

การพัฒนากรรุ่มโรครร่วมและวิธีการจ่ายเงิน สำหรับบริการผู้ป่วยในแพทยัแผนไทย

อรทัย เขียวเจริญ พย.บ., ปร.ด. (ระบบและนโยบายสุขภาพ)*,
ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย พ.บ., ปร.ด. (การวางแผนและการคลังด้านสุขภาพ)**
ชัยโรจน์ ชิงสนธิพร พ.บ.***
ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ พ.บ., ปร.ม.****

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

** มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

*** สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ

**** กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ บริการการแพทย์แผนไทย เป็นภูมิปัญญาของชาติ แต่วิธีการจ่ายเงินในปัจจุบันยังมีข้อจำกัด จึงพัฒนากรรุ่มโรครร่วมสำหรับบริการแพทย์แผนไทยแบบผู้ป่วยในเพื่อเป็นเครื่องมือในการจ่ายเงินขึ้น วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยและพัฒนาแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ (1) พัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐานสำหรับกรรุ่มโรครร่วมแพทย์แผนไทย (2) เก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบข้อมูล (3) จัดกรรุ่มโรครร่วมและประเมินผล และ (4) วิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายและงบประมาณสำหรับการจ่ายด้วยกรรุ่มโรครร่วมแพทย์แผนไทย เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ให้บริการแพทย์แผนไทยแบบผู้ป่วยใน จำนวน 11 แห่ง ปี 2555 ถึง 2557 โดยแบ่งผู้ป่วยในที่รับบริการแพทย์แผนไทย เป็น 3 ประเภท คือ (1) ผู้ป่วยในที่มีวินิจฉัยโรคหลักเป็นโรคทางการแพทย์แผนไทยและรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยทั้งหมด (2) ผู้ป่วยในที่แพทย์แผนปัจจุบันรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่มีโรคที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย โดยมีวินิจฉัยโรคทางการแพทย์แผนไทยร่วมด้วย และ (3) ผู้ป่วยแผนปัจจุบันที่มีการรักษาการแพทย์แผนไทยร่วมด้วยเพียงเล็กน้อย การจัดกรรุ่มใช้การวินิจฉัยโรคแพทย์แผนไทยเป็นตัวแปรต้น และข้อมูลค่ารักษาแพทย์แผนไทยที่ปรับค่ามาตรฐานและวันนอนเป็นตัวแปรตามในการคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight; RW) สถิติที่ใช้ในการทดสอบความเหมาะสมของการจัดกรรุ่มใช้ coefficient of variation (CV) และ reduction in variance (RIV) ผลการศึกษามีผู้ป่วยในที่รักษาด้วยแพทย์แผนไทย รวมทั้งหมด 18,198 ราย หลังจากตรวจสอบข้อมูลตามเกณฑ์และเลือกเฉพาะผู้ป่วยในประเภท 1 และ 2 มาจัดกรรุ่มโรค ได้ข้อมูลทั้งสิ้น 16,930 ราย เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน 16,403 ราย (ร้อยละ 96.9) เป็นหญิง 10,293 ราย (ร้อยละ 60.8) อายุเฉลี่ย 47.2 ปี (SD=25.2) นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 8.3 วัน (SD=22.3) จัดกรรุ่มโรครร่วมผู้ป่วยในแพทย์แผนไทย ได้ 20 กรรุ่มโรค โดย 13 กรรุ่ม (ร้อยละ 65.0) มีค่า CV ต่ำกว่า ร้อยละ 150 และสามารถลดความแปรปรวน (RIV) ได้ถึง ร้อยละ 25.3 กรรุ่มโรคทางเดินหายใจมีผู้ป่วยมากที่สุด 4,467 ราย (ร้อยละ 26.4) กรรุ่มอัมพาตมีค่า RW สูงที่สุด (3.4037) วิธีการจ่ายเงินพัฒนาเพื่อเป็นข้อเสนอ 2 ทางเลือก คือ (1) จ่ายด้วยกรรุ่มโรครร่วมแพทย์แผนไทยตามประเภทผู้ป่วยในแพทย์แผนไทย คือ ผู้ป่วยที่รักษาด้วยแพทย์แผนไทยทั้งหมด จ่าย 10,000 บาทต่อ 1 RW และผู้ป่วยที่รักษาด้วยแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบันบางส่วน จ่ายเพิ่มเติมเฉพาะค่าใช้จ่ายบริการแพทย์แผนไทย 1,000 บาทต่อ 1 RW วิธีนี้ใช้งบประมาณ 49 ล้านบาท หรือ (2) จ่ายด้วยกรรุ่มโรครร่วมแพทย์แผนไทยเพิ่มเติมเฉพาะค่าใช้จ่ายบริการแพทย์แผนไทย 1,000 บาทต่อ RW

ใช้งบประมาณ 17 ล้านบาท การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยในแพทย์แผนไทยที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมทางคลินิกและค่าทางสถิติ รวมทั้งสามารถใช้ในการจ่ายเงินและประมาณการณงบประมาณได้ระดับหนึ่ง ดังนั้นจึงควรพัฒนาการจัดกลุ่มโรคร่วมเพิ่มเติมโดยใช้ตัวแปรอื่นร่วมด้วยและหากจะใช้เป็นเครื่องมือในการจ่ายเงิน ควรเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ เช่น รหัสการวินิจฉัย รหัสหัตถการ เพิ่มข้อมูลมาตรฐาน ข้อมูลต้นทุน เพื่อ คาดการณ์งบประมาณและสิทธิประโยชน์ของบริการแพทย์แผนไทย

คำสำคัญ: กลุ่มโรคร่วม, บริการแพทย์แผนไทย, วิธีการจ่ายเงิน

บทนำ

ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นวิถีของการดูแลสุขภาพและการวินิจฉัยโรคที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและประเพณีของไทยมาอย่างยาวนาน เนื่องจากมีการใช้สมุนไพรทั้งในรูปแบบของอาหาร และยา รวมถึงการนวด การอบ การประคบ ซึ่งมีความน่าสนใจในเรื่ององค์ความรู้และทฤษฎีต่างๆ นับว่าเป็นภูมิปัญญาไทยที่มีการสืบทอดกันมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แต่ถูกละเลยไปนานพอสมควร อย่างไรก็ตาม ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายและพัฒนาการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นภูมิปัญญาของชาติให้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพของประชาชน และได้รับการผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ สถาบันการแพทย์แผนไทยได้พัฒนาการแพทย์ไทยมาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีศักยภาพมาตรฐานและมีความพร้อมในการที่จะนำมาดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน ซึ่งปัจจุบันงานแพทย์แผนไทยได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างมากจนสามารถให้บริการในรูปแบบของโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจนขึ้น มีการให้บริการผู้ป่วยนอก และมีการรับเข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยในเพื่อทำการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย อย่างไรก็ตาม การพัฒนาการบริการต้องมีการดำเนินการควบคู่กันไปทั้งระบบ ตั้งแต่กำลังคน อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งต้องมีการลงทุน เมื่อมีการลงทุนต้องคำนึงถึงผลลัพธ์ที่ได้กลับคืนมาจากการลงทุน ตั้งแต่ผลลัพธ์ที่เกิดกับประชาชนผู้รับบริการ รวมถึงรายได้ของหน่วยบริการด้วย ซึ่งวิธีการจ่ายเงินสำหรับบริการแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน หากเป็นผู้ป่วยนอกสิทธิข้าราชการเป็นการจ่ายเพื่อการรักษาตามราคากลางที่กำหนด

สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจ่ายเพิ่มเติมตามผลงานบริการนอกเหนือจากเหมาจ่ายรายหัว สิทธิประกันสังคมเป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้ป่วยในเป็นการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related group: DRG) แบบมีเพดานสำหรับผู้ป่วย ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งจากการรายงานการศึกษาต้นทุนบริการสุขภาพ พบว่าบริการแพทย์แผนไทยมีรายรับต่ำกว่าต้นทุนอยู่มาก⁽¹⁾

ในปัจจุบันยังไม่มีกำหนดแนวทางการเบิกค่ารักษาพยาบาลการแพทย์แผนไทยสำหรับผู้ป่วยในเป็นการเฉพาะ ทั้งนี้การรักษาด้วยแพทย์แผนไทย หากรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยต้องพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เช่น ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่าที่ได้รับการชดเชยจากกองทุนต่างๆ ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ซึ่งขณะนี้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้มีนโยบายขยายการบริการแพทย์แผนไทยแบบผู้ป่วยในมากขึ้น โดยมีแผนการพัฒนาโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยแบบครบวงจรเพิ่มขึ้น 11 แห่ง ให้ประชาชนไทยสามารถเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยแบบผู้ป่วยในเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น เพื่อความเป็นธรรมแก่ผู้ให้บริการ ซึ่งปัจจุบันได้รับการชดเชยค่าบริการที่ไม่เพียงพอ สถาบันการแพทย์แผนไทยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดกลุ่มโรคร่วม จึงมีแนวคิดในการพัฒนากลุ่มโรคร่วมสำหรับบริการแพทย์แผนไทยแบบผู้ป่วยในที่สามารถจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกันทางคลินิกให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน และทำนายขนาดการใช้

ทรัพยากร รวมถึงอัตราการชดเชยที่เหมาะสมสำหรับบริการแพทย์แผนไทย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากรุปโรคร่วมสำหรับบริการแพทย์แผนไทยแบบผู้ป่วยใน และคาด-ประมาณงบประมาณ รวมถึงศึกษาความเป็นไปได้ และทดลองใช้กรุปโรคร่วมเป็นเครื่องมือในการจ่ายเงินสำหรับบริการแพทย์แผนไทยแบบผู้ป่วยใน โดยมีกรอบแนวคิดการศึกษา แสดงในภาพที่ 1

วิธีการศึกษา

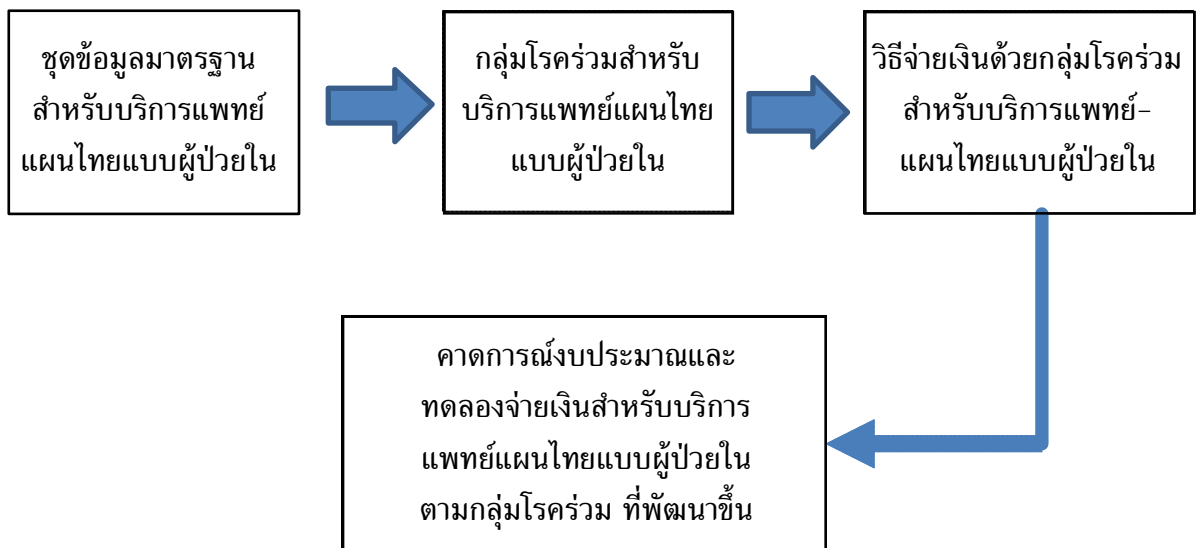
ระเบียบวิธีวิจัย การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยเชิงพัฒนา วิธีการศึกษาแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 พัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐานสำหรับกรุปโรคร่วมแพทย์แผนไทย ได้แก่ กำหนดนิยามบริการแพทย์แผนไทย ชุดข้อมูลและมาตรฐานข้อมูลจากการระดมสมอง และรวบรวมความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนไทย ผู้เชี่ยวชาญด้านรหัสโรค/รหัสเหตุการณ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านกรุปโรคร่วม ผู้กำหนดนโยบาย/ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย ผู้จ่ายเงินจากกองทุนสวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวม 40 คน จำนวน 8 ครั้ง ได้ข้อสรุปนิยามของบริการแพทย์แผนไทยแบบ

ผู้ป่วยใน ดังแสดงในตารางที่ 1 และชุดข้อมูลและมาตรฐานข้อมูลที่จะใช้ในการจัดกรุปโรคร่วมบริการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย การรับไว้และจำหน่าย ข้อมูลรหัสโรคและเหตุการณ์ ตามการวินิจฉัยและการรักษาแผนไทยซึ่งใช้ตามรหัส ICD-10 Thai Modification ที่ขึ้นต้นด้วยรหัส U รวมทั้งข้อมูลการรักษาและค่ารักษาตามราคาเรียกเก็บของโรงพยาบาล จำแนกเป็นหมวดต่างๆ รวมทั้งรายละเอียดการบริการ จำนวนครั้งและค่าใช้จ่ายของบริการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ค่ายาสมุนไพร ค่านวด อบสมุนไพร ประคบ และอาบ ฯลฯ ซึ่งใช้ค่าใช้จ่ายของบริการแพทย์แผนไทยเป็นตัวแทน (proxy) ของข้อมูลต้นทุนสำหรับบริการแพทย์แผนไทย

ขั้นที่ 2 เก็บรวบรวมและตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยใน ที่รักษาด้วยแพทย์แผนไทย ตามนิยามที่กำหนด มีโรงพยาบาลกรุปตัวอย่าง จำนวน 11 แห่ง (โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 9 แห่ง) ส่งข้อมูลผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2555 - 2557 ได้ข้อมูล รวมทั้งสิ้น 18,198 ราย จากนั้นทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแต่ละตัวแปร และความครบถ้วนของข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างละเอียด เช่น จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย การวินิจฉัยโรค ตามเกณฑ์การจัดกรุปโรค และปรับค่ารักษาพยาบาลให้เป็นราคามาตร-

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการศึกษา



ตารางที่ 1 รูปแบบบริการผู้ป่วยในที่รักษาด้วยการแพทย์แผนไทย

รูปแบบ	ความหมาย
1. ผู้ป่วยในที่มีวินิจฉัยโรคหลัก เป็นโรคทางการแพทย์แผนไทย (รหัส U) และรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยทั้งหมด	เป็นผู้ป่วยที่แพทย์แผนไทยเป็นผู้ซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรคและเห็นควรให้ admit คนไข้เพื่อรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ซึ่งการวินิจฉัยโรคหลัก (principal diagnosis) จะเป็นโรคทางการแพทย์แผนไทย (รหัส U) ในทางปฏิบัติ เพื่อความเหมาะสม แพทย์แผนปัจจุบันจะเป็นผู้สั่ง admit คนไข้ และแพทย์แผนไทยจะเป็นผู้วางแผนการรักษา ให้การดูแล การรักษาตามหลักขั้นตอนกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทย ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการรักษา และอาจจะมีการให้บริการของการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมด้วยได้
2. ผู้ป่วยในที่แพทย์แผนปัจจุบันรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่มีโรคที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย โดยมีวินิจฉัยโรคทางการแพทย์แผนไทยรหัส U ร่วมด้วย	เป็นผู้ป่วยที่แพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้ซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรคและเห็นควรให้ admit คนไข้รักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ในขณะที่เดียวกันคนไข้มีโรคที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยร่วมด้วย หรือคนไข้จะมีภาวะแทรกซ้อน (Complication) จากการรักษา และแพทย์แผนปัจจุบันเห็นว่าควรได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย (Principal Diagnosis) เป็นโรคทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และมีการวินิจฉัยโรคทางการแพทย์แผนไทยร่วมด้วย รหัส (U) ในส่วนของการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยนั้น แพทย์แผนไทยจะเป็นผู้วางแผน การรักษา ให้การดูแลการรักษาตามหลักขั้นตอนกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทย ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการรักษา
3. ผู้ป่วยแผนปัจจุบันที่มีการรักษาการแพทย์แผนไทยร่วมด้วยเพียงเล็กน้อยเท่านั้น	เป็นผู้ป่วยในที่แพทย์แผนปัจจุบันได้ทำการรักษาอยู่แล้ว แต่มีโรคหรืออาการที่ไม่รุนแรงเกิดขึ้น และแพทย์แผนปัจจุบันเห็นควรให้แพทย์แผนไทยพิจารณารักษาพร้อมด้วย ซึ่งอาจจะเป็นการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยเพียงเล็กน้อยเท่านั้น หรือไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม

ฐาน คือ (1) ตัดค่าห้องค่าอาหารออก เนื่องจากมีความหลากหลาย เช่น ค่าห้องพิเศษ ค่าห้องสามัญ แล้วนำค่าห้องค่าอาหาร มาตรฐานที่ได้จากการคำนวณต้นทุน คือ วันละ 400 บาท ใส่คืนเข้าไปตามจำนวนวันนอน (2) ตัดค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ต่างๆ ที่แยกเบิกต่างหากจากกองทุนออก เพราะไม่รวมในการจ่ายด้วยกลุ่มโรคร่วม (3) รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมดของผู้ป่วยแต่ละรายใหม่หลังจากที่ปรับค่ารักษาเป็นค่ารักษามาตรฐานตามที่กำหนดแล้ว (4) ตัดข้อมูล Outlier ออก โดยตัดออกให้น้อยที่สุดแต่ได้ผลในการลดค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานได้มากที่สุด จึงตัดข้อมูลผู้ป่วยที่มีค่ารักษามาตรฐานอยู่นอก 3 เท่าค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากค่าเฉลี่ยที่คำนวณจากค่า log ของข้อมูลที่ได้ คงเหลือจำนวนผู้ป่วยในสำหรับการคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ทั้งสิ้น 16,930 ราย

(ร้อยละ 93.0 ของข้อมูลตั้งต้น 18,198 ราย) และสุดท้ายเลือกข้อมูลมาวิเคราะห์ตามประเภทผู้ป่วยที่รับบริการแพทย์แผนไทยแบบผู้ป่วยใน ซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเภทคือ ประเภท 1 เป็นผู้ป่วยแพทย์แผนไทยวางแผนการรักษาเป็นหลัก 3,525 ราย (ร้อยละ 19.5) ประเภท 2 ผู้ป่วยในที่มีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยร่วมด้วย 13,897 ราย (ร้อยละ 76.7) และประเภท 3 ผู้ป่วยที่มีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยร่วมด้วยเล็กน้อย 686 ราย (ร้อยละ 3.8) ซึ่งในการจัดกลุ่มโรคแพทย์แผนไทยจะใช้ข้อมูลที่ตรวจสอบความถูกต้องและเป็นผู้ป่วยประเภท 1 และประเภท 2 เท่านั้น

ขั้นที่ 3 จัดกลุ่ม ประเมินผลการจัดกลุ่ม และการกำหนดค่ามาตรฐานในแต่ละกลุ่มโรค แบ่งเป็น

3.1 จัดกลุ่ม โดยกำหนดตัวแปรในการจัดกลุ่มโรค

จากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญและระดมสมองเพื่อหาความเหมาะสมเชิงคลินิก โดยใช้ตัวแปรที่สำคัญในการจัดกรรุ่ม คือ การวินิจฉัยโรคและหัตถการแพทยแผนไทยตามรหัส ICD-10 Thai Modification ดังแสดงในภาพที่ 2 หลังจากนั้นได้มีการเขียนโปรแกรมเพื่อทดสอบจัดกรรุ่มตามรหัสโรค และมีการนำกรรุ่มที่จัดได้มานำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาถึงความเหมาะสมทางคลินิกและการรักษา ตลอดจนค่าใช้จ่าย โดยมีการทดสอบจัดกรรุ่มและพิจารณาปรับปรุง จำนวน 5 ครั้ง ได้กรรุ่มโรคที่เหมาะสมจำนวน 20 กรรุ่ม

3.2 ประเมินผลการจัดกรรุ่มโดยการวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อทดสอบความเหมาะสมตามหลักการจัดกรรุ่มที่ดี คือ (1) จำนวนผู้ป่วยต้องมีมากพอในแต่ละกรรุ่ม (ไม่น้อยกว่า 30 รายต่อกรรุ่มและไม่น้อยกว่า 10 ราย ในกรรุ่มโรคที่พบได้ยาก) และ (2) การทดสอบในทางสถิติ คือการจัดกรรุ่มผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงทั้งทางคลินิก และการใช้ทรัพยากรให้มาอยู่ในกรรุ่มเดียวกัน (Homogeneous within group) ใช้สถิติสัมประสิทธิ์ความแปรปรวน (Coefficient of variation, CV) หากมีค่าต่ำกว่าร้อยละ 150.0 มากถือว่าวันนอนหรือต้นทุนในกรรุ่มมีความคล้ายคลึงกันมาก⁽²⁾ และแต่ละกรรุ่มต้องมีความแตกต่างกัน (heterogeneous between groups) ใช้สถิติการลดค่าความ

แปรปรวน (Reduction in variance, RIV) ถ้าค่าของ RIV สูงแสดงว่าสามารถลดความแปรปรวนได้มาก การจัดกรรุ่มนั้นได้ผลดีและเป็นสิ่งที่สมควรทำ^(3,4)

3.3 การคำนวณค่ามาตรฐานสำหรับกรรุ่มโรคร่วม ได้แก่ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight; RW) วันนอนเฉลี่ย (weighted length of stay; WTLOS) และจุดตัดวันนอนเกินเกณฑ์ (outlier trim point; OT) ของแต่ละกรรุ่มโรค ตามหลักเกณฑ์ของกรรุ่มวินิจฉัยโรคร่วม⁽⁵⁾ ดังนี้

1) คำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของแต่ละกรรุ่มตามสูตร

$$RW = \frac{\text{mean charge of each group}}{\text{aggregated mean charge of all patients}}$$

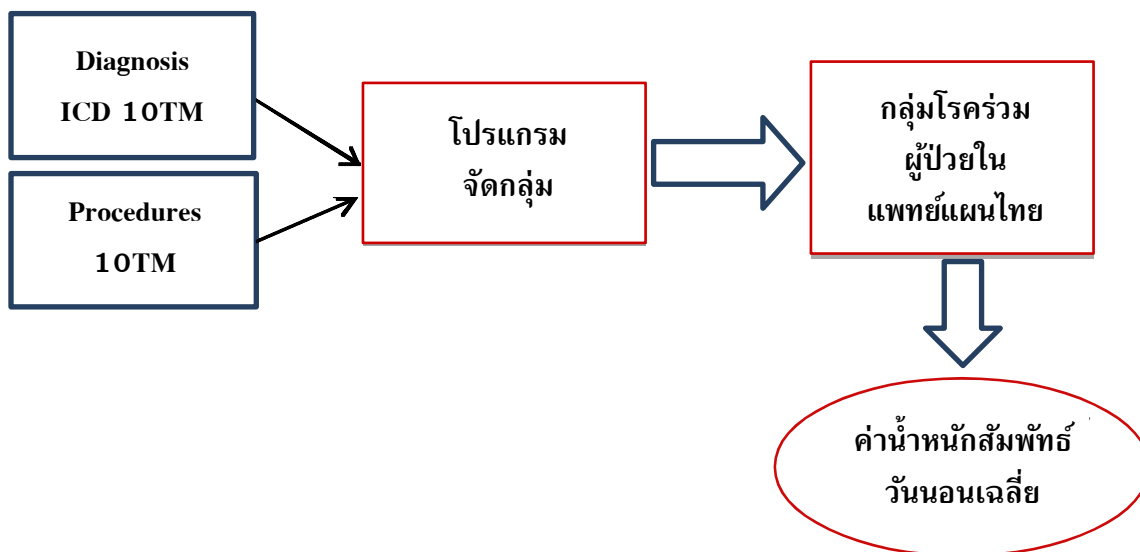
หมายถึง การคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ คำนวณจากค่าเฉลี่ยค่ารักษาแพทยแผนไทยแต่ละกรรุ่มหารด้วยค่าเฉลี่ยค่ารักษาแพทยแผนไทยของผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด จะได้ค่าเฉลี่ย RW เท่ากับ 1

2) คำนวณวันนอนเฉลี่ย (weighted length of stay; WTLOS) ของแต่ละกรรุ่ม ตามสูตร

$$WTLOS = \frac{\text{Sum of LOS of each group}}{\text{the number of cases of each group}}$$

หมายถึง การคำนวณค่าเฉลี่ยของวันนอนโรงพยาบาลในแต่ละกรรุ่ม โดยเอาจำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยใน

ภาพที่ 2 ตัวแปรในการจัดกรรุ่มผู้ป่วยในแพทยแผนไทย



แต่ละกลุ่มหารด้วยจำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม

3) คำนวณจุดตัดวันนอนเกินเกณฑ์ (outlier trim point; OT) ของแต่ละกลุ่มตามสูตร

$$OT = \text{Percentile } 95 \text{ of LOS in each group}$$

หมายถึงการนำวันนอนของผู้ป่วยแต่ละรายในแต่ละ DRG มาเรียงลำดับ และใช้วันนอน (LOS) ณ เปอร์เซ็นไทล์ที่ 95 เป็นจุดตัด

ขั้นตอนที่ 4 คาดการณ์งบประมาณ และข้อเสนอวิธีการจ่ายเงินด้วยกลุ่มโรคร่วมแพทย์แผนไทย

ผลการศึกษา

ผลการจัดกลุ่มโรคร่วมแพทย์แผนไทยแบบผู้ป่วยใน

จากข้อมูลผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 16,403 ราย (ร้อยละ 96.9) เป็นหญิง 10,293 ราย (ร้อยละ 60.8) อายุเฉลี่ย 47.2 ปี (SD=25.2) วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 8.3 วัน (SD=22.3) (ตารางที่ 2) เมื่อนำมาจัดกลุ่มโรคแพทย์แผนไทยสำหรับผู้ป่วยในได้ทั้งหมด 20 กลุ่ม กลุ่มที่มีผู้ป่วยมากที่สุดคือ โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่งทางเดินหายใจ จำนวน 4,467 ราย (ร้อยละ 26.4) รองลงมาคือ กลุ่มสูติ 2,862 ราย (ร้อยละ 16.9) และโรคที่เกิดอาการหลายระบบกลุ่มลมไม่รุนแรง จำนวน 2,239 ราย (ร้อยละ 13.2) ดังแสดงในตารางที่ 3

วันนอนโรงพยาบาล กลุ่มผู้ป่วยที่มีวันนอนโรงพยาบาลนานที่สุด คือ กลุ่มโรคอาการอื่นและที่ไม่ระบุ

รายละเอียดของศีรษะ สมอง ระบบประสาท 36 วัน รองลงมาคือกลุ่มโรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่งตาหูคอจมูก กระเพาะอาหารและทวารหนัก 29 วัน และกลุ่มโรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่งโรคผิวหนังรุนแรง 29 วัน ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุด คือ โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่งทางเดินหายใจ นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5 วัน ผู้ป่วยกลุ่มสูติ 3 วัน และผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เกิดอาการหลายระบบกลุ่มลมไม่รุนแรง นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 7 วัน (ตารางที่ 3)

ค่ารักษาทั้งหมด ของผู้ป่วยที่รักษาด้วยแพทย์แผนไทย โดยพิจารณาเฉพาะกลุ่มโรคในกลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 30 คน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เกิดอาการหลายระบบ กลุ่มธาตุพิการมีค่ารักษาทั้งหมดเฉลี่ยสูงที่สุดคือ 25,229 บาทต่อราย รองลงมาคือผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่งทางเดินปัสสาวะ 22,462 บาทต่อราย และกลุ่มโรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่งกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ 20,620 บาทต่อราย สำหรับกลุ่มโรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่งทางเดินหายใจ ที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด มีค่ารักษาเฉลี่ย 7,883 บาทต่อราย ผู้ป่วยกลุ่มสูติ 5,595 บาทต่อราย และผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เกิดอาการหลายระบบกลุ่มลมไม่รุนแรง 6,774 บาทต่อราย (ตารางที่ 3)

ค่ารักษาเฉพาะบริการแพทย์แผนไทย เฉพาะกลุ่มโรคในกลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 30 คน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคอัมพาต มีค่ารักษาทั้งหมดเฉลี่ยสูงที่สุด คือ 3,337 บาทต่อราย รองลงมาคือผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เกิดอาการหลายระบบกลุ่มลมไม่รุนแรง 2,248 บาทต่อราย สำหรับกลุ่มโรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่งทางเดินหายใจ ที่มี

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย

ข้อมูลพื้นฐาน	โรงพยาบาล					
	รพช. (N=16,403)		รพศ./รพท.(N=527)		รวม (N=16,930)	
เพศ (จำนวน ร้อยละ)						
ชาย	6,337	38.6	300	56.9	6,637	39.2
หญิง	10,066	61.4	227	43.1	10,293	60.8
อายุ (ค่าเฉลี่ย/SD)	46.6	25.2	63.9	13.6	47.2	25.2
วันนอนโรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ย/SD)	8.0	22.3	15.7	18.9	8.3	22.3

จำนวนผู้ป่วยมากที่สุด มีค่ารักษาของบริการแพทย์แผนไทย เท่ากับ 917 บาทต่อราย ผู้ป่วยกลุ่มสูติ 362 บาทต่อราย (ตารางที่ 4)

ค่าสถิติของกลุ่มโรคร่วมแพทย์แผนไทย

ผลการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความแปรปรวน (CV) ของค่ารักษา พบว่า มีจำนวน 13 กลุ่ม (ร้อยละ 65.0) จาก 20 กลุ่ม ที่มีค่า CV ไม่เกินร้อยละ 150.0 แสดงถึงค่ารักษาในกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมาก โดยกลุ่มโรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่งทางเดินหายใจ ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด ค่า CV เท่ากับ 98 รองลงมาคือกลุ่มสูติ ค่า CV เท่ากับ 57 และกลุ่มโรคที่เกิดอาการหลายระบบในกลุ่มลมไม่รุนแรง ค่า CV เท่ากับ 93 สำหรับกลุ่มโรคที่มีค่า CV

สูงกว่า 150 (เฉพาะกลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 30 คน) ได้แก่ กลุ่มโรคอื่น ๆ กลุ่มโรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่งตาหูคอจมูก ภาวะอาหารและทวารหนัก และกลุ่มโรคที่เกิดอาการหลายระบบในกลุ่มไขออกผื่น สำหรับการลดความแปรปรวนในภาพรวมของการจัดกลุ่มโรค ผลพบว่า ค่า RIV ของการจัดกลุ่มจากจำนวน 16,930 กลุ่มมาเป็น 20 กลุ่ม สามารถลดความแปรปรวนได้ร้อยละ 25.3

หลังจากจัดกลุ่มโรคแพทย์แผนไทยแล้ว ในแต่ละกลุ่มโรคจะต้องมีค่าสถิติ เพื่อแสดงถึงความมากน้อยของทรัพยากรที่ใช้รักษา วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย และจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์ ผลการคำนวณ นำเสนอ 2 รูปแบบ คือ ค่าสถิติที่คำนวณจากค่ารักษาทั้งหมดของผู้ป่วยแต่ละ

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่ารักษาทั้งหมดและวันนอน รายกลุ่มโรคแพทย์แผนไทย

TTMIC Group	คำอธิบาย TTMIC	จำนวนผู้ป่วย	ค่ารักษา (บาท)			วันนอน (วัน)		
			เฉลี่ย	SD	CV	เฉลี่ย	SD	CV
101	กลุ่มสูติ	2,862	5,595	3,185	57	3	1	47
102	กลุ่มนรีเวช	946	4,100	1,652	40	3	1	31
111	โรคของเด็ก	13	9,351	15,335	164	16	36	219
201	โรคที่เกิดอาการหลายระบบ กลุ่มไขออกผื่น	29	13,552	22,640	167	25	56	225
202	โรคที่เกิดอาการหลายระบบ กลุ่มไขไม่ออกผื่น	297	10,412	18,203	175	18	46	248
203	ไขอื่น ๆ และที่ไม่ระบุรายละเอียด	417	5,388	3,022	56	4	4	88
211	โรคที่เกิดอาการหลายระบบ กลุ่มลมรุนแรง	667	18,432	22,875	124	12	19	151
212	โรคที่เกิดอาการหลายระบบ กลุ่มลมไม่รุนแรง	2,239	6,774	6,325	93	7	8	104
221	โรคที่เกิดอาการหลายระบบ กลุ่มธาตุพิการ	1,561	25,229	37,200	147	19	41	216
231	โรคที่เกิดอาการหลายระบบ กลุ่มความเสื่อม	122	16,091	22,978	143	18	38	215
302	โรคอาการอื่นและไม่ระบุรายละเอียดของ ศีรษะ สมอง ระบบประสาท	1	45,324	0	0	36	0	0
303	อัมพาต	1,005	13,031	12,867	99	13	12	92
311	โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง ตาหูคอจมูก ภาวะอาหาร ทวารหนัก	290	18,445	27,804	151	29	60	204
321	โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง ทางเดินหายใจ	4,467	7,883	7,748	98	5	11	242
331	โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง ทางเดินปัสสาวะ	145	22,462	30,976	138	18	37	203
341	โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง กล้ามเนื้อ กระดูก ข้อ	324	20,620	27,309	132	15	34	223
351	โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง โรคผิวหนังรุนแรง	6	22,367	22,933	103	29	32	107
352	โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง โรคผิวหนังไม่รุนแรง	189	20,538	33,474	163	19	42	216
391	อาการทั่วไป	1,187	4,535	6,157	136	4	9	231
401	โรคอื่น ๆ	289	15,684	26,335	168	15	40	261

หมายเหตุ: TTMIC = Thai Traditional Medicine Inpatient Casemix

คน และค่าสถิติที่คำนวณเฉพาะค่ารักษาหรือค่าบริการ แพทย์แผนไทยเท่านั้น ผลการคำนวณ พบว่า

- ค่าเฉลี่ยของค่ารักษาทั้งหมดของผู้ป่วยจำนวน 16,930 ราย เท่ากับ 10,092 บาท ซึ่งในกลุ่มที่มีการรักษาโดยแพทย์แผนไทยอย่างเดียวในโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย (ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ในตารางที่ 1) มีค่ารักษาเฉลี่ย 10,001 บาทต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง (ผู้ป่วยจำนวน 3,525 ราย ซึ่งจะถูกนำมาใช้ในการคาดการณ์งบประมาณสำหรับวิธีจ่ายเงินด้วยกลุ่มโรคร่วมแพทย์แผนไทย)
- ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของค่ารักษาหรือค่าบริการแพทย์แผนไทย (ไม่รวมค่ารักษาอื่นๆ ที่เป็นแผน

ปัจจุบัน เช่น ค่ายา ค่าห้อง ค่าอาหาร ฯลฯ) ของผู้ป่วยจำนวน 16,930 ราย เท่ากับ 983 บาท (ซึ่งจะถูกนำมาใช้ในการคาดการณ์งบประมาณสำหรับการจ่ายเงินชดเชยบริการผู้ป่วยในแพทย์แผนไทยเพิ่มเติมจากการจ่ายด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของกองทุนต่างๆ โดยพิเศษคิดค่าเฉลี่ยที่ 1,000 บาท)

หลังจากนั้นจึงคำนวณค่าสถิติของกลุ่มโรคร่วมแพทย์แผนไทยแต่ละกลุ่ม โดยแสดงผลเฉพาะกลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มมากกว่า 30 ราย ผลพบว่า คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight; RW) ที่คำนวณจากค่ารักษาแพทย์แผนไทย (TTM charge) กลุ่มโรคที่มีค่า RW สูงที่สุด คือ กลุ่มอัมพาต ค่า RW เท่ากับ 3.4037 รองลง

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่ารักษาเฉพาะบริการแพทย์แผนไทยรายกลุ่มโรค แพทย์แผนไทย

TTMIC Group	คำอธิบาย TTMIC	จำนวนผู้ป่วย	ค่ารักษา (บาท)		
			เฉลี่ย	SD	CV
101	กลุ่มสูติ	2,862	362	193	53
102	กลุ่มนรีเวช	946	851	248	29
111	โรคของเด็ก	13	34	18	51
201	โรคที่เกิดอาการหลายระบบ กลุ่มไข่ออกผื่น	29	56	67	119
202	โรคที่เกิดอาการหลายระบบ กลุ่มไข่มิออกผื่น	297	79	184	232
203	ไข่อื่นๆ และที่ไม่ระบุรายละเอียด	417	40	18	47
211	โรคที่เกิดอาการหลายระบบ กลุ่มลมรุนแรง	667	1,544	1,628	105
212	โรคที่เกิดอาการหลายระบบ กลุ่มลมไม่รุนแรง	2,239	2,248	1,712	76
221	โรคที่เกิดอาการหลายระบบ กลุ่มธาตุพิการ	1,561	453	1,154	254
231	โรคที่เกิดอาการหลายระบบ กลุ่มความเสื่อม	122	1,018	1,256	123
302	โรคอาการอื่นและไม่ระบุรายละเอียดของศีรษะ สมอง ระบบประสาท	1	120	0	0
303	อัมพาต	1,005	3,337	2,375	71
311	โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง ตาหูคอจมูก ภาวะอาหาร ทวารหนัก	290	56	55	98
321	โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง ทางเดินหายใจ	4,467	917	797	87
331	โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง ทางเดินปัสสาวะ	145	64	61	96
341	โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง กล้ามเนื้อ กระดูก ข้อ	324	424	976	230
351	โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง โรคผิวหนังรุนแรง	6	3,885	3,193	82
352	โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง โรคผิวหนังไม่รุนแรง	189	53	47	88
391	อาการทั่วไป	1,187	285	281	99
401	โรคอื่นๆ	289	145	317	219

หมายเหตุ: TTMIC = Thai Traditional Medicine Inpatient Casemix

มาคือกรรุ่มโรคที่เกิดอาการหลายระบบกรรุ่มลมไม่รุนแรง ค่า RW เท่ากับ 2.2926 และโรคที่เกิดอาการหลายระบบกรรุ่มลมรุนแรง ค่า RW เท่ากับ 1.5750 กรรุ่มโรคที่มีค่าวันนอนเฉลี่ย (WTLOS) สูงที่สุด คือกรรุ่มโรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่งตาหูคอจมูก ภาวะอาหาร และทวารหนัก ค่า WTLOS เท่ากับ 30 วัน รองลงมาคือกรรุ่มโรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง โรคผิวหนังไม่รุนแรง ค่า WTLOS เท่ากับ 21 วัน กรรุ่มโรคที่เกิดอาการหลายระบบ กรรุ่มธาตุพิการ

ค่า WTLOS เท่ากับ 20 วัน แสดงในตารางที่ 5

2. วิธีการจ่ายเงินด้วยกรรุ่มโรคร่วมแพทยแผนไทย และงบประมาณ

ทางเลือกวิธีจ่ายเงินด้วยกรรุ่มโรคร่วมแพทยแผนไทย 2 วิธี คือ

1) จ่ายตามประเภทผู้ป่วยในแพทยแผนไทย 3 ประเภท คือ ผู้ป่วยที่รักษาด้วยแพทยแผนไทยทั้งหมด มีค่ารักษาเฉลี่ย 10,000 บาทต่อ 1 RW ประเภทที่ 2

ตารางที่ 5 กรรุ่มโรคร่วมผู้ป่วยในแพทยแผนไทย (TTMIC) คำน้้าหนักสัมพัทธ์จากค่ารักษาทั้งหมด (RW from total charge) คำน้้าหนักสัมพัทธ์จากค่ารักษาเฉพาะบริการแพทยแผนไทย (RW from TTM charge) คำน้้าวันนอนเฉลี่ย (WTLOS) ค่าจุดตัดวันนอนเกินเกณฑ์ (Outlier trim point; OT)

TTMIC Group	คำอธิบาย TTMIC	จำนวนผู้ป่วย	RW (TTM charge)	RW (Total charge)	WTLOS	OT
101	กรรุ่มสูติ	2,862	0.3693	0.5544	3	5
102	กรรุ่มนรีเวช	946	0.8685	0.4063	3	4
111	โรคของเด็ก	13	0.0351	0.9266	16	119
201	โรคที่เกิดอาการหลายระบบ กรรุ่มไข่ออกผื่น	29	0.0575	1.3429	26	201
202	โรคที่เกิดอาการหลายระบบ/กรรุ่มไขไม่ออกผื่น	297	0.0809	1.0318	19	149
203	ไข่อื่น ๆ และที่ไม่ระบุรายละเอียด	417	0.0404	0.5339	7	7
211	โรคที่เกิดอาการหลายระบบ กรรุ่มลมรุนแรง	667	1.5750	1.8264	12	59
212	โรคที่เกิดอาการหลายระบบ กรรุ่มลมไม่รุนแรง	2,239	2.2926	0.6712	8	21
221	โรคที่เกิดอาการหลายระบบ กรรุ่มธาตุพิการ	1,561	0.4625	2.5	20	130
231	โรคที่เกิดอาการหลายระบบ กรรุ่มความเสื่อม	122	1.0385	1.5945	18	116
302	โรคอาการอื่นและที่ไม่ระบุรายละเอียดของศีรษะสมอง ระบบประสาท	1	0.1224	4.4913	36	36
303	อัมพาต	1,005	3.4037	1.2913	13	33
311	โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง ตาหูคอจมูก ภาวะอาหาร ทวารหนัก	290	0.0571	1.8277	30	194
321	โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง ทางเดินหายใจ	4,467	0.9351	0.7811	4	10
331	โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง ทางเดินปัสสาวะ	145	0.0653	2.2258	18	105
341	โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง กล้ามเนื้อ กระดูก ข้อ	324	0.4325	2.0433	16	87
351	โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง โรคผิวหนังรุนแรง	6	3.9629	2.2164	29	81
352	โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง โรคผิวหนังไม่รุนแรง	189	0.0541	2.0352	21	146
391	อาการทั่วไป	1,187	0.2908	0.4493	5	12
401	โรคอื่น ๆ	289	0.1476	1.5541	16	120

หมายเหตุ: คำน้้าหนักสัมพัทธ์จากค่ารักษาทั้งหมดที่ปรับค่ามาตรฐาน (RW total charge) คำน้้าวมจากค่าเฉลี่ยของค่ารักษาในแต่ละกรรุ่มหารด้วยค่าเฉลี่ยของค่ารักษาของผู้ป่วยทั้งหมด (10,091 บาท)

คำน้้าหนักสัมพัทธ์จากค่ารักษาเฉพาะบริการแพทยแผนไทย (RW TTM charge) คำน้้าวมจากค่าเฉลี่ยของค่ารักษาเฉพาะบริการแพทยแผนไทย ในแต่ละกรรุ่มหารด้วยค่าเฉลี่ยของค่ารักษาเฉพาะบริการแพทยแผนไทยของผู้ป่วยทั้งหมด (980 บาท)

ผู้ป่วยที่มีแพทย์แผนไทยร่วมรักษาจ่ายตามฐานของบริการแพทย์แผนไทย 1,000 บาทต่อ RW เพิ่มเติมจากที่ได้รับจากการจ่ายด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของกองทุนต่าง ๆ ในปัจจุบัน ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยที่รักษาด้วยแพทย์แผนไทยเล็กน้อยไม่จ่ายเพิ่ม เพราะได้รับการจ่ายด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของกองทุนต่าง ๆ อยู่แล้ว หากจ่ายด้วยวิธีนี้จะใช้งบประมาณราว 49 ล้านบาท ดังแสดงในตารางที่ 6

2) จ่ายเพิ่มเติมจากการจ่ายด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของกองทุนต่าง ๆ ในปัจจุบัน โดยจ่ายตามกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยในแพทย์แผนไทย แต่ใช้อัตราฐานการจ่ายของบริการแพทย์แผนไทย คือ 1,000 บาท ต่อ RW บวกด้วยที่ได้รับจากการจ่ายด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของกองทุนต่าง ๆ ในปัจจุบัน หากจ่ายด้วยวิธีนี้ จะใช้งบประมาณประมาณ 17 ล้านบาท ดังแสดงในตารางที่ 6

อนึ่ง การคาดประมาณงบประมาณสำหรับวิธีจ่ายด้วยกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยในแพทย์แผนไทยในการศึกษานี้ ประมาณจากจำนวนผู้ป่วยในแพทย์แผนไทยต่อปี ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 0.3 ของผู้ป่วยในทั้งหมด (18,198 รายต่อ 7,000,000 ราย)

ตารางที่ 6 ประเภทการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย จำนวนผู้ป่วย ค่ารักษาแพทย์แผนไทยเฉลี่ยต่อราย (บาท) ค่ารักษาทั้งหมดเฉลี่ยต่อราย (บาท) และคาดการณ์งบประมาณ

ประเภทการรักษา	จำนวนผู้ป่วย ด้วยแพทย์แผนไทย (ราย)	ค่ารักษาแพทย์แผนไทย เฉลี่ยต่อราย (บาท)	ค่ารักษาทั้งหมด เฉลี่ยต่อราย (บาท)	คาดการณ์งบประมาณ (บาท)	บาทต่อ RW
แบบที่ 1					
1	3,526	2,637	8,231	35,260,000	10,000
2	13,923	552	9,890	13,923,000	1,000
3	686	147	12,085	0	-
รวมใช้งบประมาณ				49,183,000	-
แบบที่ 2					
1	3,526	2,637	8,231	3,526,000	1,000
2	13,923	552	9,890	13,923,000	1,000
3	686	147	12,085	0	-
รวมใช้งบประมาณ				17,449,000	-

วิจารณ์

กลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยในแพทย์แผนไทยที่พัฒนาขึ้น ให้ความสำคัญกับความเหมาะสมทางคลินิกเป็นลำดับแรก ซึ่งผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนไทยตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของแต่ละกลุ่มโรค และทดสอบความเหมาะสมทางค่าสถิติ พบว่า กลุ่มโรคร่วมที่สร้างขึ้นมีความสามารถในการจัดให้ผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึง ทั้งทางคลินิกและการใช้ทรัพยากรอยู่ในกลุ่มเดียวกัน พิจารณาจากสถิติสัมประสิทธิ์ความแปรปรวน ส่วนใหญ่มีค่าต่ำกว่าร้อยละ 150.0 ความสามารถในการลดความแปรปรวนของต้นทุนอยู่ในระดับดีเพราะสามารถลดความแปรปรวนได้ถึงร้อยละ 25.3 จากจำนวนกลุ่มโรค 20 กลุ่ม สอดคล้องการพัฒนาในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุในโครงการผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งเป็นการพัฒนาการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและเครื่องมือการจ่ายเงินตามระบบ DRG ระยะแรกของเมืองไทย⁽⁶⁾ และการพัฒนาของประเทศอเมริกา⁽⁷⁾ ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วย

ในแต่ละกลุ่มมากเพียงพอ เพราะกลุ่มโรคที่มีผู้ป่วยจำนวนน้อยกว่า 30 ราย มีเพียง 4 กลุ่ม และสามารถนำมาคาดประมาณงบประมาณและวิธีการจ่ายได้

ถึงแม้ว่าการศึกษาคั้งนี้จะสามารถพัฒนากลุ่มโรคร่วมแพทย์แผนไทยได้ แต่ยังมีข้อจำกัดในหลายประเด็นคือ ความสมบูรณ์ของข้อมูล ความหลากหลายของหน่วยบริการ และความหลากหลายของผู้ป่วย ซึ่งกลุ่มโรคร่วมต้องการข้อมูลจำนวนมากและเพียงพอที่จะเป็นตัวแทนของบริการแพทย์แผนไทยทั้งหมด รวมถึงการจัดกลุ่มซึ่งใช้ตัวแปรการวินิจฉัยเพียงอย่างเดียวในการจัดกลุ่มอาจทำให้จัดกลุ่มได้ไม่แม่นยำเท่าที่ควร ต่างจากการพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related group) ที่ใช้ตัวแปรหลากหลายในการจัดกลุ่มโรค เช่น การวินิจฉัยโรค หัตถการ อายุ เพศ ประเภทการจำหน่าย น้ำหนักตัวเด็ก ฯลฯ⁽⁵⁾ ดังนั้น จึงมีประเด็นที่สมควรดำเนินการต่อ ได้แก่ ตัวแปรที่ใช้ในการจัดกลุ่มเพื่อให้ได้กลุ่มโรคที่สะท้อน การรักษาด้วยแพทย์แผนไทย และการใช้ทรัพยากร ตลอดจนจำนวนผู้ป่วย เพื่อให้มีความหลากหลายของโรคและการรักษา รวมถึงข้อมูลต้นทุนและรายรับที่ได้จริง วิธีการจ่ายเงินสำหรับบริการผู้ป่วยในด้วยกลุ่มโรคร่วม มีการใช้และพัฒนาสำหรับบริการเฉพาะอย่างหลากหลายในต่างประเทศ เช่น วิธีจ่ายเงินสำหรับบริการจิตเวชด้วยกลุ่มโรคร่วมจิตเวช⁽⁸⁾ การพัฒนากลุ่มโรคร่วมในการจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยกึ่ง-เฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน⁽⁹⁾ รวมถึงในประเทศไทย^(10,11) ซึ่งต้องมีการศึกษารายละเอียดผลกระทบทั้งทางด้านงบประมาณ หน่วยบริการ และวิธีการบริหารจัดการการเรียกเก็บ และหากจะใช้เป็นเครื่องมือในการจ่ายเงิน ควรเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ เช่น รหัสการวินิจฉัย รหัสหัตถการ เพิ่มข้อมูลมาตรฐานข้อมูลต้นทุน เพื่อคาดการณ์งบประมาณและสิทธิประโยชน์ของบริการแพทย์แผนไทย หากใช้วิธีจ่ายด้วยกลุ่มโรคร่วมอาจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมกรให้บริการและผู้รับบริการ จึงควรพิจารณาข้อดีและข้อพึงระวัง ข้อดีของการใช้วิธีการจ่ายเงินสำหรับบริการแพทย์แผนไทย

แยกจากบริการอื่น คือ อาจส่งเสริมให้มีการพัฒนาบริการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นภูมิปัญญาของไทยให้ตีมีมาตรฐานและเกิดบริการที่แพร่หลายขึ้น นับเป็นขวัญและกำลังใจแก่บุคลากรในสาขานี้ แต่ข้อพึงระวังคืออาจมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 0.3 อาจเป็นร้อยละ 1.0-5.0 ซึ่งมีผลต่องบประมาณ จึงควรพิจารณาเผื่อติดตามผลกระทบด้านพึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของการใช้และมีการพัฒนากลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยในแพทย์-แผนไทยที่ครอบคลุมระบบบริการสุขภาพ ทั้งผู้ป่วยนอกและในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1) ควรพัฒนาการจัดกลุ่มโรคร่วมแพทย์แผนไทยให้มีความชัดเจนในการจัดกลุ่มโรค และควรมีตัวแปรเพิ่มเติม รวมถึงการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ของการบริการเพื่อพิสูจน์ถึงความคุ้มค่าในการจ่าย

2) กองทุนต่างๆ ควรวางระบบเตรียมความพร้อมในการใช้แพทย์แผนไทย โดยเฉพาะด้านการปรับปรุงรหัสการวินิจฉัย รหัสหัตถการ กำหนดเพิ่มข้อมูลมาตรฐานเพื่อการบันทึกและจัดส่งข้อมูลจากประสบการณ์การดำเนินการใช้วิธีการจ่ายเงินด้วยระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม Thai DRG version 3 ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽¹²⁾ ซึ่งทั้งในและต่างประเทศต้องมีการเตรียมการในเรื่องระบบข้อมูลมาตรฐาน โดยเริ่มจากงานวิจัยและทดลองให้โรงพยาบาลต่างๆ ส่งข้อมูลและพัฒนาระบบชุดมาตรฐานข้อมูลจนมีมาตรฐานจึงมีการประกาศใช้ระบบ DRG ทั่วประเทศ⁽¹³⁾

3) พิจารณาเพิ่มวงเงินงบประมาณ จากการระบุสิทธิประโยชน์ด้านการดูแลผู้ป่วยในด้วยบริการแพทย์แผนไทย ซึ่งปัจจุบันรวมอยู่กับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น สิทธิข้าราชการและประกันสังคม ถึงแม้ว่าในปัจจุบันสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีการจ่ายเงินเพื่อสนับสนุนบริการแพทย์แผนไทย ในงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว โดยจ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการที่จัดบริการเวชกรรมไทย นวด อบ ประคบ และการใช้สมุนไพรตาม

กำหนดแยกต่างหาก แต่เป็นการจ่ายด้วยระบบงบประมาณปลายปิดและจ่ายตามคะแนนของค่าบริการแพทย์แผนไทยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน⁽¹⁴⁾ ซึ่งหน่วยบริการได้รับประมาณเพียงบางส่วนเท่านั้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้อริเริ่มโครงการเพื่อศึกษาและพัฒนาต้นแบบระบบบริการผู้ป่วยในด้านการแพทย์แผนไทย ขอขอบคุณคณะกรรมการพัฒนาแนวทางการเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยในด้านการแพทย์แผนไทย (DRG) ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยที่ให้คำปรึกษาการวิจัย ในการศึกษาวิจัยฉบับนี้ จำเป็นต้องใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์เป็นจำนวนมาก ขอขอบคุณบุคลากรด้านแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์จนการวิจัยสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. อรทัย เขียวเจริญ, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ชัยโรจน์ ชิงสนธิพร, อานนท์ รุ่งไพบูลย์. ต้นทุนผู้ป่วยรายบุคคลสำหรับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมประเทศไทย: วิจัยภาค. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2554;20:572-85.
2. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2540.
3. Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. Case mix definition by diagnosis-related groups. Medical care 1982;18:1-53.
4. Stineman MG. Case-mix measurement in medical rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 1995;76:1163-70.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 5.0 พ.ศ.2554 เล่ม 1.

6. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555.
6. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ประดิษฐ์ วงษ์คุณารัตนกุล, อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, พรพจน์ กิ่งแก้ว. ราคา-กลางค่ารักษาพยาบาลผู้ประสบภัยจากรถ: กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของอุบัติเหตุ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2539.
7. Averill RF, Muldoon JH, Vertrees JC, Goldfield NI, Mullin RL, Fineran EC, et al. The evolution of casemix measurement using diagnosis related groups (DRGs) [Internet]. [cited 2015 Feb 20]. Available from: <http://www.ymsolutions.com/Download/evolcasemix5-98.pdf>.
8. Jacobs R. Payment by results for mental health services: economic considerations of case-mix funding. Advances in Psychiatric Treatment 2014;20:155-64.
9. Green J, Gordon R, Blanchard M, Kobel C, Eagar K. Development of the Australian national subacute and non-acute patient classification version 4: final report. Wollongong: Centre for Health Service Development, University of Wollongong; 2015.
10. Khiaocharoen O, Pannarunothai S, Zungsontiporn C, Riewpaiboon W. Casemix classification payment for sub-acute and non-acute inpatient care, Thailand. J Med Assoc Thai 2010;93:849-59.
11. Wisaijohn T, Pimkhaokham A, Lapying P, Itthichaisri C, Pannarunothai S, Igarashi I, et al. New casemix classification as an alternative method for budget allocation in Thai oral healthcare service: a pilot study. International Journal of Dentistry 2010;2010:1-13.
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2545 เล่ม 1. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2545.
13. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม: หลักการและใช้ประโยชน์. พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2542.
14. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2557.

Abstract: Casemix and Payment Method Development for Thai Traditional Medicine Inpatient Casemix

Orathai Khiaocharoen, B.N., Ph.D. (Health Systems and Policy)*; Supasit Pannarunothai, M.D., Ph.D. (Health Planning and Financing); Chairoj Zungsontiporn, M.D.***; Pramote Stienrut, M.D., M.P.A.******
* *Phitsanulok Provincial Health Office*; ** *Centre for Health Equity Monitoring Foundation (CHEMF)*;
*** *Central Office for Healthcare Information*; **** *Department of Thai Traditional and Complementary Medicine, Ministry of Public Health*
Journal of Health Science 2016;25:495-507.

Thai traditional medicine is wisdom of Thailand, but service reimbursement still limit. This action research aimed to develop the casemix and payment method for Thai Traditional Medicine Inpatient Casemix (TTMIC). Four steps were set up as follows: (1) standard data for TTMIC development, (2) data collecting and editing, (3) classification and evaluation, and (4) cost analysis, budget expectation to pay based on TTMIC. The study was conducted from fiscal year 2012 – 2014. Eleven hospitals were voluntarily recruited to develop TTMIC. Three types of Thai traditional medicine inpatient treatment modalities were set up for inpatients including intensive treatment with Thai traditional medicine, moderate treatment with Thai Traditional Medicine, and little treatment with Thai Traditional medicine. The independent variable for classification is Thai medicine diagnosis based on ICD-10 Thai modification. Dependent variables were length of stay and standardized charge as a proxy of cost to calculate Relative Weight (RW). Data analysis used Coefficient of variation (CV) and Reduction in variance (RIV). The results showed that there were 18,198 inpatients with TTM. According to inclusion and exclusion criteria, only 16,930 inpatients data were analyzed. 96.9% of all patients came from community hospital (16,403 cases). 60.8% were women (10,293 cases). Average age was 47.2 years (SD=25.2). Average day stay in hospital was 8.3 days (SD=22.3). The patients were classified into 20 groups. Most of TTMIC groups (65.0%) had CV lower than 150% and RIV was 25.3 %. Almost of them were patients with respiratory tract disease 4,467 cases (26.4%). The TTMIC that had highest RW was patient with paralyze (3.4037). The alternative payments for Thai Traditional medicine were paid by intensive of Thai medicine treatment based on TTMIC. Firstly, pay 10,000 baht per Relative Weight (RW) for intensive Thai medicine treatment and 1,000 Baht per RW for cases with moderate Thai medicine treatment. The budget for this the first payment model was 49 million baht. Secondly, additional payment for Thai medicine treatment was 1,000 baht per RW for all. The budget used 17 million baht only for the second model. We can conclude that TTMIC was appropriate in term of clinical and statistic using this data. Therefore more attention should be paid to the payment using casemix for TTMIC should use the additional variable for classification. The important data such as diagnosis, procedure code, cost data and standard data set should be prepared, so updated TTMIC could provide the useful data for Thai medicine budget estimation and benefit packet.

Key words: Casemix, Thai traditional medicine, payment model