กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
กับ
ระบบประกันสุขภาพเอกชน

น.พ. ธรธเนศ อายานะ

ที่ปรึกษาคณะกรรมการประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ

สมาคมประกันวินาศภัยไทย

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Group)

ระบบการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยระบบหนึ่งที่มีการใช้ต้นทุนของทรัพยากรในการรักษาพยาบาลใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกันโดยแต่ละกลุ่มจะมีค่าน้ำหนักประจำกลุ่ม ซึ่งแปรผันได้ตามจำนวนวันที่นอนรักษาในโรงพยาบาล

ใช้เป็นเครื่องมือในการจัดสรรเงินการจ่ายเงินและการประเมินผลงานการจัดบริการของโรงพยาบาลและแพทย์การสร้างมาตรฐานการคิดค่าบริการทางการแพทย์ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ใช้ ในการปรับปรุงประสิทธิภาพด้านการจัดบริการ ให้ต้นทุนที่ต่ำที่สุดแต่คุณภาพมาตรฐานใกล้เคียงกัน

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Group)

ถูกพัฒนา ในปี 1983 โดยศาสตราจารย์ โรเบิร์ด เฟดเตอร์ อาจารย์ทางวิศวกรรมอุตสาหการ มหาวิทยาลัยเยล สหรัฐอเมริกา เพื่อเป็นเครื่องมือ ในการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลรักษาผู้สูงอายุ ในปี มีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่อง และแพร่ไปยังประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ทั้งในลักษณะการวิจัยและการนำไปปรับใช้งานการกำเนิด และการแพร่กระจายของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

1. <u>แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข</u>ที่ต้องการหาฟังก์ชั่น ของการผลิต (Production Function) ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

2. <u>แนวความคิดทางวิศวกรรม</u>ที่ผลักดันให้ค้นหาวิธีวิเคราะห์การใช้ทรัพยากรของหน่วยงานในระดับจุลภาค และนำมาสู่การแบ่งกลุ่มผู้ป่วย

หลักการและแนวคิดของการวินิจฉัยโรคร่วม

การทำให้ประชาชนไทยทุกคนสามารถเข้าถึง บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในภาพรวมของประเทศได้มาตรฐานอย่างเสมอภาคกัน และต้องสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพ ในภาพรวมของประเทศได้

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมกับการพัฒนาระบบคลังสาธารณสุข

ข้อมูลวินิจฉัยโรคร่วมสามารถคาดการณ์ความจำเป็นด้านการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จำเป็น ซึ่งผู้บริหารสาธารณสุขระดับสูงสามารถใช้ประกอบการพิจารณาจัดสรรงบประมาณทั้งในระดับส่วนกลางและภูมิภาค

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมกับการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลสามารถใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในการปรับปรุงประสิทธิภาพในเรื่อง การบริหารจัดการ และการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดโรงพยาบาลจึงต้องมีการวางแผนดำเนินงานดังนี้

- มีการประชุมกลุ่มทบทวน การใช้เตียงและการใช้ห้องผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ
- มีการปรับปรุงแบบแผนการดูแล ผู้ป่วยตั้งแต่การรับเข้าตลอดจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วย
- มีการปรับปรุงกระบวนการรับผู้ป่วยจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- มีการปรับปรุงระบบงานต่าง ๆ เพื่อลดค่าใช้จ่ายภายในโรงพยาบาลเพื่อลดต้นทุนต่าง ๆ ที่ไม่จำเป็น

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมกับการพัฒนาระบบองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ

การนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาใช้จะกระตุ้นให้องค์กรวิชาชีพต่าง ๆ มีการพัฒนามาตรฐาน ด้านการรักษาพยาบาลที่มีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น และทำให้บริการเน้นที่ ผู้ป่วย (Patient Focus) มากขึ้น

อ้างอิง : http://www.kkh.go.th/drg/mail01.htm

เขียนโดย เดชา สายบุญตั้ง ที่ 07:35 ส่งอีเมลข้อมูลนี้ Blog This!แชร์ไปที่ Twitterแชร์ไปที่ Facebookแชร์ใน Pin terest

ป้ายกำกับ: รู้ไว้ใช่ว่า ใส่บ่าแบกหาม, Diagnosis Related Groups(DRG

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้อะไรกับประชาชนบ้าง

ทำให้ประชาชนสามารถมี

1.ส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลของตนเองและญาติได้ดีขึ้น

2.สามารถวางแผนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ กรณีที่ต้องการจ่ายเงินเอง

3.ใช้เป็นข้อมูลในการเลือกหรือวางแผนซื้อประกันสุขภาพจากระบบต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อ้างอิง : http://www.kkh.go.th/drg/mail01.htm

เขียนโดย เดชา สายบุญตั้ง ที่ 07:35 ส่งอีเมลข้อมูลนี้Blog This!แชร์ไปที่ Twitterแชร์ไปที่ Facebookแชร์ไ

ป้ายกำกับ: รู้ไว้ใช่ว่า ใส่บ่าแบกหาม, Diagnosis Related Groups(DRG)

การใช้DRG ในประเทศไทย

- ปี2536 นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย และคณะ พัฒนา ไทยดีอาร์จี สำหรับกลุ่มโรคทางอุบัติเหตุกว่า 100 กลุ่ม เพื่อใช้เป็นทางเลือกของวิธีจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล นอกเหนือจากการจ่ายตามอัคราเหมาจ่ายรายหัว
- ปี2541สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขให้ใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่1 เพื่อการจ่ายเงินกรณีค่ารักษาราคาสูง
- ปี 2543 กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่2 กลุ่มโรค 511 กลุ่ม
- ปี2544 กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 3กลุ่มโรค 1283-1467กลุ่มใช้สำหรับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2546-2549)
- ปี 2550 กรมบัญชีกลาง ใช้สำหรับสวัสดิการราชการ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 5กลุ่มโรค (1920-2450)กลุ่ม (2550-2555)
- ปี 2555 ใช้ในระบบประกันสังคมผู้ป่วยใน
- ปี2562 เริ่มใช้ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 6.2.1
- ปี2564 เริ่มใช้ วินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 6.3 ซึ่งสามารถจัดกลุ่มโรคตามระดับความซับซ้อนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ข้อสังเกตการใช้ DRG ในแต่ละกองทุน

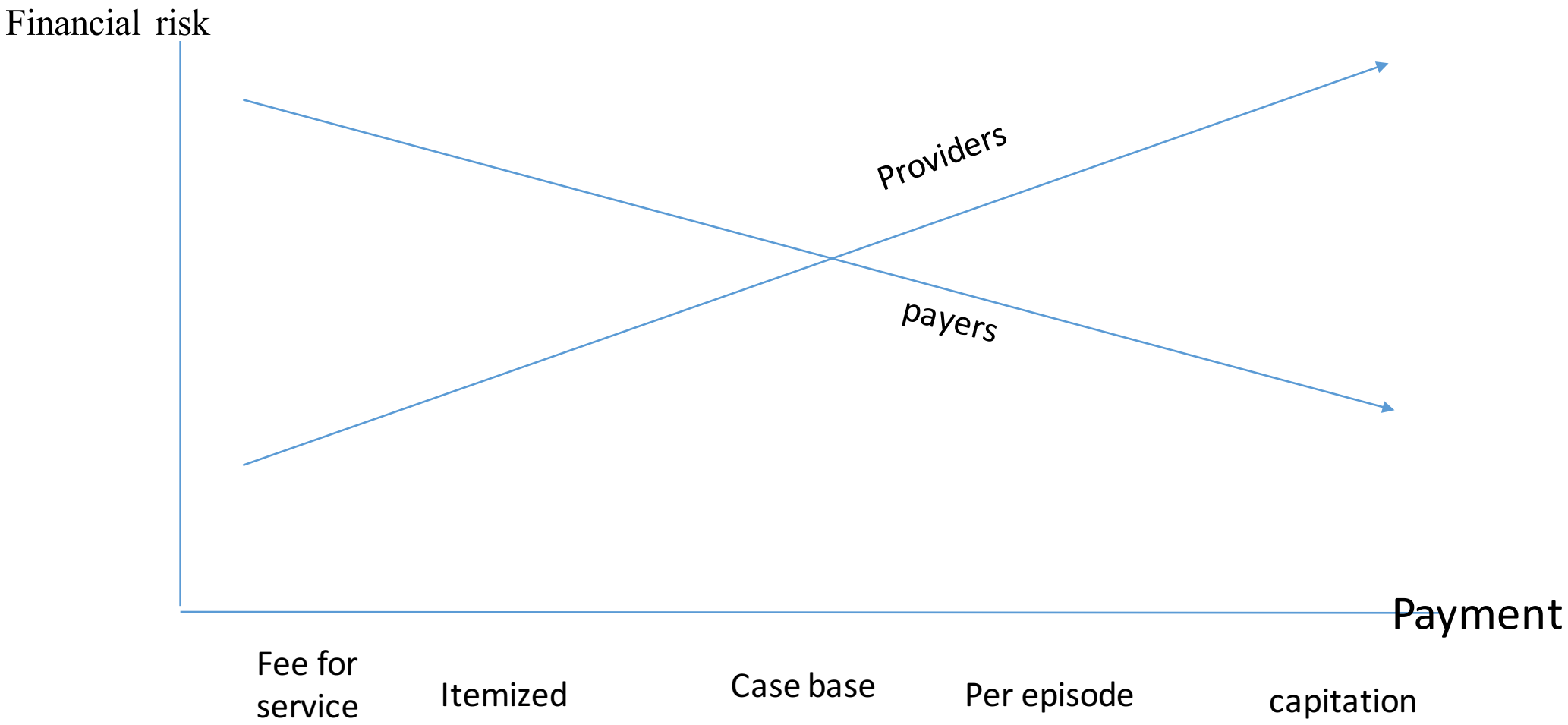
- สปสช จ่ายค่ารักษาตามระบบ ในรูปแบบ Global budget
- กรมบัญชีกลางใช้ สำหรับผู้ป่วยใน โดย แยก ค่าห้อง ค่าอาหาร ตามสิทธิ ค่าเวชภัณฑ์2 และ 3 จ่ายตามราคาประกาศในบัญชี ไม่มีค่าธรรมเนียมแพทย์ ที่เหลือเป็นไปตามค่าน้ำหนักของ adj RW
- สปส จ่ายค่ารักษาพยาบาล ในระบบเหมาจ่ายต่อหัวต่อปี และจ่ายเพิ่ม กรณี การรักษาโรคซึ่งมีadjRW เท่ากับหรือมากกว่าเท่ากับ 2.0 และเหมาจ่ายเพิ่มเติมสำหรับการรักษาโรคเรื้อรังและโรคร้ายแรง

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม กับ ประกันสุขภาพเอกชนไทย

Main Provider Payment Method(WHO)

- Global Budget
- Line Item Budget
- Capitation
- Case base
- Fee for service
- Per diem

Provider vs Payor



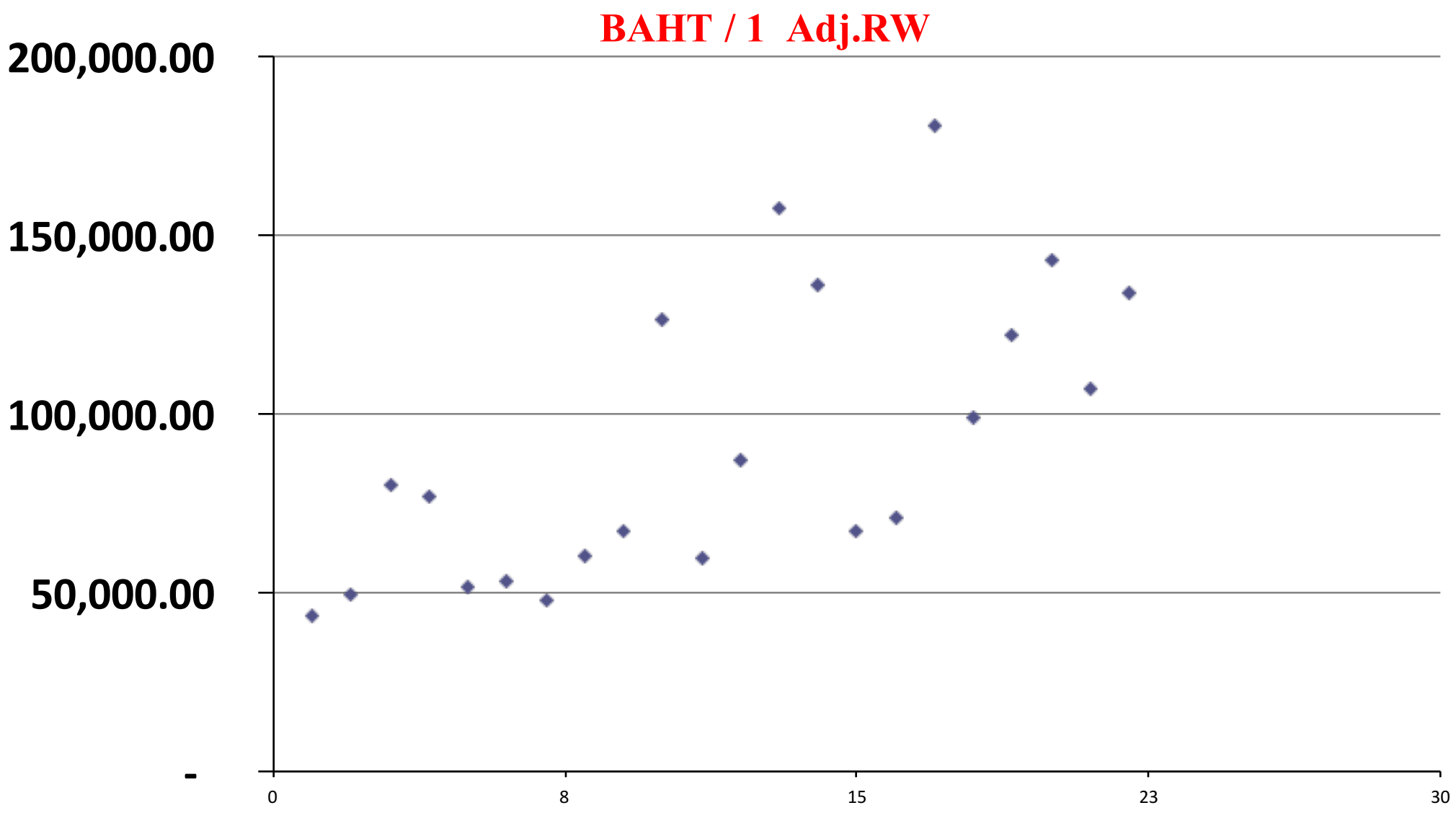
Cost Management in Insurance

Pure fee for services → Package → Care rate → fee benchmark
of common procedure → percent discount or volume discount

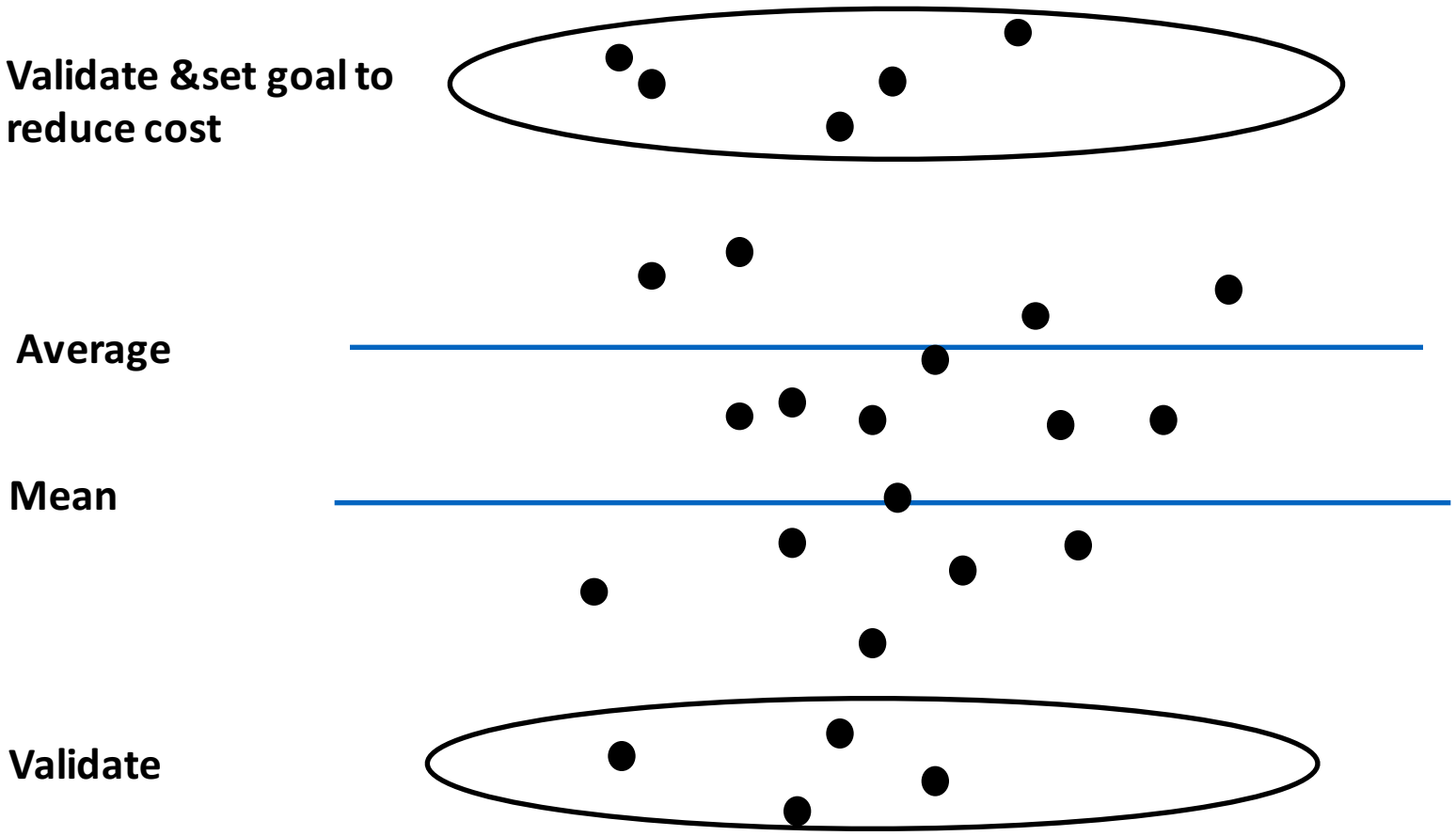
Reasonable and Customary charge

ประโยชน์สำหรับประกันสุขภาพเอกชน

- ข้อมูล การกระจายของค่าใช้จ่ายที่สัมพันธ์กับแต่ละกลุ่มโรค เพื่อใช้ในการประยุกต์ทำ morbidity table
- ใช้เปรียบเทียบดูความเหมาะสมของค่าใช้จ่ายของแต่ละกลุ่มโรค
- ดูจำนวนวันนอนเฉลี่ย ที่เหมาะสม
- วิเคราะห์Case mix index ของบริษัทประกันเอง ซึ่งแสดงถึงศักยภาพของสถานพยาบาลที่ให้บริการ ค่าใช้จ่ายในแต่ละกลุ่มลูกค้า สุขภาพของportfolio
- พัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อเติมช่องว่างของสวัสดิการขั้นพื้นฐาน


BAHT / 1 Adj.RW
200,000.00
150,000.00
100,000.00
50,000.00
-
0
8
15
23
30

Cost/Case Management



Case Mix Index

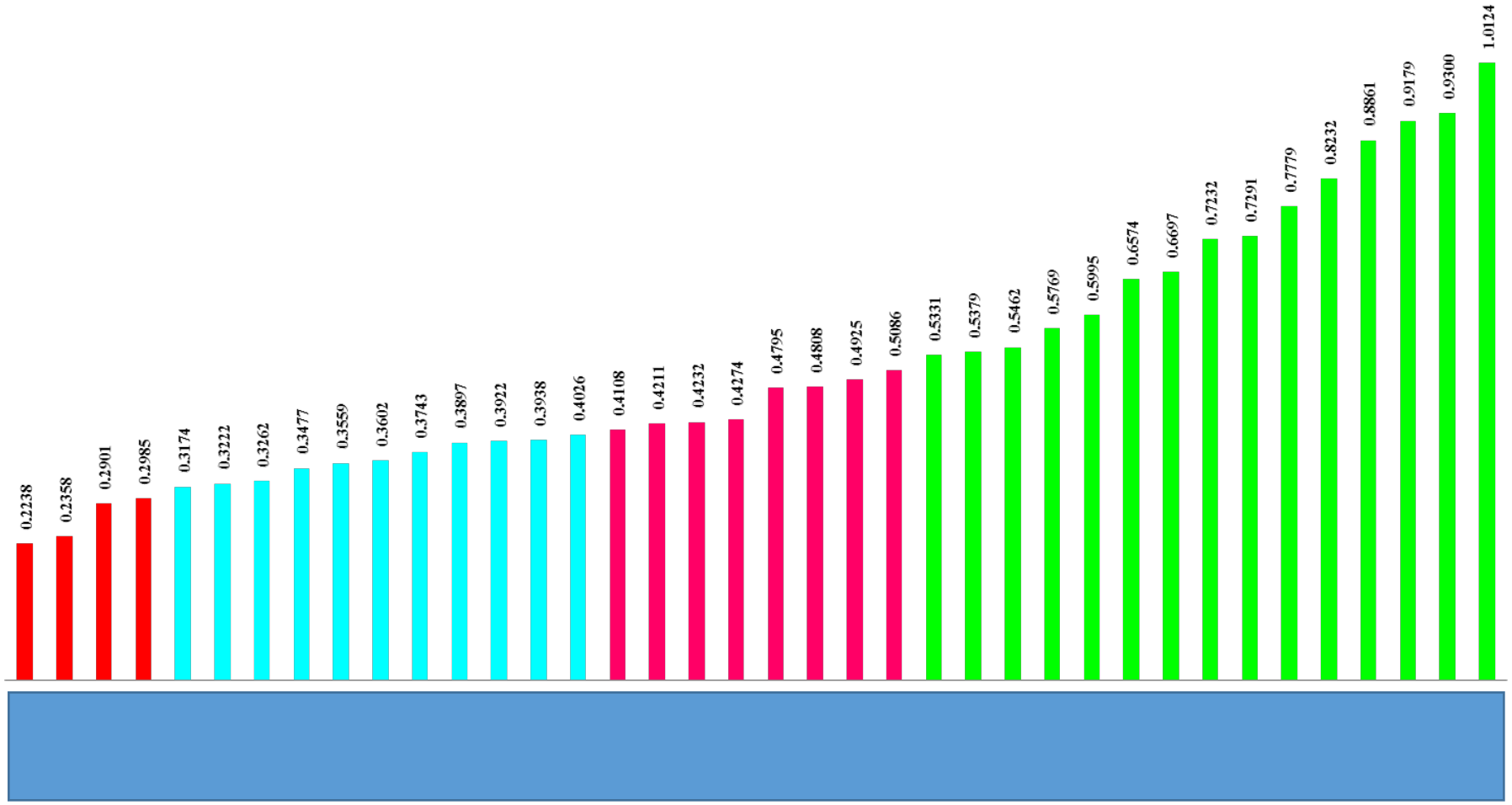
สำหรับการหาค่า CMI ของโรงพยาบาล ได้จากนำข้อมูลทั้งหมด ไปหาค่าเฉลี่ยของ Adjusted RW

สูตรการคำนวณ : $\frac{\text{น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วรวม}}{\text{จำนวนผู้ป่วยในที่จำหน่ายทั้งหมด}}$

Case Mix Index

- คือ ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight: RW) หรือ น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight: Adj-RW) ของผู้ป่วยในทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด
- CMI เป็นค่าดัชนี (Index) ที่ใช้บอกถึงส่วนผสม (Mix) ของผู้ป่วย (Case) ซึ่งสามารถนำไป เปรียบเทียบกับค่า CMI ของชวงเวลาที่ผานมา หรือเปรียบเทียบกับค่า CMI ของหน่วยงานอื่นๆได
- สถานพยาบาลสามารถใช้ค่า CMI เพื่อวิเคราะหศักยภาพของการให้บริการรักษาพยาบาล

Level Case Mix Index <CMI>



ดัชนีอ้างอิง Case Mix Index (CMI)

ตารางที่ 1 แสดงค่า Case Mix Index (CMI) สำหรับโรงพยาบาลประเภทต่างๆ

ระดับบริการ	ค่าปัจจุบัน	ค่าเป้าหมาย 5 ปี
โรงพยาบาลศูนย์	1.10 - 1.55	1.80 - 2.00
โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	0.90 - 1.20	1.40 - 1.50
โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	0.65 - 1.00	1.10 - 1.30
โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย	0.55 - 0.75	0.90 - 1.00
โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	0.50 - 0.70	0.80 - 0.85
โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	0.45 - 0.65	0.75 - 0.80
โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	0.40 - 0.60	0.70 - 0.75

ตารางที่ 2 แสดงดัชนี Case Mix Index (CMI) สำหรับโรงพยาบาลประเภทต่างๆ แยกประเภทกลุ่มโรคผ่าตัด / ไม่ผ่าตัด

ระดับบริการ	ผ่าตัด		ไม่ผ่าตัด	
	ค่าปัจจุบัน	ค่าเป้าหมาย 5 ปี	ค่าปัจจุบัน	ค่าเป้าหมาย 5 ปี
โรงพยาบาลศูนย์	2.30 - 2.90	3.25 - 3.55	0.80 - 1.10	1.25 - 1.40
โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	2.00 - 2.50	3.00 - 3.20	0.65 - 0.85	1.00 - 1.10
โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	1.60 - 2.35	2.80 - 3.00	0.55 - 0.75	0.85 - 0.95
โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย	1.00 - 1.90	2.50 - 2.80	0.50 - 0.70	0.80 - 0.85
โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	0.80 - 1.70	2.20 - 2.50	0.50 - 0.65	0.75 - 0.80
โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	0.50 - 1.80	2.00 - 2.20	0.45 - 0.65	0.70 - 0.75
โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	0.25 - 1.60	2.00 - 2.20	0.40 - 0.60	0.70 - 0.75

Q&A