


กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทยฉบับที่ 5: ไขปริศนา TDRG v4 และ TDRG v5

ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.) 

เครือข่ายสถาบันของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

การจ่ายชดเชยบริการผู้ป่วยใน (In - patient) ด้วยระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRG) เป็นการจ่ายชดเชยเหมาจ่ายรายกลุ่มโรค ด้วยหลักการจำแนก DRG ตามกลุ่มโรคที่มีการใช้ทรัพยากรใกล้เคียงกัน (Iso - Resource Group) แล้วคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight : RW) ของแต่ละ DRG ซึ่งจะเป็นตัวเลขเชิงเปรียบเทียบว่า การรักษาผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล เฉลี่ยเป็นกี่เท่าของค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งหมด ดังนั้นค่า RW จะแตกต่างกันในแต่ละ DRG

เมื่อโรงพยาบาลให้บริการผู้ป่วยใน (In - patient) และส่งข้อมูลของผู้ป่วยนั้น ๆ ตามรายละเอียดชุดข้อมูลที่ระบบ DRG กำหนดไว้เพื่อเบิกจ่าย ระบบ DRG จะคำนวณค่าทรัพยากรของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยแต่ละรายใช้ จากข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเบิก โดยผู้ป่วยแต่ละรายจะถูกจัดเป็น DRG ต่าง ๆ ตามเงื่อนไขของ DRG ฉบับนั้น ๆ และได้ค่า RW ของ DRG นั้น ๆ เป็นค่าทรัพยากรของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยใช้ไป

ประเทศไทยมีการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย (Thai DRG : TDRG) ในระบบประกันสุขภาพของรัฐมานานกว่า 10 ปี โดยศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเป็นหน่วยงานแกนกลางของการพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย มาตั้งแต่เริ่มต้น และได้พัฒนาต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ. 2554 ได้ TDRG มา 5 ฉบับ ซึ่งมีการใช้งานกับระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนหลัก คือ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

มีข้อสังเกตที่น่าสนใจเกี่ยวกับการจ่ายชดเชยระบบ TDRG ดังนี้

1. การพัฒนา TDRG ใช้ข้อมูลส่งเบิกจากโรงพยาบาล โดยในการดำเนินการ มีการรวบรวมความเห็น และประชาพิจารณ์จากผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความสอดคล้องกับรูปแบบการบริการ และการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่า ซึ่งในการพัฒนาที่ผ่านมา ด้วยข้อจำกัดด้านข้อมูลโรงพยาบาล ทีมวิจัยจึงยังจำเป็นต้องใช้ค่าบริการตามอัตราโรงพยาบาล (Hospital Charge) เป็นข้อมูลในการคำนวณค่า RW

2. TDRG จะคำนวณการใช้ทรัพยากรโรงพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นค่า RW (เหมือนกับ DRG ของทุกประเทศในโลก) ซึ่งไม่ใช่จำนวนเงิน การจ่ายชดเชยด้วยระบบ TDRG จึงต้องมีอัตราฐาน

(Base Rate) หรือจำนวนเงินที่จะจ่ายต่อ 1 น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Adjusted RW : AdjRW) เป็นตัวคูณกับค่า AdjRW ได้ผลลัพธ์เป็นยอดเงิน (บาท) ที่ต้องจ่ายชดเชยค่าบริการให้กับโรงพยาบาล เช่น

- การจ่ายชดเชยตามระบบ TDRG ของกรมบัญชีกลาง ใช้อัตราฐาน (Base Rate) ที่มีการตกลงล่วงหน้าทุกปี (Prospective Payment) โดยมีการดำเนินการมาอย่างสม่ำเสมอ และในปี 2555 นี้มีการชี้แจงโรงพยาบาลว่า ตั้งแต่เดือนเมษายน 2555 ที่ TDRG version 5 มีผลบังคับใช้ อัตราฐานจะเพิ่มตามอัตราลดลงของค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Adjusted RW : AdjRW) โดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 10 และคำนวณจ่ายชดเชยจาก TDRG version ที่ใช้จริง

- การจ่ายชดเชยระบบ TDRG ของสำนักงานประกันสังคมซึ่งเดิมใช้ในการจ่ายชดเชยตามภาระเสี่ยง สำหรับปี 2555 กรณีผู้ป่วยใน (In - patient) ที่มีค่า AdjRW ต่ำกว่า 2 ใช้ระบบ TDRG จ่ายตามภาระเสี่ยง และกรณีที่มีค่า AdjRW มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ใช้ในการจ่ายชดเชย โดยกำหนดอัตราฐาน (Base Rate) ไม่เกิน 15,000 บาทต่อ 1 AdjRW และเป็น**งบปลายปิด** วงเงิน 4,460 ล้านบาทต่อปี

- การจ่ายชดเชยตามระบบ TDRG ของ สปสช. กรณีให้บริการผู้ป่วยใน (In - patient) ภายในเขตเป็นวงเงินปลายปิด ซึ่ง สปสช. จะจัดสรรจหนมดวงเงิน อัตราฐาน (Base Rate) ที่ใช้จ่ายชดเชยการบริการในเขตจึงมีการเปลี่ยนแปลง กรณีให้บริการนอกเขตใช้อัตราฐาน (Base Rate) 9,000 บาทต่อ 1 AdjRW และ กรณีบริการสำรองเตียงโรงพยาบาลนอกระบบประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า ใช้อัตราฐาน (Base Rate) 15,000 บาทต่อ 1 AdjRW

3. เนื่องจากการคำนวณค่า RW ใน TDRG เป็นการคำนวณจาก**ค่าเฉลี่ย**ของค่าบริการตามอัตราโรงพยาบาล (Hospital Charge) ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบกับค่าบริการที่โรงพยาบาลเรียกเก็บตามอัตราของโรงพยาบาล (Hospital Charge) จะพบว่าผู้ป่วยใน (In patient) บางรายที่การจ่ายตาม TDRG จ่ายมากกว่า Hospital Charge และมีบางรายที่การจ่ายตาม TDRG จ่ายน้อยกว่า Hospital Charge

4. ข้อมูลส่งเบิกที่ดีขึ้น ทำให้ TDRG จ่ายชดเชยได้สอดคล้องกับการใช้ทรัพยากรที่เป็นจริง และข้อมูลที่เป็นปัจจุบันจะสะท้อนตามพลวัต (Dynamic) ของระบบ ได้แก่ รูปแบบบริการและเทคโนโลยีการแพทย์ที่ใกล้เคียงกับปัจจุบัน ข้อมูลที่ใช้คำนวณ TDRG จึงเหมาะสมสำหรับแต่ละยุค การประกาศใช้ TDRG version 5 (TDRG v5) ซึ่งใช้ข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเบิกในปีงบประมาณ 2552 มาคำนวณ โดยเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2555 จึงทันสมัยเหมาะสมกับยุคมากกว่า TDRG version 4 (TDRG v4) ซึ่ง

ใช้ข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเบิกในปีงบประมาณ 2547 มาคำนวณ **ตั้งตัวอย่างใน "ตาราง 1: ตัวอย่าง TDRG version 5 ที่มีการเปลี่ยนแปลงของค่า RW"**

จากตาราง 1 ข้อมูลส่งเบิกปีงบประมาณ 2554 แสดง DRG 03592 "ENT & mouth malignancy with chemotherapy, w mild to mod CC" ซึ่งมีค่ารักษาพยาบาลตามอัตราของโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อราย 13,028.77 บาท จ่ายชดเชยเฉลี่ยต่อรายด้วย TDRG v4 (RW 5.5418) เป็นเงิน 42,602.87 บาท แต่หากจ่ายชดเชยด้วย TDRG v5 (RW 1.7288) คิดเป็นเงินเฉลี่ยต่อราย 13,244.11 บาท

ตาราง 1: ตัวอย่าง TDRG version 5 ที่มีการเปลี่ยนแปลงของค่า RW

DRG CODE	DRGNAME	Avg. charge : C	Avg. Adjrw_4	Avg. reimburse _4 :	R4/C (เท่า)	RW_4	RW_5	Avg. estimated reimburse_5 : R5	R5/C (เท่า)
03592	ENT & mouth malignancy with chemotherapy, w mild to mod CC	13,028.77	5.3254	42,602.87	3.27	5.5418	1.7228	13,244.11	1.02
03593	ENT & mouth malignancy with chemotherapy, w severe CC	21,537.83	6.2300	49,839.68	2.31	6.3571	2.2498	17,638.44	0.82
03590	ENT & mouth malignancy with chemotherapy, no CC	13,244.78	3.6633	29,306.54	2.21	4.1004	1.2912	9,228.52	0.70
17502	Acute Leukemia, w mild to mod CC	10,099.00	2.5987	20,789.60	2.06	3.0573	1.2568	8,546.22	0.85
11020	Operative insertion peritoneal cath for dialysis, no CC	15,920.44	4.0393	32,314.14	2.03	4.5385	2.0610	14,674.33	0.92
13560	Non ovarian/adnexal malig w chemo- and radiotherapy, no CC	7,119.85	1.7877	14,301.91	2.01	2.3669	2.3224	14,033.02	1.97
14500	Vaginal delivery wo complicating Dx	10,151.59	0.3666	2,932.56	0.29	0.3652	0.3860	3,099.58	0.31

ข้อมูล : ข้อมูลส่งเบิกปีงบประมาณ 2554

หมายเหตุ : 1. "Avg. charge" หมายถึง ค่าเฉลี่ยของค่าบริการตามอัตราที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ

2. "_4" หมายถึง ข้อมูลจาก DRG version 4 และ "_5" หมายถึง ข้อมูลจาก DRG version 5

3. "Avg. reimburse _4" หมายถึง ค่าเฉลี่ยชดเชย (reimburse) ที่คำนวณจาก TDRG version 4

4. "Avg. estimated reimburse_5" หมายถึง ค่าเฉลี่ยของปริมาณการชดเชยที่คำนวณจาก TDRG version 5 คำนวณจาก "Avg. reimburse _4" หารด้วย RW_4 แล้วคูณด้วย RW_5

5. "R4/C" คำนวณจาก "Avg. reimburse _4" หารด้วย "Avg. charge" และ "R5/C" คำนวณจาก "Avg. estimated reimburse_5" หารด้วย "Avg. charge"

ข้อพึงระวังจากความจริงนี้ก็คือ DRG ไม่ใช่ ไวน์ (WINE) ซึ่งยิ่งเก็บนานยิ่งดี

5. คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ในการรักษาโรคที่มีโรคร่วมโรคแทรกซ้อน (CC) มาก ๆ อาจมีการเปลี่ยนแปลงใน TDRG version ใหม่ เนื่องจากข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเบิกในระหว่างที่ใช้ TDRG version เดิมเปลี่ยนรูปแบบไปจากก่อนหน้านั้น เช่น

TDRG v5 มีบาง DRG ที่มี CC มาก ๆ มีค่า RW เพิ่มขึ้นจากกรณีที่ไม่มี CC ในอัตราที่ต่ำกว่า ใน TDRG v4 เนื่องจากมีการบันทึกรหัสโรคของโรค/ภาวะที่เป็น CC นั้น บ่อยครั้งมากขึ้น ในขณะที่ข้อมูล ค่ารักษาพยาบาลคงเดิม หรืออาจเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ไม่สอดคล้องกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ TDRG v4 กำหนดไว้ ทำให้ CC ดังกล่าว กลายเป็นปัจจัย (determinant) ที่มีความสำคัญลดลงใน TDRG v5 เช่น กรณี hypokalemia (โปตัสเซียมในเลือดต่ำ) ส่วนบาง DRG ใน TDRG v5 ที่มี CC มาก ๆ มีค่า RW สูงกว่า TDRG v4 ที่อยู่ในระดับความรุนแรงเดียวกัน **ดังตัวอย่างใน "ตาราง 2: เปรียบเทียบ TDRG version 4 และ TDRG version 5"**

ตาราง 2: เปรียบเทียบ TDRG version 4 และ TDRG version 5

[DC 0657 Gastroenteritis, age > 9]		ตัวอย่าง ผ.หญิง อายุ 25 ปี discht = 1, LOS 3 วัน PDx : A09 Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin			
SDx		TDRG v4	TDRG v5	RW v4	RW v5
ถ้าไม่มีโรคร่วมโรคแทรก (no CC)	①	06570	06570	0.2171	0.2238
J13 (Pneumococcal pneumonia)	②	06573	06573	0.6268	1.0796
R571 (Hypovolumic shock)	③	06573	06573	0.6268	1.0796
J13, R571		06574	06574	1.2089	1.2392
E876 (Hypokalemia)	④	06573	06571	0.6268	0.4100

① กรณี Acute diarrhea ไม่มี CC → ได้ DRG เดิม และค่า RW v5 (0.2238) มากกว่าค่า RW v4 (0.2171)

② กรณี Acute diarrhea มี CC เป็น Pneumococcal pneumonia → ได้ DRG เดิม, ค่า RW v5 (1.0796) มากกว่าค่า RW v4 (0.6268)

③ กรณี Acute diarrhea มี CC เป็น Hypovolumic shock → ได้ DRG เดิม, ค่า RW v5 (1.0796) มากกว่าค่า RW v4 (0.6268)

④ กรณี Acute diarrhea มี CC เป็น Hypokalemia → ผลวิเคราะห์เพื่อจัดกลุ่มจากข้อมูลปี 2552 ทำให้มีการย้ายกลุ่มใน TDRG v5 โดย DRG เปลี่ยนจาก 06573 ใน TDRG v4 เป็น 06571 ใน TDRG v5 และได้ค่า RW ของ DRG 06571 (0.4100) ซึ่งต่ำกว่าค่า RW ของ DRG 06573 ใน TDRG v4 (0.6268) แสดงว่า Hypokalemia มีความสำคัญลดลง TDRG v5 จึงจัดไว้ใน DRG ที่รุนแรงน้อยลง

เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง กรณีที่ ② Acute diarrhea ที่มี CC เป็น Pneumococcal pneumonia, กรณีที่ ③ Acute diarrhea ที่มี CC เป็น Hypovolumic shock และกรณีที่ ④ Acute diarrhea ที่มี CC เป็น Hypokalemia ซึ่ง TDRG v4 จัดให้อยู่ใน DRG เดียวกัน คือ 06573 มีค่า RW เท่ากัน คือ 0.6268 จะสังเกตได้ว่าไม่สอดคล้องกับความสำคัญในทางคลินิกของแต่ละ CC ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกัน ในขณะที่ TDRG v5 จัดกลุ่มให้กรณีที่ ② และกรณีที่ ③ อยู่ใน DRG ที่สะท้อนความรุนแรงมากกว่ากรณีที่ ④ จึงมีความสอดคล้องกับความสำคัญในทางคลินิกมากกว่า TDRG v4

การใช้งาน TDRG จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาเครื่องมือให้มีความทันสมัย ใกล้เคียงกับรูปแบบบริการ และเทคโนโลยีการแพทย์ในปัจจุบัน โดยนำข้อมูลส่งเบิกล่าสุด มาทบทวนคำนวณค่า RW และ AdjRW ใหม่ (Recalibration) และทบทวนการจำแนกกลุ่มเพื่อพิจารณาจัดกลุ่มใหม่ (Reclassification) สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งคือ ในการใช้ TDRG version ใหม่ จะต้องมีการวิเคราะห์ผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น และสื่อสารสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลง พร้อมแจ้งผลกระทบที่คาดการณ์ไว้ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ เพื่อเตรียมความพร้อม เช่น โรงพยาบาลอาจต้องจัดส่งข้อมูลบางรายการเพิ่มเติมและต้องจัดเตรียมระบบรองรับ เป็นต้น

ดังที่ได้กล่าวไว้แต่ต้นว่า กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) เป็นการจ่ายชดเชยเหมาจ่ายรายกลุ่มโรคจึงไม่รองรับความแตกต่างของการรักษาพยาบาลที่ลงรายละเอียดระดับรายผู้ป่วย เนื่องจากจ่ายชดเชยตามค่าเฉลี่ยของกลุ่มโรค การวิเคราะห์พัฒนาเพื่อค้นหาปัจจัย และจำแนกความแตกต่างของกลุ่มโรค จึงเป็นเรื่องจำเป็น ทั้งนี้ที่มิวิจัยพัฒนา TDRG จะทราบปัญหาได้อย่างรวดเร็ว และดำเนินการวิเคราะห์แนวทางปรับปรุงแก้ไข หรือวิเคราะห์กลไกเสียยาได้ทันการณ์ หากมีการแจ้งปัญหาการใช้งาน หรือ ให้ข้อชี้แนะ/ข้อเสนอจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน และมีการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ

การร่วมมือกันพัฒนาระบบจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานด้วยความเข้าใจที่ตรงกัน และจะเป็นแรงผลักดันที่สำคัญในการพัฒนาไปสู่มาตรฐานการจัดสรรงบประมาณที่มีความสมดุล และระบบการเงินการคลังสุขภาพที่มีความยั่งยืน