



# การปฏิรูประบบบริการสุขภาพแบบครบวงจรเพื่อสร้างบริการแบบเน้นคุณค่า

ผศ.นพ.บวรศม ลีระพันธ์

การประชุมวิชาการระดับชาติด้านหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ครั้งที่ 3

“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: การดูแลสุขภาพแบบมุ่งเน้นคุณค่า”

11 ธันวาคม 2561



# Outline

- 1) แนวคิดเรื่องการจัดการบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (Value-based Health Care Delivery: VBHC)
  - นิยามและองค์ประกอบของการจัดการบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (“WHAT”)
  - ที่มาของแนวคิดการจัดการบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (“WHY”)
  - กระบวนการจัดการบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (“HOW”)
- 2) กรณีศึกษา (Case studies)
- 3) บทบาทของผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการปฏิรูปการจ้ดระบบบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่าในประเทศไทย (“What’s next?”)



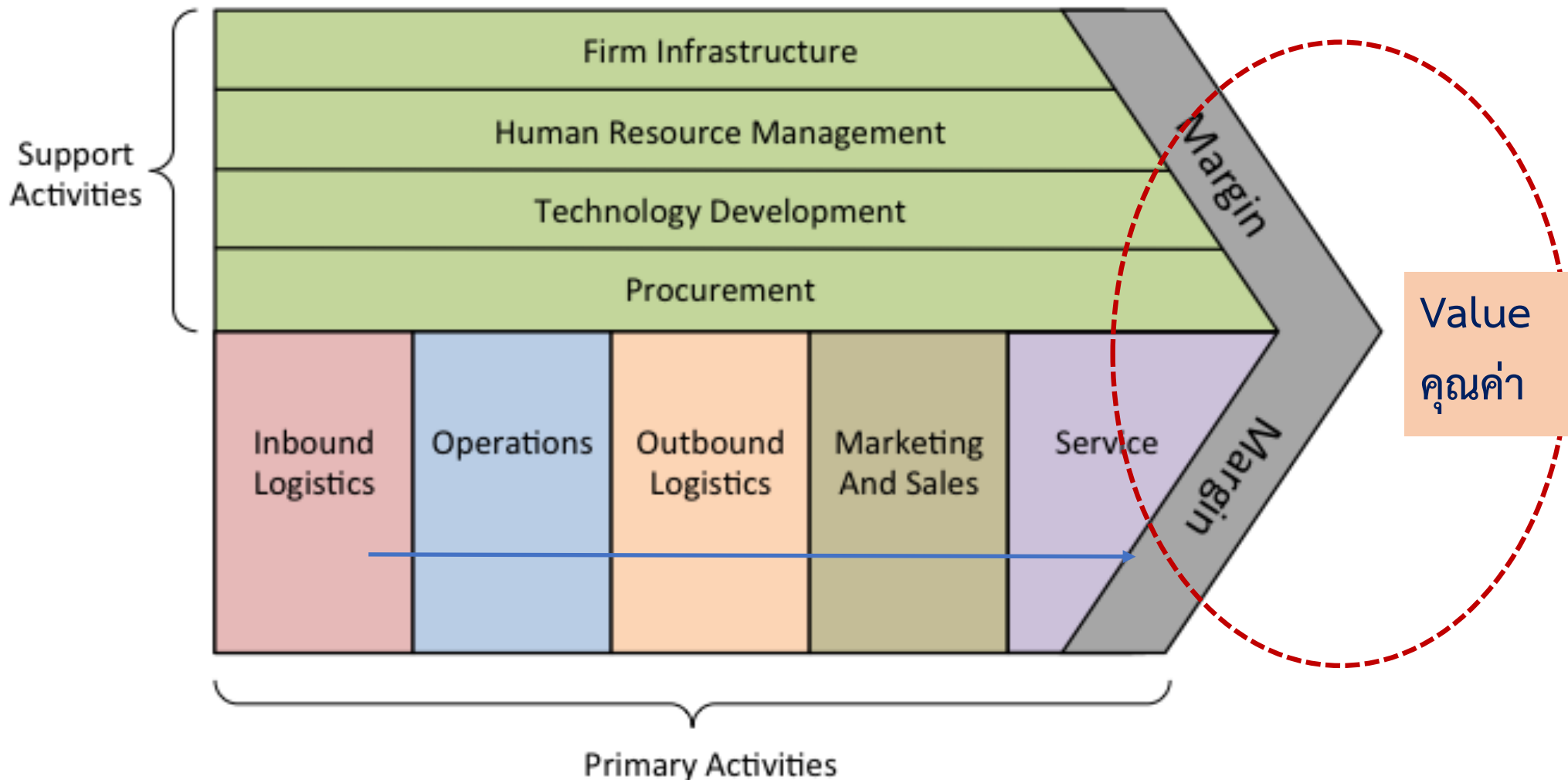
# แนวคิดเรื่องการจัดบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (Value-based Health Care Delivery)

# Organizational Excellence Model

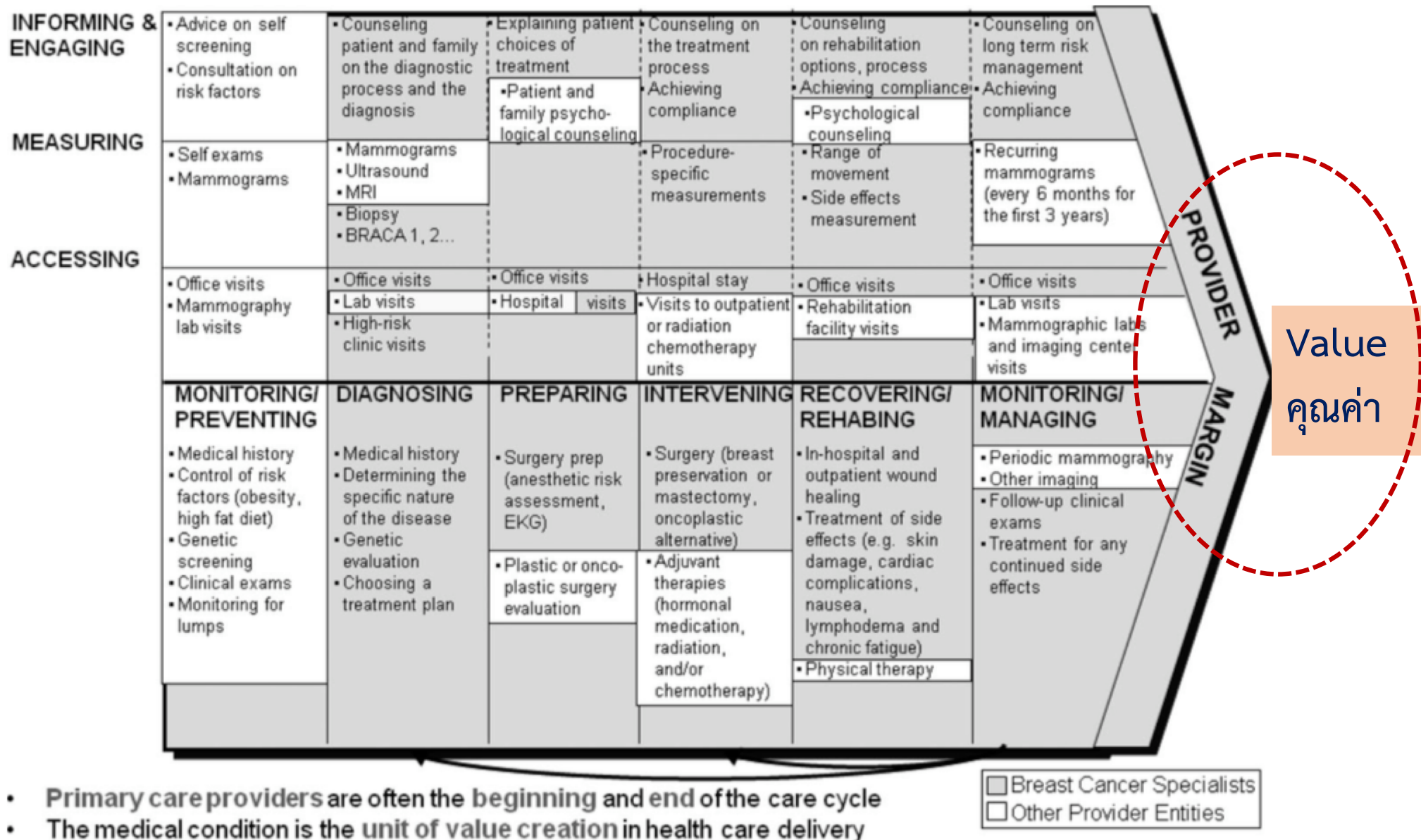
## Michael E. Porter's Value Chain Framework



Q: “คุณค่า (value) ที่องค์กรตั้งใจส่งมอบให้ลูกค้าคืออะไร?”

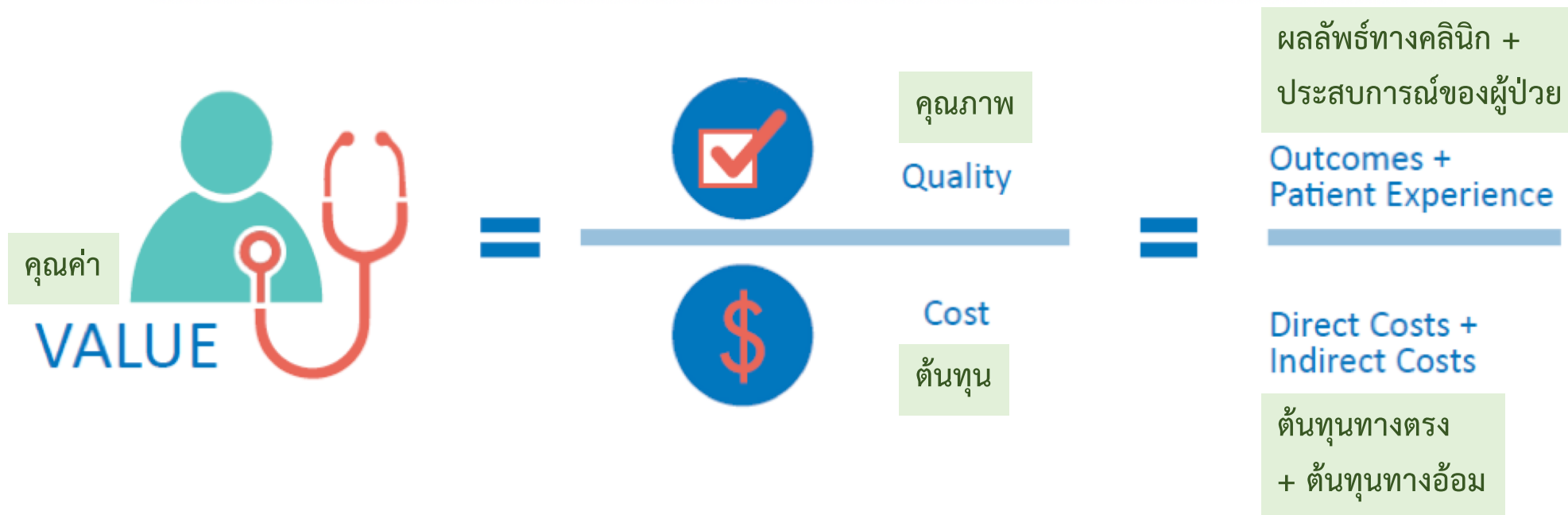


# Q: “คุณค่า (value) ที่ระบบบริการสุขภาพตั้งใจส่งมอบให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมคืออะไร?”



# นิยามและองค์ประกอบของการจัดบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (“WHAT”)

- The most powerful single lever for reducing cost and improving value is **improving outcomes**



- Value **cannot be understood** at the level of a hospital, specialty, intervention, or for overall primary care
- Value is created in caring for a patient's **medical condition** over the **full cycle of care**

# นียมและองค์ประกอบของการจัดบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (“WHAT IS NOT”)

## Incremental “Solutions” Have Had Limited Impact

- Prior authorization for expensive services
- Patient copayments and deductions
- Electronic medical records
- Evidence-based medicine
- Safety/eliminating errors
- Introducing “lean” process improvements
- Care coordinators
- Retail and urgent care clinics
- Programs to address generic high cost areas (e.g. readmissions, post acute)
- Mergers and consolidation



- **Restructuring health care delivery** is necessary, not incremental improvements

# ที่มาของแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบอิงคุณค่า (“WHY”)

From Value-Based Payment To Value-Based Health Care Delivery

Harvard  
Business  
Review



ECONOMICS & SOCIETY

## The Case for Capitation

by Brent C. James, MD and Gregory P. Poulsen

FROM THE JULY-AUGUST 2016 ISSUE

เหมาจ่ายรายหัว  
Capitation Payment

Harvard  
Business  
Review

VS.



ECONOMICS & SOCIETY

## How to Pay for Health Care

by Michael E. Porter and Robert S. Kaplan

FROM THE JULY-AUGUST 2016 ISSUE

เหมาจ่ายทั้งวงจรการเจ็บป่วย  
Bundled Payment  
("Disease Capitation")



# วิธีการจ่ายเงินส่งผลต่อการควบคุมต้นทุน แต่คุณค่าไม่ใช่เพียงการลดต้นทุน (Value is NOT a code-word for cost containment)

## Who Gets the Savings from Waste Reduction?

With most health care payment methods, much of the savings from waste cuts goes into the pockets of payers (mainly insurers and, to a much lesser degree, employers and patients), not to the care delivery groups behind the quality improvement initiatives. That undermines the groups' finances and ability to invest in further innovations that rein in spending. Population-based payment is the only system that allows groups to benefit from reducing all three categories of waste.

TYPE OF WASTE	% OF ALL WASTE	PAYMENT METHODS			e.g. DRGs	e.g. Capitation
		Cost-plus	Fee for service	Per case	Population-based payment	
<b>Production level</b> Inefficient production of individual care units, such as <u>drugs, tests</u> , nursing support	5%					
<b>Case level</b> Use of unnecessary or suboptimal <u>services</u> in treating a case	50%					
<b>Population level</b> Unnecessary or avoidable <u>patient cases</u>	45%					

# วิธีการจ่ายเงินส่งผลต่อการควบคุมต้นทุน แต่คุณค่าไม่ใช่เพียงการลดต้นทุน (Value is NOT a code-word for cost containment)

## Why DRGs Are Not Bundled Payments

Critics of bundled payments point to Medicare's experience with a superficially similar approach: the diagnosis-related group, or DRG, payment model. DRGs, which date back to 1984 and were adopted in many countries, were a step forward, but they did not trigger the hoped-for innovations in care delivery.

Why have DRGs failed to bring about greater change? DRGs make a single payment for a set of services provided at a given location; however, the payment does not cover the full care cycle for treating the patient's condition. By continuing to make separate payments to each specialist physician, hospital, and post-acute care site involved in a patient's care, DRGs perpetuate a system of uncoordinated care.

Moreover, DRG payments are not contingent on achieving good patient outcomes. Indeed, many DRGs fail to cover many support services crucial to good outcomes and overall value, such as patient education and counseling, behavioral health, and systematic follow-up. Under the DRG system, therefore, specialty silos in health care delivery have remained largely intact. And providers continue to have no incentive to innovate to improve patient outcomes.

# ที่มาของแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบอิงคุณค่า (“WHY”)

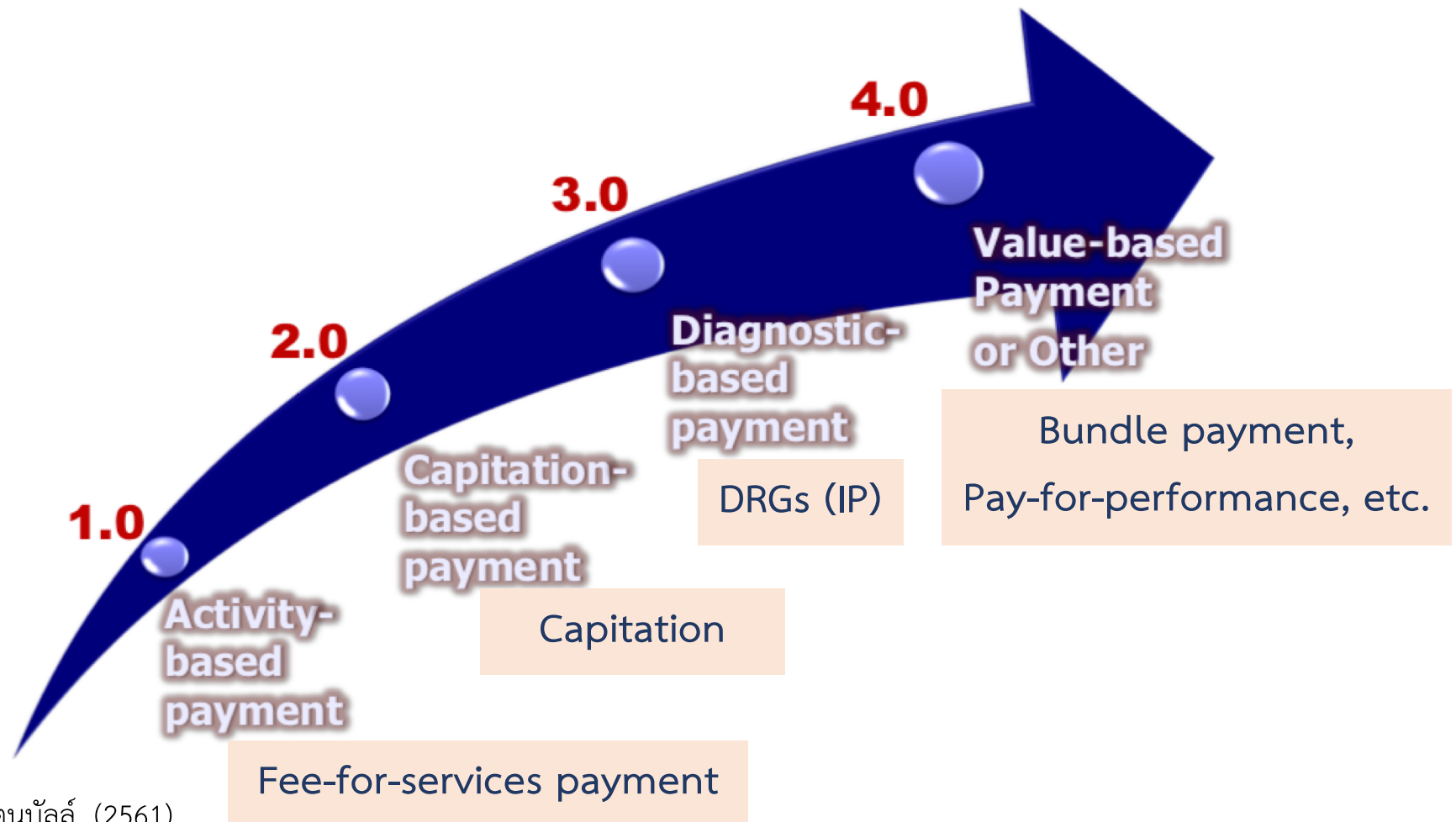
**การยกระดับประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการดูแลสุขภาพ  
เป็นส่วนสำคัญของการบรรลุเป้าประสงค์SAFE**

1. ความสมเหตุสมผลของการใช้จ่าย
2. กลุ่มโรคที่ป้องกันได้ ที่เป็นภาระทางการเงิน
3. การจัดการโรคเรื้อรัง
4. ความเหมาะสมของการใช้บริการสุขภาพ
5. การป้องกันเหตุการณ์หรือกรณีไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล
6. การป้องกันภาวะพิการที่เป็นภาระระยะยาว

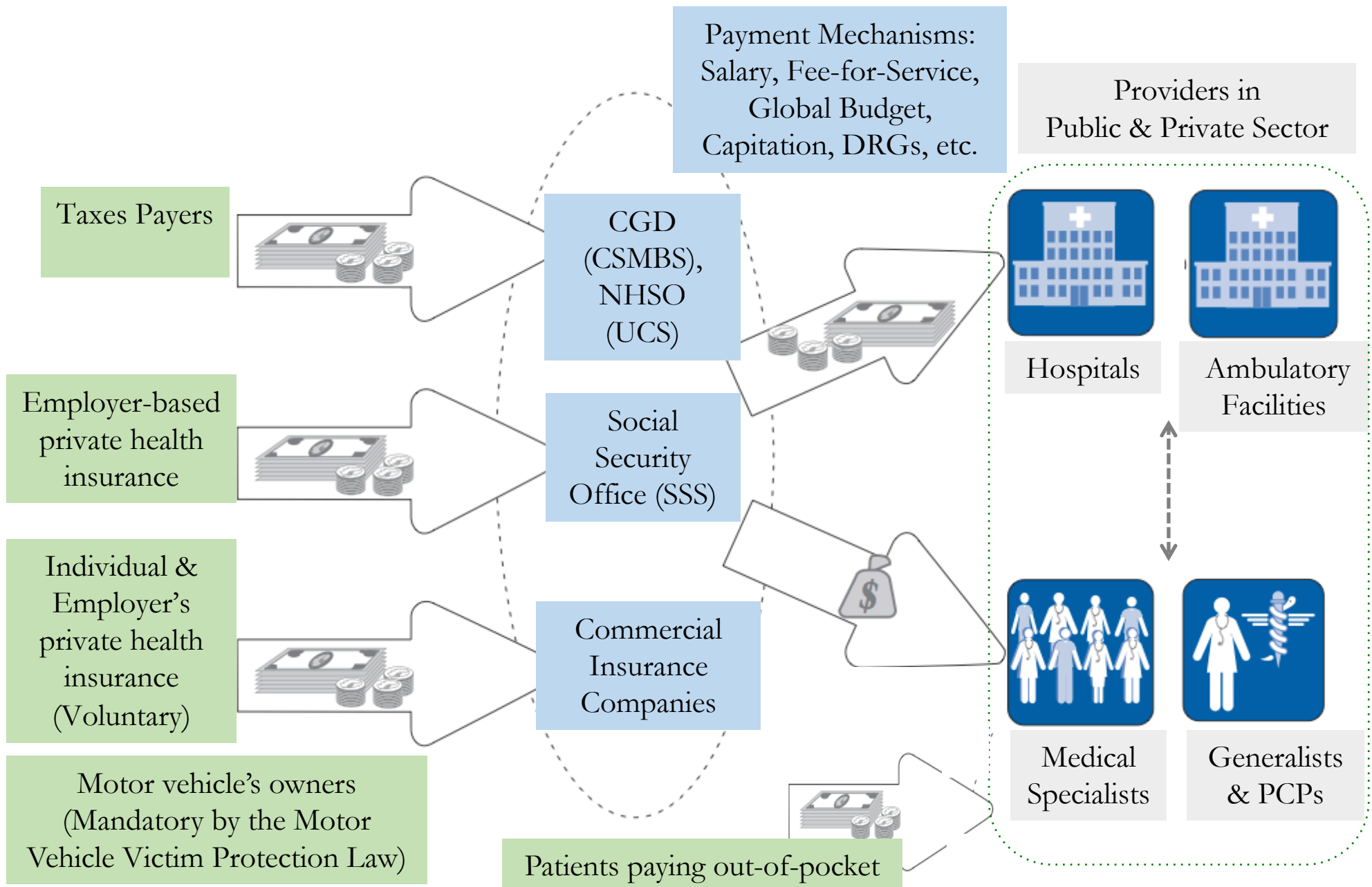
- “ประมาณการเบื้องต้น” หากสามารถดำเนินการได้สำเร็จภายใน 5 ปี
- น่าจะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพได้ไม่น้อยกว่าปีละ 5,000-5,700 ล้านบาท

# ที่มาของแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบอิงคุณค่า (“WHY”)

## แนวคิด Health services payment model ของ คกก.ปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข



# Healthcare Financing Systems of Thailand (2561)



# ที่มาของแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (“WHY”)

วิธีการจ่ายเงินมีผลต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพ:  
Payment Systems vs. Care Delivery Models



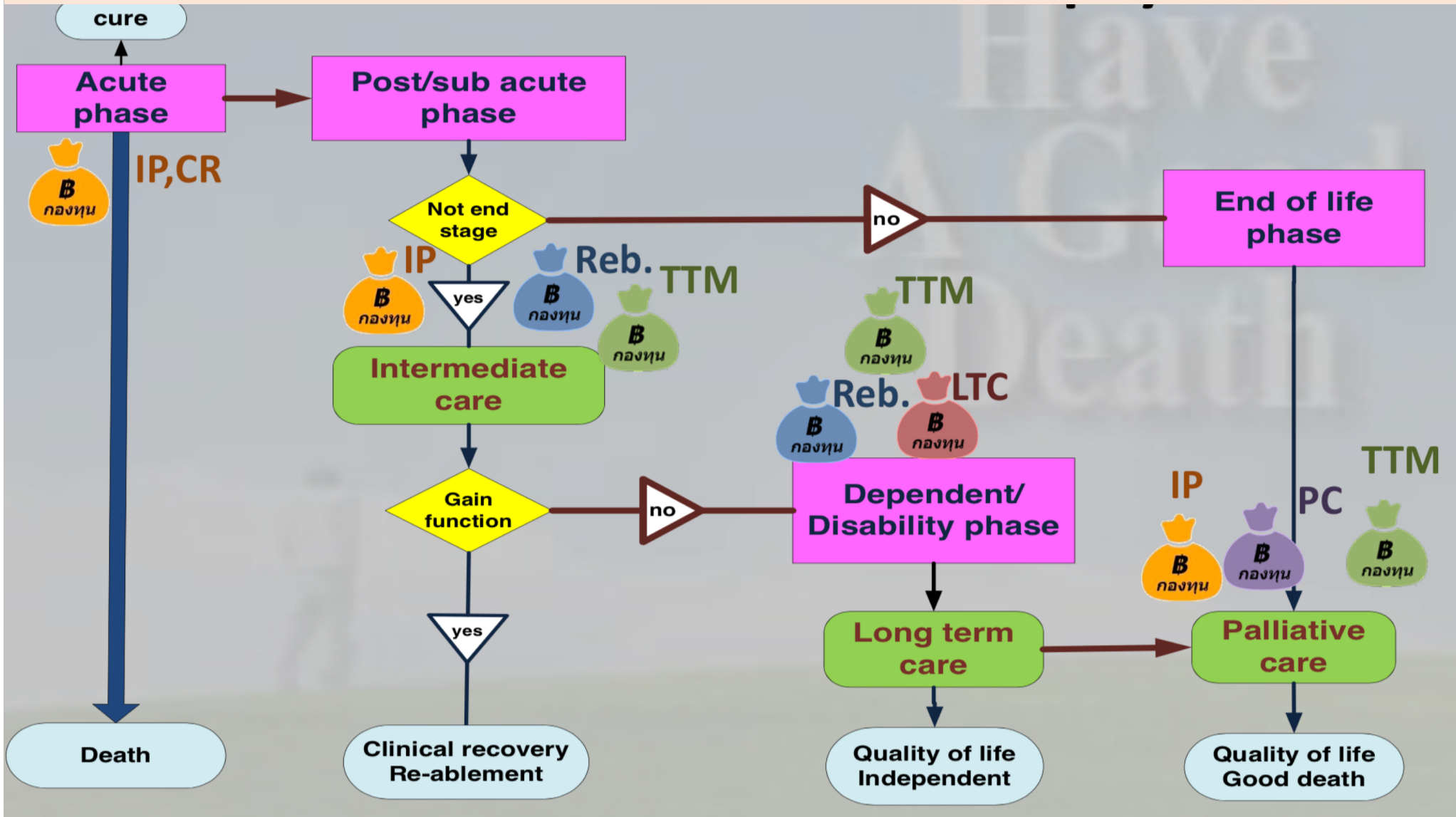
## กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2562

จำนวน 181,584,093,700 บาท

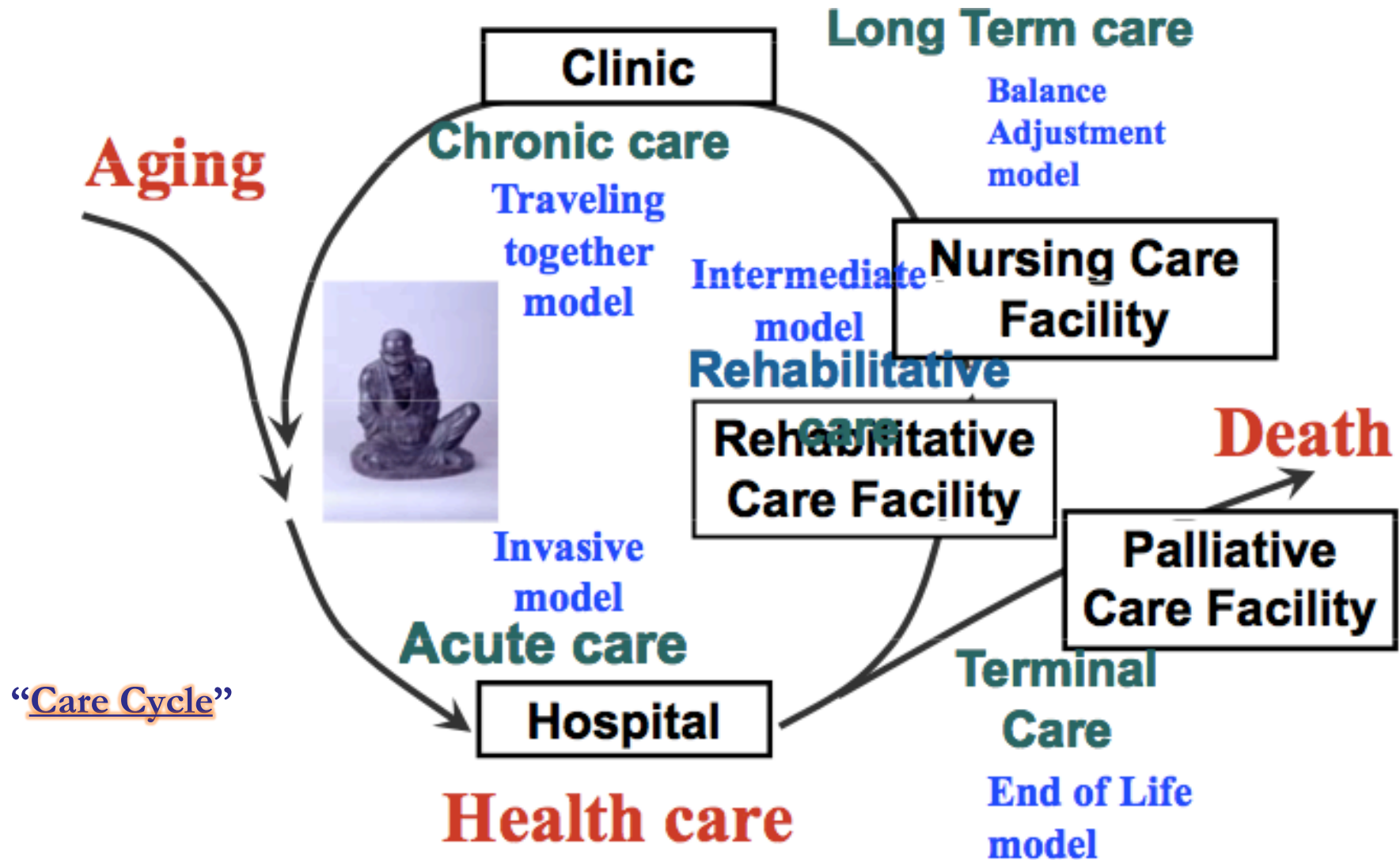


# ที่มาของแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (“WHY”)

NHSO Payment FY2562: Continuum of Care? vs. Fragmented Care??



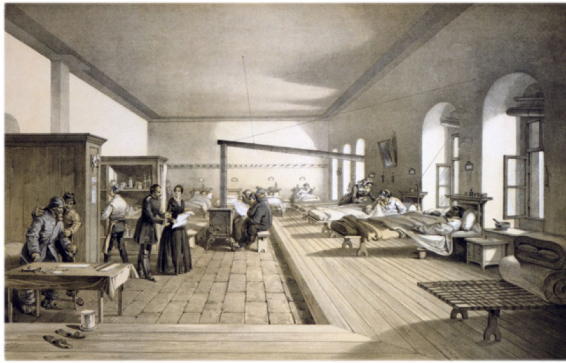
Continuum of Care in the “Care Cycle” for the Elderly:  
Multiple Care Models as Part of Integrated Care Delivery Systems





# Hospital Care

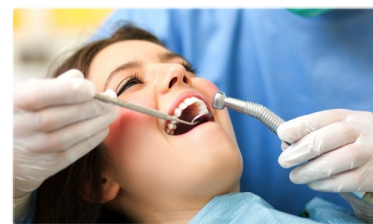
“Hospital Patient Care Teams”



# Non-Hospital Care

“Non-Hospital Patient Care Teams”

Primary Care Clinics



# Non-Personal Care (Population Health)



“Public Health Practitioners  
& Public Health Administrators”



“Healthcare Administrators”

# ที่มาของแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบอิงคุณค่า (“WHY”)

FORUM ON VALUE-BASED HEALTH CARE DELIVERY

---

## Value-Based Health Care Delivery

*Michael E. Porter, PhD*

The challenges of delivering health care in the United States are receiving growing attention as costs continue to rise and evidence of uneven quality accumulates.<sup>1-3</sup> These problems are not unique to America but are raising concerns in many countries, even those with universal insurance coverage. My work has examined the structure and organization of health delivery viewed from a value perspective, where value is defined as the health outcomes achieved per dollar spent.<sup>4</sup>

To achieve a high-value health care delivery system, universal coverage is necessary but not sufficient. Universal coverage is essential not only for equity but also for efficiency. The lack of universal insurance in the United States creates much inefficiency, including those that arise from the distortive

introduce concise thinking and manage diseases better, almost all of these efforts take the basic structure of delivery as a given. Instead, as we have learned in other fields, we need to achieve consensus on what a high-value health care delivery system would look like to guide the choices of every system participant.

Some suggest that empowering consumers is the key to fixing the health care delivery system. I disagree. Consumers can play a more active role in improving their health and participating in their health care, but consumers cannot overcome today's dysfunctional structure no matter how much they are asked to pay. Consumers cannot be expected to select the best providers and integrate their own care in a fractured system. Physicians must transform health care de-

---

*Porter*

*Annals of Surgery* • Volume 248, Number 4, October 2008

# ที่มาของแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบอิงคุณค่า (“WHY”)



*The* NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

Perspective  
DECEMBER 23, 2010

## What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

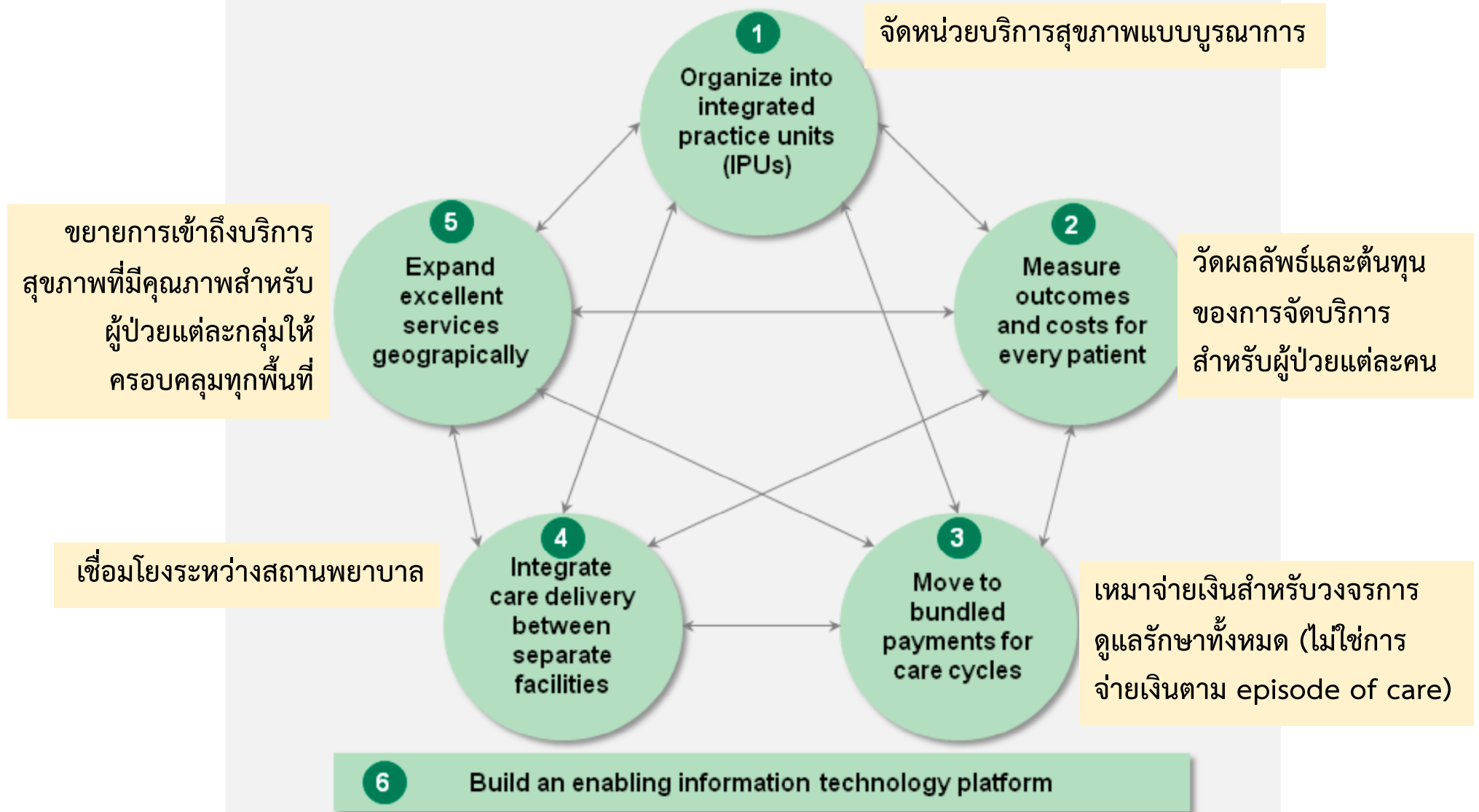
In any field, improving performance and accountability depends on having a shared goal that unites the interests and activities of all stakeholders. In health care, however, stakeholders have

value is a central challenge. Nor is value measured by the process of care used; process measurement and improvement are important tactics but are no substitutes for measuring outcomes



# กรณีศึกษา (Case studies)

# กระบวนการจัดบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (“HOW”)



# กระบวนการจัดบริการสุขภาพแบบอิงคุณค่า (“HOW”)

## เราต้องการบูรณาการระหว่างอะไร?

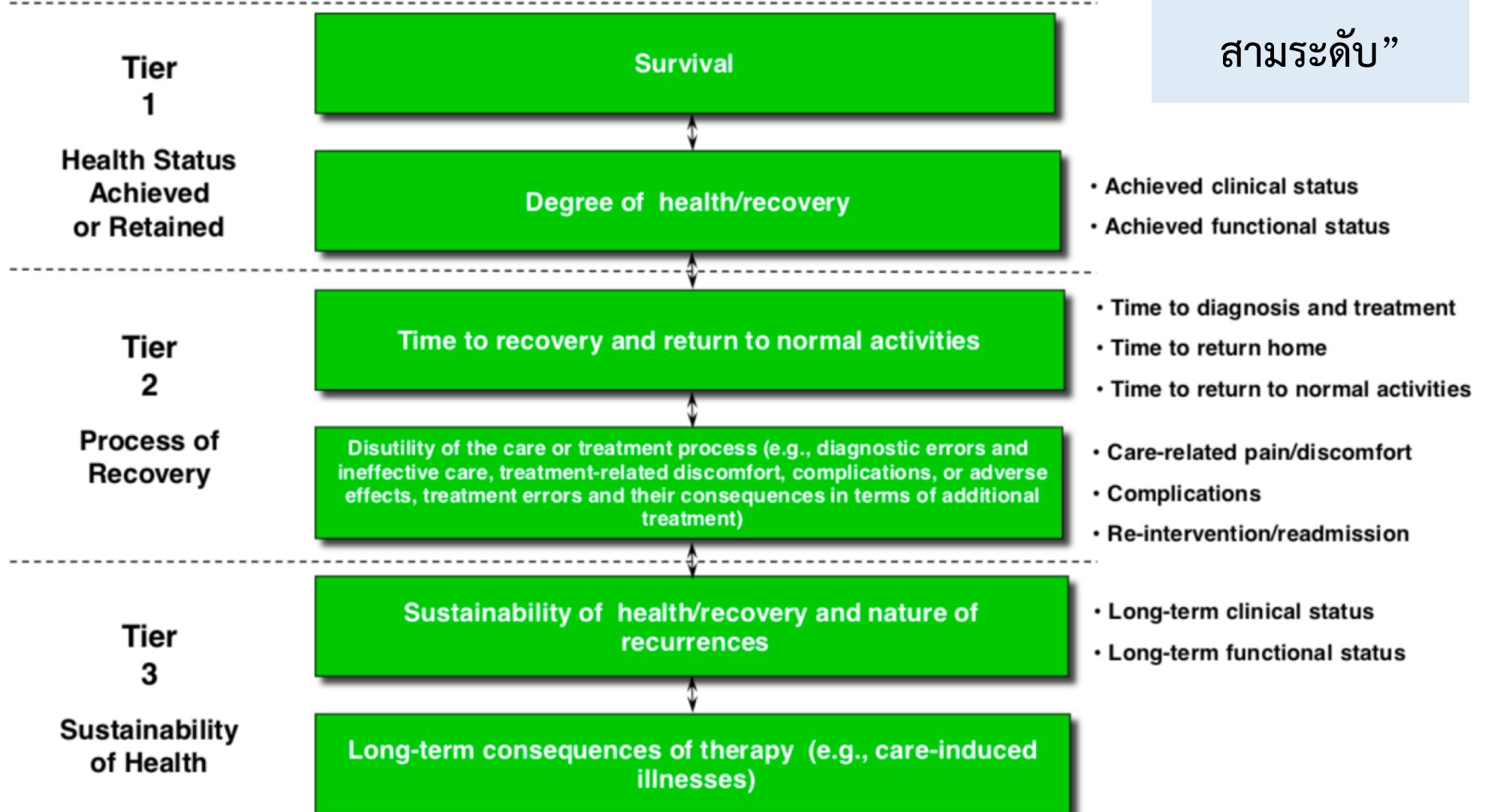
What do you mean by (People-Centered) Integrated Health Care Delivery?

- ~~ทำคนเดียวทุกอย่าง~~
- บูรณาการการจัดบริการสุขภาพระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ (specialties)
- บูรณาการระหว่างวิชาชีพสุขภาพ (interprofessional care teams)
- บูรณาการระหว่างวิชาชีพสุขภาพ (health care sector) กับภาคประชาสังคม (SDH)
- บูรณาการกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างสถานบริการสุขภาพหรือต่างสังกัด (organizations)
- บูรณาการระหว่างการป้องกันโรค สร้างเสริมสุขภาพ รักษาโรค ฟื้นฟูสภาพ (functions)
- บูรณาการระหว่าง “care models” สำหรับแต่ละกลุ่มประชากร: acute/hospital care, emergency care, primary care, subacute care, long-term care, palliative care & end-of-life care, mental health services
- บูรณาการระหว่างบริการด้านการแพทย์ (clinical medicine) กับการทำงานสาธารณสุข (population health)

# กระบวนการจัดบริการสุขภาพแบบอิงคุณค่า (“HOW”)

## The Outcome Measures Hierarchy

“การวัดผลลัพธ์  
สามระดับ”



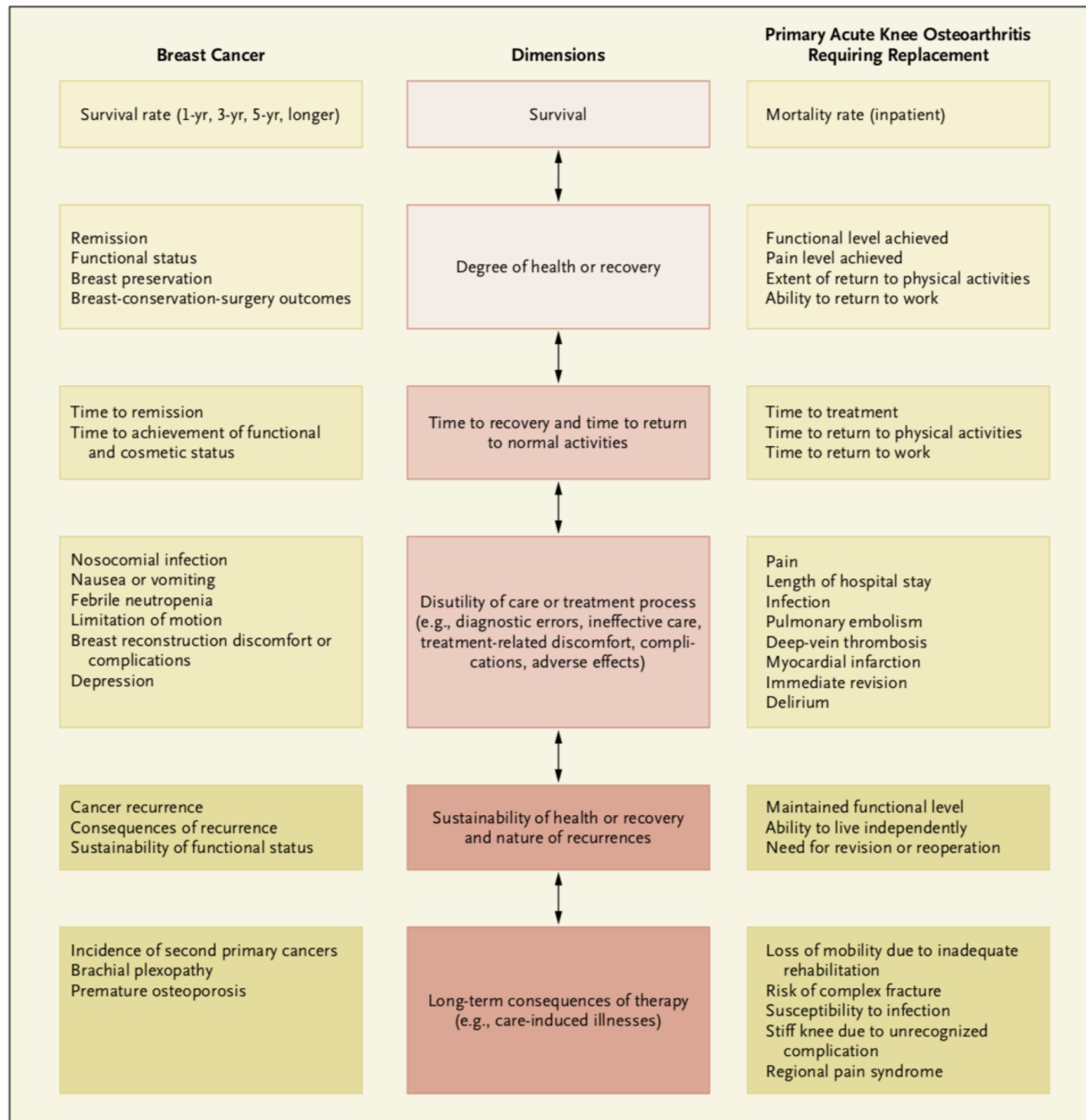
# กระบวนการจัดบริการสุขภาพแบบอิงคุณค่า (“HOW”)

## “การวัดผลลัพธ์สามารถระดับสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน”

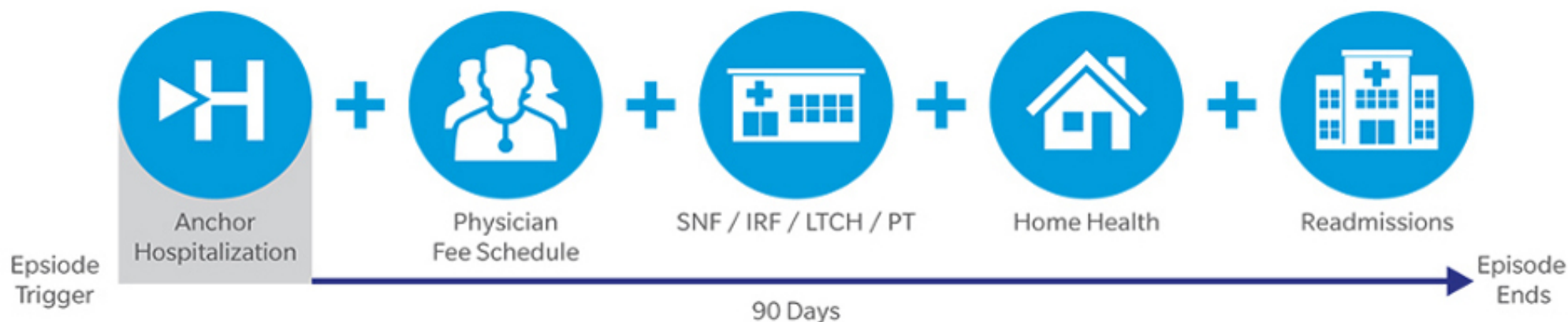
	Outcome measures	Type 1 diabetes in children and adolescents
<b>Tier 1</b> Health status achieved or retained	Survival	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortality rate</li> </ul>
	Degree of health or recovery	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disease-specific quality of life of patients, such as the MY-Q measuring emotional well-being, social interaction (with parents, family, friends, at school), diabetes management (worries, treatment barriers, self-efficacy, self-esteem or problematic eating)</li> <li>• Parents' quality of life, such as the MY-Q</li> </ul>
<b>Tier 2</b> Process of recovery	Time to recovery and return to normal activities	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Time to diagnosis</li> <li>• Time to adequate care</li> <li>• Time to return to normal life</li> </ul>
	Disutility of care or treatment process (e.g., complications)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Type 1 diabetes-related hospital admissions for severe hypoglycemia or diabetic ketoacidosis (number of admissions and length of stay)</li> <li>• Severe hypoglycemia at home</li> </ul>
<b>Tier 3</b> Sustainability of health	Sustainability of health or recovery and nature of recurrences	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angiopathy (acute myocardial infarction, stroke)</li> <li>• Nephropathy</li> <li>• Retinopathy</li> <li>• Neuropathy</li> </ul>
	Long-term consequences of therapy <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N/A</li> </ul>



# Outcome Hierarchies for Breast Cancer and Knee Osteoarthritis



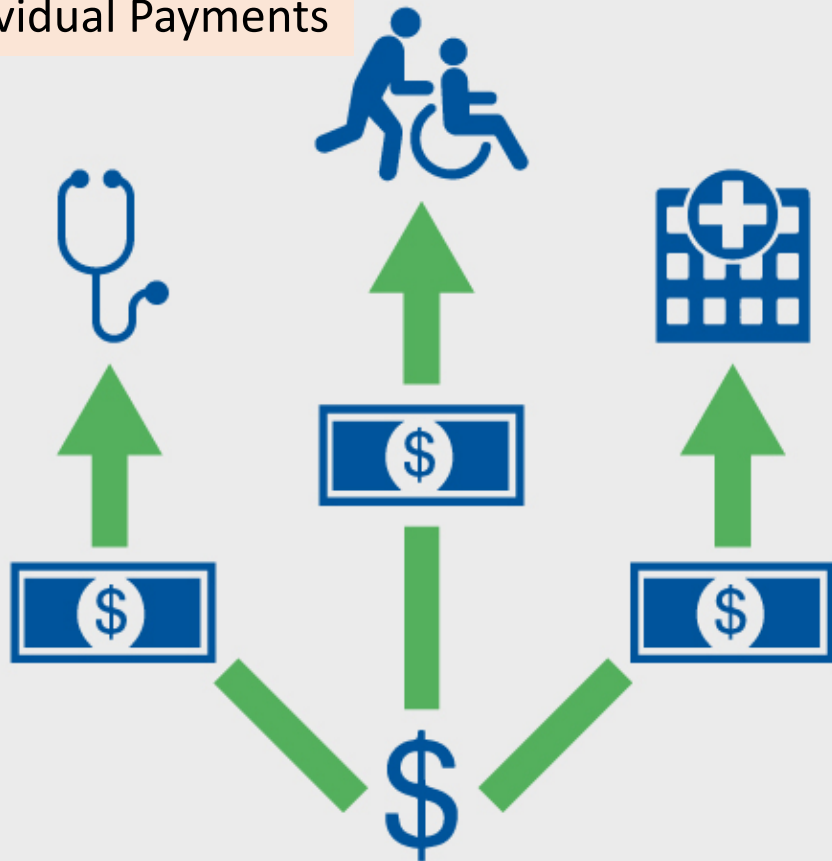
# กระบวนการจัดบริการสุขภาพแบบอิงคุณค่า (“HOW”)



Moving to “Bundled Payments” for “Care Cycle”  
เหมาะจ่ายเงินสำหรับวงจรการดูแลรักษาทั้งหมด  
(ไม่ใช่การจ่ายเงินตามแต่ละ visit/episode of care)

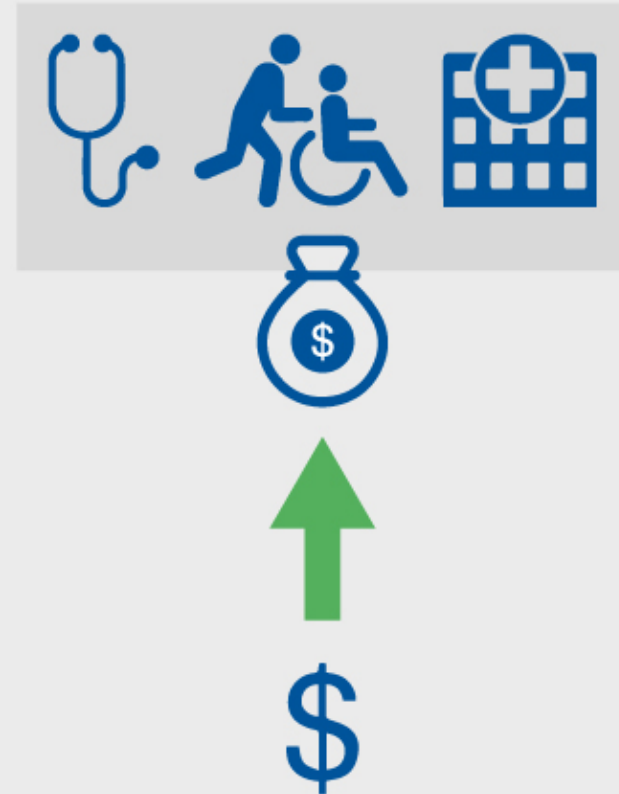
# BUNDLED PAYMENT

## Individual Payments



vs

## Bundled (Single) Payment



**Bundled payment** is a single payment to providers or healthcare facilities for all services to treat a condition or provide a treatment such as a knee or hip replacement. Bundled payments encourage better coordinated care and more efficiency, as providers won't be paid more for delivering more of the services covered by the bundle. For consumers, it's similar to a prix fixe dinner in that they know the entire cost of the meal.

# กระบวนการจัดบริการสุขภาพแบบอิงคุณค่า (“HOW”)

กรณีศึกษา “Integrated Value-Based Health Care Delivery Models”

#1 Hospital Value-Based Purchasing (VBP) Program, USA

#2 Patient-Centered Medical Home (PCMH), USA

#3 Accountable Care Organizations (ACOs), USA

#4 Integrated People-Centred Health Services (IPCCHS), WHO

# Delivery Model#1: Hospital Value-Based Purchasing (VBP)

- Acute care hospitals receive adjusted payments based on the quality of care they deliver, with continuously refined VBP measurements

## SAFETY

1. **CDI:** Clostridium difficile Infection
2. **CAUTI:** Catheter-Associated Urinary Tract Infection
3. **CLABSI:** Central Line-Associated Blood Stream Infection
4. **MRSA:** Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Bacteremia
5. **SSI:** Surgical Site Infection Colon Surgery & Abdominal Hysterectomy
6. **PC-01:** Elective Delivery Prior to 39 Completed Weeks Gestation

## EFFICIENCY AND COST REDUCTION

1. **MSPB:** Medicare Spending per Beneficiary (MSPB)

## Domain Weights



## CLINICAL CARE

1. **MORT-30-AMI:** Acute Myocardial Infarction (AMI) 30-Day Mortality Rate
2. **MORT-30-HF:** Heart Failure (HF) 30-Day Mortality Rate
3. **MORT-30-PN:** Pneumonia (PN) 30-Day Mortality Rate
4. **THA/TKA:** Elective Primary Total Hip Arthroplasty (THA) and/or Total Knee Arthroplasty (TKA) Complication Rate

## Person and Community Engagement

### Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)

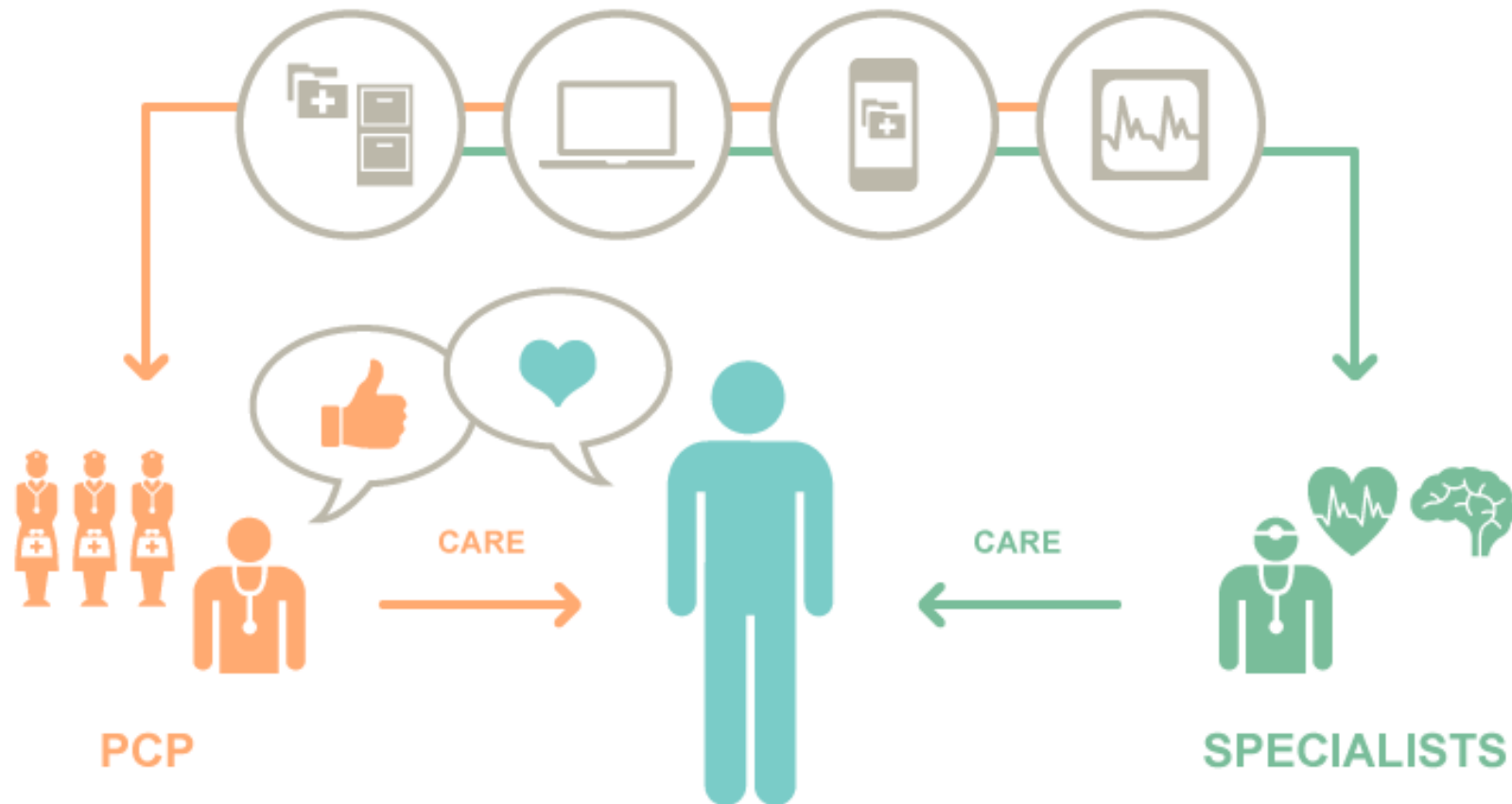
#### Survey Dimensions:

1. Communication with Nurses
2. Communication with Doctors
3. Responsiveness of Hospital Staff
4. Communication about Medicines
5. Cleanliness and Quietness of Hospital Environment
6. Discharge Information
7. Care Transition
8. Overall Rating of Hospital

## CMS's VBP Domains & Measures (FY2019-2020)

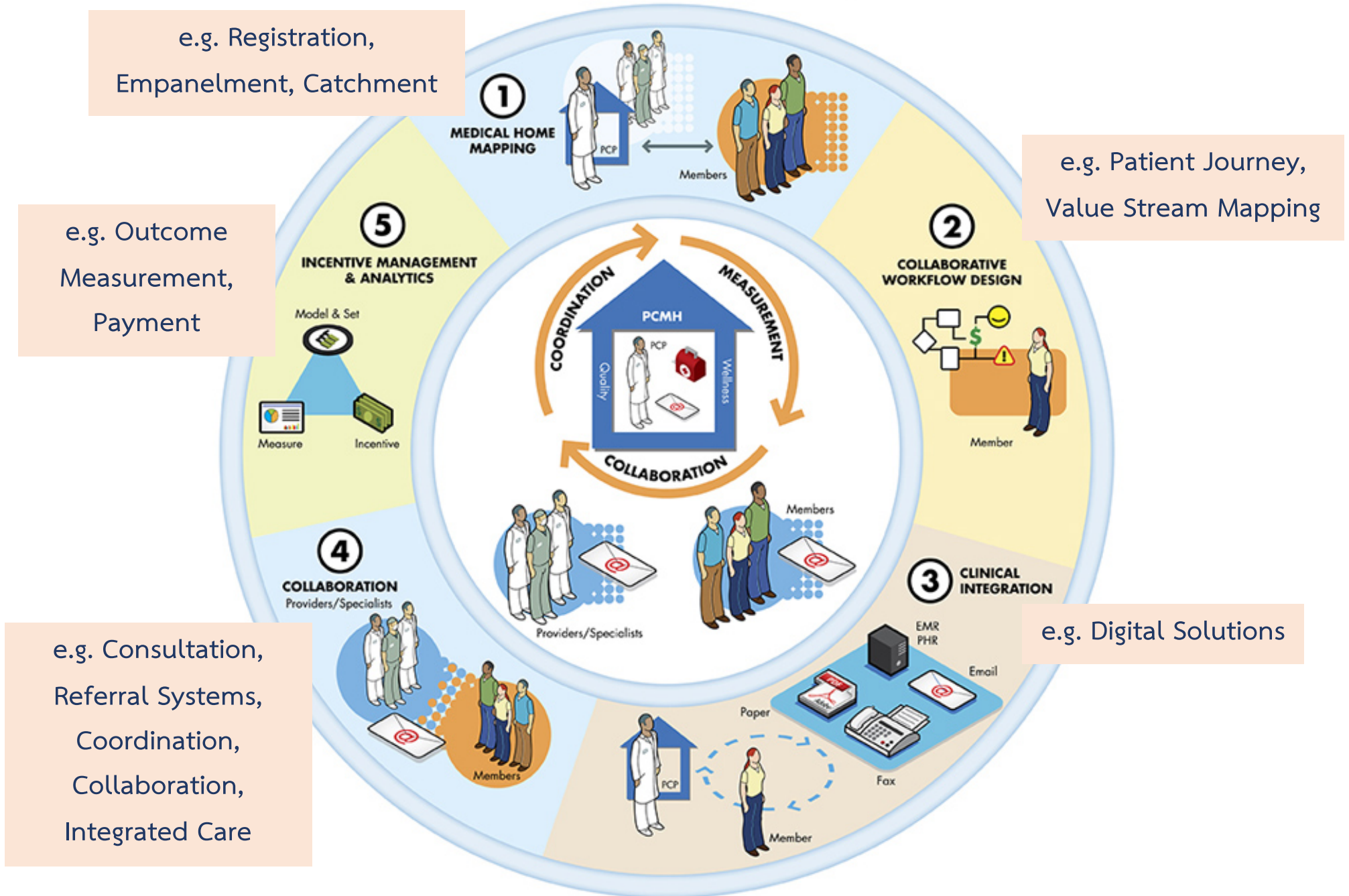
## Delivery Model#2: Patient-Centered Medical Home (PCMH)

- Relies on the sharing of electronic medical records (EMRs) among all providers on the coordinated care team, potentially reduce redundant care and associated costs.



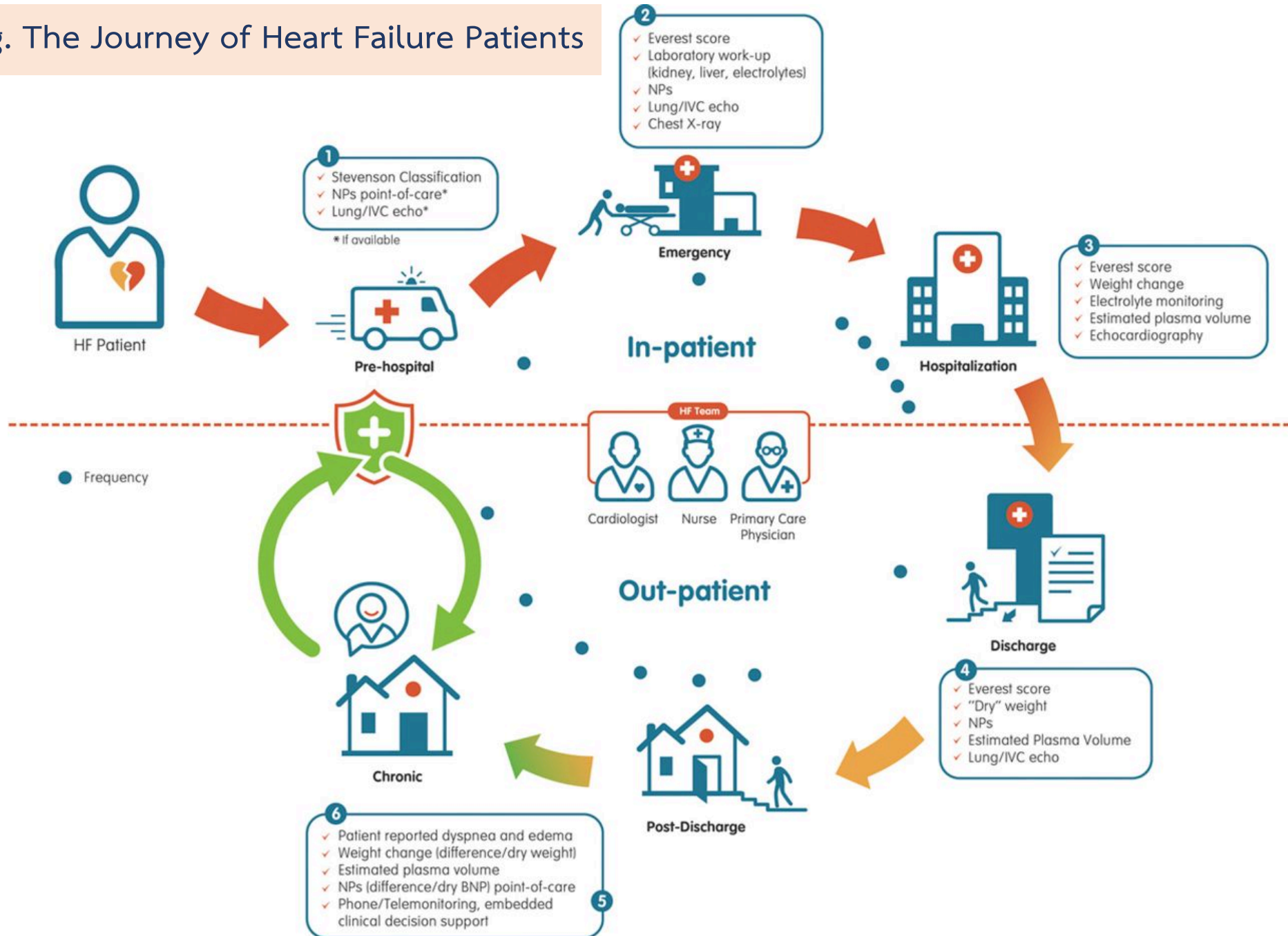
- Primary care, specialty care, acute care (hospital care) are integrated.
- Led by a patient's primary physician who directs a patient's total clinical care team.

# Delivery Model#2: Patient-Centered Medical Home (PCMH)



# Model#2: Patient-Centered Medical Home (PCMH)

e.g. The Journey of Heart Failure Patients







New Marketplace

# Leveraging IPU Principles in Primary Care

Case Study • June 27, 2018

Nina Jain, MD, MBA, MSc, Toyin Okanlawon, MD, MPH, Kirsten Meisinger, MD, MHCDS & **Thomas W. Feeley, MD**

Brigham and Women's Hospital  
Harvard Business School  
Cambridge Health Alliance

Cambridge Health Alliance, USA

# Q: How Should A Workflow in Primary Care Clinics Be Organized?

## Traditional Schedule

Traditional clinic schedules structure workflow around PCP appointments.

Time	Primary care physician	Medical assistant 1	RN	Nurse practitioner	Medical assistant 2
8:00	Patient A	Assist with patient A	Triage	Patient H	Assist with patient H
8:10	Patient B	Assist with patient B		Patient I	Assist with patient I
8:30	Patient C	Assist with patient C		Patient J	Assist with patient J
9:00	Patient D	Assist with patient D		Patient K	Assist with patient K
9:30	Patient E	Assist with patient E		Patient L	Assist with patient L
10:00	Patient F	Assist with patient F		Patient M	Assist with patient M
10:30	Patient G	Assist with patient G		Patient N	Assist with patient N

Source: Union Square Family Health, Cambridge Health Alliance, developed with David Margolius, MD

NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

# Q: How Should A Workflow in Primary Care Clinics Be Organized?

## “Practices at the Top of Licenses”

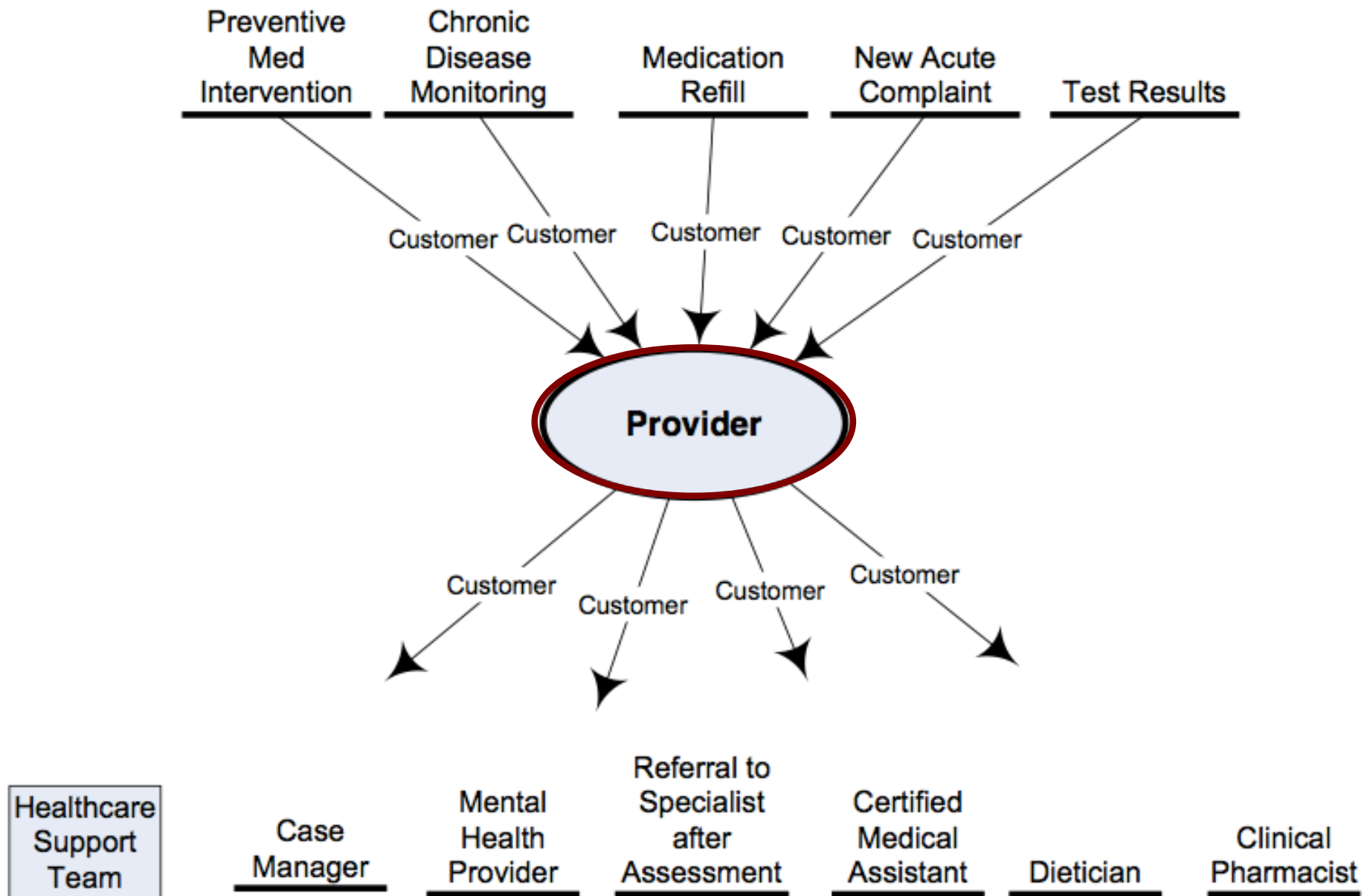
### Evolving Schedule

Union Square reorganized workflow to reflect team-based care and place patient time at the center of staff attention.

Time	Primary care physician	Medical assistant 1	RN	Nurse practitioner	Medical assistant 2
8:00			Huddle		
8:10	E-visits and phone visits	Panel management			
8:30				Acute patients	
9:00	Complex patient		RN care management		
9:30	Complex patient			E-visits and phone visits	
10:00	Coordinate with hospitalists and specialists	BP/DM coaching clinic			Panel management
10:30	Huddle with RN, NP		Huddle with MD		

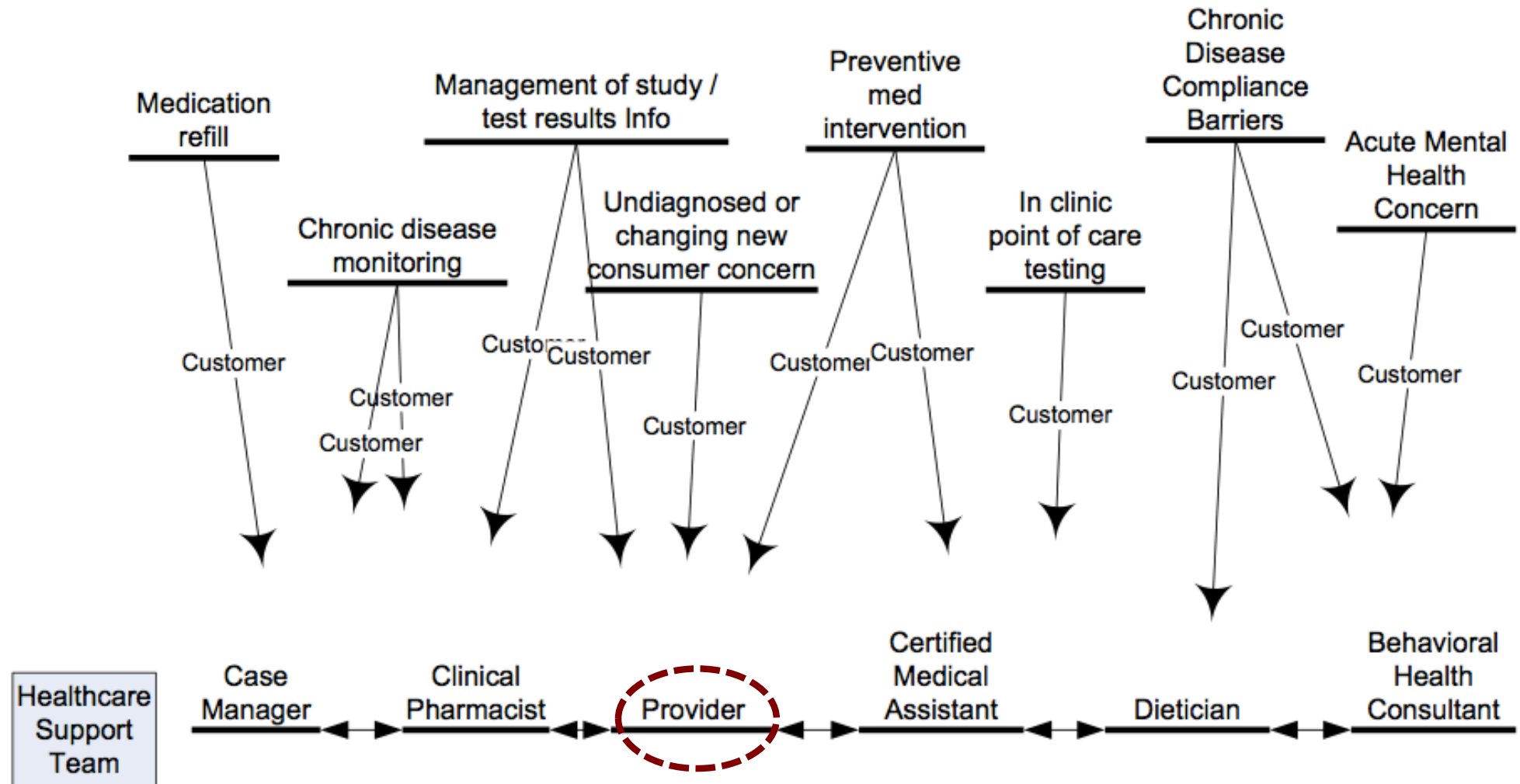
**30 patients are seen or contacted in the first 3 hours of the day.**

# “Traditional Work Flow in Primary Care Clinics”



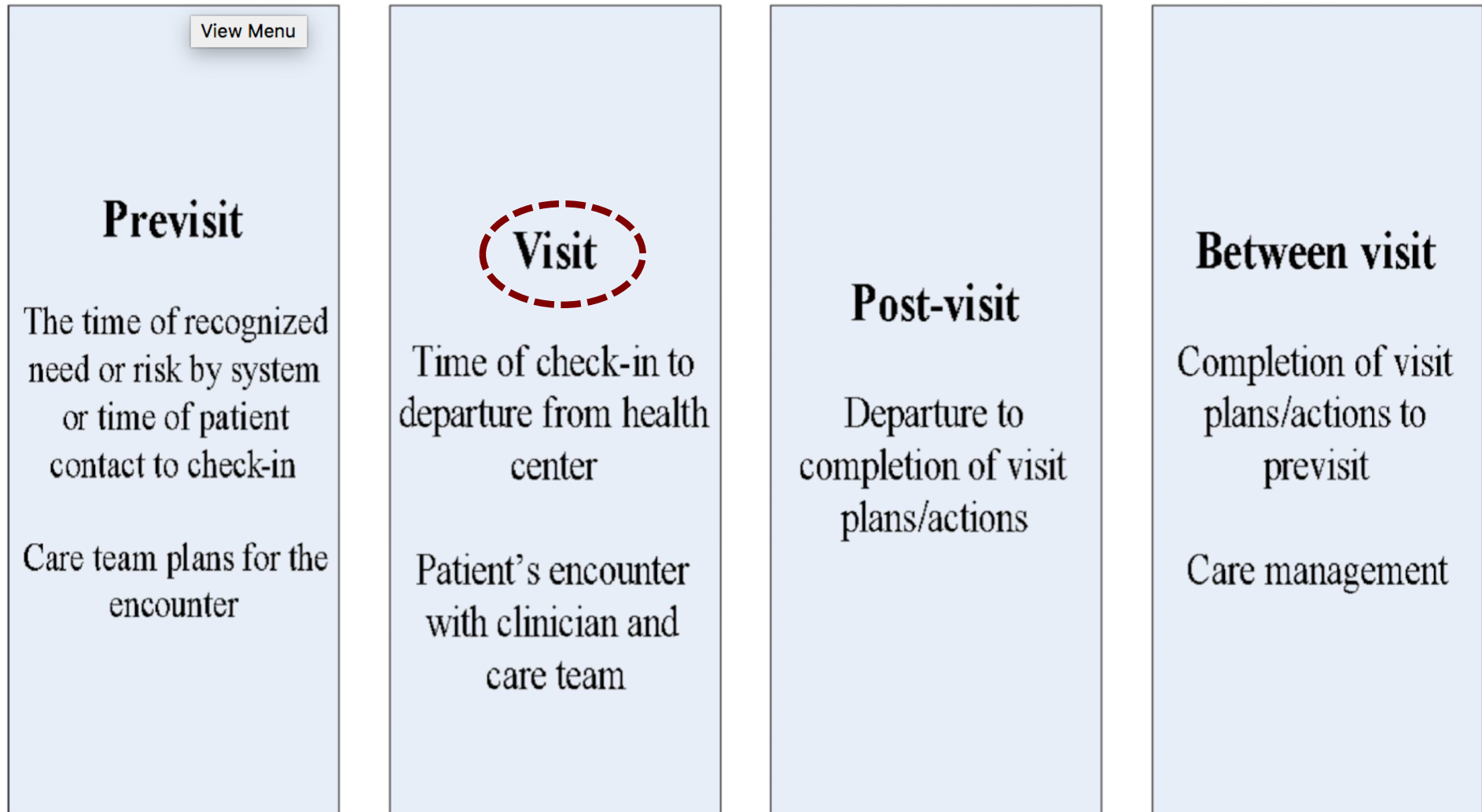
# “Redesign: Parallel Work Flow in Clinics”:

Patient-centered care pathways, risk adjusted for each group of patients



# Patient-Centered Integrated Care Delivery:

“Care is no longer primarily based on visits/episodes of care.”



## Delivery Model#3: Accountable Care Organizations (ACOs)

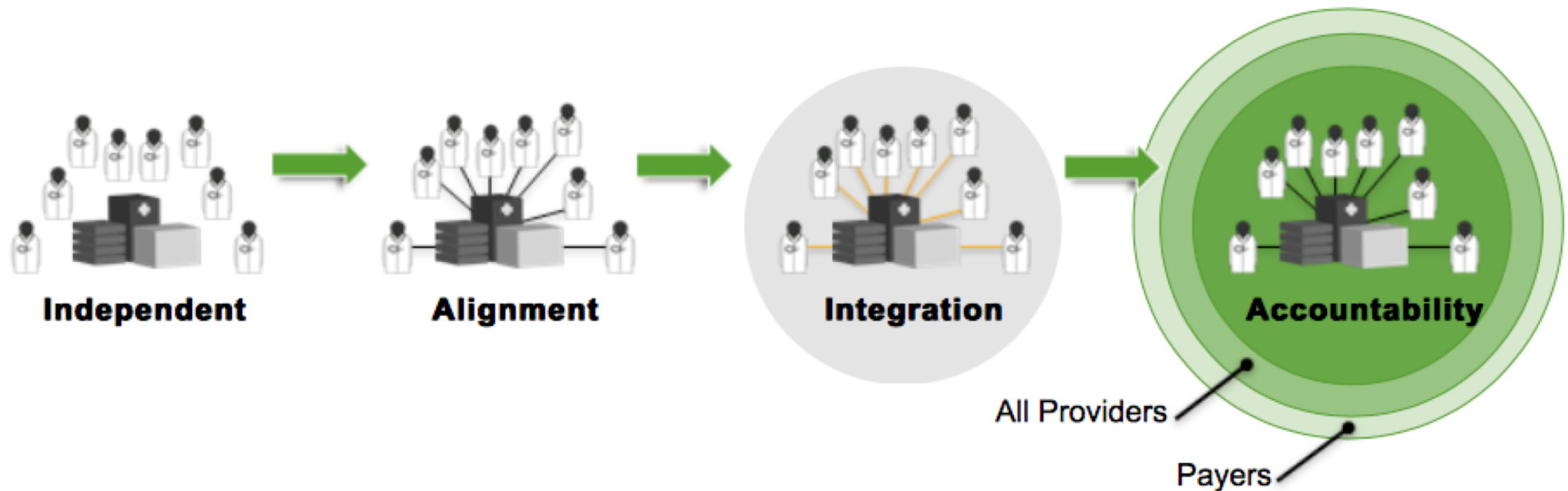
- Focusing on coordination and data sharing among team members to help achieve these goals among their entire patient population.



- Clinical and claims data are shared with payers to demonstrate improvements in outcomes such as hospital readmissions, adverse events, patient engagement, and population health.

# Delivery Model#3: Accountable Care Organizations (ACOs)

- Physicians, hospitals, and other healthcare providers work as a networked team to deliver the best possible coordinated care at the lowest possible cost.



**Consumers  
Employers  
Health Plans  
Government Payors**

**Risk Shift**

**Physicians  
Medical Groups  
Hospitals  
Other Providers**



# Delivery Model#4: Integrated People-Centred Health Services (IPCHS)



About us ▾

Health topics ▾

News ▾

Countries ▾

Emergencies ▾

## Service delivery and safety

[Service delivery and safety](#)

[About us](#)

[Areas of work](#)

## WHO global strategy on people-centred and integrated health services



### Publication details

Number of pages: 48

Publication date: March 2015

Languages: English

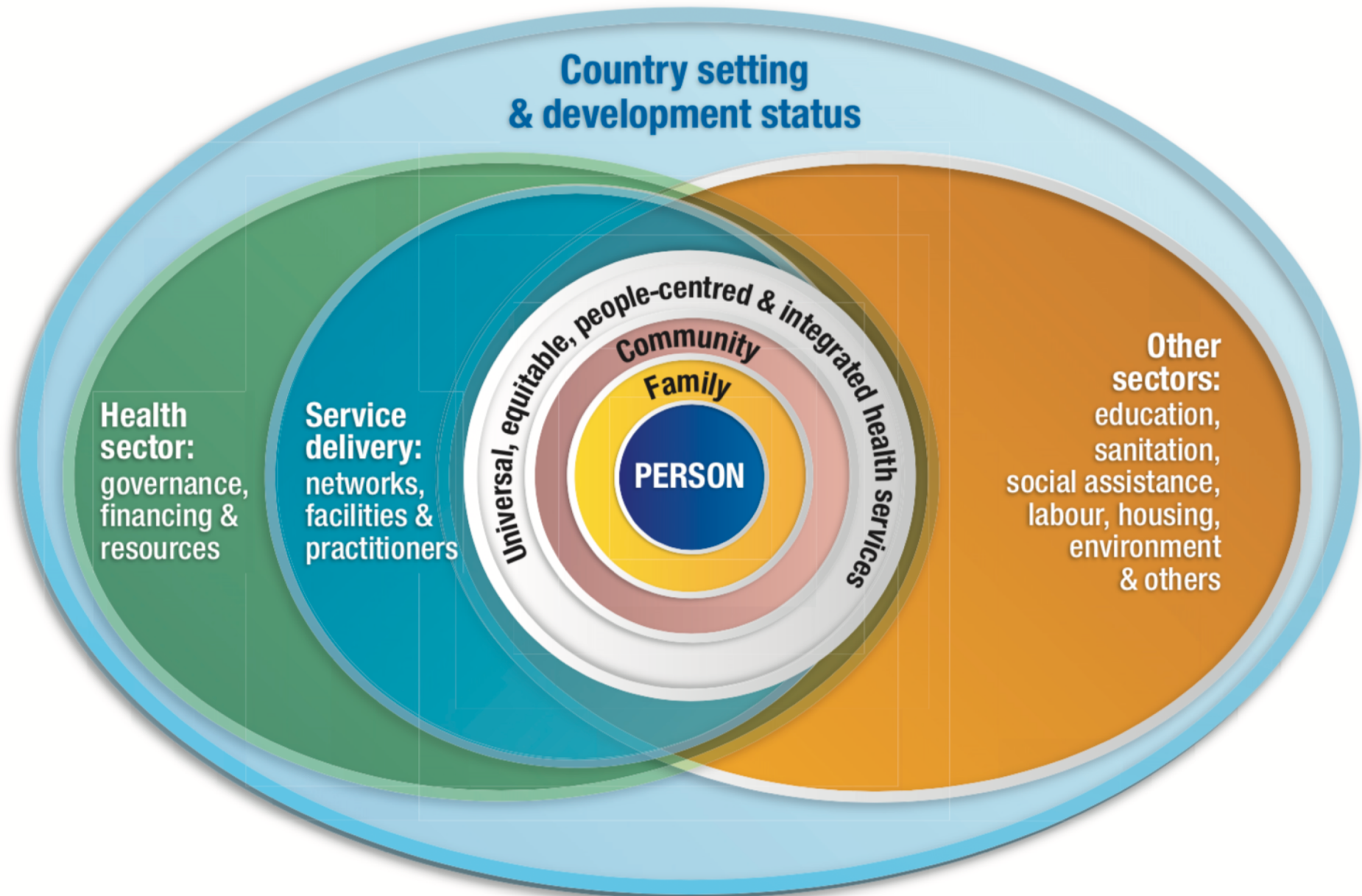
WHO reference number:

WHO/HIS/SDS/2015.6

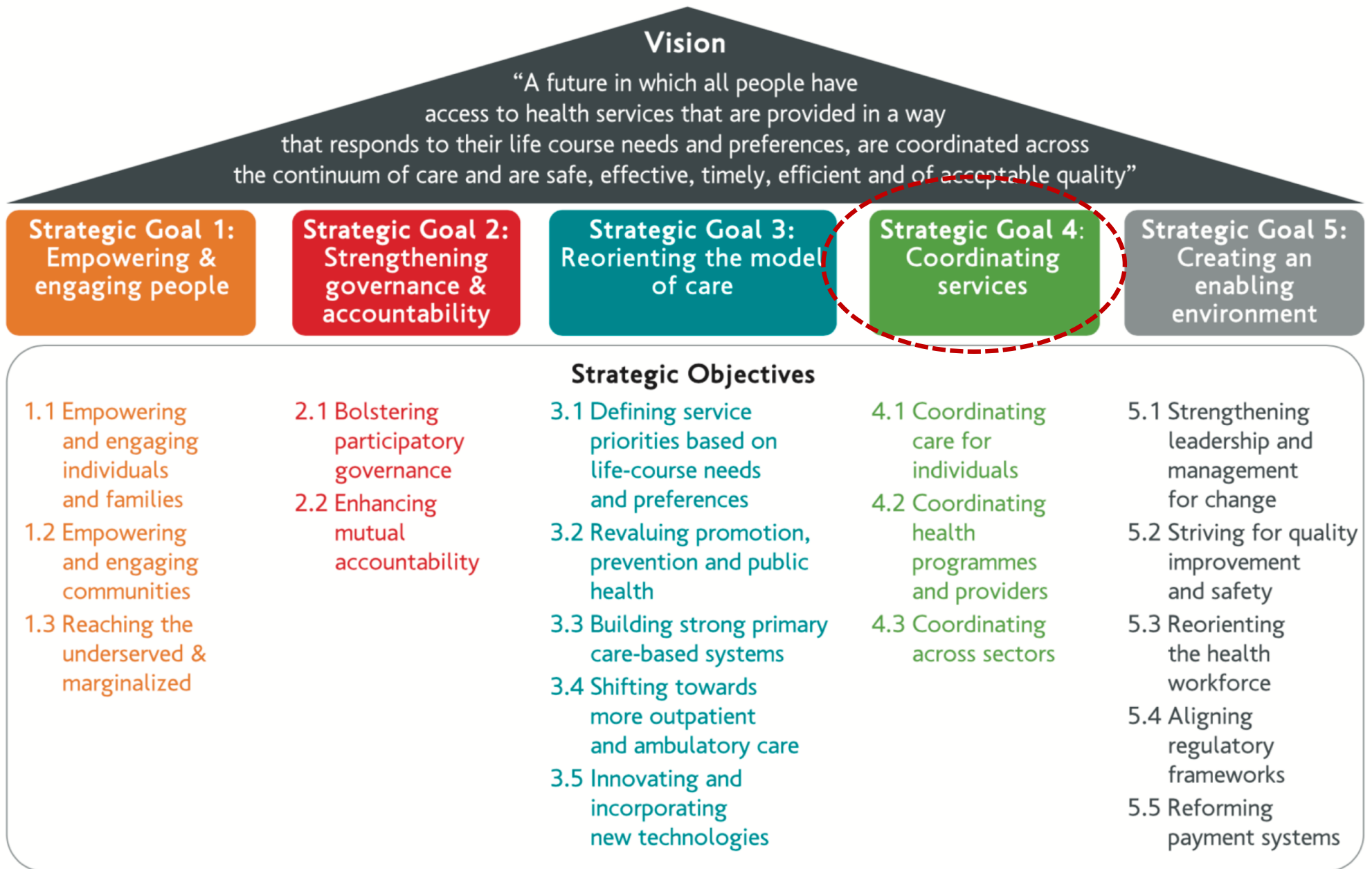
### Downloads

- [WHO global strategy on people-centred and integrated health services](#)
- [Executive summary](#)

# Delivery Model#4: Integrated People-Centred Health Services (IPCHS)



# Delivery Model#4: Integrated People-Centred Health Services (IPCHS)



# Delivery Model#4: Integrated People-Centred Health Services (IPCHS)



“Integrated primary health care-based service delivery”



Health Topics ▾

Countries ▾

News ▾

Emergencies ▾

## Service delivery and safety

[Service delivery and safety](#)

[About us](#)

[Areas of work](#)

### Integrated primary health care-based service delivery in the Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan

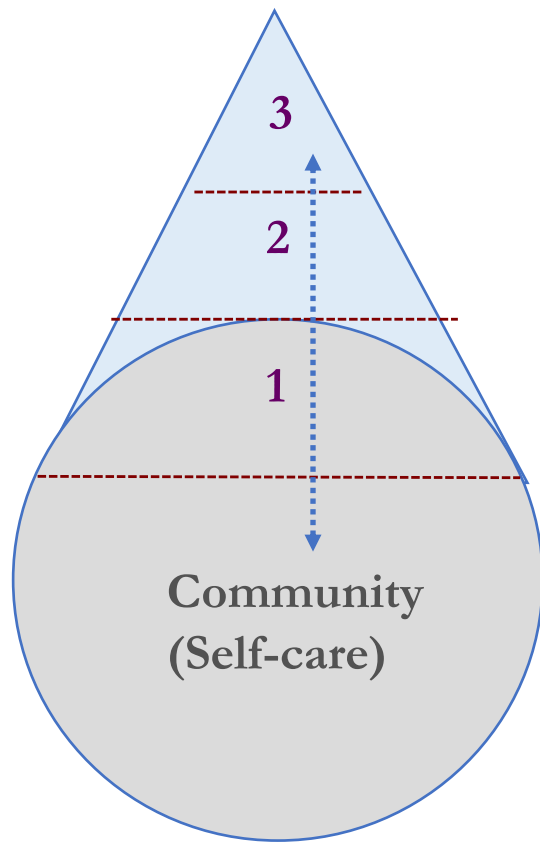
NOVEMBER 2018 | GENEVA  
-- The Global Conference on Primary Health Care took place in Astana, Kazakhstan, on 25–26 October 2018 and brought together 2050 delegates from 147 countries. The conference was held at the Palace of Independence and was co-hosted by the Government of Kazakhstan, WHO and UNICEF. The aim of the conference was to commemorate the 40th Anniversary of the Alma-Ata Declaration and to renew political commitment to placing primary health care (PHC) at the heart of achieving Universal Health Coverage (UHC) and the Sustainable Development Agenda.



# Level of Healthcare Delivery Systems

(With Referral Systems, Mainly Acute Care)

(Supra-tertiary/Quaternary Care Services)



Tertiary Care Services

Secondary Care Services

Primary Care Services

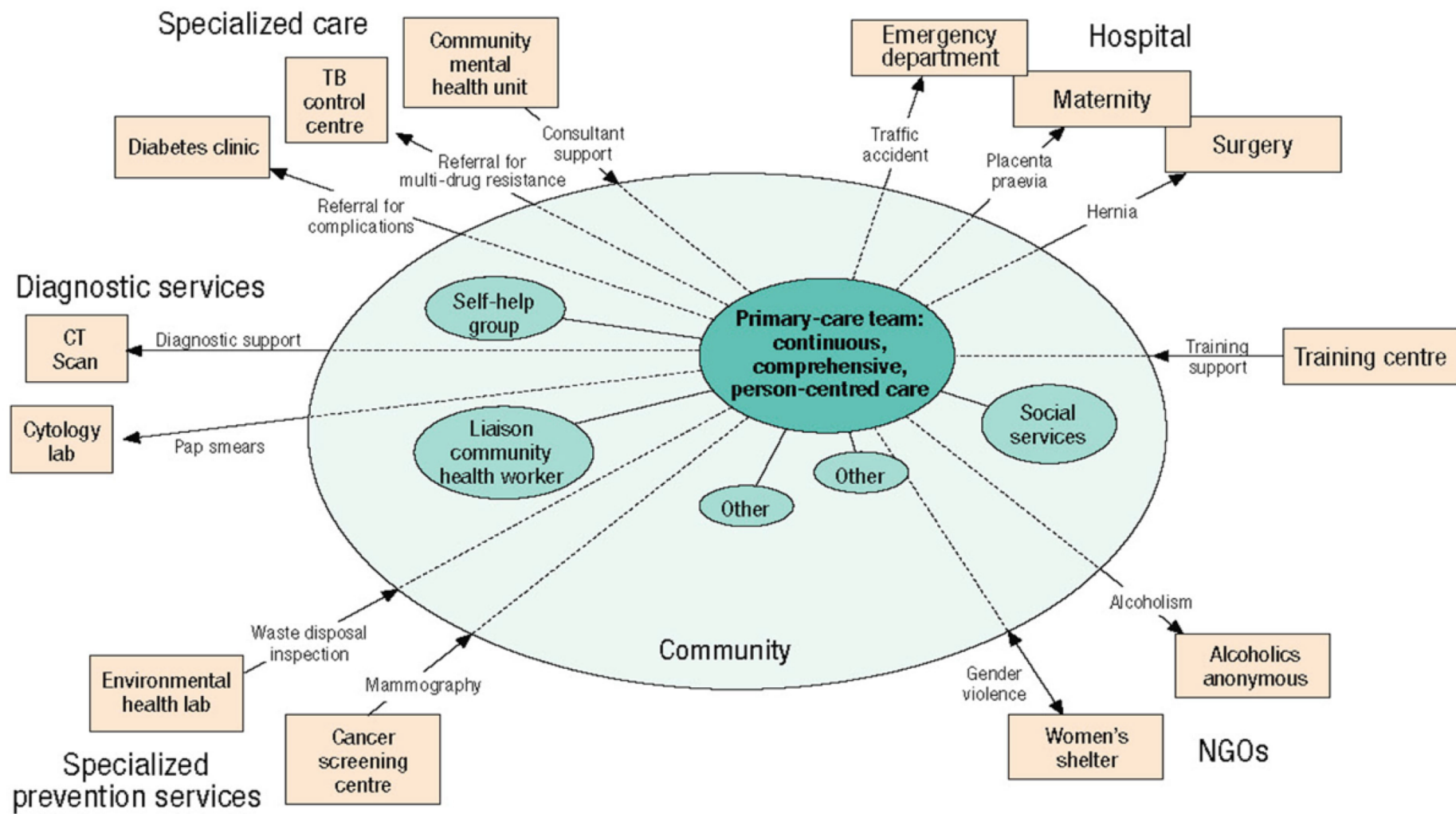
(family doctor-type services)

การสาธารณสุขมูลฐาน/Primary Health Care

(population-level, public health-type functions)

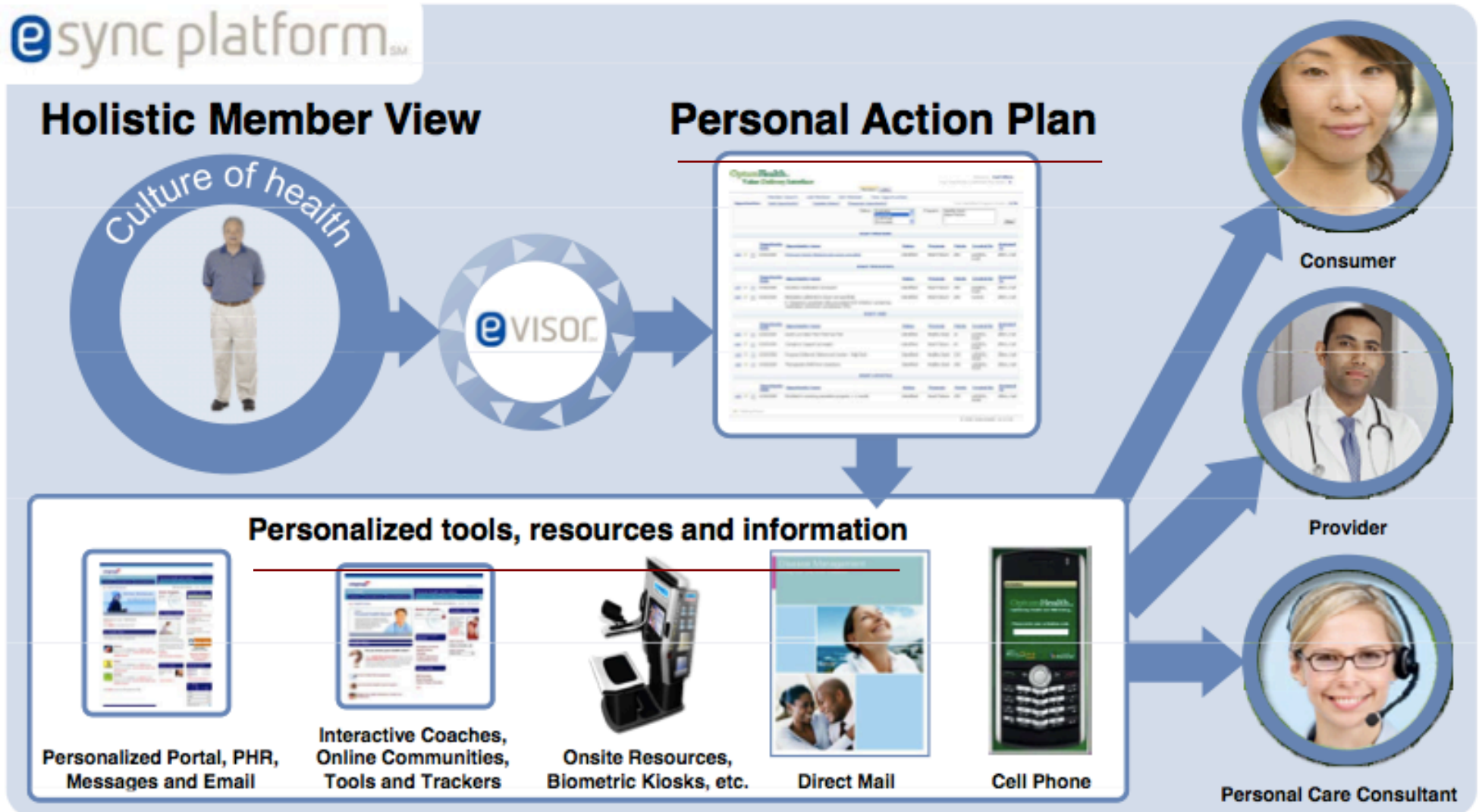
ระบบส่งต่อ  
(Referral systems)

# Primary Care Team's Function ("Care Coordination")



# Care Coordination Innovations

(UnitedHealth Group, US)





# บทบาทของสปสช.ในการปฏิรูปการจัดระบบ บริการสุขภาพแบบอิงคุณค่า (What's Next)?



# กระบวนการจัดบริการสุขภาพแบบอิงคุณค่า (“HOW”)

#4 เชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

4  
Reducing Barriers to Care

Care Coordination

Enhanced Access

#3 เปลี่ยนโฉมรูปแบบของการจัดทีมให้บริการสุขภาพ

3  
Changing Care Delivery

Patient-Centered Interactions

Organized, Evidence-Based Care

#2 ปรับรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย

2  
Building Relationships

Continuous and Team-Based Healing Relationships

Empanelment

#1 วางพื้นฐานสำหรับการปฏิรูป

1  
Laying the Foundation

Quality Improvement Strategy

Engaged Leadership

Source: Wagner EH, Coleman K, Reid RJ, Phillips K, Abrams MK, Sugarman JR. The changes involved in patient-centered medical home transformation. Prim Care. 2012;39(2):241-259; Pix source: Adapted from Kristen Meisinger, 2018.



# Q & A

[borwornsom.lee@mahidol.ac.th](mailto:borwornsom.lee@mahidol.ac.th)