน้อย 255-500 อำเภอ
- มีแผนงานโครงการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพะ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน-ท้องถิ่น-ภาคประชาชน
- การจ่ายเงินตามผลลัพธ์และคุณภาพของบริการ QOF
- ในมิติการแก้ไขปัญหาสุขภาพะตามบริบทของพื้นที่ (ตัวชี้วัดพื้นที่)
- การพัฒนากำลังคนในสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่จำเป็น อาทิ FM, PT, PHP, Pharm, PGs

Primary Care Cluster (PCC) : In-service Management

By Family Medicine Doctor and team
(3 teams for 30,000 population)

Phase-I: Urban areas of 16 Province
(total 48 units for a million Thai families)

Phase-II: Urban areas 76 Province (total 108 units)

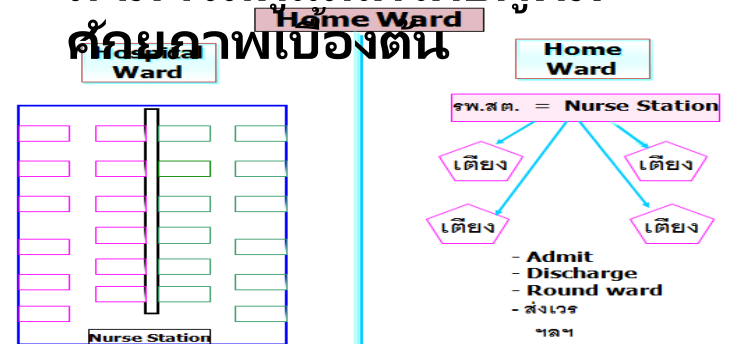
Phase-III: All districts with 6,500 teams



Continuity of Care In Communities

Classify patient need levels

1. **Homeward**: ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
2. **Home health care**: ต้องการดูแลเฉพาะ ต้องการอาศัยบุคลากรทางการแพทย์
3. **Home visit**: ผู้ป่วยทั่วไปสามารถดูแลได้โดยผู้ที่มีศักยภาพเบื้องต้น



สิ่งท้าทาย

- 1) มีโครงสร้างงาน palliative care ในหน่วยบริการที่เหมาะสมตามระดับ บริการตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ
 - กำหนดศักยภาพการให้บริการในแต่ละระดับ : สมาคมองค์กรวิชาชีพ
 - กำหนดโครงสร้างหน่วยบริการและเครือข่ายบริการ : service plan
- 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร จิตอาสา ครอบครัว ชุมชน
 - ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม ด้านกาย จิต สังคม
 - เครือข่ายการพัฒนาองค์ความรู้ในพื้นที่ : training for trainer

3) การบูรณาการระบบและการทำงานร่วมกับระดับข้างอื่น

เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)

สนับสนุนระบบสุขภาพอำเภอ

ภาคีต่างๆ ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (DHB) มี เอกภาพ
สปสช. → กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
"กองทุนฯ อบต./เทศบาล" ระบบการจัดการข้อมูล การเงิน ทีม FCT

District Health Board อำเภอ

ในเขตบริการสุขภาพ "ประจักษ์" (จังหวัด)

ร่วมคิด/ร่วมทำ/ร่วมเรียนรู้/ร่วมสร้างนวัตกรรม / ร่วมลงทุน
เพื่อสุขภาพประชาชน

= กระบวนการธรรมาภิบาลสุขภาพพื้นที่

รัฐดูแลสุขภาพ
ตามความจำเป็นของ
พื้นที่

(Essential Care)

ชุมชนบริหารจัดการ
สุขภาพ
ด้วยตนเอง

(Self-admin)

ขอบคุณครับ

Palliative Care

Relieves suffering. Improves quality of life.



chuchai.s@nhso.go.th

Line chuchai55