

## การประชุมรับฟังความเห็น แนวทางจัดกลุ่มของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย ฉบับที่ 5.2

การประชุมคณะกรรมการปรับปรุงน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 5  
ครั้งที่ 2 / 2556

วันพุธที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 เวลา 8:30 น. – 16:30 น.

ณ ห้องประชุม สานใจ 1 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 6

# กำหนดการประชุมวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556

08:30 - 09:00 น. ลงทะเบียน

09:00 - 09:30 น. การพัฒนา TDRG V 5.2 (พญ. ทศนีย์)

09:30 - 10:30 น. ข้อมูลที่นำมาใช้ในการพัฒนา TDRG V 5.2 และการจัดการข้อมูล  
(นพ. ชัยโรจน์ / นพ. ไชยยศ / นายทวิศักดิ์)

10:45 - 12:00 น. แนวทางจัดกลุ่มสำหรับ TDRG V 5.2 และการแบ่งกลุ่มย่อย 6 กลุ่ม  
เพื่อระดมความเห็นและอภิปรายทั่วไป (นพ. ศุภสิทธิ์และคณะวิจัย)

13:00 - 14:30 น. ประชุมกลุ่มย่อยเพื่อระดมความเห็นในการจัดกลุ่ม TDRG V 5.2

14:45 - 16:30 น. นำเสนอข้อสรุปจากการประชุมกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 นาทีและ  
รับฟังความเห็น (ผู้แทนกลุ่มย่อย/ นพ. ศุภสิทธิ์)

# วัตถุประสงค์การประชุม

1. ชี้แจงการพัฒนา TDRG Version 5.2
  - 1) หลักการของ TDRG
  - 2) ข้อมูลที่ใช้
  - 3) สิ่งที่ต้องพบระหว่างการดำเนินงาน
2. ทหารือแนวทางการพัฒนา TDRG Version 5.2
3. ข้อเสนอการดำเนินงานโดยทุกฝ่ายมีส่วนร่วม

## สิ่งที่คาดว่าจะตรวจพบระหว่างการดำเนินงาน

1. ผลกระทบการจ่ายชดเชย และรายละเอียดของปัญหา
  - 1) จ่ายน้อยไป / จ่ายมากไป
  - 2) Outlier
2. คุณภาพข้อมูลด้านรหัส
3. คุณภาพข้อมูลด้านค่าใช้จ่าย
4. ปัญหาการสื่อสารด้านเทคนิคในการพัฒนา TDRG

สิ่งที่พบโดยไม่ได้คาดไว้..... GAP ระหว่าง

จำนวนผู้ใช้งาน TDRG และจำนวนผู้ที่ได้รับการชี้แจงจากทีมวิจัย

# สิ่งที่ตรวจพบระหว่างการดำเนินงาน (1)

## รหัสที่ไม่สอดคล้องกับ PDx

pdx	sdx1	sdx2	sdx3	proc1	proc2	proc3
D649				9229		
A90	D500			9229		
G403				9229		
K30	R53			9229		
S818	L031	I219		9229	9357	9918
A91	E872			9229		
O990	O48	O630	O631	9229		
C12	E46	J189		9229		
O631	O640	O800	Z370	9229		
C321	Z510	Z511		9229	9925	
T414				9229		
J209				9229		

# สิ่งที่ตรวจพบระหว่างการดำเนินงาน (2)

อายุ 0 ปี ... วัน รหัสที่ไม่สอดคล้องกับ PDx

pdx	sdx1	sdx2	sdx3	proc1	proc2	proc3
T242				9229	9357	9918
J181				9229	9918	
P599	Z380			9229	9983	
P599	Z380			9229		
A09	D569			9229		
A09	E872			9229		
B059	E876			9229	9918	
J050				9229	9398	
J00	R560			9229		
R560				9229		
J042				9229	9394	9396

# การพัฒนาากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย (TDRG)

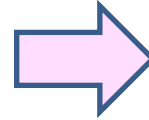
- การพัฒนา TDRG ที่ผ่านมา
- ศรท. – ความเป็นมา/ ภาระหน้าที่และแนวทางการทำงาน
- กรอบการพัฒนาระบบเคสมิกซ์
- การรวบรวมข้อเสนอพัฒนา TDRG

## การพัฒนา TDRG ในประเทศไทย

วิจัยและพัฒนาโดยทีมวิจัย  
ของศูนย์วิจัยและติดตาม  
ความเป็นธรรมทางสุขภาพ  
มหาวิทยาลัยนเรศวร



TDRG 5 ฉบับ  
SNAP , TMHC



ต่อยอดองค์ความรู้ให้เกิดเป็น  
สถาบันที่มีโครงสร้างชัดเจน  
บริหารงานอย่างเป็นระบบ  
ดูแลพัฒนา TDRG ต่อเนื่อง



ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย

- สร้างทีมงาน
- พัฒนาระบบโดยผู้มีประสบการณ์

พ.ศ.2536

9 สิงหาคม 2554



## เคสมิกซ์ในประเทศไทย (จาก พ.ศ. 2536 → ปัจจุบัน)

1. TDRG: Thai Diagnosis Related Group เบิกจ่ายกรณี Acute IP → พัฒนาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 เริ่มใช้ในปี พ.ศ. 2542
2. SNAP: Subacute – Non acute patient ใช้เบิกจ่ายกรณี sub-acute and non-acute เช่น กายภาพบำบัด → พัฒนาแล้วเสร็จใน ปี 2553 ยังไม่ได้ใช้งาน
3. TMHC: Thai Mental Health ใช้เบิกจ่ายกรณีโรคจิตเวช → พัฒนาแล้วเสร็จในปี 2553 ยังไม่ได้ใช้งาน
4. แนวคิดพัฒนา OP Prospective Payment System ในชื่อ Thai Ambulatory CaseMix (TAC) → เริ่มปี พ.ศ. 2555

## ศรท. – ความเป็นมา/ภาระหน้าที่และแนวทางการทำงาน

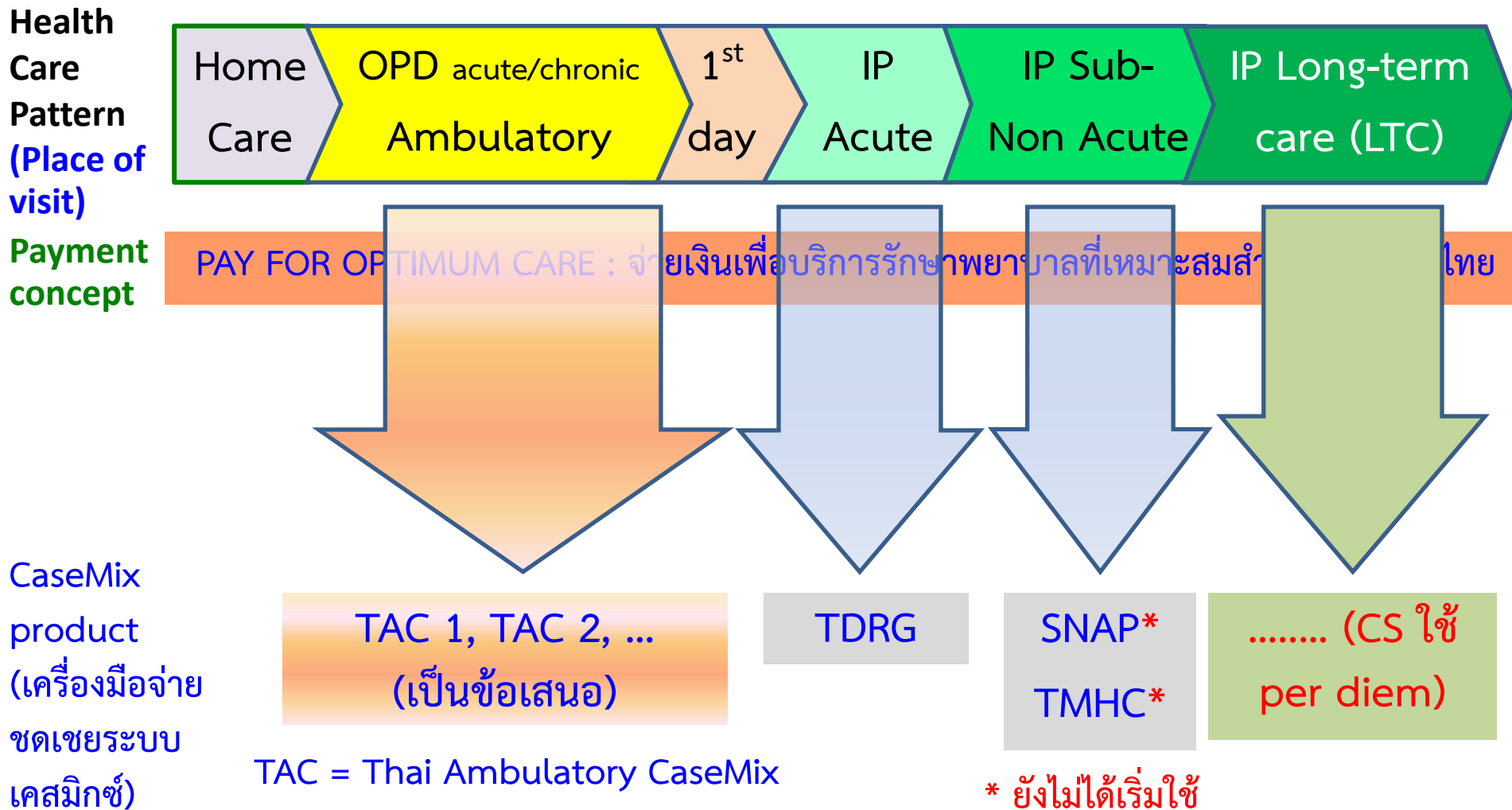
- ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.) → กลไกกลางระดับชาติ หนึ่งในการอภิบาลระบบการเงินการคลังประกันสุขภาพ
- พัฒนาต่อยอดองค์ความรู้จากการวิจัยเพื่อพัฒนา เครื่องมือจ่ายชดเชยด้วยระบบเคสมิกซ์ สำหรับใช้ในระบบประกันสุขภาพ ซึ่งทีมวิจัยของศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้ดำเนินงานมานานกว่า 10 ปี และได้พัฒนา DRG 5 ฉบับ
- ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.) ดำเนินงานในรูปแบบองค์กรที่มี โครงสร้างชัดเจน ทำหน้าที่บำรุงรักษาและพัฒนาระบบเคสมิกซ์ และ สร้างระบบงานที่ดำเนินงานได้ต่อเนื่อง

## กรอบการพัฒนาระบบเคสเมจิกส์

ศรท. กำหนดกรอบการพัฒนาระบบเคสเมจิกส์ ตามแนวคิดที่หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและใช้งานระบบเคสเมจิกส์ เห็นชอบ (2 ส.ค. 2554)

1. พัฒนาระบบเคสเมจิกส์ รองรับ**รูปแบบบริการ (Care model)** ที่แตกต่างกัน เช่น acute, sub-acute, long-term care, health promotion etc.
2. พัฒนาระบบเคสเมจิกส์เพื่อรองรับมุมมองการใช้งานในมิติที่แตกต่างกัน 4 มิติ
  - 1) มิติการจ่ายชดเชยค่าบริการ (**Resource based**)
  - 2) มิติการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน (**Clinical application**)
  - 3) มิติผลการดำเนินงานของสถานพยาบาล (**Hospital performance**)
  - 4) มิติคุณภาพบริการ (**Quality of care**)

# เครื่องมือจ่ายเงินระบบเคสมิกซ์



## การรวบรวมข้อเสนอพัฒนา TDRG

1. จากคณะทำงานปรับปรุงน้ำหนักสัมพัทธ์ฯ
2. จาก [www.facebook.com/casemix](http://www.facebook.com/casemix)
3. จาก e-mail และระบบสื่อสารพื้นฐาน

ข้อ 2 และข้อ 3 เป็นระบบที่กำหนดไว้ตามยุทธศาสตร์ของ ศรท. เพื่อสนับสนุนการทำงานที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม โดยมีเป้าหมายสำหรับ TDRG คือ

1. บำรุงรักษา TDRG ให้ใช้งานได้ต่อเนื่อง
2. มีการปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ปีละ 1 ครั้ง
3. ทบทวนและปรับปรุงการจัดกลุ่ม ประมาณ 2 – 3 ปีต่อ 1 ครั้ง หรือตามที่จำเป็น

## ขอหารือการพัฒนา TDRG Version 5.2

เนื่องจากงบประมาณจำกัด จึงขอความเห็นจากกลุ่มย่อยในประเด็นต่อไปนี้

1. การจัดประชุม ผ่าน สปสช. โดยผู้เข้าประชุมเบิกค่าใช้จ่ายจากต้นสังกัด และไม่มีค่าตอบแทน
2. การประสานงานด้านวิชาการผ่านระบบสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ เช่น ส่งข้อมูลผ่าน Google drive

- มีคำถามว่าจะต้องปรับปรุงขนาดนี้หรือ และพร้อมหรือไม่? ...งบ..คน
- จะวิเคราะห์/ ทบทวนข้อมูลทันหรือ และผลวิเคราะห์ที่เร่งทำ จะได้รับความเข้าใจ และการยอมรับหรือไม่?
- มีคำถามว่า เพิ่งใช้ TDRG V 5.1.1 จะเปลี่ยนอีกแล้วหรือ
- มีผู้ขอเพิ่มข้อเสนอพัฒนา เนื่องจากส่งไม่ทัน 31 ม.ค.2556
- ศรท. ไม่มีบุคลากรประจำมากพอที่จะรองรับการประชุมเป็นร้อยคน

# ข้อมูลที่นำมาใช้ในการพัฒนา TDRG V 5.2 และการจัดการข้อมูล

- แหล่งข้อมูลที่นำมาใช้ในการพัฒนา TDRG Version 5.2
- การจัดการข้อมูลที่จะนำมาพัฒนา TDRG Version 5.2
- การเตรียมข้อมูลเพื่อใช้ทบทวนแต่ละหัวข้อพัฒนา

# แหล่งข้อมูลที่นำมาใช้ในการพัฒนา TDRG Version 5.2

❑ ข้อมูลผู้ป่วยใน (In-patient) 3 กองทุน → CS, UC, SS

❑ ช่วงข้อมูล :

1. ปีงบประมาณ 2554 : ตุลาคม 2553 – กันยายน 2554

2. ปีงบประมาณ 2555 : ตุลาคม 2554 – กันยายน 2555

Data	N_discharged_UC	N_discharged_CS	N_discharged_SS
ปีงบประมาณ 2554	5,624,266	681,108	556,446
ปีงบประมาณ 2555	5,720,007	665,685	554,802
จำนวนรวม	11,344,273	1,346,793	1,111,248

\* N\_discharged หมายถึงจำนวนผู้ป่วยใน (IP) ที่จำหน่ายในช่วงเวลาที่กำหนด



## การจัดการข้อมูล - ตรวจสอบข้อมูลที่สามารถนำมาใช้

ข้อมูลที่สามารถนำมาใช้พัฒนา TDRG ต้องมีการตรวจสอบดังนี้

1. ความสมบูรณ์ของค่าใช้จ่ายตามเงื่อนไขการพัฒนา TDRG → ข้อมูลค่าใช้จ่าย สะท้อนความชัดเจนของการใช้ทรัพยากร/ สามารถตรวจสอบความถูกต้อง → ต้องมีค่าใช้จ่ายรายหมวด
2. ความถูกต้องของการลงรหัส → Coding audit และปรับปรุงรหัสให้ถูกต้อง → ไม่ได้ตรวจ (จะซ้ำซ้อนกับ Auditor)
3. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล → ความสอดคล้องของข้อมูล (ข้อมูลไม่ถูกต้อง หรือเป็น Outlier) เช่น LOS ไม่สัมพันธ์กับค่าใช้จ่าย หรือหัตถการ → ยังไม่ได้ตรวจ เนื่องจากมีเวลาจำกัด

# ข้อมูล IP ที่สามารถนำมาใช้พัฒนา (จำแนกตามสิทธิ)

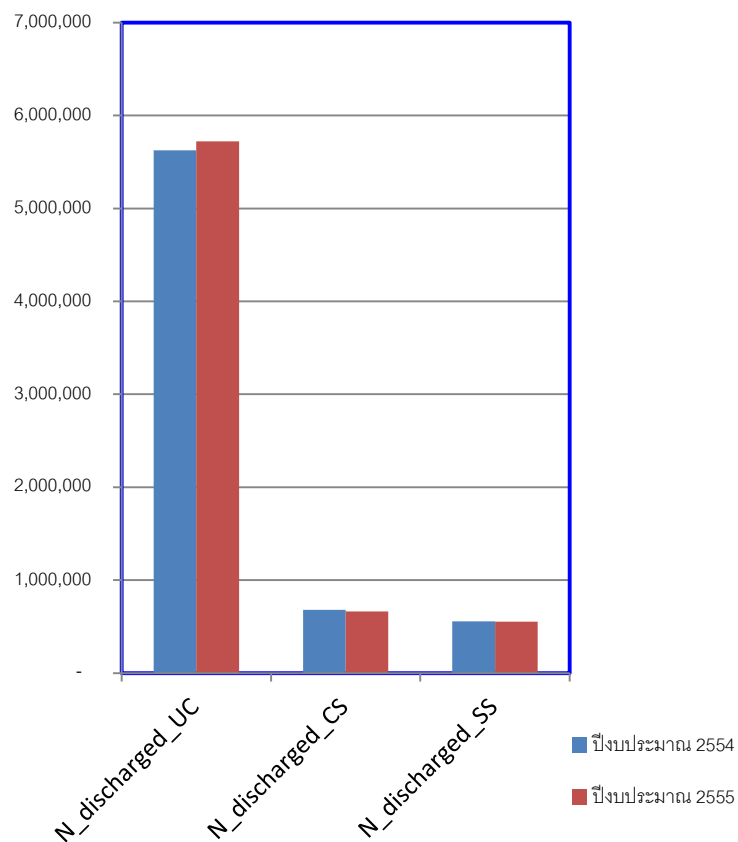
UC_Data	จำนวน Discharged ทั้งหมด	จำนวนข้อมูลค่าใช้จ่ายรายหมวดทั้งหมด	จำนวน Discharged ที่มีค่าใช้จ่ายรายหมวด	% Discharged ที่มีค่าใช้จ่ายรายหมวด
ปีงบประมาณ 2554	5,624,266	3,978,900	3,975,571	70.69%
ปีงบประมาณ 2555	5,720,007	4,290,443	4,285,786	74.93%
<b>จำนวนรวม</b>	<b>11,344,273</b>	<b>8,269,343</b>	<b>8,261,357</b>	<b>72.82%</b>

CS_Data	จำนวน Discharged ทั้งหมด	จำนวนข้อมูลค่าใช้จ่ายรายหมวดทั้งหมด	จำนวน Discharged ที่มีค่าใช้จ่ายรายหมวด	% Discharged ที่มีค่าใช้จ่ายรายหมวด
ปีงบประมาณ 2554	681,108	681,108	681,108	100.00%
ปีงบประมาณ 2555	665,685	665,685	665,685	100.00%
<b>จำนวนรวม</b>	<b>1,346,793</b>	<b>1,346,793</b>	<b>1,346,793</b>	<b>100.00%</b>

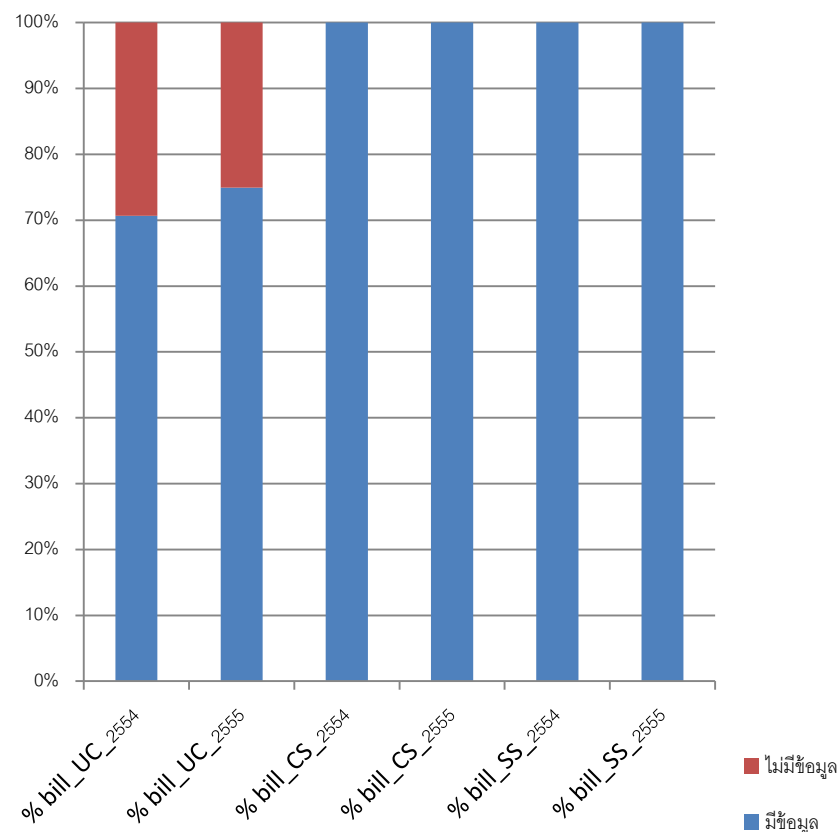
SS_Data	จำนวน Discharged ทั้งหมด	จำนวนข้อมูลค่าใช้จ่ายรายหมวดทั้งหมด	จำนวน Discharged ที่มีค่าใช้จ่ายรายหมวด	% Discharged ที่มีค่าใช้จ่ายรายหมวด
ปีงบประมาณ 2554	556,446	556,446	556,446	100.00%
ปีงบประมาณ 2555	554,802	554,802	554,802	100.00%
<b>จำนวนรวม</b>	<b>1,111,248</b>	<b>1,111,248</b>	<b>1,111,248</b>	<b>100.00%</b>

# ข้อมูล IP ที่สามารถนำมาใช้พัฒนา (จำแนกตามสิทธิ)

กราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยใน (IP)  
ปีงบประมาณ 2554 - 2555



กราฟเปรียบเทียบสัดส่วนข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนา TDRG V 5.2  
ปีงบประมาณ 2554 - 2555



## การคาดการณ์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

1. วิเคราะห์จำแนกตามระดับโรงพยาบาล → Next slide
2. วิเคราะห์จำแนกตาม MDC / DRG → อยู่ระหว่างการจัดทำ...

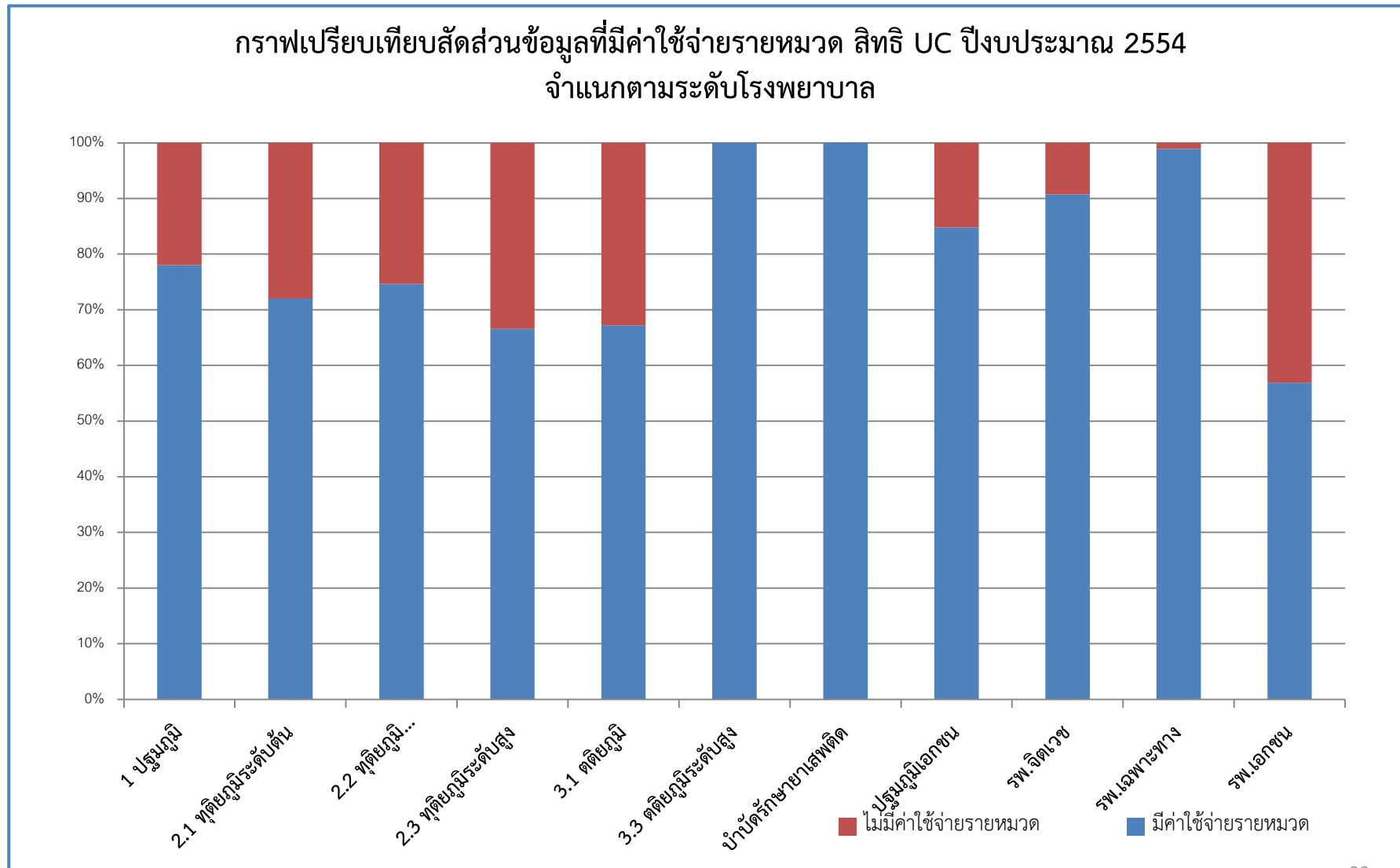
# ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยใน ปี งบประมาณ. 2554 (จำแนกระดับ รพ.)

ระดับโรงพยาบาล	จำนวน Discharged ทั้งหมด	Discharged Proportion	จำนวน Discharged ที่มี ค่าใช้จ่ายรายหมวด	% Discharged ที่มี ค่าใช้จ่ายรายหมวด
1 ปฐมภูมิ	13,709	0.24%	10,696	78.02%
2.1 ทุติยภูมิระดับต้น	1,592,410	28.31%	1,146,824	72.02%
2.2 ทุติยภูมิระดับกลาง	960,517	17.08%	716,963	74.64%
2.3 ทุติยภูมิระดับสูง	1,242,341	22.09%	827,144	66.58%
3.1 ตติยภูมิ	1,365,380	24.28%	917,307	67.18%
3.3 ตติยภูมิระดับสูง	153,612	2.73%	153,611	100.00%
บำบัดรักษาพยาบาล	970	0.02%	970	100.00%
ปฐมภูมิเอกชน	1,981	0.04%	1,680	84.81%
รพ.จิตเวช	35,049	0.62%	31,791	90.70%
รพ.เฉพาะทาง	51,390	0.91%	50,835	98.92%
รพ.เอกชน	206,907	3.68%	117,750	56.91%
<b>SUM</b>	<b>5,624,266</b>	<b>100.00%</b>	<b>3,975,571</b>	<b>70.69%</b>

# ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยใน ปี งบประมาณ. 2555 (จำแนกระดับ รพ.)

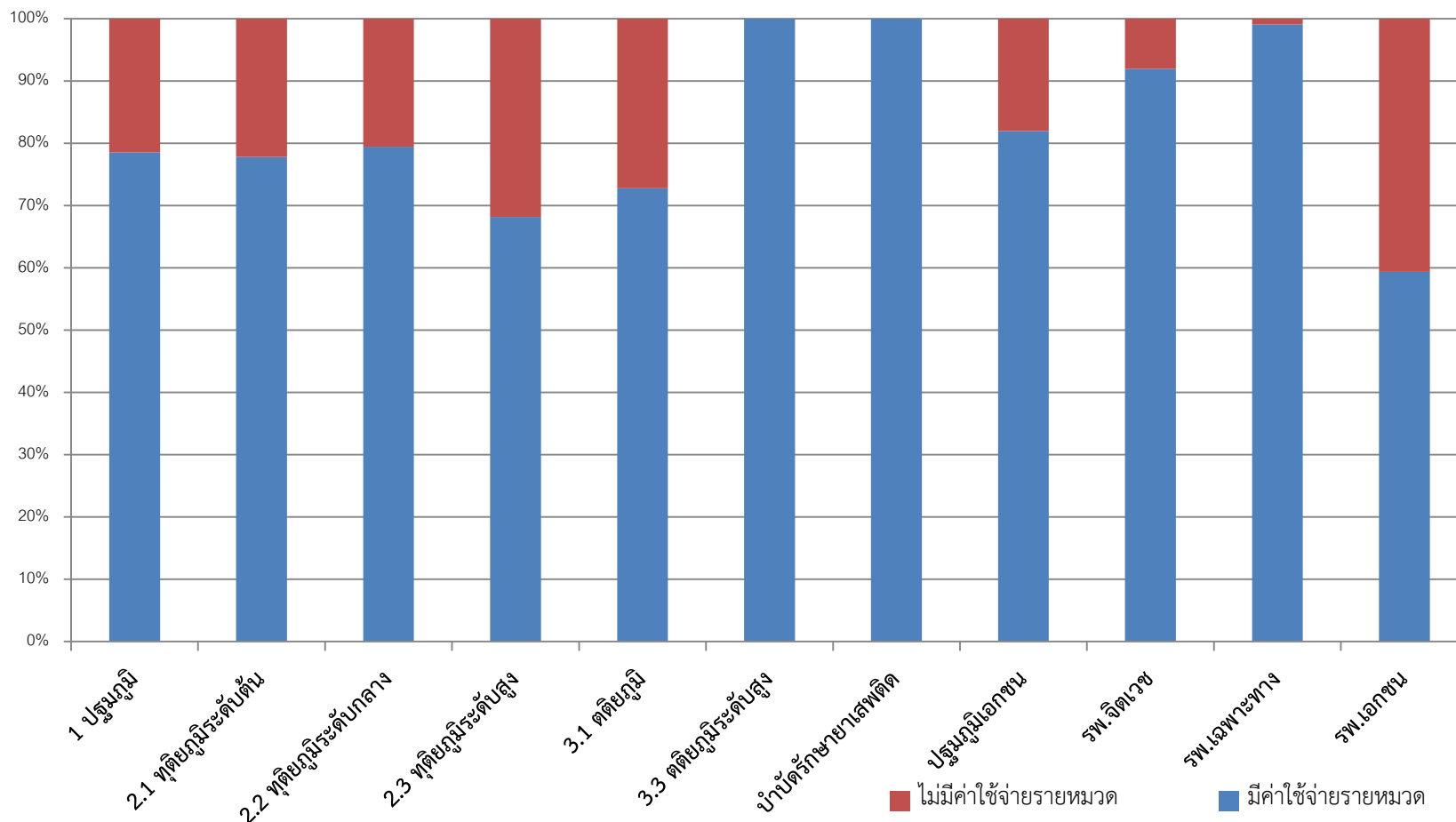
ระดับโรงพยาบาล	จำนวน Discharged ทั้งหมด	Discharged Proportion	จำนวน Discharged ที่มีค่าใช้จ่ายรายหมวด	% Discharged ที่มีค่าใช้จ่ายรายหมวด
1 ปฐมภูมิ	14,665	0.26%	11,518	78.54%
2.1 ทุติยภูมิระดับต้น	1,609,084	28.13%	1,252,281	77.83%
2.2 ทุติยภูมิระดับกลาง	977,453	17.09%	776,508	79.44%
2.3 ทุติยภูมิระดับสูง	1,277,774	22.34%	871,128	68.18%
3.1 ตติยภูมิ	1,390,444	24.31%	1,012,268	72.80%
3.3 ตติยภูมิระดับสูง	152,629	2.67%	152,629	100.00%
บำบัดรักษาพยาบาล	1,446	0.03%	1,446	100.00%
ปฐมภูมิเอกชน	1,860	0.03%	1,525	81.99%
รพ.จิตเวช	34,467	0.60%	31,700	91.97%
รพ.เฉพาะทาง	51,053	0.89%	50,590	99.09%
รพ.เอกชน	209,132	3.66%	124,193	59.38%
<b>SUM</b>	<b>5,720,007</b>	<b>100.00%</b>	<b>4,285,786</b>	<b>74.93%</b>

# ข้อมูลที่มีค่าใช้จ่ายรายหมวด ปี งบประมาณ 2554 (จำแนกระดับ รพ.)



# ข้อมูลที่มีค่าใช้จ่ายรายหมวด ปี งบประมาณ 2555 (จำแนกระดับ รพ.)

กราฟเปรียบเทียบสัดส่วนข้อมูลที่มีค่าใช้จ่ายรายหมวด สิทธิ UC ปีงบประมาณ 2555  
จำแนกตามระดับโรงพยาบาล





# การเตรียมข้อมูลเพื่อใช้ทบทวนแต่ละหัวข้อพัฒนา (1)

กลุ่ม	หัวข้อพัฒนา	ประเด็นปัญหา	ข้อมูลที่ต้องจัดเตรียม	จำนวนข้อมูล (FY 2555: First 6M/Last 6M)
กลุ่มที่ 1	Tracheostomy (หัวข้อพัฒนา 1)	บาง MDC ใน TDRG V 5 ไม่มี DRG สำหรับกรณี Tracheostomy	ข้อมูล Discharged ที่มี หัตถการ = 311, 3121, 3129	<p>ครั้งแรก : 9,831 รายการ</p> <p>ครั้งปีหลัง : 8,996 รายการ</p>
	Procedure (หัวข้อพัฒนา 2.3)	รพศ. แจ้งว่า TDRG V 5 ขาดทุนกรณีทำหัตถการบางอย่าง		
	2.3.1. Multiple Fractures VS Fracture ข้างเดียว	Multiple Fractures ได้ค่า RW น้อยกว่า Fracture ข้างเดียว	<p>1. ข้อมูล Discharged ที่มีรหัสโรค S02-, S12-, S22-, S32-, S42-, S52-, S62-, S72-, S82-, S92-, T02- (Multiple Fracture), T08-, T10-, T12-, T142-</p> <p>2. แยกกลุ่ม Multiple กับ Single</p>	<p>เฉพาะข้อมูลรหัส Sxx มีจำนวน &gt; 80,000 จึงลง excel ไม่ได้ แก้ปัญหาโดยเลือก PDx ที่ตรงกับแต่ละรหัส ทำเป็น excel file ซึ่งจะได้ทั้งข้อมูลรหัส PDx นั้น ๆ เป็น Single ICD for fracture และเป็น Multiple ICD for fractures (มีรหัส Sxx อื่น ๆ ใน SDx)</p> <p>ครั้งแรก : 109,489 รายการ</p> <p>ครั้งปีหลัง : 94,802 รายการ</p>
	2.3.2. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อแบบ Revision	Partial Revision ได้ RW มากกว่า Total Revision	ข้อมูล Discharged กลุ่ม DRG 0824-0827	<p>ครั้งแรก : 326 รายการ</p> <p>ครั้งปีหลัง : 416 รายการ</p>
	2.3.3. กรณีการผ่าตัดทาง ENT โดยเฉพาะที่มีการใช้วัสดุอุปกรณ์/ อวัยวะเทียมซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง (กบก.)	ค่าวัสดุอุปกรณ์มีราคาสูง และไม่ได้ใช้ทุกโรงพยาบาล มีข้อเสนอให้ unbundled	ข้อมูล Discharged ที่มี หัตถการ =18 ถึง 31	<p>ครั้งแรก : 40,542 รายการ</p> <p>ครั้งปีหลัง : 44,733 รายการ</p>
	2.3.4. ผู้ป่วย Failed procedure และส่งต่อ	รพช. ไม่มีศัลยแพทย์ กรณีเปิดหน้าท้องแล้วการผ่าตัดไม่สิ้นสุดต้องส่งต่อ มีค่าใช้จ่ายสูง	<p>1. ไม่ต้องทำข้อมูลส่ง</p> <p>2.หารือหลักการในการประชุม</p>	ไม่มีข้อมูล

## การเตรียมข้อมูลเพื่อใช้ทบทวนแต่ละหัวข้อพัฒนา (2)

กลุ่ม	หัวข้อพัฒนา	ประเด็นปัญหา	ข้อมูลที่ต้องจัดเตรียม	จำนวนข้อมูล (FY 2555: First 6M/Last 6M)
กลุ่มที่ 2	MDC 14 (หัวข้อพัฒนา 2.4 และ 3.8)	1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรค หรือมีการผ่าตัด มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าคนทั่วไปที่เป็นโรค หรือมีการผ่าตัด ? 2. อาการแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์/ การคลอด เช่น PPH มีค่าใช้จ่ายสูง	มีข้อเสนอแนวทางจัดเตรียมข้อมูล 2 แนวทาง ซึ่งสรุปให้ใช้แนวทางที่ 2 <u>แนวทางที่ 1</u> 1. ข้อมูล Discharged ที่มี PDX = O98-, O99-, O90- 2. ข้อมูล Discharged ที่มี PDX O94 - O97 (complication), O72 3. หาว่า อยู่ DRG อะไรบ้าง แล้วเปรียบเทียบกัน 4. ข้อมูล Discharged กลุ่ม DC = 1452 <u>แนวทางที่ 2</u> เลือกข้อมูล 2 กลุ่ม 1. กลุ่มที่ 1 ใช้วิธีการดังนี้ 1.1. ข้อมูลที่มี SDX เป็น O หรือ Z33 มาดูว่ามี PDX อะไรที่มีจำนวน Case สูง Top 10 1.2. เลือกข้อมูล Discharged ที่มี PDX - Top 10 จากข้อ 1 และเป็นเพศหญิง อายุ 9 - 55 ปี 2. กลุ่มที่ 2 ใช้วิธีการดังนี้ --> เลือกข้อมูลที่มี Diag (PDX, SDx) =K35 to K37 และ Procedure = 4709, 4719, 4711, 4701 และเป็น เพศหญิง อายุ 9 - 55 ปี	จากแนวทางที่ 2 <u>กลุ่มที่ 1 มีจำนวนข้อมูล</u> ครึ่งปีแรก : 84,040 รายการ ครึ่งปีหลัง : 78,908 รายการ <u>กลุ่มที่ 2 มีจำนวนข้อมูล</u> ครึ่งปีแรก : 18,373 รายการ ครึ่งปีหลัง : 17,699 รายการ

## การเตรียมข้อมูลเพื่อใช้ทบทวนแต่ละหัวข้อพัฒนา (3)

กลุ่ม	หัวข้อพัฒนา	ประเด็นปัญหา	ข้อมูลที่ต้องจัดเตรียม	จำนวนข้อมูล (FY 2555: First 6M/Last 6M)
กลุ่มที่ 3	MDC 15 (หัวข้อพัฒนา 2.1)	รพศ. และ รพ.เอกชน แจ้งว่า Newborn ได้รับชุดเซย์ไม่เหมาะสม ไม่มีรพ. อยากรลงทุนเพื่อเพิ่มศักยภาพด้านนี้	1. ทำรายงาน Charge Recovery ของกลุ่ม MDC15 แยกตาม DC และ ระดับรพ. สังเกต ChargeRecovery < 80% โดยเงื่อนไขการคำนวณ Charge มีดังนี้ 1.1 CS ใช้ field amriemb + (300 x actlos) 1.2 UC ใช้ amount - ค่าใช้จ่ายใน file AP 1.3 BaseRate = 10,000 บาท * หากปริมาณข้อมูลตามเงื่อนไข Charge Recovery <80% มีจำนวนมากเกินกว่าที่ Excel จะรองรับได้ ให้ปรับลด Charge Recovery ลงตามที่เหมาะสม (สรุปปรับลดมาเป็น <70%) ข้อสังเกต : DC ที่สงสัยว่าอาจจะขาดทุน 1503, 1504, 1511	ครั้งปีแรก : 44,097 รายการ ครั้งปีหลัง : 44,595 รายการ

# การเตรียมข้อมูลเพื่อใช้ทบทวนแต่ละหัวข้อพัฒนา (4)

กลุ่ม	หัวข้อพัฒนา	ประเด็นปัญหา	ข้อมูลที่ต้องจัดเตรียม	จำนวนข้อมูล (FY 2555: First 6M/Last 6M)
กลุ่มที่ 4	Malignancy (หัวข้อพัฒนา 2.2) เช่น CA Cervix with Radiation	1. รพศ. แจ้งว่า กรณี มะเร็งใน TDRG V 5 จ่าย ชุดเซย์ไม่เหมาะสม 2. CA Cervix ที่รังสีรักษา เปรียบเทียบกับการฝังแร่ มี LOS แตกต่างกัน ควร แยกกลุ่มระหว่าง ฉายแสง กับฝังแร่ และการฉายแสง อาจเป็น OP case หาก ผู้ป่วยเดินทางไปกลับ สะดวก	1. มะเร็งทั้งหมด : ข้อมูล Discharged ที่ มี Pdx C-, D0-, D45- to D48-, B21- 2. มะเร็งเม็ดเลือด : ข้อมูล Discharged ในกลุ่ม MDC 17 3. มะเร็งเป็นก้อน Tumor แบ่งเป็น 4 กลุ่ม 3.1 ผ่าตัด DRG หลัก 3, 4 = 01-49 3.2 รังสี (ตาม definition CaRT ใน หนังสือ Thai DRG 5.0 เล่ม 2 หน้า 372: Z510, 9223, 9224, 9225, 9227, 9228, 9229, 9230, 9231, 9232) 3.3 เคมี (ตาม definition CaCRx ใน หนังสือ Thai DRG 5.0 เล่ม 2 หน้า 372: Z511, 9925) 3.4 นอกเหนือจาก 3.1, 3.2, 3.3	1. มะเร็งเม็ดเลือด ครึ่งปีแรก : 22,576 รายการ/ครึ่งปี หลัง : 24,008 รายการ 2. มะเร็งก้อน มีหัตถการ ครึ่งปีแรก : 27,861 รายการ/ครึ่งปี หลัง : 17,699 รายการ 3. มะเร็งก้อน รังสีรักษา ครึ่งปีแรก : 7,722 รายการ/ครึ่งปีหลัง : 8,492 รายการ 4. มะเร็งก้อน เคมีบำบัด ครึ่งปีแรก : 52,046 รายการ/ครึ่งปี หลัง : 56,373 รายการ 5. มะเร็งก้อน รักษาวิธีอื่น ๆ ครึ่งปีแรก : 62,298 รายการ/ครึ่งปี หลัง : 60,937 รายการ

# การเตรียมข้อมูลเพื่อใช้ทบทวนแต่ละหัวข้อพัฒนา (5)

กลุ่ม	หัวข้อพัฒนา	ประเด็นปัญหา	ข้อมูลที่ต้องจัดเตรียม	จำนวนข้อมูล (FY 2555: First 6M/Last 6M)
กลุ่มที่ 5	Review CC 7 รหัส (หัวข้อพัฒนา 3.1 - 3.7)	1. ทบทวน CC ที่มีการปรับลดความสำคัญใน TDRG V 5	วิเคราะห์ข้อมูลจากข้อมูล Discharged ที่มี CC ที่กำหนดเป็นหัวข้อพัฒนา เปรียบเทียบกับข้อมูลที่ไม่มี CC ในรหัส PDX	
	3.1. Hypokalemia (E876)	2. ทบทวน CC ที่มีเพิ่งเริ่มใช้ใน TDRG V 5	เดียวกัน โดยวิเคราะห์และรายงานเปรียบเทียบข้อมูล ดังนี้	
	3.2. Hypo-osmolality and hyponatraemia (E 871)	3. ยังควรใช้เป็น CC หรือไม่		
	3.3. Anaemia in other chronic diseases classified elsewhere (D638)	4. ถ้ายังคงเป็น CC ควรกำหนดรหัสใดเป็น Exclusion	- MAX_Amount - MIN_Amount - AVG_Amount	
	3.4. Hyperlipidaemia, unspecified (E785)	5. ถ้ายังคงเป็น CC ควรมีน้ำหนักเพิ่มหรือลดเท่าใด (ระหว่าง 1-4)	- SD_Amount - MAX_LOS	
	3.5. Acute posthaemorrhagic anaemia (D62)		- MIN_LOS - AVG_LOS	
	3.6. Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone: SIADH (E222)		- SD_LOS	
	3.7. Systemic Inflammatory Response Syndrome (R65)			

# แนวทางจัดกลุ่มสำหรับ TDRG V 5.2 และ การแบ่งกลุ่มย่อย 6 กลุ่ม ศ. ดร. นพ. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

- Clinical meaningful
- .....
- .....

## การแบ่งกลุ่มย่อย 6 กลุ่ม

- ❑ แบ่งกลุ่มและกำหนดหัวข้อพัฒนาที่รับผิดชอบ
- ❑ คัดเลือกประธานกลุ่มย่อย และเลขานุการกลุ่มย่อย
- ❑ Facilitator
  1. ชี้แจงประเด็นหารือ / ประเด็นทบทวน และทางเลือก
  2. สนับสนุนการระดมความเห็นแนวทางพัฒนา หรือทางเลือกการพัฒนา
  3. ร่วมทบทวนข้อมูล
  4. ร่วมพิจารณาสรุปแนวทางการดำเนินงานต่อไป

## ตัวอย่างข้อมูล 2.3.2. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อแบบ Revision

	DRG	RW	WTLOS	OT	Description
1.	08240	4.7340	14.62	57	Total hip revision, no CC
2.	08242	6.2084	21.12	61	Total hip revision, w mild to mod CC
3.	08244	7.5487	29.24	81	Total hip revision, w sev to cat CC
4.	08250	3.7853	15.07	30	Total knee revision, no CC
5.	08254	7.0868	20.24	70	Total knee revision, w mild to cat CC
6.	08269	5.6689	16.86	52	Partial knee revision, w or wo CC
7.	08279	6.3638	21.08	44	Partial hip revision, w or wo CC



## คำถามสำหรับกลุ่มย่อยทุกกลุ่ม

โปรดพิจารณาสำหรับหัวข้อพัฒนาที่รับผิดชอบ

- ต้องการเพิ่มกลุ่ม หรือลดกลุ่ม หรือไม่
- ต้องการเพิ่ม CC หรือตัด CC ตัวใด
- ต้องการปรับค่า RW หรือไม่ (ลด หรือ เพิ่ม)
  1. หากต้องการปรับ จะปรับ RW ของ TDRG กลุ่มใด
  2. ใช้เกณฑ์อะไรในการปรับค่า RW และใช้อะไรเป็นตัวบ่งชี้
  3. คาดว่าค่า RW ที่ต้องการปรับ จะปรับประมาณร้อยละเท่าใด
- มีทางเลือกอื่นในการพัฒนาหรือไม่?

## หาหรือแนวคิดการพัฒนา TDRG

? **Payment tool** : Long term Care → ไม่ใช่ Acute IP  
..???..... เช่น CS มี per diem (ผู้ป่วยพักรอจำหน่าย)

? **Payment tool** : ค่ารักษา Outlier (1) รักษาเหมาะสมตาม  
อาการโรค (2) รักษาเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่ง รพ. ต้องรับผิดชอบ  
(3) บันทึกข้อมูลผิด → ระบบต้องตรวจสอบข้อมูลผิด/ audit

? **Payment tool** : การรักษาที่แตกต่าง มีข้อบ่งชี้ชัดเจน ทำได้ใน  
รพ. บางระดับ → Unbundled/ DRG plus/ DMIS/ Register

TDRG : Acute IP - Homogeneous ทำได้ใน รพ. ทุกระดับ

ประยุกต์หลักการใช้กับเครื่องมือเคสมิกซ์ทุกแบบ เช่น TAC