

From editor

ขอแสดงความเสียใจกับครอบครัวของท่านอาจารย์ นายแพทย์ไชยยศ ประสานวงศ์ ผู้บริหารท่านหนึ่งของศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.) ที่จากไปก่อนเวลาอันควร ท่านเป็นกำลังสำคัญในทีมพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทยมาตั้งแต่แรก และยังร่วมก่อตั้ง ศรท. มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ...ท่านได้ให้ความรู้และความเห็นต่าง ๆ มากมายในระหว่างการพัฒนา TDRG version 5.2 ซึ่งพัฒนาแล้วเสร็จเมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 ได้ TDRG grouper version 5.2.24 ...ศรท. ต้องขอขอบคุณที่อาจารย์ได้มาร่วมงานและให้ความรู้และคำแนะนำต่าง ๆ ไว้อย่างมากมาย ขอให้อาจารย์พักผ่อนอย่างสงบและเป็นสุข... ทีม ศรท. จะดำเนินงานต่อไปให้เคสมิกซ์เป็นอย่างที่อาจารย์ตั้งความหวังไว้ โดยใช้ความรู้และความเห็นต่าง ๆ ที่อาจารย์ได้มอบไว้ให้

...สำหรับ TDRG version 5.2 เมื่อได้วิเคราะห์ผลกระทบต่อดัชนี RW และ AdjRW พบว่าภาพรวมค่า RW และ AdjRW ของ TDRG version 5.2 ลดลงจาก TDRG version 5.1.1 ประมาณร้อยละ 14 และเนื่องจากปีงบประมาณ 2557 มีการเปลี่ยนแปลงหน่วยงานรับข้อมูลเบิกจ่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งมีผลให้หน่วยงานต่าง ๆ และสถานพยาบาลต้องเตรียมการปรับเปลี่ยนระบบงานส่งเบิกและระบบที่เกี่ยวข้อง ศรท. จึงจะขอการประกาศ TDRG version 5.2 ใน www.thaicasemix.com ออกไปก่อน

ศรท. ยังคงรับปัญหาการใช้งาน TDRG และข้อเสนอพัฒนา ผ่าน www.facebook.com/casemix และ member@thaicasemix.com เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนา TDRG โดยได้รวบรวมจัดทำเป็นฐานข้อมูล “ข้อเสนอพัฒนา TDRG” และได้สรุปข้อเสนอเพื่อนำมาพิจารณากำหนดหัวข้อพัฒนา version ต่อไป เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2556

CaseMix Tips

มีเพื่อน ๆ สมาชิกสอบถามเกี่ยวกับเรื่อง dagger-asterisk codes ซึ่งเป็นระบบรหัสคู่ (dual classification) ใช้แสดง มิติของโรคที่เกิดกับผู้ป่วย 2 มิติ คือ สาเหตุการเกิดโรค (etiology) และการแสดงของโรค (manifestation)

Dagger code หมายถึงรหัสโรคที่ระบุสาเหตุการเกิดโรค ส่วน asterisk code เป็นรหัสโรคที่ระบุการแสดงของโรค ซึ่งหนังสือ “การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2554” เล่ม 1 หน้า 23 กล่าวเรื่อง dagger-asterisk substitution ไว้ดังนี้ “ตามระบบ dagger-asterisk จะต้องใช้ dagger code เป็น PDx แต่บางครั้ง asterisk code จะให้ความหมายที่เหมาะสมสำหรับการจัด DRG มากกว่า ดังนั้นจึงมีการสลับคู่ของ PDx และ SDx1 ที่เป็น dagger-asterisk codes ใน Appendix A1 โดยนำ asterisk code มาเป็น PDx (การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงภายใน Grouper เท่านั้น)” หมายความว่า หากใส่ asterisk code ในตำแหน่งอื่นที่มีใช้ SDx1 โปรแกรม grouper จะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตามเงื่อนไขได้

เพื่อนๆ จึงควรระวังการใส่รหัส asterisk code ในตำแหน่ง SDx1 เท่านั้น ในทางปฏิบัติ ให้บันทึกรหัส asterisk ในรหัสการวินิจฉัยประเภท comorbidity (Dxtype= '2') และบันทึกเป็นลำดับแรก...

....เรื่องนี้มีผู้เสนอให้พัฒนา grouper ให้สามารถสลับ “asterisk code” มาเป็น PDx ได้ตั้งแต่ SDx1 ถึง SDx12 ซึ่งทีมพัฒนากำลังพิจารณาอยู่ ทั้งนี้โรงพยาบาลที่ส่งข้อมูล ควรจะต้องช่วยกัน พิจารณาเรื่อง “การสลับ SDx” ไม่ว่าจะอยู่ในตำแหน่งใด มาเป็น PDx ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับลำดับความสำคัญของโรค ที่โรงพยาบาลเป็นผู้กำหนดมา...และอาจมีผลกระทบให้ RW ลดลงในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทยฉบับต่อ ๆ ไป

Interesting articles



Thai DRG Version 5.2 : ผลกระทบและ

แนวทางการนำ TDRG ไปใช้ในการบริหาร



การเปลี่ยนแปลงของ THAI DRG V5.2

สามารถดาวน์โหลดได้ www.thaicasemix.com

ACTIVITY CORNER

การอภิปราย "Thai DRG Version : 5.2

ผลกระทบและแนวทางการนำ TDRG ไปใช้ในการบริหาร"



ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย ได้เข้าร่วมประชุมเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET) ครั้งที่ 49 เมื่อวันที่ 8-9 สิงหาคม 2556 ที่ผ่านมา ซึ่งโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเป็นเจ้าภาพ โดยมีการอภิปราย หัวข้อ "Thai DRG Version 5.2 : ผลกระทบและแนวทางการนำ TDRG ไปใช้ในการบริหาร" ซึ่งผู้อภิปราย ได้แก่ ศ.ดร. นพ.ศุภสิทธิ์ พรธรรมาธินัย คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร รศ. นพ.ประดิษฐ์ สมประกิจ รองคณบดีฝ่ายการคลังและฝ่ายสารสนเทศ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และ ผศ. นพ.ธรา ธรรมโรจน์ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวางแผนและพัฒนา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดย พญ.พัสนีย์ จันทน์น้อย ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย เป็นผู้ดำเนินรายการ...

ประเด็นที่น่าสนใจ ได้แก่ TDRG Version 5.2 ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ มีค่า RW ลดลง โดยแต่ละระดับโรงพยาบาลลดไม่เท่ากัน ซึ่งอาจเกิดจากการขยายตัวของ RW ในข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ การนำมาใช้ในการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน (IP) จึงต้องมีการปรับอัตราฐาน (Base rate) หรือในระยะเวลาต่อไปอาจพิจารณาการทำ RW normalization สำหรับการนำ TDRG มาใช้ในการบริหารต้องใช้แนวทาง Hospital Benchmark คือบริหารให้เกาะกลุ่ม และแม้ TDRG จะคุมงบประมาณ IP ได้ แต่ยังต้องคำนึงถึงผลต่อการบริการ และผลกระทบจากการใช้ค่ากลางซึ่งเป็นการผลักภาระให้ผู้ให้บริการ โดยกลุ่มโรงพยาบาลที่ใช้ resource มาก จะเสียเปรียบในระบบ นอกจากนี้ต้องเฝ้าระวัง DRG creeping และการ admit โดยไม่จำเป็นเมื่อมีการจ่ายค่าบริการจากงบของส่วนกลาง สิ่งสำคัญที่สุดในการพัฒนา TDRG คือคุณภาพของข้อมูลส่งเบิก ได้แก่ รหัส ICD, charge และต้นทุนการบริการ ซึ่งปัจจุบันยังมีปัญหา...

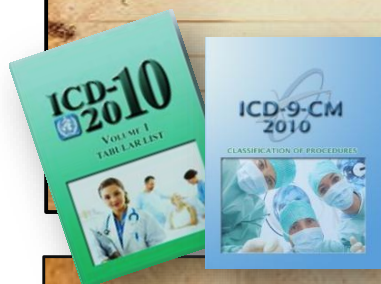
ยังมีประเด็นต่าง ๆ อีกหลากหลาย ...สามารถ download เอกสารประกอบการบรรยายได้ที่ "www.thaicasemix.com/download"



Open issue

นิยามเคสมิกซ์

(ต่อจากฉบับ เดือนสิงหาคม 2556)



หลังจากพัฒนา Thai DRG โดยใช้ Hospital Charge (ค่ารักษาพยาบาลตามราคาที่สถานพยาบาลกำหนด) เป็นข้อมูลแทน “ทรัพยากรที่ใช้กับผู้ป่วย” มาได้ระยะหนึ่ง ทีมวิจัยพัฒนาได้เริ่มศึกษาวิเคราะห์การนำต้นทุนของสถานพยาบาลมาใช้ในการพัฒนา **ข้อจำกัดประการหนึ่งที่พบ คือ มาตรฐานนิยามในระบบต้นทุนการรักษาพยาบาล** เช่น สถานพยาบาลให้นิยามของคำว่า “visit” หรือ “หน่วยนับของครั้งบริการผู้ป่วยนอก (Outpatient: OP)” แตกต่างกันตามบริบทของสถานพยาบาล ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนและการประเมินต้นทุนของสถานพยาบาล ตัวอย่างเช่น

- บางสถานพยาบาลถือว่า 1 visit หมายถึงการมารับบริการจากสถานพยาบาล 1 ครั้ง ไม่ว่าบุคลากรทางการแพทย์ประเภทใดเป็นผู้ให้บริการ แต่...
- บางแห่ง จะนับเป็น 1 visit เมื่อแพทย์เป็นผู้ให้บริการ และ...
- บางแห่ง จะนับแยก visit ทุกครั้งที่พบแพทย์ แม้จะเป็นการมารับบริการครั้งเดียวกัน ดังนั้น หากพบแพทย์ 3 คนในการมารับบริการครั้งนั้น นับเป็น 3 visit

ศรท. ขอเสนอ **นิยามของ “visit”** ดังนี้ “visit หมายถึง หน่วยนับของครั้งบริการผู้ป่วยนอก (OP) ซึ่งจำแนกตามประเภทของบุคลากรที่ให้บริการ” โดยในเบื้องต้นกำหนดไว้ 5 ประเภท ได้แก่

- clinical visit หมายถึง ครั้งบริการผู้ป่วยนอก (OP) ที่ผู้ป่วยได้รับบริการจากแพทย์ 1 คน ดังนั้น หากพบแพทย์ 3 คน นับเป็น 3 clinical visit
- nurse visit หมายถึง ครั้งบริการผู้ป่วยนอก (OP) ที่ผู้ป่วยได้รับบริการจากพยาบาล
- pharmacist visit หมายถึง ครั้งบริการผู้ป่วยนอก (OP) ที่ผู้ป่วยได้รับบริการจากเภสัชกร
- physical therapist visit หมายถึง ครั้งบริการผู้ป่วยนอก (OP) ที่ผู้ป่วยได้รับบริการจากนักกายภาพบำบัด
- other visit (visit, provider unspecified) หมายถึง ครั้งบริการผู้ป่วยนอก (OP) ที่ผู้ป่วยได้รับบริการโดยไม่ได้ระบุประเภทของบุคลากรที่ให้บริการ หรือเป็นบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ นอกเหนือจาก 4 ประเภทข้างต้น

...ท่านที่มีความเห็น หรือ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนิยามของ “visit” โปรดอนุเคราะห์ผ่าน

www.facebook.com/casemix หรือ info@thaicasemix.com



People in CaseMix

บุคคลในแวดวงเคสมิกซ์ฉบับนี้ ท่านเป็นประสาทศัลยแพทย์ (Neurosurgeon) ซึ่งได้นำความรู้และประสบการณ์วิชาชีพ มาพัฒนาการกำหนดรหัสหัตถการ (ICD-9-CM Procedure) สำหรับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย (TDRG) ท่านเป็นผู้มีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการจัดกลุ่ม (Classification) ของ TDRG และยังเผยแพร่ความรู้ด้านการกำหนดรหัสสำหรับระบบเคสมิกซ์อย่างต่อเนื่อง ทั้งในบทบาทของวิทยากรให้ความรู้การกำหนดรหัสใน TDRG และบทบาทของผู้ตรวจสอบการกำหนดรหัส ICD (Coding auditor) ...
นายแพทย์ไชยยศ ประสานวงศ์...

ท่านได้ให้เกียรติเป็นผู้บริหารของศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.) ในตำแหน่งหัวหน้าทีมพัฒนาขีดความสามารถด้านระบบเคสมิกซ์ (CaseMix Capacity Building: CCB) ซึ่งทำให้มีการเผยแพร่ความรู้เคสมิกซ์อย่างกว้างขวางในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้คำปรึกษาผ่าน CaseMix Coding Clinic ที่ท่านสร้างไว้ใน www.facebook.com/casemix

...น่าเสียดายอย่างยิ่งที่ท่านได้จากพวกเราไปอย่างไม่คาดฝัน เมื่อวันอาทิตย์ที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 นับเป็นการสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ของวงการเคสมิกซ์ไทย... ศรท. ได้รับ “คำคมเคสมิกซ์” สำหรับลงในคอลัมน์นี้ จากท่าน เมื่อวันศุกร์ที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 จึงเป็นคำสั่งสอนสุดท้ายที่ท่านได้ฝากไว้ให้เป็นแนวคิดในการดำเนินงานต่อไป...



“DRG หรือ Casemix ใดๆ เป็นเพียงเครื่องมือเพื่อช่วยให้เราเข้าใจถึงความจริงของข้อมูลผู้รับบริการในระบบสุขภาพ ไม่ใช่ของวิเศษที่จะใช้กับทุกเรื่องได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์ ไขควงก็เหมาะที่จะใช้ขันน็อต ไม่ได้เอาไว้ตอกตะปู”

ด้วยรักและอาลัย

นายแพทย์ไชยยศ ประสานวงศ์



ลาพี่
ลาแล้วพี่ ไชยยศ หมดสิ้นทุกข
ลาจากยุค ลับสัน พันห้วงหา
ร่วมทางสัง องค์สังฆราช
เมื่อถึงครา คงได้ ไปพบกัน

นายแพทย์ไมธ เชยประเสริฐ
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ









