

การเปลี่ยนแปลงสำคัญในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย ฉบับที่ 6.1

อรรถัย เขียวเจริญ, ชัยโรจน์ ชิงสนธิพร
สุเมธี เขยประเสริฐ, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

บทนำ

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group, DRG) เป็นระบบการจัดกลุ่มผู้ป่วยอย่างหนึ่ง มีเป้าหมายคือ ให้ผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิก และใช้ทรัพยากรในการรักษาใกล้เคียงกันอยู่ในกลุ่มเดียวกัน วิธีจ่ายเงินแก่โรงพยาบาลด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเริ่มใช้ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยด้วยวิสัยทัศน์สนับสนุนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทยทั่วประเทศ การพัฒนาเครื่องมือการจ่ายเงินเริ่มด้วยการวิจัยตั้งแต่ปี 2536^(1, 2) และมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องจนถึงปี 2555 ได้ผลิตภัณท์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 1-5 ตามลำดับ จากจำนวนกลุ่มโรคในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 1-2 มีกลุ่มโรคประมาณ 511 กลุ่มตามแนวคิดของ DRG ที่ใช้กับสวัสดิการผู้สูงอายุ Medicare ของสหรัฐอเมริกา ถึงกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 3 ที่พัฒนาจากรัฐบาลประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถูกนำไปใช้ในระยะเวลาแรกของการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไปจนถึงโรงพยาบาลสังกัด มหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งต้องการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่สะท้อนความรุนแรงของโรคที่ละเอียดขึ้น ตามแนวคิดของ Australian Refined DRG (AR-DRG) ซึ่งแบ่งความรุนแรงของโรคเป็น 5 ระดับ ทำให้ขยายกลุ่มโรคเป็น 1,283 กลุ่ม⁽³⁾ การพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 4 ยึดแนวคิดของ AR-DRG แต่ขยายความละเอียดของการทำหัตถการชนิดเดียวกัน กับอวัยวะที่มี 2 ข้าง (bilaterality) ในการนอนโรงพยาบาลครั้งเดียว หรือหัตถการเดียวกันแต่ทำซ้ำหลายครั้งที่อวัยวะเดิม (multiplicity) ผลลัพธ์ได้กลุ่มโรคต่างๆ เพิ่มขึ้นเป็น 1,920 กลุ่ม การคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มีอำนาจจำแนกที่มากขึ้น คือค่าน้ำหนักสัมพัทธ์สูงสุดเพิ่มจาก 25 เป็น 53⁽⁴⁾ การพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 5 เพิ่มกลุ่มโรคใหญ่ (Major Diagnostic Category, MDC) อีก 1 กลุ่ม คือ MDC28 สำหรับผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลระยะสั้น (น้อยกว่า 6 ชั่วโมง) จัดกลุ่มโรครณีเจาะคอที่เดิมอยู่เฉพาะ PreMDC ให้กระจายในทุก MDC ตามวินิจฉัยโรคหลักของผู้ป่วย ได้จำนวนกลุ่มโรค 2,450 กลุ่ม นอกจากนี้ในชุดการพัฒนาและแต่เดิมกลุ่มโรคร่วมไทยฉบับที่ 5 (Thai Casemix version 5) ได้พัฒนาทั้งกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับระยะเฉียบพลัน (Thai DRG) กลุ่มโรคร่วมระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน และกลุ่มโรคร่วมจิตเวช เพื่อแก้ปัญหาการจัดกลุ่มที่ไม่เหมาะสมและค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ไม่สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล แต่เนื่องจากกลุ่มโรคร่วมชนิดใหม่ที่เสนอ ต้องการข้อมูลใหม่ที่ยังไม่ได้จัดเก็บในขณะนั้น กองทุนประกันสุขภาพต่าง ๆ จึงใช้เฉพาะ Thai DRG version 5 เท่านั้นในการจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยในทุกราย ตั้งแต่เดือนเมษายน 2555⁽⁵⁾

การพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย ดำเนินจากฉบับที่ 5 เป็น 5.2 และ 6.0 จนถึงฉบับที่ 6.1 ระบบการจัดกลุ่ม DRG จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงให้ทันกาลอยู่เสมอ เนื่องจาก 1) วิธีการรักษาเปลี่ยนไป ทั้งจาก technology ยา และอุปกรณ์การรักษาใหม่ รวมทั้งแนวทางในการรักษาที่เปลี่ยนไปตามความรู้ใหม่ 2) การ

เปลี่ยนแปลงมูลค่าของทรัพยากรต่างๆ ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ที่ค่าแรงบุคลากรที่มักแพงขึ้น แต่ค่ายาและอุปกรณ์ที่มักลดลง 3) พฤติกรรมการให้รหัสโรค ที่เปลี่ยนแปลงไปตามระดับความรู้ ความเข้าใจ และความซื่อตรงต่อหลักวิชา และหลักเกณฑ์การให้รหัสโรค และสุดท้ายคือข้อจำกัดของข้อกำหนดการจัดกลุ่ม DRG เอง ในช่วงเวลากว่า 4 ปีที่ใช้ Thai DRG version 5 พบปัญหาหลายประการ ทั้งจากข้อกำหนดการจัดกลุ่มผู้ป่วย และความไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลาดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้การเจ้าหน้าที่ใช้ข้อมูลในอดีต (ปี 2552) ซึ่งห่างจากปัจจุบันมากอาจไม่สอดคล้องกับการใช้ทรัพยากรในการรักษาจริง ถึงแม้ว่าจะได้มีการพัฒนา Thai DRG version 5.2 ขึ้นในปี 2556 แต่ไม่ได้มีการประกาศใช้ อีกทั้งรหัสโรค รหัสหัตถการ ในขณะที่พัฒนา Thai DRG version 5 ใช้ ICD-10 WHO 2010, ICD-10-TM, ICD-9-CM Proc 2010 และใน Thai DRG หลาย version ที่ผ่านมาใช้ระบบ complication and comorbidity (CC) ที่นำมาจาก AR-DRG (Australian Refined DRG) version 4.1 แม้จะมีการดัดแปลงบ้างแต่ก็น่าจะไม่สอดคล้องกับระบบของประเทศไทย จึงถึงเวลาที่ควรต้องมีการปรับปรุงครั้งใหญ่ คือการจัดทำ Thai DRG version 6.1 ซึ่งใช้ TDRG 5.2 เป็นฐานในการพัฒนา

วิธีการพัฒนา Thai DRG version 6.1

นับตั้งแต่เริ่มใช้ TDRG version 5 คณะผู้พัฒนาฯ ได้คิดค้นและแสวงหาแนวทางการปรับปรุงต่าง ๆ รวมทั้งรับฟังเสียงสะท้อน ข้อเสนอแนะและปัญหาจากผู้ใช้งาน กองทุนประกันสุขภาพ โรงพยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งได้ทำการสำรวจความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากรพ.ต่างๆ ด้วยแบบสอบถาม ได้ข้อเสนอแนะในประเด็นต่างๆ จำนวน 300 กว่าข้อเสนอนั้นคณะผู้พัฒนาฯ จึงสังเคราะห์ปัญหา/ข้อเสนอแนะ และวิเคราะห์ข้อมูลประกอบจนได้ข้อสรุปในการพัฒนา TDRG version 6 และจัดทำข้อเสนอการพัฒนา Thai DRG version 6 ตามลำดับ ดังนี้

1. นำประเด็นต่าง ๆ ที่เสนอมาตรวจสอบ ว่า มีรหัสโรค รหัสหัตถการที่ควรแยก/ยุบรวมกลุ่มได้หรือไม่ มีข้อมูลสนับสนุนหรือไม่ โดยวิเคราะห์จากข้อมูลการเบิกจ่ายจริง ของปีงบประมาณ 2555-2559
2. วิเคราะห์ความเหมาะสมของการจัดกลุ่มใน TDRG 5.2
3. สังเคราะห์การจัดกลุ่ม TDRG ใหม่
4. จัดทำร่างการจัดกลุ่มใหม่ พร้อมข้อมูลสนับสนุน
5. จัดประชุมระดมสมองในการจัดทำระบบ CC/CC exclusion list ของประเทศไทย 2 ครั้ง นำผลที่ได้มาประกอบการจัดทำระบบ Thai CC/CC exclusion list
6. Workshop ผู้มีส่วนร่วม: แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ,โรงพยาบาลทุกระดับ, กองทุน, Auditor
7. ประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การวิเคราะห์และทบทวน DRG กับผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก (Internal & external peer review of Thai DRG)
8. สรุปผลและนำมาจัดทำข้อกำหนด/หลักเกณฑ์การพัฒนา
9. ประชาพิจารณ์ผู้มีส่วนร่วม หลังจาก TDRG 6.0 เสร็จ แบบสมัครใจ ได้แก่ กองทุน, Auditor, แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งเปิดให้ผู้สนใจเข้าร่วมแบบสมัครใจ ในวันที่ 15 มิถุนายน 2559

10. นำเสนอผลการพัฒนา TDRG 6.0 แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และกองทุนสวัสดิการข้าราชการ รวมทั้งเผยแพร่ในการประชุมวิชาการ เผยแพร่ทาง website พร้อมรับฟังข้อเสนอแนะ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2559 เรื่อยมา
11. นำ TDRG 6.0 มาพัฒนาต่อ โดยเพิ่มเติมข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมากที่สุดมาวิเคราะห์ (เพิ่มข้อมูลใน ปีงบประมาณ 2559)

ผลการพัฒนา

1. การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 5 สู่กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 6.1

จากข้อสรุปข้อเสนอแนะและปัญหาที่พบใน TDRG 5 ในภาพรวมคณะทำงานได้สรุปและนำมาพัฒนา TDRG 6.1 ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงการจัดกลุ่มโรค จาก TDRG 5 เป็นอย่างมาก โดยการเปลี่ยนแปลงหลักๆ มีดังนี้

1.1 การจัดกลุ่ม (Classification) มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ดังนี้

- ยกเลิก MDC 28 โดยทดแทนด้วยการมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์กรณีรับไว้จำหน่ายรายที่อยู่โรงพยาบาลไม่ถึง 24 ชั่วโมง (RW0d)
- ปรับปรุงการจัดกลุ่ม Tracheostomy จาก TDRG 5 ที่กระจายอยู่ใน MDC ต่างๆ รวม 64 กลุ่ม มารวมไว้ใน Pre MDC แล้วยุบเหลือ 16 กลุ่ม
- แยกกลุ่มระหว่างการผ่าตัดแบบ open กับ endoscopic (เฉพาะ laparoscopic และ thoracoscopic) ใน MDC04 (Respiratory System), MDC06 (Digestive System), MDC07(Hepatobiliary System and pancreas) และ MDC13 (Female Reproductive System)
- ลดจำนวน MDC ที่รหัสเหตุการณ์หนึ่งจะถูกจัดเข้า ตามแนวคิดที่ว่าเหตุการณ์หนึ่งไม่ควรอยู่ได้ในหลายกลุ่มโรค (ซึ่งมีผลให้เหตุการณ์เดียวกันอาจมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่างกันมากเมื่ออยู่ใน MDC ที่ต่างกัน)
- ปรับเปลี่ยนวิธีการจัดกลุ่มในกรณีที่เหตุการณ์ไม่สัมพันธ์กับโรคหลัก (Unrelated OR Procedure) โดยให้มีการเปลี่ยนเป็น MDC ใหม่ ถ้าเปลี่ยนไม่ได้ จะจัดเป็นกลุ่มโรคตามกลุ่มเหตุการณ์ ซึ่งมี 6 กลุ่ม ตามระดับการใช้ทรัพยากร
- ปรับปรุงเกี่ยวกับการจัดกลุ่มโรคในผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่ยังไม่คลอด (antenatal ใน MDC 14) ที่มีปัญหาทางด้าน medical และ surgical ให้ละเอียดและสอดคล้องกับปัญหามากขึ้น
- การปรับปรุงในหลายกลุ่มโรค (Disease cluster, DC) เพื่อให้กลุ่มโรคเดียวกันมีความเป็นเนื้อเดียวกันมากขึ้น โดยปรับเปลี่ยนในระดับกลุ่มรหัส (PDC) เช่น การตัด และการย้ายรหัสโรคและรหัสเหตุการณ์
- ระดับ DC มีการเพิ่มกลุ่มใหม่ และยุบรวมกลุ่มโรคที่มีอยู่เดิม ตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญในด้านนั้นๆ ร่วมกับการวิเคราะห์จากข้อมูล
- ปรับปรุง Surgical Hierarchy ทั้งหมด

1.2 จัดทำระบบ CC ใหม่ ตามแนวทางของ AR-DRG 8.0⁽⁶⁻⁸⁾ โดยกำหนดค่าระดับความซับซ้อนของแต่ละรหัสโรค เรียกว่า DCL (Diagnosis Complexity Level) สำหรับทุกวินิจฉัยโรคที่ยอมรับ และนำค่านี้นៃวินิจฉัยโรคหลัก (Principal Diagnosis, PDx) มาใช้ในการคำนวณค่า DCL ของทุก CC รวมทั้งการสร้างสูตรสำหรับการรวม DCL เป็น PCL (Patient Complexity Level) ใหม่ และปรับปรุง Exclusions ตามที่ระบุใน ICD-10 WHO 2016 ทั้งนี้ระบบ CC ใหม่ จะใช้ทั้ง PDx และ SDx ในการหาค่า PCL และจะใช้กับทุก MDC รวมทั้ง MDC 14 และ 15

1.3 ปรับวิธีการแบ่งกลุ่มจากกลุ่มโรค (DC) เป็นกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โดยพิจารณาตามเกณฑ์ (criteria) และหลักการทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 หลักเกณฑ์การแบ่งกลุ่ม DRG

No	รายการ	ข้อกำหนด for Thai DRG V6.1
1	จำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม DRG	ไม่น้อยกว่า 30 รายต่อกลุ่ม ยกเว้น organ transplant
2	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายระหว่างกลุ่ม ในแต่ละ DC (บาท)	2,000 บาท
3	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายระหว่างกลุ่มในแต่ละ DC (%)	ไม่น้อยกว่า 20%
4	RIV (reduction in variance) ของค่ารักษา หลังแยกเป็น DRG ใน DC	ไม่น้อยกว่า 3%
5	CV (coefficient of variation) ของแต่ละ DRG	ไม่มากกว่า 100
6	จำนวนกลุ่มที่มีค่า CV>100 หลังแบ่งกลุ่มเทียบกับกลุ่มเดิม	ไม่มากกว่า 1.3 เท่า

1.4 การคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ใหม่และสูตรการปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ใหม่ (รายละเอียดศึกษาได้ในเอกสารค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ สำหรับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมประเทศไทย ฉบับที่ 6.1 และการปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 6.1 ด้วยเกณฑ์วินนอน)

1.5 รหัสโรค และรหัสเหตุการณ์ โดยรหัสโรค ใช้ ICD-10 WHO 2016, ICD-10-TM 2016 รหัสเหตุการณ์ ใช้ ICD-9-CM Proc 2015 มีการยกเลิกรหัสโรค 138 รหัส (ICD-10 WHO จำนวน 89 รหัส, ICD-10-TM จำนวน 49 รหัส) และเพิ่มรหัสโรค 558 รหัส (ICD-10 WHO จำนวน 93 รหัส, ICD-10-TM จำนวน 465 รหัส) รายละเอียดในเอกสารชุด สรุปการปรับเปลี่ยนรหัสโรคและรหัสเหตุการณ์ใน TDRG 6.1 จาก TDRG 5.1

สรุป ผลการเปลี่ยนแปลงการจัดกลุ่มโรคของ TDRG 6.1 เมื่อเปรียบเทียบกับ TDRG 5 มีดังนี้

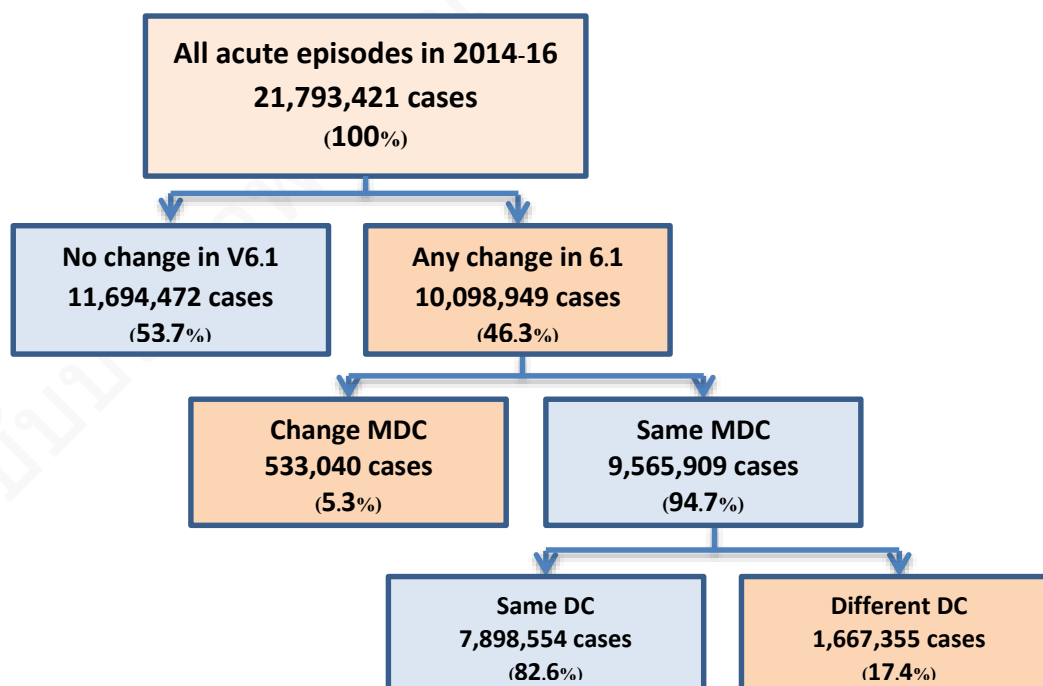
TDRG 6.1 ไม่มี MDC 28, จำนวนกลุ่มโรค (DC) ลดลงจาก 726 กลุ่ม เป็น 603 กลุ่ม จำนวนกลุ่ม DRG ลดลง 910 กลุ่ม จาก 2,451 กลุ่ม เป็น 1,541 กลุ่ม, จำนวนรหัส CC เพิ่มขึ้นจาก 3,613 รหัส เป็น 7,105 รหัส ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปลี่ยนแปลงการจัดกลุ่มโรคของ TDRG 6.1 เมื่อเปรียบเทียบกับ TDRG 5

Items	TDRG 5	TDRG 6.1
MDC	00-26,28	00-26
Number of DC groups	726	603
Number of DRG groups	2,451	1,541
Number of CC codes	3,613 codes for All DC	7,105 codes for each DC
DCL	0-4	0-9 ปรับเป็น 0-4

* Thai DRG ver 5103

เมื่อพิจารณาในภาพรวมการเปลี่ยนแปลงการจัดกลุ่มโรคของผู้ป่วย เมื่อจัดกลุ่มด้วย TDRG 6.1 เทียบกับ TDRG 5 โดยจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 21,793,421 ราย มีการเปลี่ยนแปลง 46.3% โดยส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงในระดับ DRG เนื่องจาก TDRG 6.1 ใช้ระบบจำแนกความรุนแรงใหม่เป็น DCL (Diagnosis Comorbidity Level) เปลี่ยนแปลง ในระดับ MDC จำนวน 533,040 ราย (5.3% ของการเปลี่ยนแปลงทั้งหมด) และเปลี่ยนแปลงในระดับ DC จำนวน 1,667,355 ราย หรือ 17.4% ของกลุ่มที่ไม่เปลี่ยน MDC แสดงดังภาพ 1



ภาพที่ 1 การเปลี่ยนแปลงการจัดกลุ่มโรคจาก TDRG 5 เป็น TDRG 6.1

2. ข้อดีของ Thai DRG version 6.1

เมื่อพัฒนา TDRG 6.1 เสร็จจะมีการทดสอบความสามารถ (Performance) ตามเกณฑ์การประเมินการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยการทดสอบทางสถิติ คือ การจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงทั้งทางคลินิกและการใช้ทรัพยากรให้มาอยู่ในกลุ่มเดียวกัน (Homogeneity within group) ใช้สถิติสัมประสิทธิ์ความแปรปรวน (Coefficient of variation, CV) หมายถึง ความแตกต่างหรือความแปรปรวน (variance) ภายในแต่ละกลุ่มยอมให้มีค่าน้อยที่สุด โดยดูจากค่า CV ให้น้อยที่สุดหรือไม่ควรเกินค่ามาตรฐาน 100% และค่าความสามารถลดความแตกต่างหรือความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม (Reduction in Variance : RIV) เป็นค่าที่ได้จากการคำนวณวิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยว่ามีความแตกต่างกันมากขนาดไหน ค่าความสามารถลดความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (RIV) ที่ได้ควรมีค่ามาก กล่าวคือ การจำแนกแล้วได้ค่า RIV ที่มากแสดงว่าจำแนกกลุ่มได้ดีกว่าการจำแนกแล้วได้ค่า RIV ที่น้อยกว่า นอกจากนั้นสามารถพิจารณาจำนวนกลุ่มที่ได้จากการจำแนกได้ด้วย คือ หากจำแนกกลุ่มแล้วได้จำนวนกลุ่มที่มีจำนวนมากกว่า ย่อมดีกว่าการจำแนกแล้วได้จำนวนกลุ่มที่น้อยกว่า⁽⁹⁻¹⁴⁾

ผลการทดสอบมีดังนี้

TDRG 6.1 มีค่าความสามารถลดความแตกต่างหรือความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม (RIV) ดีกว่า TDRG 5.1 (58.71% เทียบกับ 51.86%)

TDRG 6.1 สามารถจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงทั้งทางคลินิกและการใช้ทรัพยากรให้มาอยู่ในกลุ่มเดียวกัน โดยมีจำนวนกลุ่ม DRG ที่มีค่า CV > 100% น้อยกว่า TDRG 5.1 (30.56% เทียบกับ 34.63%)

ค่า RW (relative weight) และ AdjRW (adjusted relative weight) ของ TDRG 6.1 มีความสัมพันธ์กับค่ารักษา (r=74.40% เทียบกับ r=77.10%) ดีกว่า RW และ AdjRW ของ TDRG 5.1 (r=70.70% เทียบกับ 71.10%)

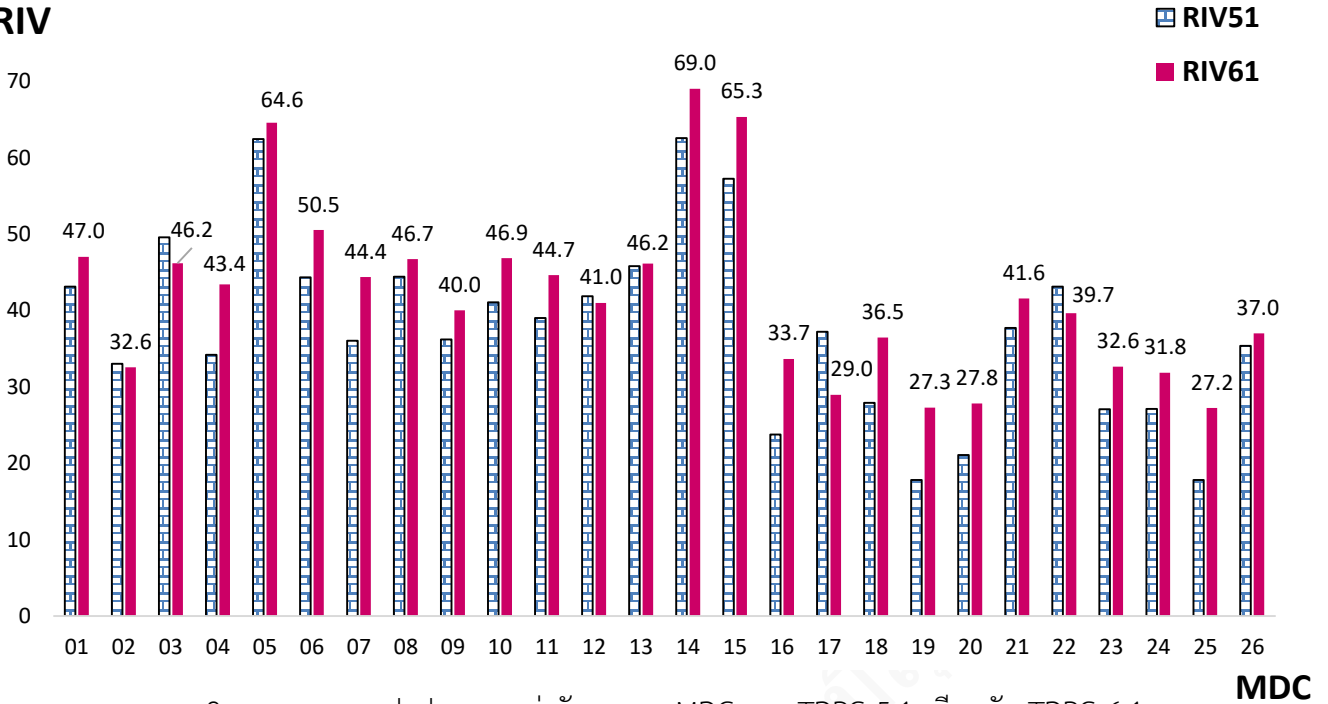
และ TDRG 6.1 มีความสามารถในการจัดกลุ่ม DRG ได้ดีกว่าเมื่อดูจากการจัดกลุ่มไม่ได้ (Ungroupable cases 0.086%) TDRG 5.1 (Ungroupable cases 0.104%) แสดงรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 ความสามารถของ Thai DRG version 6.1 กับ Thai DRG version 5.1

Criteria	TDRG 5.1	TDRG 6.1
RIV of charge (%)	51.86	58.71
DRG with CV > 100 % (%)	34.63	30.56
Correlation (RW & charge) %	70.70	74.40
Correlation (AdjRW & charge) %	71.10	77.10
Ungroupable cases (%)	0.104	0.086

เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการลดความแปรปรวนของ (RIV) TDRG 6.1 ราย MDC พบว่า TDRG 6.1 สามารถลดความแปรปรวนได้ดีกว่า TDRG 5.1 เกือบทุก MDC ดังแสดงในภาพ 2

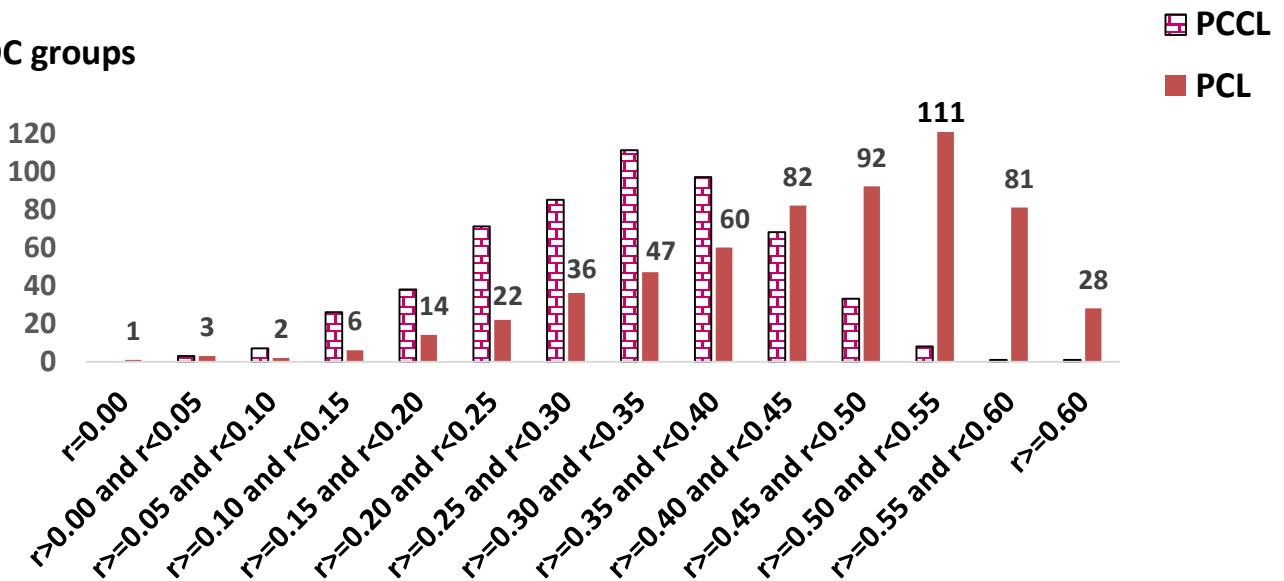
RIV



ภาพ 2 การลดความแปรปรวนของค่ารักษาตาม MDC ของ TDRG 5.1 เทียบกับ TDRG 6.1

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง ค่ารักษา กับ PCCL (Patient Clinical Complexity Level) ของ TDRG 5.1 กับ PCL (Patient Complexity Level) ของ TDRG 6.1 ราย DC ผลพบว่า จำนวน DC ที่ค่า PCL (TDRG 6.1) สัมพันธ์กับค่ารักษามีมากกว่า จำนวน DC ที่ค่า PCCL (TDRG 5.1) มีความสัมพันธ์กับค่ารักษา ดังแสดงในภาพ 3

DC groups



ภาพ 3 จำนวน DC ตามความสัมพันธ์ระหว่างค่ารักษา กับ PCCL (Thai DRG version 5.1) และ PCL (TDRG 6.1)

3. ข้อจำกัดของ Thai DRG version 6.1

อย่างไรก็ตาม Thai DRG version 6.1 ยังมีข้อจำกัด คือ ความครบถ้วนของข้อมูลในการพัฒนา เพราะยังมีข้อมูลส่วนหนึ่งไม่สมบูรณ์ ทั้งข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลการรักษา ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการจัดกลุ่ม (Classification) และการคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Calibration) เพราะจะเป็นตัวแปรต้นและตัวแปรตามในการคำนวณขนาดการใช้ทรัพยากรและหาค่าสถิติของการจัดกลุ่มโรค ทั้งนี้ถึงแม้ว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลจากกองทุนประกันสุขภาพที่ใช้ในการจ่ายชดเชยบริการ และได้มีการตรวจสอบมาระดับหนึ่ง และผู้พัฒนาได้มีการตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์อีกหลายรูปแบบที่แสดงไว้ในเอกสารชุด “ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ สำหรับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมประเทศไทย ฉบับที่ 6.1” ทั้งนี้หากจะได้ข้อมูลที่ต้องการ ต้องทำการตรวจสอบข้อมูลในฐานการชดเชยของแต่ละกองทุนกับเวชระเบียนของโรงพยาบาลทั้งเรื่องรหัสโรค รหัสหัตถการ และการรักษา และข้อจำกัดที่สำคัญคือ TDRG 6.1 ยังคงใช้การรักษาที่ไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลถึงระดับการใช้ทรัพยากรชนิดเดียวกันในการคำนวณค่า RW ซึ่งโดยหลักการควรจะมีข้อมูลการใช้ทรัพยากรที่เป็นมาตรฐานสากล (universal resource identifier) รายบุคคลในการคำนวณ ค่า RW เพื่อให้ค่า RW สามารถสะท้อนการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการบริการได้อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์ทัย. กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม: สถานการณ์และองค์ความรู้ในปี 2544. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2002;11(5):569-81.
2. ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์ทัย. กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม:หลักการและใช้ประโยชน์. พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2542.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2545 เล่ม 1. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2545.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 4.0 พ.ศ. 2550 เล่ม 1. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2550.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 5.0 พ.ศ.2554 เล่ม 1. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
6. Australian Consortium for Classification Development. Development of the Australian Refined Diagnosis Related Groups V8.0 2014 [01/03/2016]. Available from: <https://www.iha.gov.au/publications/development-australian-refined-diagnosis-related-groups-v80>.
7. Jackson T, Dimitropoulos V, Madden R, Gillett S. Australian diagnosis related groups: Drivers of complexity adjustment. Health Policy. 2015;119:1433-41.
8. Loggie C. AR-DRG Version8.0: Implementation of Episode Clinical Complexity Model. HIM-INTERCHANGE. 2016;6(1):25-7.
9. Patient Classification Systems International, editor. Statistic methods for casemix. PCSI Winter School Lisbon; 2014 28 April 2014; Lisbon Portugal.

10. Stausberg J, Kiefer E. Homogeneity of the German Diagnosis-Related Groups. Health Service Management Research 2010;23:154-9.
11. P.L. BenTon, H. Evan, S.M. Light, L.M. Mountney, H.F. Sanderson. The development of Healthcare Resource Groups-version 3. Journal of Public Health Medicine. 1998;20(3):351-8.
12. Reid B, Sutch S. Comparing diagnosis-related group system to identify design improvements. Health Policy. 2008;87:82-91.
13. Independent Hospital Pricing Authority. National Pricing Model Technical Specification 2016-2017: Independent Hospital Pricing Authority; 2016. Available from: https://www.ihoa.gov.au/sites/g/files/net636/f/publications/nep16_pricing_model_technical_specifications.pdf.
14. Griffin N, Venables G, Jorda V. The Casemix Design Framework - 2009: The Information Centre NHS; 2009. Available from: <http://www.content.digital.nhs.uk/media/10810/Casemix-Design-Framework-v23/pdf/Casemix-Design-Framework-v2.3.pdf>.