

สรุปการประชุมรับฟังความเห็นแนวทางจัดกลุ่มของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย ฉบับที่ 5.2

วันพุธที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 เวลา 08:30 - 16:30 น.

ห้องประชุม สานใจ 1 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 6

การประชุมรับฟังความเห็นแนวทางจัดกลุ่มของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย ก่อนที่จะเริ่มพัฒนา เป็นขั้นตอนการหารือหัวข้อพัฒนากับผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ทราบแนวทางจัดกลุ่มที่เหมาะสม และชี้แจงผู้เกี่ยวข้องให้ทราบและมีส่วนร่วมในการพิจารณาแนวทางการดำเนินงาน สำหรับการพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย ฉบับที่ 5.2 ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทยได้รวบรวมปัญหาการใช้งานกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย และข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ ที่ได้รับจากคณะทำงานปรับปรุงน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 5 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มาทบทวนและกำหนดหัวข้อพัฒนา ตามรายละเอียดในไฟล์ "1_Development_topic_TDRG52_for_560213_upload" และนำเสนอเพื่อรับฟังความเห็น

ผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 135 คน

กิจกรรมในการประชุม ตามรายละเอียดในไฟล์ "2_Agenda_TDRG52_560213_final_upload" ประกอบด้วย

1. การนำเสนอการพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย ฉบับที่ 5.2 (TDRG Version 5.2) ตามรายละเอียดในไฟล์ "3_TDRG52_5602_560213_รับฟังความเห็น_final_upload" และชี้แจงข้อมูลที่นำมาใช้ ตามรายละเอียดในไฟล์ "4_Data_preparation_for_TDRG52_upload" และแนวทางจัดกลุ่มตามรายละเอียดในไฟล์ "5_DRG criteria_560213_Supasit_upload"
2. การระดมความเห็นและอภิปรายทั่วไป
3. การประชุมกลุ่มย่อย 6 กลุ่ม ซึ่งแบ่งกลุ่มย่อยรับผิดชอบหัวข้อพัฒนาต่าง ๆ ตามรายละเอียดในไฟล์ "6_Small_group_TDRG_52_560213_upload" เพื่อระดมความเห็นในการจัดกลุ่ม TDRG Version 5.2

ข้อสรุปการประชุม

ที่ประชุมเห็นชอบให้พัฒนา TDRG Version 5.2 โดยทำเพียง Recalibration เพื่อใช้ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 และให้มีเวลาทบทวนหัวข้อพัฒนาอื่น ๆ ที่กำหนดไว้ ตามข้อเสนอจากการระดมความเห็นในกลุ่มย่อยทั้ง 6 กลุ่ม โดยจะใช้เป็นหัวข้อพัฒนา TDRG Version 5.3 และคาดว่าจะใช้ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2557

สรุปข้อเสนอจากการระดมความเห็นในกลุ่มย่อยทั้ง 6 กลุ่ม

การนำเสนอของกลุ่มย่อย 6 กลุ่ม ตามรายละเอียดในไฟล์ "Small_group_1_560213" "Small_group_2_560213" "Small_group_3_560213" "Small_group_4_560213" "Small_group_5_560213" และ "Small_group_6_560213"

โดยมีข้อสรุปดังนี้

กลุ่มที่ 1 Tracheostomy (หัวข้อพัฒนา 1) และ Procedure (หัวข้อพัฒนา 2.3) ในกรณีต่าง ๆ ดังนี้

- Multiple Fractures ได้ค่า RW น้อยกว่า Fracture ข้างเดียว
- การผ่าตัดเปลี่ยนข้อ
- กรณีการผ่าตัดทาง ENT โดยเฉพาะที่มีการใช้วัสดุอุปกรณ์/ อวัยวะเทียมซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง
- ผู้ป่วย Failed procedure และส่งต่อ

สรุปข้อเสนอกลุ่มที่ 1

1. Tracheostomy มีข้อเสนอ 2 ทางเลือก

ทางเลือกที่ 1. กำหนด RW จากค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ทำ Tracheostomy ใน MDC ที่มีจำนวน case Tracheostomy ไม่เพียงพอที่จะจัดกลุ่มด้วยตนเอง

ทางเลือกที่ 2 แก่ที่ payment โดยถือเป็นกรณี outlier ให้โรงพยาบาลอุทธรณ์เป็นรายๆ ไม่จำเป็นต้องมี DRG เฉพาะ ใช้วิธีเดียวกับ CSMBS ที่นายแพทย์ไชยยศ ประสานวงศ์ เคยชี้แจงไว้

2. Multiple Fractures ได้ค่า RW น้อยกว่า Fracture ข้างเดียว

- ให้ความรู้เรื่องการสรุปเวชระเบียน ให้รหัสให้ถูกต้อง
- ปรับปรุง library ของ DRG : S52.7-, S62.7-, S32.7-
- CC list ของ T02.4- Multiple fractures พิจารณาร่วมกับรหัสหัตถการ
- CC list : S422, S32.--
- ทบทวน reclassification ถ้าข้อมูลพอ
- Recalibration

3. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อ แบบ Revision
 - ปัญหาเรื่องการให้ความละเอียดของรหัส operation
 - ตรวจสอบความถูกต้องของการให้รหัส : Total/Revision เพื่อให้ข้อมูลถูกต้อง
 - เมื่อ N เพิ่มขึ้นจะสามารถแยก CC ได้
 - การคิดค่าบริการหมวดผ่าตัดไม่สะท้อนต้นทุน item รายการไม่ครบ โดยเฉพาะ revision
 - Reclassification
4. ผู้ป่วย Failed procedure และส่งต่อ
 - กรณีที่ทำให้ผลการแล้วไม่สำเร็จ ให้รหัสได้ถึงขั้นตอนสุดท้ายก่อนยกเลิกการทำหัตถการนั้น
 - If incision only, code to incision of site.
 - If endoscopic approach is unable to reach site, code endoscopy only.
 - If cavity or space was entered, code to exploration of site.
5. กรณีการผ่าตัดทาง ENT โดยเฉพาะที่มีการใช้วัสดุอุปกรณ์/ อวัยวะเทียมซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง
 - ยังไม่ปรับ ณ การประชุมครั้งนี้ แต่ควร unbundle ออกมาจากค่าผ่าตัด

กลุ่มที่ 2 MDC 14 (หัวข้อพัฒนา 2.4 และ 3.8)

สรุปข้อเสนอกลุ่มที่ 2

1. ให้มีการปรับกลุ่ม Complicated in Pregnancy (O23 O98 O99) ให้เป็น DRG เดียวกันกับ Non Pregnancy
2. ขอให้ Review กรณี Pregnancy ที่มีการให้ SDx ให้มีผลต่อการเพิ่มค่า RW ด้วย

กลุ่มที่ 3 MDC 15 (หัวข้อพัฒนา 2.1)

สรุปข้อเสนอกลุ่มที่ 3

1. เพิ่มรหัส P590-9 ใน other CC list
2. Parenteral Nutrition ควรคิดแยกออกจาก DRG แต่ให้เบิกจ่ายแบบ Instrument (unbundle รหัส ICD 9 CM 9915)
3. ให้เบิก surfactant ต่างหาก

กลุ่มที่ 4 Malignancy (หัวข้อพัฒนา 2.2) เช่น CA Cervix with Radiation

สรุปข้อเสนอกลุ่มที่ 4

1. กำหนดการใช้ resource การรักษา ผังแร่ ฉายแสง หัตถการมีค่าใช้จ่ายสูง ที่มีจำนวนผู้ป่วยน้อย เป็น Outlier
2. หาต้นทุนการรักษาโดยสมมุติฐาน 80% ของ charge
3. การผังแร่ ไม่มีการแบ่งกลุ่ม CC ในความเป็นจริงค่าใช้จ่ายต่างกันมาก เสนอว่าให้เพิ่มความต่างของแต่ละ CC ของ CA Cervix
4. จัดกลุ่ม DRG ใหม่ ในกรณี admit และ PDx ไม่ใช่มะเร็ง เช่น case palliative care

กลุ่มที่ 5 Review CC 7 รหัส (หัวข้อพัฒนา 3.1 - 3.7) ได้แก่

- Hypokalemia (E876)
- Hypo-osmolality and hyponatraemia (E 871)
- Anaemia in other chronic diseases classified elsewhere (D638)
- Hyperlipidaemia, unspecified (E785)
- Acute posthaemorrhagic anaemia (D62)
- Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone: SIADH (E222)
- Systemic Inflammatory Response Syndrome (R65)Hypokalemia (E876)

สรุปข้อเสนอกลุ่มที่ 5

1. Hypokalemia (E876) สรุปดังนี้:
 - 1.1. คกรหัส E876 ใน CC โดยยึดหลักการให้รหัสตาม Guideline คือ ต้องไม่ให้รหัส E876 เพราะ E876 เป็นอาการของโรค เช่น Diarrhea
 - 1.2. กำหนด Guideline ให้ชัดเจนว่า E876 ในโรคไหน ที่เป็น CC หรือ ไม่ใช่ CC
 - 1.3. ควรมีการกำหนดในโปรแกรม ถ้าตัวใดไม่ใช่ CC ให้ ติด C (ตาม Guideline โดยปรับใน CC List เป็น Exclude)
2. Hypo-osmolality and hyponatraemia (E 871) สรุปดังนี้:

ขอให้ตัดรหัส E871 ออกจาก CC เนื่องจากไม่มีผลต่อค่า RW

3. Anaemia in other chronic diseases classified elsewhere (D638) **สรุปดังนี้:**

3.1. คกรหัส D638 ใน CC แต่ไม่ควรใช้การให้เลือด เป็นการตัวกำหนด

3.2. การจ่ายเงิน และเสนอให้ปรับให้มีน้ำหนักเหมือน V.4

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับ D638 :

1. การกำหนดว่า ถ้า anemia ต้องมีการให้เลือด ให้พิจารณาตาม Guideline ว่าโรคใดมี D638 เป็น CC เช่น Cirrhosis, CKD เป็นต้น

2. นพ.วิทยา ศรีดามา เสนอว่า การ Diagnosis จนทราบว่าเป็น D638 ต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมาก เช่น การทำ bone borrow

4. Hyperlipidaemia, unspecified (E785) **สรุปดังนี้:**

เสนอให้ตัดออก เนื่องจากพบว่า CC ไม่มีผลต่อ RW

5. Acute posthaemorrhagic anaemia (D62) **สรุปดังนี้:**

5.1. ค่าน้ำหนักที่ได้มีค่าลดลง จึงควรมีการยกระดับ CCL (CC list ???)

5.2. ควรศึกษาข้อมูลใน TDRG V.4 ว่าค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ลดลงเท่าใด

6. Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone: SIADH (E222)

มีข้อเสนอแนะดังนี้:

6.1. แพทย์ส่วนใหญ่ Diagnosis เป็น Hyponatraemia มากกว่าใช้เป็น CC

6.2. รหัส E222 ใช้เป็น CC จะไม่มีผลต่อค่า RW พบว่ามีการลงรหัส E222 เป็น CC ประมาณ 50%

6.3. รหัส E222 ใช้เป็น PDx จะมีผลต่อค่า RW

สรุปดังนี้: เสนอให้ตัดรหัส E222 ออกจาก CC

7. Systemic Inflammatory Response Syndrome (R65)

เป็นรหัสที่เพิ่มเติมจาก V.4 โดยใน V.5 จัดอยู่ในระดับที่ 3 และ 4

สรุปดังนี้: คกรหัส R65 ไว้ใน CC

8. ขอบปรับเพิ่ม รหัส E43 Unspecified severe protein-energy malnutrition เป็น CC โดยเพิ่ม Moderate , Severe malnutrition เป็น CC list สำหรับ Mg , Ca เป็นกลุ่มอาการของโรค ไม่ถือเป็น CC

กลุ่มที่ 6 Miscellaneous ได้รวบรวมประเด็นและให้ข้อเสนอที่เกี่ยวข้องกับ TDRG รวม 12 ข้อ ดังนี้

1. การตรวจวินิจฉัยและการรักษา ด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ หรือราคาแพง ควรจ่ายแยกจากระบบ DRG และระหว่างที่รอความชัดเจน ขอให้มีความโปร่งใส เพื่อให้หน่วยบริการสามารถดำเนินงานได้
2. เสนอให้มี Co-payment สำหรับ High technology ในผู้ที่ยินดีร่วมจ่าย
3. เสนอให้การคำนวณ DRG มีการคิดค่า K หรือ Base rate ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ที่แตกต่างกัน
4. สำรวจ Standard treatment ในแต่ละโรค เพื่อสะท้อนต้นทุนบริการของแต่ละโรค
5. การ Recalibrate DRG ควรทำปีละครั้ง
6. การทำต้นทุน (unit cost) ของหน่วยบริการ
7. พิจารณาทบทวนแยกจ่าย Instruments ใหม่ จากการจ่ายตามระบบ DRG ในระยะหนึ่ง เมื่อต้นทุนคงที่แล้ว อาจพิจารณาการจ่าย Instruments และ DRG รวมกัน
8. พิจารณา Labor cost ในการคำนวณ DRG โดยเฉพาะโรงพยาบาลกลุ่ม UHOSNET เนื่องจากต้นทุน Labor cost ของผู้ให้บริการ รวมต้นทุนการเรียนการสอน หรือการศึกษาวินิจฉัยด้วย
9. ทบทวนกลุ่มที่เป็น Outlier ของ DRG
10. พิจารณาทบทวนราคา Charge ของแต่ละหน่วยบริการที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดการเบี่ยงเบนของ DRG จึงควรมีราคากลางของราคา Charge เพื่อนำมาคำนวณ DRG
11. ควรมีหลักเกณฑ์กำหนดการแยกกลุ่ม DRG ที่ชัดเจน เช่น จำนวน case ในกลุ่ม
12. การใช้กลไกของการจ่ายเงินตามระบบ DRG ในการกระตุ้นให้เกิดการให้บริการบางประเภทในโรงพยาบาลชุมชน หรือสอดคล้องเชิงบริหาร

รวบรวมโดย ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ได้รับการสนับสนุนจาก ศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ