

การประชุมเครือข่ายโรงพยาบาล
กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
(UHOSNET) ครั้งที่ 49

อภิปราย "Thai DRG Version 5.2 :
ผลกระทบและแนวทางการนำ TDRG ไปใช้ในการบริหาร"

วันศุกร์ที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2556

วิทยากร

1. ผู้บริหารคณะแพทยศาสตร์ / หัวหน้าทีมพัฒนา TDRG
ศ. ดร. นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย คณบดี
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทาลัยนเรศวร
2. ผู้บริหารคณะแพทยศาสตร์/ อดีตผู้บริหาร รพ.
รศ. นพ. ประดิษฐ์ สมประกิจ รองคณบดีฝ่ายการคลัง/ฝ่ายสารสนเทศ
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
3. ผู้บริหารคณะแพทยศาสตร์ / CaseMix Facilitator กิตติมศักดิ์
ผศ. นพ. ธรา ธรรมโรจน์ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวางแผนและพัฒนา
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทาลัยขอนแก่น

ผู้ดำเนินการอภิปราย พญ. ทศนีย์ จันทร์น้อย ผอ. ศรท.

วัตถุประสงค์ของการอภิปราย

- ◆ เพื่อความเข้าใจการพัฒนา TDRG Version 5.2 และข้อเสนอแนะการนำไปใช้งาน
- ◆ ทราบการจัดการข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์พัฒนา TDRG V 5.2
- ◆ ทราบปัญหาที่พบในการพัฒนา TDRG เช่น ปัญหาข้อมูลส่งเบิก
- ◆ ร่วมหารือแนวทางพัฒนาคุณภาพข้อมูลส่งเบิก
- ◆ ทำความเข้าใจการนำ TDRG มาใช้ในการบริหารโรงพยาบาล
- ◆ ทราบข้อจำกัดการใช้งาน
- ◆ ร่วมหารือแนวทางแก้ไขข้อจำกัดการใช้งาน TDRG

ทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับหัวข้ออภิปราย

หัวข้อการอภิปราย : “Thai DRG Version 5.2 : ผลกระทบและแนวทางการนำ TDRG ไปใช้ในการบริหาร”

♥ Key words : Thai DRG – Version 5.2 – ผลกระทบ - การนำไปใช้

♥ ทบทวน :

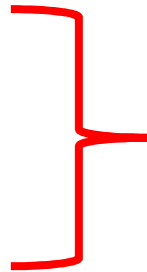
1. Thai DRG (CaseMix system for Acute IP)
2. การพัฒนา Thai DRG (TDRG)
3. **ที่มาของ TDRG Version 5.2**
4. การนำ TDRG ไปใช้งาน

เรื่องนี้ ต้องการความเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง ...รพ., กองทุน, ผู้บริหาร ...

Thai DRG (CaseMix system for Acute IP) – 1

❖ CaseMix ยังไม่มีคำแปลภาษาไทย → ขอเรียกว่า “เคสมิกซ์”

- ◆ ส่วนผสมของผู้ป่วย
- ◆ ระบบกลุ่มโรค
- ◆ ระบบคละโรค !!!



- นำข้อมูลอดีต มาจำแนกกลุ่ม
- นำข้อมูลใหม่ มาจัดเข้ากลุ่ม
- นำค่าสัมพัทธ์ประจำกลุ่ม ไปใช้งาน

❖ CaseMix system ในประเทศไทย

1. Thai DRG ใช้สำหรับกรณีบริการผู้ป่วยใน ระยะเฉียบพลัน (Acute IP) → ใช้งานในการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน (IP) ทุกประเภท โดย UC มาตั้งแต่ปี 2545
2. SNAP
3. TMHC
4. TAC ใช้สำหรับกรณีบริการผู้ป่วยนอก (OP) → ปี 2556 – 2557 กำลังพัฒนา TAC-CoC สำหรับ 3 โรคต่อเนื่อง ให้ CS

Thai DRG (CaseMix system for Acute IP) - 2

❖ TDRG : ความก้าวหน้า

◆ CaseMix Facilitator

◆ TDRG V 5.2 เสร็จแล้ว อยู่ระหว่างวิเคราะห์ impact

◆ TDRG V 5.3 มีหัวข้อพัฒนารออยู่แล้ว → สามารถแจ้งข้อเสนอพัฒนาได้ตลอดเวลา และจะตัดรอบข้อเสนอ วันที่ 31 ต.ค. 2556 เพื่อสรุปหัวข้อพัฒนาใน FY2557 ให้ทันเริ่มใช้วันที่ 1 ต.ค. 2557

❖ ชี้แจงเพิ่มเติม / ขอรื้อ

◆ หัวข้อพัฒนา → ข้อเสนอพัฒนาเคสมิกซ์ ที่ผ่านความเห็นชอบ (approved) จาก ผู้เชี่ยวชาญ / คทง.ปรับปรุงน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 5

◆ ข้อเสนอพัฒนาเคสมิกซ์ → รวบรวม feed back เสนอผู้เชี่ยวชาญ / คทง.ปรับปรุงน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 5 เพื่อกำหนด “หัวข้อพัฒนา” → ขอให้มียรายละเอียดประกอบเพื่อจะได้นำมาวิเคราะห์

การพัฒนา Thai DRG (TDRG)

- TDRG พัฒนามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 ได้ TDRG 5 Versions (TDRG V 1.0 เริ่มพัฒนา พ.ศ. 2536 → เริ่มใช้ พ.ศ. 2542 เพื่อจ่ายเงินให้รพ.ของรัฐ)

Version	ประกาศใช้	การเปลี่ยนแปลง	ICD10	ICD9CM
1	Nov. 1999	HCFA DRG , Commonly used ICD only	1987	1987
2	Feb. 2001		1987	1987
3		Refined (AR-DRG concept)	1992	2000
4	Oct. 2007	Bilateral/Multiple procedures	2007	2007
5	Apr. 2012	12 ข้อ (เพิ่ม MDC, ปรับปรุง cc. list, etc.)	2010	2010

ก่อนเกิด ศรท. มีการพัฒนาแล้ว 5 Version

HCFA = Health Care Financing Administration (USA.)

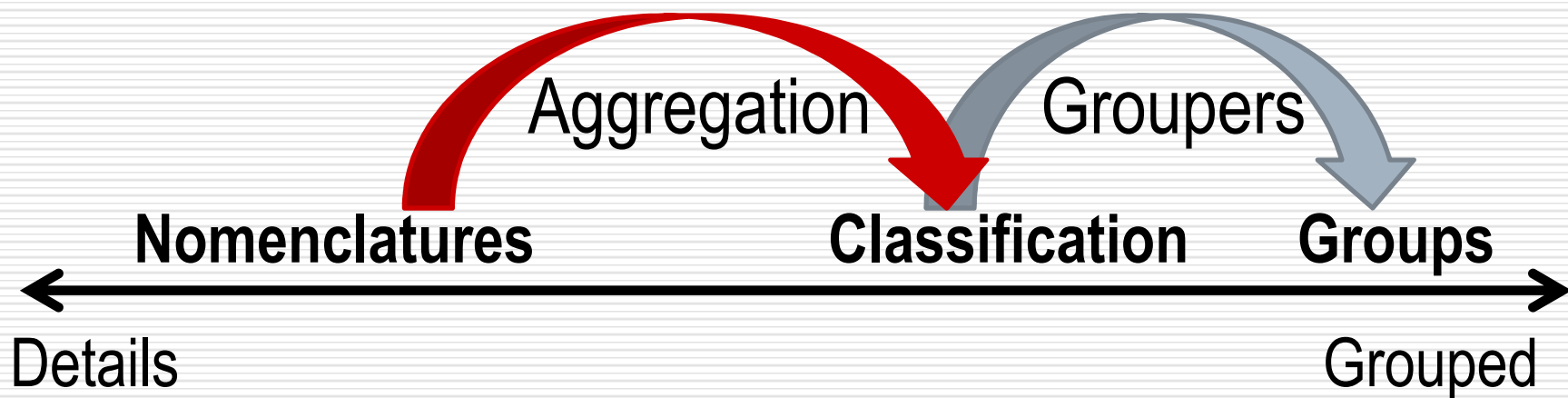
AR-DRG = Australian Refined Diagnosis Related Group

ข้อจำกัดในการพัฒนา Thai DRG ที่ผ่านมา

- ข้อมูลและคุณภาพข้อมูลที่นำมาใช้พัฒนา
- การพัฒนาโดยทีมวิจัยที่มีภาระงานประจำ
- งบประมาณการพัฒนา / งบประมาณจ่ายชดเชยแบบปลายปิด
- บุคลากร (เคสมีกซ์เป็นองค์ความรู้เฉพาะ / คนไม่สนใจ)
- ข้อจำกัดในการเผยแพร่ความรู้ด้านเคสมีกซ์ และ TDRG มีผลให้
 - **GAP** ระหว่างจำนวนผู้ใช้งาน TDRG และจำนวนผู้ที่ได้รับการชี้แจงจากทีมวิจัย TDRG
 - มีผลกระทบต่อการนำ TDRG ไปใช้งานอย่างเหมาะสม

Continuum of Health Vocabularies

- DRG เป็นภาพสรุป - ไม่เห็นรายละเอียดภายใน แต่สามารถกำหนดลักษณะเฉพาะของแต่ละ DRG
- รายละเอียดข้อมูลที่ดี (SNOMED?, ICD?) ทำให้
- DRG มีลักษณะที่ชัดเจน



ที่มาของ TDRG Version 5.2

พัฒนา TDRG V 5.2 โดยทำเพียงกลไก Recalibration

RW, AdjRW ของโรงพยาบาล ลดลง

❖ ก่อนเริ่มใช้ TDRG V 5.0

- ◆ CS : ปรับ Base rate ประจำปี
- ◆ UC : ใช้ Base rate เดิม ที่ใช้กับ TDRG V 4.0
- ◆ SS : อยู่ระหว่างกำหนด Base rate ที่เหมาะสม

❖ เมื่อเริ่มใช้ พบปัญหาที่สะท้อนจาก รพ. → รายได้ของโรงพยาบาล ลดลง

- ◆ คณะทำงานปรับปรุงน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 5 (สปสช./ สธ./ นพ. เทียม อังสาชน) → **ข้อเสนอพัฒนา TDRG V 5.0**
- ◆ หัวข้อพัฒนา TDRG V 5.2 ผ่านความเห็นผู้เกี่ยวข้อง 13 ก.พ. 56

การนำ TDRG ไปใช้งาน...โดย อ.ศุภสิทธิ์

❖ ผู้ที่พัฒนา DRG เป็นวิศวกร ต้องการใช้ในการ

◆ วัดผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล

❖ TDRG ถูกนำมาใช้งาน

1. จัดสรรงบประมาณผู้ป่วยใน

2. จ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (Inpatient)

3.

เนื้อหาการอภิปราย

1. ผศ. นพ. ธรา ธรรมโรจน์

- ◆ การจัดการข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์พัฒนา TDRG V 5.2
- ◆ ปัญหาข้อมูลส่งเบิก ซึ่งกระทบต่อการพัฒนา TDRG
- ◆ แนวทางพัฒนาคุณภาพข้อมูลส่งเบิก/ แก้ไขข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์

2. ศ. ดร. นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

- ◆ TDRG Version 5.2 และข้อแนะนำการนำไปใช้งาน
- ◆ แนวทางการพัฒนา TDRG ในอนาคต เช่น RW normalization
- ◆ ระบบเคสมิกซ์รูปแบบอื่น ๆ ที่ ครท. กำลังพัฒนา เช่น TAC

3. รศ. นพ. ประดิษฐ์ สมประกิจ

- ◆ การนำ TDRG มาใช้ในการบริหารโรงพยาบาล
- ◆ ข้อจำกัดการใช้งาน และแนวทางแก้ไข

...การอภิปรายวันนี้ (9 ส.ค. 2556)...คาดหวัง

- ♥ TDRG - ผลกระทบต่อระบบบริการ ...น่าจะมาจากผู้เข้าประชุม
- ♥ ความเข้าใจการดำเนินการพัฒนา TDRG
- ♥ ความเห็นต่อแนวทางการพัฒนา TDRG ในอนาคต เช่น
 - แนวทางการป้องกัน/ แก้ไขปัญหาข้อมูลส่งเบิก (ถูกตัดออก 30%)
 - การนำ TDRG มาใช้ในการบริหาร และแนวทางแก้ไขข้อจำกัด
 - RW normalization วิธีการและการเตรียมการ / ความเห็นการนำมาใช้ / ความพร้อมในการเตรียมการ
 - การ standardize ข้อมูลในการพัฒนา TDRG
 - การปรับปรุง CC list สำหรับ TDRG

...สรุปประเด็นอภิปราย (1)...ปัญหาในการพัฒนา

- ♥ DRG อาจทำให้ Creeping
- ♥ DRG อาจทำให้ Admit โดยไม่จำเป็น → แนวทาง
 1. จ่ายด้วย DRG เมื่อนอนเกิน 24 ชม.
 2. แยก Same-day DRG (NO-NI)
- ♥ การพัฒนา CC list โดยต้อง monitor CC over-used
- ♥ การ exclude ข้อมูลที่ไม่มีคุณภาพ 3,000,000+ ข้อมูล (~30%)
- ♥ ไม่สามารถ edit ข้อมูลที่ไม่มีคุณภาพเรื่อง ICD ในระยะเวลาพัฒนา
→ DRG ชยะ → ไม่สามารถจัดกลุ่ม DRG ได้ถูกต้อง
- ♥ Standardized charge? / ไม่สามารถนำต้นทุนมาใช้ในการวิเคราะห์
ด้วยความไม่พร้อมของ รพ.
- ♥ การ trim ข้อมูล

...สรุปประเด็นอภิปราย (2)...TDRG V 5.2 ดีกว่า?

- ♥ UHOSNET จะร่วมกันพัฒนาคุณภาพข้อมูลอย่างไร?
- ♥ Recalibration V 5.2 มี correlation ดีกว่า จะนำไปใช้โดย
 1. Adjust Base Rate VS
 2. RW normalization
- ♥ ทีมพัฒนา Standardize ค่าห้องและค่าเบิกเพิ่ม unbundle
- ♥ R-square V 5.2 สูงกว่า V 5.1 แสดงว่าใกล้ชิด Adj_total มากกว่า V 5.1 แสดงว่า ดี โดยทดสอบกับข้อมูล IP-FY2556_Q1
- ♥ การพัฒนาทำให้ RW ลดลง
 1. แต่ละระดับ รพ. ลดไม่เท่ากัน อาจเพราะมี Boom ของ RW ในข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์
 2. Hypokalemia ยังมี RW ลดอีก แต่ถ้าดู R-square ก็ค่อนข้างสูงในทุกระดับโรงพยาบาล? (UHN = 0.377)

...สรุปประเด็นอภิปราย (3)...TDRG ในการบริหาร

- ♥ DRG คุมงบ IP ได้ แต่มีผลต่อการบริการ หรือไม่ / เหมาะสมหรือเปล่า?
- ♥ การใช้ค่ากลาง → ผลักภาระให้ผู้ให้บริการ
 1. ถ้าเป็นกลุ่ม รพ. ที่ใช้ resource มาก จะเสียเปรียบในระบบ
 2. มีกลไกการแยกจ่าย เช่น ค่าห้อง ค่ายามะเร็ง → ต้องแน่ใจว่าการนำข้อมูลมาวิเคราะห์พัฒนา TDRG มีการตัดข้อมูลเหล่านี้ออก
 3. เมื่อผู้ซื้อเหมาจ่าย → เป็นหน้าที่ของผู้ขายที่จะควบคุมการใช้ทรัพยากร
 4. มีการวัดผลลัพธ์หรือเปล่า เช่น อัตราตาย อัตราส่งต่อ → UHN มีผลลัพธ์ดีกว่า คือ ตายน้อย ส่งต่อน้อย หรือแทบไม่มี
- ♥ เริ่มเห็น Depreciation cost ลดลงเหลือประมาณ 4%
- ♥ รพ. มี fix cost สูง เช่น admit ต่ำ → ต้นทุนต่อวันนอนสูง

...สรุปประเด็นอภิปราย (4)...TDRG กับคุณภาพ

- ♥ ถ้าจ่ายต่ำกว่า ค่าแรง → ยิ่งทำ ยิ่งขาดทุน
- ♥ การลด LOS ทำให้ admit ได้เพิ่มขึ้น → การบริการดีขึ้น แต่ถ้ายิ่งทำยิ่งขาดทุน จะพัฒนาเพื่ออะไร?
- ♥ Bubble graph ของ สกส. แสดงว่า รพ. แบ่งระดับชัดเจน ต้นทุนแตกต่างกันตามระดับ
- ♥ Hospital Benchmark → บริหารให้เกาะกลุ่ม
- ♥ USA: การใช้ CMI ต้องมีการปรับต้นทุน หรือ อัตราจ่าย เช่น
 - ปรับค่าแรงในบางพื้นที่, FTE ต่อ 1 เตียงมีการปรับอัตราจ่ายให้
 - ปรับ Professional availability
 - ปรับตาม Patient Safety Index (PSI)
- ♥ Intra-class correlation coefficient เพื่อเปรียบเทียบระหว่าง version

สรุปประเด็นอภิปราย (5) TDRG กับ Normalization

♥ ขาเข้า → standardized charge ----- Cost

□ ปัจจุบันมีปัญหาคุณภาพข้อมูลส่งเบิก

♥ ขาออก → normalized RW (ไม้บรรทัด)

♥ การนำไปใช้ → Budget neutrality คือ รพ. ต้องได้เงินเท่าเดิม เนื่องจากไม่ใช่ความผิดของ รพ.

♥ อ. สุเมธี เขยประเสริฐ (ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สกส.) ที่ อ. ประดิษฐ์กล่าวถึง

→ มี paper เรื่อง Recalibration และ CMI ใน www.thaicasemix.com

...สรุปประเด็นอภิปราย (6)...

♥ ปัญหาที่ฝาก CEO และ CIO

1. บันทึกข้อมูลการบริการครบหรือไม่ / ถูกต้องหรือไม่?
เช่น BM transplantation บันทึกเป็น BM aspiration
2. ส่งเบิกครบถ้วนหรือไม่ / เรียกเก็บเงินครบหรือไม่?
3. ได้รับเงินจากกองทุนครบหรือไม่?

การใช้งาน Thai DRG

1. ใช้วัดผลผลิต IP ด้วย AdjRW และจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน

(IP) → โดยใช้ AdjRW X Base rate

— CS : Prospective payment (ตกลงล่วงหน้าก่อนให้บริการ)

— UC : DRG payment with Global budget

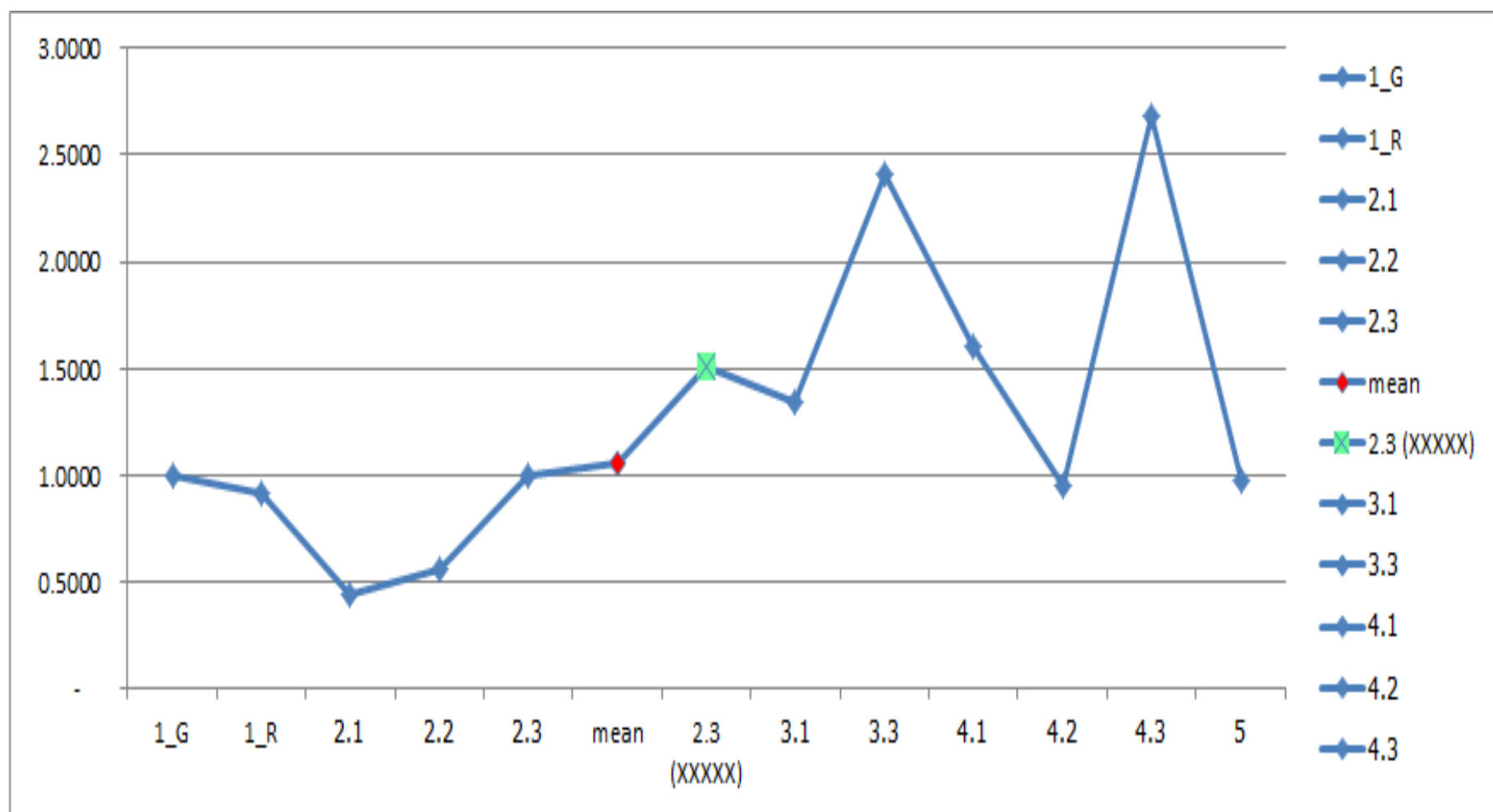
— SS : Payment for High cost (AdjRW \geq 2) เริ่มปี 2555

2. ใช้ประเมินลักษณะและการบริการของโรงพยาบาล → CMI

— CMI-RW = Sum RW / จำนวนผู้ป่วยใน

— CMI-AdjRW = Sum AdjRW / จำนวนผู้ป่วยใน

กราฟ CMI_AdjRW เรียงตามระดับโรงพยาบาล แสดงค่า mean และค่า CMI_AdjRW ของโรงพยาบาลระดับ 2.3 แห่งหนึ่ง



4.X = โรงพยาบาลเฉพาะทาง / 5 = โรงพยาบาลเอกชน

ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.) การพัฒนาเคสมิกซ์โดยผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม

- ♥ ขอความร่วมมือในการพัฒนาเคสมิกซ์ OP คือ TAC-CoC V 0.1
- ♥ สามารถติดต่อ ศรท. ตลอดเวลา (แจ้งปัญหา DRG/ ให้ความเห็น)
- ♥ ช่องทางการติดต่อ ศรท.

Website : www.facebook.com/casemix

www.thaicasemix.com

e-mail : info@thaicasemix.com

member@thaicasemix.com

Tel : 02-298-0766 – 67 Fax : 02-298-0769