

# ระบบการจัดกลุ่มผู้รับบริการของออสเตรเลีย ให้บทเรียนอะไรแก่ไทยบ้าง

## WHAT CAN WE LEARN FROM THE AUSTRALIAN CASEMIX?

• นพ.ประดิษฐ์ วงษ์คนารัตนกุล  
 สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข  
 Dr.Pradit Wongkanaratanakul  
 Health Policy and Planning Bureau  
 Ministry of Public Health  
 นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย  
 ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก  
 Dr.Supasit Pannarunothai  
 Technical Department  
 Buddhachinaraj Hospital, Phitsanolk Province

รายงานนี้เป็นการสรุปการดูงานด้านระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของหน่วยงานต่าง ๆ ในประเทศออสเตรเลีย ระหว่างวันที่ 27 มีนาคม - 7 เมษายน 2538 การดูงานครั้งนี้ได้รับความร่วมมือ และการสนับสนุนอย่างดียิ่งจาก กระทรวงสาธารณสุขแห่งรัฐนิวเซาท์เวลส์ และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อนำข้อมูลที่ได้ มาใช้เป็นคู่มือในการบริหารจัดการด้านคุณภาพของ การบริการ หรือการบริหารทรัพยากร ของโรงพยาบาลในประเทศไทย

### 1. ความเป็นมา

**การ** คัดหาระบบจัดกลุ่มผู้รับบริการสาธารณสุขใน ประเทศออสเตรเลีย (Casemix development) ค่อย ๆ ก่อตัวขึ้นตั้งแต่ปี 2526 หลังจากที่กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related group, DRG) ได้แพร่ขยายตัวมาจากสหรัฐอเมริกา รัฐบาลกลางของออสเตรเลียเห็นว่ากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเป็นระบบการแบ่งกลุ่มผู้รับบริการที่ดีที่สุดในแบบหนึ่ง เนื่องจากต้องการข้อมูลไม่มากนัก สามารถจัดกลุ่มได้อย่างมีความหมายทางคลินิก และสามารถทำนายการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถทำนายทรัพยากรที่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ฯลฯ รัฐบาลกลางจึงสนับสนุนการวิจัยเพื่อคัดหาระบบการจัดกลุ่มผู้รับบริการที่ดี ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการจัดสรรงบประมาณอย่างได้ผล

ความมุ่งมั่นและการลงทุนของรัฐบาลกลางต่อระบบการแบ่งกลุ่มผู้รับบริการมีมาอย่างต่อเนื่อง การวิจัยชั้นต่างๆ ดำเนินมาเป็นลำดับ จนกระทั่งได้นำหลักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่เป็นของออสเตรเลียเอง และได้ระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการแบบอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยวันเดียว ผู้ป่วยเด็ก กลุ่มผู้รับบริการโรคไม่เฉียบพลัน ฯลฯ ความพยายามเหล่านี้ ไม่ได้มีเฉพาะจากส่วนของรัฐบาลกลางเท่านั้น รัฐบาลท้องถิ่นของแต่ละรัฐก็มีบท

บาทอย่างเป็นฝ่ายกระทำดำเนินการวิจัยเพื่อนำไปใช้ประโยชน์อย่างแท้จริง แต่ละรัฐจึงเริ่มใช้ระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการเพื่อจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขแตกต่างกันออกไป

นิวเซาท์เวลส์ เป็นรัฐหนึ่งที่มีพัฒนาการของระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการที่น่าศึกษา การนำระบบแบ่งกลุ่มฯ มาใช้จัดสรรงบประมาณสาธารณสุข เพื่อบรรลุเป้าหมาย ทั้งความเป็นธรรมและประสิทธิภาพ บทเรียนการพัฒนาของระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการของออสเตรเลีย โดยเฉพาะรัฐนิวเซาท์เวลส์จึงน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการวางทิศทางการพัฒนาระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย บทความชิ้นนี้เป็นสรุปแนวคิดจากการดูงานระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการ ณ รัฐนิวเซาท์เวลส์ ประเทศออสเตรเลียระหว่างวันที่ 27 มีนาคม - 7 เมษายน 2538 เนื้อหาส่วนใหญ่เน้นถึงการให้ประโยชน์ของระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการ เริ่มจากสรุปย่อระบบสาธารณสุขของออสเตรเลีย การจัดสรรเงินลงสู่เขตสาธารณสุข และโรงพยาบาล สูตรการจัดสรรงบประมาณแบบต่างๆ ทั้งที่ใช้ระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วย (กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและกลุ่มโรคไม่เฉียบพลัน) ข้อเสนอสำหรับการปรับฐานจัดสรรงบประมาณ และสำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการในอนาคต สรุปท้ายเป็นข้อเสนอแนะของการพัฒนาระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการในประเทศไทย

## 2. ระบบสาธารณสุขของออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลียเริ่มนโยบายขยายหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน ตั้งแต่ปี 2527 ให้ชื่อ โครงการว่า Medicare โดยรัฐบาลกำหนดให้ประชาชนทุกคนที่มีรายได้ ต้องจ่ายเงินภาษีเพื่อสุขภาพคนละ 1.4% ของเงินได้ต่อปี ส่วนรัฐบาลกลางมีหน้าที่จัดสรรภาษีนี้ให้แก่รัฐบาลประจำมลรัฐ ในสัดส่วนครึ่งหนึ่งของงบประมาณด้านสาธารณสุขของมลรัฐนั้นๆ ส่วนที่เหลือเป็นหน้าที่ของรัฐบาลมลรัฐที่ต้องหาเงินมาสมทบ โครงการ Medicare จะรับผิดชอบรายจ่ายของบริการแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาล และบ้านพักฟื้น ส่วนมลรัฐต้องรับผิดชอบบริการโรงพยาบาล และสาธารณสุขในชุมชน ดังนั้นเมื่อประชาชนเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ จึงไม่ต้องจ่ายเงินใดๆ เพิ่มเติม ยกเว้นกรณีที่ต้องการเลือกแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินค่ารักษาทั้งหมดรวมทั้งค่าธรรมเนียมแพทย์

จากสถิติปี 2532-2533 (ตารางที่ 1) รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศออสเตรเลียทั้งสิ้น 28,673 ล้านดอลลาร์ คิดเป็น 1,690 ดอลลาร์ต่อคน (หรือประมาณ 3 หมื่นบาทต่อคน) แหล่งที่มาของเงินคือ 42% มาจากรัฐบาลกลาง 27% มาจากรัฐบาลท้องถิ่น และ 31% มาจากภาคเอกชน (ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งมาจากครัวเรือน อีก 4 ใน 10 ส่วนมาจากประกันสุขภาพเอกชน และที่เหลือจาก

ตารางที่ 1 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศออสเตรเลียแยกตามแหล่งที่มาของเงิน ปี 2532-2533

	รัฐบาลกลาง	รัฐบาลท้องถิ่น	เอกชน	รวม
งบลงทุน	184	1,168	624	1,966(06.8%)
โรงพยาบาล	3,966	4,806	2,287	11,089(38.7%)
สถานอื่น ๆ	1,622	488	610	2,720(09.5%)
อื่นๆ ที่ไม่ใช่สถาบัน	6,332	1,183	5,413	12,928(45.1%)
รวม	12,104 (42.2%)	7,635 (26.6%)	8,934 (31.2%)	28,673 (100%)

ที่มา: (Grant and Lapsley 1993)

แหล่งอื่นๆ) เป็นรายจ่ายของการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 39% รายจ่ายอื่นที่ไม่ใช่ในสถาบันทางการแพทย์ (ได้แก่ค่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทันตแพทย์ ค่ายา และอื่นๆ) 45% จะเห็นว่ารายจ่ายจากรัฐบาลกลางใช้ไปสำหรับรายจ่ายอื่นที่ไม่ใช่ในสถาบันมากกว่าอย่างอื่น (ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ค่ายา) และรายจ่ายจากรัฐบาลท้องถิ่นเป็นไปเพื่อกิจการโรงพยาบาลมากกว่าอย่างอื่น ส่วนรายจ่ายจากภาคเอกชนเป็นไปเพื่อการรักษาที่ไม่ใช่ในสถาบัน (ได้แก่ ทันตกรรม ค่ายา เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์) และค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล

โครงการ Medicare ของรัฐที่คุ้มครองคนทุกคนทำให้การประกันสุขภาพของบริษัทเอกชนได้รับความนิยมลดน้อยลง จากร้อยละ 43 ของประชากรทั้งหมดที่ซื้อประกันสุขภาพเอกชนในปี 2533 เหลือร้อยละ 37 ในปี 2538 ประกันสุขภาพของเอกชนนี้มักจะจ่ายเงินให้กับผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน หรือผู้ป่วยที่เลือกแพทย์ผู้รักษาในโรงพยาบาลของรัฐ (เตียงโรงพยาบาลเอกชนมีประมาณ 25% ของเตียงโรงพยาบาลทั้งหมด) ถ้าอัตราการประกันกับบริษัทเอกชนลดลงมากกว่า 2% รัฐบาลกลางอาจพิจารณาเพิ่มสัดส่วนการจัดสรรเงินเพื่อการสาธารณสุขให้แก่รัฐเพิ่มมากขึ้น เพราะเงินเพื่อการสาธารณสุขของเขตหรือโรงพยาบาลจะลดลง

### 3. การจัดสรรเงินให้แก่เขตและโรงพยาบาล

รัฐนิวเซาท์เวลส์ แบ่งการปกครองออกเป็น 23 เขตชนบท (districts) และ 10 เขตเมือง (metropolitan areas) เขตการปกครองเหล่านี้มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านบริการชุมชน งานสาธารณสุข และบริการโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์ทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณสาธารณสุขให้แก่เขตเหล่านี้ จากนั้นเขตจึงจัดสรรงบประมาณแก่โรงพยาบาลอีกต่อหนึ่ง มลรัฐต่างๆ ในออสเตรเลียมีอิสระในการดำเนินงาน ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันทุกประการ รัฐวิคตอเรียมีประชากรประมาณ 4

ล้านคน แต่เนื่องจากประสพภาวะเศรษฐกิจถดถอยมากกว่ารัฐอื่น จึงต้องคิดวิธีลดรายจ่ายของโรงพยาบาล รัฐวิคตอเรียใช้ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลมา 2 ปีแล้ว ประเมินว่าสามารถประหยัดรายจ่ายได้ถึง 12%

รัฐนิวเซาท์เวลส์ ไม่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจที่รุนแรงขนาดนั้น การจัดสรรงบประมาณของรัฐสู่เขตมีสูตรในการคำนวณโดยใช้ประชากรเป็นฐานสำคัญ (ดูสูตรจัดสรรงบประมาณโดยละเอียดได้ในตอนต่อไป) จากนั้นเขตจัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาลโดยถ่วงน้ำหนักตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ซึ่งระบบที่ใช้ในออสเตรเลียนี้ต่างจากที่ใช้ในอเมริกา กล่าวคือ ในออสเตรเลีย มีการกำหนดวงเงินงบประมาณไว้ล่วงหน้า โรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยด้วยน้ำหนักที่มากกว่าที่คาดการณ์ไว้ จะไม่ได้รับเงินเพิ่มในปีงบประมาณนี้ แต่จะสมทบไว้ในปีต่อไป อีกส่วนหนึ่งที่แตกต่างคือกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในอเมริกาเป็นระบบที่ใช้กับผู้ป่วยในแบบเฉียบพลันเท่านั้นจึงไม่สามารถควบคุมรายจ่ายของโรงพยาบาลได้ดีนักเพราะสามารถเลี่ยงไปใช้วิธีการรักษาแบบอื่นที่ได้เงินเข้าโรงพยาบาลได้มากกว่า ระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการของออสเตรเลียพยายามครอบคลุมทั้งการรักษาผู้ป่วยในแบบเฉียบพลัน ผู้ป่วยรักษาหรือผ่าตัดกลับบ้านภายในวันเดียว และผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลให้การรักษา เพื่อป้องกันการยกย้ายไปใช้รหัสที่มีราคาสูงกว่า

### 4. สูตรจัดสรรงบประมาณสู่เขต

สูตรจัดสรรงบประมาณ (Resource allocation Formula, RAF) เริ่มใช้ในรัฐนิวเซาท์เวลส์ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2532-2533 เพื่อเป็นทิศทางไปสู่ความเป็นธรรมของการกระจายทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของมลรัฐ และยังเป็นทิศทางสำคัญของงบลงทุนที่จะมีต่อไปในอนาคต การนำสูตรจัดสรรไปสู่การปฏิบัติอยู่ในยุคที่ระดับเศรษฐกิจรัดตัว จึงเป็นแรงบีบบังคับอีกทางหนึ่งให้มีการ

ปฏิรูปในระดับจุลภาค สูตรจัดสรรนี้วางเป้าหมายบรรลุความเป็นธรรมในระยะยาว เพราะวางบนฐานของคาดการณ์ประชากรในปี 2544

สูตรการจัดสรรงบประมาณลงสู่เขต เป็นดังนี้

$$R = a(N \sum P_i - 0.8 Pr + O + H - I + G) + b(N \sum P_i) + cT$$

R = งบประมาณที่ต้องการสำหรับเขต

N = ดัชนีความจำเป็นของเขต (Relative Need Index)

$P_i$  = ประชากรตามโครงสร้างอายุและเพศ ปรับน้ำหนักตามการใช้ทรัพยากร (ใช้น้ำหนักสัมพัทธ์ของ DRG) ของกลุ่มอายุและเพศของเขตนั้นๆ

Pr = กิจกรรมสาธารณสุขของโรงพยาบาลเอกชน (น้ำหนักสัมพัทธ์ของ DRG)

O = กิจกรรมทางยุติกรรม (น้ำหนักสัมพัทธ์ของ DRG) ลบด้วยการคลอดในภาคเอกชน

H = กิจกรรมสาธารณสุขต้นทุนสูง (น้ำหนักสัมพัทธ์ของ DRG)

I = กิจกรรมสาธารณสุขเพื่อประชากรรัฐข้างเคียง (น้ำหนักสัมพัทธ์ของ DRG)

G = การข้ามเขตรับบริการสุทธิ (น้ำหนักสัมพัทธ์ของ DRG)

T = ปรับเพิ่มตามการสอนหรือการวิจัย

a = ตัวคูณสำหรับผู้ป่วยใน (ในระยะแรกใช้ค่า 0.643 ตามค่าที่ได้จากสมการถดถอย)

b = ตัวคูณสำหรับผู้ป่วยอื่นๆ (ใช้ค่า 0.275)

c = ตัวคูณสำหรับการสอนหรือการวิจัย (ใช้ค่า 0.082)

โดยสรุปแล้วสูตรจัดสรรนี้ ให้ความสำคัญกับดัชนีความจำเป็นทางสุขภาพของประชากรแต่ละเขต (Relative Need Index) ซึ่งเป็นดัชนีผสมระหว่างข้อมูลการตายของประชากร และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

ของประชากรแต่ละเขต

$$RNI = a + 0.4 \times SMR_i - 0.4 \times EDOCC_i - 0.9 \times Rural_i$$

RNI คือ ดัชนีความจำเป็นสัมพัทธ์ relative need index (N)

a คือ ค่าคงที่

SMR คือ อัตราส่วนการตายมาตรฐาน standardised mortality ratio

EDOCC คือ ดัชนีผสมระหว่างระดับการศึกษาและอาชีพ

Rural คือ ดัชนีความเป็นชนบท

นอกจากนั้น สูตรจัดสรรยังให้น้ำหนักกับการข้ามเขตรับบริการขั้นทุติยภูมิของประชากร การมีและพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขในภาคเอกชน ตลอดจนสัดส่วนของบริการขั้นตติยภูมิที่มีในเขตต่างๆ หากทิศทางการจัดสรรงบประมาณเป็นไปตามที่คาดการณ์ บางเขตจะได้รับงบประมาณลดลง (เช่น เขตซิดนีย์ตะวันออก แทนที่จะได้ 13.8% ของงบทั้งหมดของรัฐในปี 2532-2533 จะลดลงเหลือ 9.3% ของงบทั้งหมดในปี 2544) และบางเขตจะได้อีกขึ้น (เช่น เขตซิดนีย์ตะวันตกเฉียงใต้ เพิ่มจาก 7.1% เป็น 9.5%)

## 5. การงบประมาณตามระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการ (Casemix funding)

เครือข่ายของการวิจัยเพื่อค้นหาสูตรจัดสรรงบประมาณตามระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการ (The Casemix Area Network, CAN) ประกอบด้วย 8 สาธารณสุขเขตของรัฐนิวเซาท์เวลส์ ช่วยกันหาวิธีจัดสรรงบประมาณให้สัมพันธ์กับผลงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์ลงทุนในเครือข่ายนี้ โดยหวังผลให้สาธารณสุขเขตต่างๆ นำระบบการแบ่งกลุ่มผู้รับบริการ (Casemix) ไปใช้จัดสรรงบประมาณภายในระยะเวลา 2 ปี เพื่อพัฒนาต่อกันต่อไป

- การจัดสรรงบประมาณที่เป็นธรรมยิ่งขึ้น
  - เพื่อเพิ่มผลผลิตของบริการสาธารณสุข
  - เพื่อประเมินความคุ้มค่าของเงินที่ลงทุนเทียบกับคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับ
  - เพื่อหาวิธีประเมินผลที่ได้ของบริการสาธารณสุข
- การนำระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการไปใช้ มี 2 ระดับ คือ

1. ระดับสาธารณสุขเขต ผลงานบริการสาธารณสุข และระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการจะเป็นฐานสำคัญของสูตรจัดสรรงบประมาณ

2. ระดับโรงพยาบาล ระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการจะเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการตัดสินใจบริหารงานในโรงพยาบาล

สูตรจัดสรรงบประมาณตามระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการ เป็นการผสมผสานกันระหว่างฐานคิดตามต้นทุน (cost-based) ตามความจำเป็น (need-based) และตามผลงานบริการ (output-based) ที่สำคัญคือจำนวนงบประมาณที่จะจัดสรรเป็นงบที่มีวงเงินจำกัด (capped budget) ดังนั้น ทั้งต้นทุน ความจำเป็นและผลงานจึงเป็นน้ำหนักสัมพัทธ์ภายในวงเงินจำกัดนั้น สูตรจัดสรรงบประมาณแบ่งองค์ประกอบของงบประมาณเป็น 14 ส่วนตามประเภทใหญ่ๆ ของผลผลิตสาธารณสุข (Major Product Type, MPT) ผลผลิตบางส่วนสามารถใช้ระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการคำนวณหาต้นทุน ความจำเป็น และปริมาณผลงานได้ แต่ผลผลิตส่วนใหญ่ยังต้องใช้วิธีการจัดสรรงบประมาณตามประวัติศาสตร์อยู่ คือเมื่อปีก่อนได้เท่าไร ปีนี้หรือปีหน้าจะได้งบประมาณเพิ่มในอัตราร้อยละเท่าไรเท่านี้ ผลผลิต 14 ประเภทนั้นได้แก่

- MPT 1 สาธารณสุข จัดงบประมาณตามโครงการ
- MPT 2 ส่งเสริมสุขภาพ จัดงบประมาณตามโครงการ
- MPT 3 ยาเสพติด จัดงบประมาณตามโครงการ
- MPT 4 ทันตสาธารณสุข จัดสรรตามโครงการ หรืออาจใช้ระบบการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยนอก

- MPT 5 สุขภาพจิต จัดสรรตามโครงการ หรืออาจใช้ระบบการแบ่งกลุ่มบริการสุขภาพ
- MPT 6 ผู้สูงอายุและผู้พิการ จัดสรรตามโครงการต่อไป จะจัดสรรตามกลุ่มโรคไม่เฉียบพลัน
- MPT 7 ผู้ป่วยเฉียบพลัน จัดสรรตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของออสเตรเลีย (AN-DRGs)
- MPT 8 อุบัติเหตุและฉุกเฉิน จัดสรรตามระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยนอก (ambulatory classification) แต่ขึ้นกับว่า งบอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะสนับสนุนโดยส่วนกลางหรือมลรัฐ ถ้ามลรัฐเป็นผู้จัดสรร อาจพิจารณาใช้กลุ่มฉุกเฉินร่วม (Urgency related group, URG) เป็นเกณฑ์
- MPT 9 ผู้ป่วยนอก จัดสรรตามระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยนอก ส่วนกลางหรือรัฐจะเป็นผู้ตัดสินใจ
- MPT 10 อนามัยชุมชน ผสมผสานระหว่างงบตามโครงการและระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยนอก
- MPT 11 สาธารณสุขเขต งบประมาณตามที่เจรจาและเป็นที่ยอมรับกัน
- MPT 12 บริการการแพทย์ ค่าธรรมเนียมแพทย์จัดสรรตามระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการ ปรับตามฐานะว่าเป็นผู้ป่วยในอุปถัมภ์ของรัฐหรือผู้ป่วยเอกชน
- MPT 13 การสอนหรือการวิจัย ตามการเจรจา
- MPT 14 อภิบาลผู้ป่วยหนักจัดสรรตามระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยหนัก หรือกลับไปใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ถ้าอำนาจการจำแนกของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมดีขึ้น

### การนำสูตร CAN ไปใช้

สาธารณสุขเขตซิดนีย์เหนือ เป็นผู้นำที่รับสูตรจัดสรรงบประมาณในเขตเครือข่าย (CAN) ไปใช้แบ่งเงินที่ได้จากมลรัฐ สำหรับกิจกรรมสาธารณสุข 14 ประเภท ตั้งแต่ปี 2536-2537 รัฐนิวเซาท์เวลส์ตั้งเป้าหมายว่า ปี 2538-2539 ทุกเขตของนิวเซาท์เวลส์จะต้องใช้สูตรนี้ในการจัดสรรงบประมาณ เครือข่าย CAN นี้มีคณะทำงาน

ที่ประกอบด้วยตัวแทนเขตต่างๆ และกระทรวงสาธารณสุขของรัฐ รวมทั้งมหาวิทยาลัยวอลลองกองได้รับแต่งตั้งให้เป็นที่ปรึกษาของการดำเนินงาน

ขั้นตอนของการจัดสรรงบประมาณตามสูตร CAN มีดังนี้

ขั้นที่ 1 แบ่งงบประมาณลงตามผลผลิตสาธารณสุขที่สำคัญ 14 ประเภท ส่วนใหญ่จัดสรรตามแนวโน้มของปีก่อน ปรับตามแผนดำเนินงานของหน่วยงานที่เสนอของงบประมาณ ขั้นตอนนี้สามารถใช้นโยบายเป็นเครื่องชี้ทิศทางของการจัดสรรได้ งบประมาณของโรงพยาบาลจะจำกัดไว้ที่ประมาณ 64% ของงบทั้งหมด

ขั้นที่ 2 จัดสรรงบให้แก่แต่ละโรงพยาบาล โดยใช้ข้อมูลบริการผู้ป่วยในของปีก่อนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแบ่งผู้รับบริการนี้เป็น 3 ประเภทคือ กลุ่มผู้ป่วยที่จัดลง DRG ได้ กลุ่มผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลนานหรือสั้นตกเกณฑ์ และกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น

2.1 คำนวณน้ำหนักสำหรับผู้ป่วยที่จัดลงกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมได้

$$= \sum (\text{ปริมาณผู้ป่วยตามกลุ่ม DRG} \times \text{น้ำหนักสัมพัทธ์})$$

2.2 คำนวณน้ำหนักสำหรับผู้ป่วยที่นอนนาน/สั้นตกเกณฑ์

$$= \sum (0.6 \times \text{น้ำหนักสัมพัทธ์} \times (\text{จำนวนวันนอนของผู้ป่วย/วันนอนเฉลี่ยของ DRG นั้น}))$$

2.3 คำนวณน้ำหนักสำหรับผู้ป่วยส่งต่อ

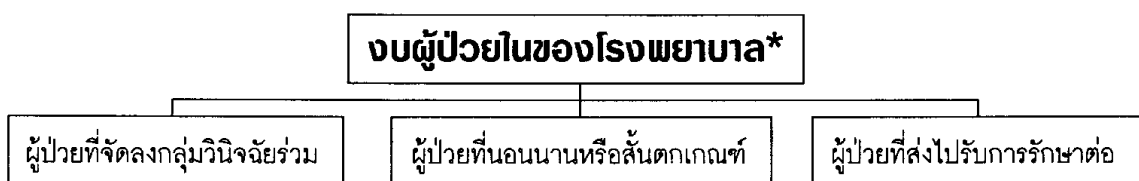
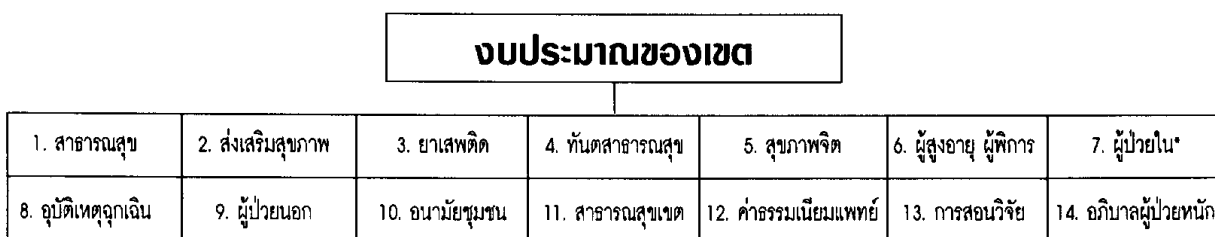
$$= \sum (\text{น้ำหนักสัมพัทธ์} \times (\text{จำนวนวันนอน/วันนอนเฉลี่ยของ DRG นั้น}))$$

ขั้นที่ 3 รวมคะแนนสัมพัทธ์ของทุกโรงพยาบาลเทียบกับยอดงบประมาณที่สามารถจัดสรรให้กับโรงพยาบาลเพื่อหาว่า 1 หน่วยสัมพัทธ์ สามารถตีค่าได้เป็นเงินเท่าไรเทียบกับปีก่อนได้อย่างไร

ขั้นที่ 4 วิเคราะห์แผนของโรงพยาบาลว่ามีการเปลี่ยนแปลงด้านจำนวนบริการที่จะให้แก่ผู้ป่วย และพฤติกรรมต้นทุนที่ต่างจากโรงพยาบาลแห่งอื่นอย่างไรเพื่อพิจารณาว่าต้องเพิ่มหมวดเงินอุดหนุน (compensation grant) ให้โรงพยาบาลเหล่านั้นหรือไม่

ขั้นที่ 5 จัดสรรงบให้โรงพยาบาลเพิ่มเติมในส่วนผลผลิตประเภทที่ 12 คือบริการทางการแพทย์ ที่ต้องจ่ายแก่แพทย์เอกชนที่มาทำงานให้โรงพยาบาลของรัฐตามข้อมูลจำนวนเงินและจำนวนผู้ป่วยรัฐหรือเอกชนของปีที่ผ่านมา

รูปที่ 1 ขั้นตอนการจัดสรรงบประมาณของเขต และจัดสรรแก่โรงพยาบาล



### ตัวอย่างการจัดสรรบให้โรงพยาบาล

สาธารณสุขเขตซิดนีย์เหนือจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยในแก่โรงพยาบาล 5 แห่งโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเพื่อกระตุ้นให้โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการจัดสรรงบประมาณยังให้น้ำหนักแก่องค์ประกอบต่างๆ หลายอย่าง ไม่ใช่เฉพาะกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเท่านั้น เพื่อลดความเสี่ยงที่โรงพยาบาลไม่อาจปรับเปลี่ยนประสิทธิภาพให้ได้ภายในระยะเวลารวดเร็วจากการวิเคราะห์งบประมาณที่เคยจัดสรรเดิม ทำให้สาธารณสุขเขตซิดนีย์เหนือ จัดงบประมาณคงที่ (ไม่แปรผันตามปริมาณบริการ) ไว้ประมาณ 55% ของบที่โรงพยาบาลควรได้ทั้งหมด ส่วนอีก 35% เป็นงบที่จัดสรรตามน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม อีก 10% เป็นตามบกิจกรรมอื่น เช่น การสอนหรือการวิจัย

## 6. งบประมาณสำหรับผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน (Sub-acute/non-acute)

เครือข่ายการวิจัยระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการ ของเขต (CAN) ได้ศึกษาถึงการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยในกึ่งเฉียบพลันและที่ไม่เฉียบพลัน (Sub- /Non-Acute Project, SNAP) เพื่อหาปัจจัยที่ดีที่สุดในการทำนายการใช้ทรัพยากร หรือการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากรัฐนิวเซาท์เวลส์และจากรัฐบาลกลาง และยังขยายจากเฉพาะการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลไปสู่การใช้ทรัพยากรในชุมชน เช่น บริการเวชกรรมฟื้นฟู บริการเยี่ยมบ้าน บริการบ้านพักฟื้น ฯลฯ

บริการผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Sub-acute care) ได้แก่

- บริการเวชกรรมฟื้นฟู การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ การรักษาประคับประคอง บริการในหน่วยจิตเวชผู้สูงอายุ หรืออื่นๆ ในจิตเวชที่นอกเหนือจากบริการเฉียบพลัน
- บริการที่จัดโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เวชศาสตร์ประคับประคอง หรือจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

- บริการที่แพทย์ผู้รักษาเห็นว่าเป็นไปเพื่อการฟื้นฟู การป้องกันขั้นตติยภูมิหรือการรักษาเพื่อประคับประคอง

บริการผู้ป่วยไม่เฉียบพลัน (Non-acute care) ได้แก่

- บริการที่จัดในบ้านพักฟื้น (nursing home)
- บริการแก่ผู้ป่วยพักฟื้น (convalescent care)
- บริการผู้ป่วยใกล้ตายที่ไม่ซับซ้อน

เหตุผลที่ต้องหาวิธีอื่นนอกเหนือจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) เพราะการวินิจฉัยโรคและหัตถการที่รักษาผู้ป่วยไม่เป็นปัจจัยทำนายการใช้ทรัพยากรที่ดีสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ และไม่สามารถสื่อความหมายทางคลินิกได้ดีนัก ในสหรัฐอเมริกาจะมีระบบกลุ่มกิจกรรมร่วม (Function related group, FRG) เพื่อหาระบบจ่ายเงินแก่บริการฟื้นฟูสภาพในหน่วยของรายป่วย (per case) ระบบนี้ใช้ข้อมูล 3 ส่วนคือ ความพิการที่ต้องการฟื้นฟู กิจกรรมที่ผู้ป่วยทำได้ตอนแรกรับ และอายุผู้ป่วย การจัดกลุ่มแบบนี้ได้ผลลัพธ์ทั้งสิ้น 65 กลุ่ม ออสเตเรียทดลองนำระบบกลุ่มกิจกรรมร่วมมาใช้ทำนายข้อมูลผู้ป่วย 60,000 ราย พบว่าปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายจำนวนวันที่ต้องใช้ทรัพยากรฟื้นฟูสภาพได้เพียง 15% (เทียบกับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่ทำนายวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มโรคเฉียบพลันได้ 40%)

โครงการศึกษาผู้ป่วยในไม่เฉียบพลันระดับชาติ (National Non-acute Inpatient Project, NAIP) จึงมองหาวิธีแบ่งกลุ่มระบบอื่น ระบบที่นำมาศึกษาในปี 2534-2535 ได้แก่ กลุ่มการใช้ทรัพยากร (Resource Utilisation Group, RUG) ของแคลิฟอร์เนีย ที่ปรับปรุงมาแล้ว 3 ครั้ง และใช้สำหรับทำนายวันนอนที่ต้องการการพยาบาลเฉพาะทางและการดูแลอื่นๆ กลุ่มการใช้ทรัพยากรใช้ทั้งข้อมูลการวินิจฉัยโรค และหัตถการเหมือนกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม นอกเหนือจากนั้นยังใช้ข้อมูลกิจกรรมประจำวัน (Activities of daily living, ADLs) ซึ่งสามารถทำนายการใช้ทรัพยากรได้ดีกว่า กลุ่มการใช้ทรัพยากรฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 (RUG-3) ให้ผลลัพธ์ของการจัดกลุ่ม

ผู้ป่วยได้ทั้งสิ้น 43 กลุ่ม และสามารถทำนายการใช้ทรัพยากรได้เพิ่มขึ้นเป็น 24%

โครงการศึกษาผู้ป่วยในไม่เจ็บป่วยฯ ลงมติว่า หน่วยวัดสภาพของผู้ป่วยน่าจะทำนายการใช้ทรัพยากรได้ดีกว่าการแบ่งกลุ่มตามการรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วยไม่เจ็บป่วย จึงจัดกลุ่มกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เป็น 6 กลุ่ม และใน 5 กลุ่มนั้นสามารถแยกต่อไปตามระดับของกิจกรรมประจำวัน การจัดกลุ่มเช่นนี้ได้กลุ่มผู้ป่วยทั้งสิ้น 19 กลุ่ม ซึ่งสามารถทำนายการใช้ทรัพยากรได้เพิ่มเป็น 26%

การจัดกลุ่มผู้ป่วยในไม่เจ็บป่วยฯ จึงต้องการให้แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยก่อนว่าผู้ป่วยรายนี้สามารถจัดอยู่ได้ในกลุ่มใดดังต่อไปนี้

- Nursing home type
- Convalescence
- Respite
- Rehabilitation: Stroke, Brain, Neuro, Spinal, Amputee, Others
- Palliation: Acute, Stable, Deteriorating, Terminal, Bereaved
- Psychogeriatric
- Others

## 7. ข้อเสนอเพื่อปรับฐานการคิดงบประมาณ

เนื่องจากแต่ละมลรัฐมีอิสระในการดำเนินงานอย่างเต็มที่ วิธีการจัดงบประมาณสาธารณสุขของแต่ละมลรัฐจึงมีความหลากหลาย ตารางที่ 2 แสดงข้อเสนอแนะของคณะผู้วิจัยกลุ่มผู้รับบริการเสนอให้สาธารณสุขรัฐต่างๆ นำไปปรับปรุงวิธีการจัดสรรงบประมาณตั้งแต่ปีงบประมาณ 2538-2539 เป็นต้นไป

## 8. ผลการรักษา ระบบแบ่งกลุ่ม และการงบประมาณ (Outcome, casemix and funding)

ความเคลื่อนไหวในเรื่องระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยในออสเตรเลียและการนำไปใช้เพื่อจัดสรรงบประมาณ ได้รับคำวิพากษ์วิจารณ์ว่าไม่สะท้อนผลที่ได้รับจากการรักษา ดังนั้นจึงมีการศึกษาวิจัยต่อไปว่า จะสามารถนำผลการรักษามาสัมพันธ์กับระบบการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยอย่างไร และจะสามารถใช้เป็นวิธีจัดสรรงบประมาณได้หรือไม่ รัฐนิวเซาท์เวลส์ให้ความสำคัญกับการวิจัยหาดัชนีวัดผลการรักษาในเรื่องต่อไปนี้

- โรคระบบไหลเวียนโลหิต: โรคหลอดเลือดในสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ
- สุขภาพจิต
- การบาดเจ็บและการดูแลผู้ป่วยหนัก
- มะเร็ง
- หืด
- เบาหวาน
- การดูแลทารกแรกเกิดถึง 4 สัปดาห์หลังคลอด
- เอ็ดส์
- โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

เครื่องชี้วัดที่ใช้วัดผลของการรักษาหรือผลของโครงการ ได้แก่ เครื่องชี้วัดทางสถิติวิทยา ทางจิตวิทยา ทางพฤติกรรม การเคลื่อนไหวของร่างกาย ความรู้ การควบคุมอาการของโรค ความพึงพอใจของผู้ป่วย และการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่วิธีวิทยาที่มักใช้กันในการประเมินผลการรักษาคือ ประเมินว่าได้ดำเนินการตามขั้นตอนที่ควรทำในการรักษาโรคต่างๆ (practical guidelines) หรือไม่ หากไม่ได้ทำให้บันทึกไว้เพื่อนำไปวิเคราะห์ว่า จะมีส่วนทำให้ผลการรักษาเปลี่ยนแปลงไปจากกลุ่มที่ทำอย่างไร (variance report in clinical path)

ผลที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยผลการรักษา คือ

- การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรักษาทางคลินิก
- ประเมินผลโครงการป้องกัน
- ช่วยในการประเมินคุณภาพ
- กระตุ้นความคิดริเริ่มทางสุขภาพในระดับท้องถิ่น



ตารางที่ 2 ข้อเสนอเพื่อปรับฐานการคิดงบประมาณสาธารณสุขตามระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการ

	นิวเซาท์เวลส์	วิกตอเรีย	ออสเตรเลียใต้	ควีนส์แลนด์	ภาคเอกชน
บทบาทของสาธารณสุขเขตในการจัดสรรงบประมาณ	สำคัญ	ไม่สำคัญ	ไม่สำคัญ	(เสนอให้เพิ่มบทบาท)	สำคัญ
การซื้อ-ขายบริการ	เฉพาะรายที่ข้ามเขต	ไม่มี	แยกอำนาจผู้ซื้อ-ผู้ขาย	เฉพาะรายที่ข้ามเขต	
งบสำหรับผู้ป่วยนอก	ใช้ระบบจัดกลุ่มต่างหาก	ให้เงินช่วยเหลือเป็นก้อน	จัดกลุ่มเป็น 10 กลุ่ม	จัดกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม	
งบสำหรับเวชกรรมฟื้นฟู	มีระบบจัดกลุ่มต่างหาก	มีระบบจัดกลุ่มต่างหาก	มีระบบจัดกลุ่มต่างหาก	มีระบบจัดกลุ่มต่างหาก	มีระบบจัดกลุ่มต่างหาก
งบสำหรับสุขภาพจิต	มีระบบจัดกลุ่มต่างหาก	มีระบบจัดกลุ่มต่างหาก	มีระบบจัดกลุ่มต่างหาก	มีระบบจัดกลุ่มต่างหาก	มีระบบจัดกลุ่มต่างหาก
งบสำหรับบริการชุมชน	แยกต่างหาก	แยกต่างหาก	แยกต่างหาก	แยกต่างหาก	
งบสำหรับการขนย้ายผู้ป่วย	มีระบบจัดกลุ่ม	เพิ่มให้อีก 335 ต่อราย	เงินช่วยเหลือเป็นก้อน	เงินช่วยเหลือเป็นก้อน	
งบพิเศษสำหรับเขตชนบท	เพิ่มให้ในสูตรจัดสรร (RAF)	ไม่มี	เงินช่วยเหลือเป็นก้อน	เพิ่มในสูตรจัดสรร	
งบสำหรับค่าธรรมเนียมแพทย์	มีระบบจัดกลุ่ม	ตามปริมาณน้ำหนัก DRG	ตามระเบียบจ่ายแก่แพทย์	ตามปริมาณน้ำหนักต้นทุน	
ราคาที่จัดสรร	เฉพาะที่เพิ่มหน่วยสุดท้าย	เฉพาะที่เพิ่มหน่วยสุดท้าย	เฉพาะที่เพิ่มหน่วยสุดท้าย	เฉพาะที่เพิ่มหน่วยสุดท้าย	ค่าเฉลี่ย
ค่าวันนอนที่ต่ำตกเกณฑ์	20% ของค่าเฉลี่ยไม่รวม ICU	33% ของค่าเฉลี่ย	33% ของค่าเฉลี่ย	33% ของค่าเฉลี่ย	ไม่มี
ค่าวันนอนที่มากเกินไป	ค่าเฉลี่ย + 5 วัน	ค่าเฉลี่ย x 3	ค่าเฉลี่ย + 2SD	ค่าเฉลี่ย X 3 หรือ 5	ค่าเฉลี่ย + 5
อัตราต่อวันของผู้ที่นอนนานเกินเกณฑ์	75% เว้นค่าผ่าตัด	50%	มีหลายอัตรา	50% อัตราถดถอย	75%
อัตราจ่ายของผู้ป่วยที่ส่งต่อ	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	มี
อัตราสำหรับผู้ป่วยอาการหนัก	มีระบบต่างหาก	ไม่มี	เพิ่มให้ 5-10%	เพิ่มเงินช่วยเหลือแก่ ICU	มีระบบจ่ายต่างหาก
อัตราสำหรับผู้ป่วยวันเดียว	มีกลุ่มและราคาต่างหาก	DRG แต่แยกราคาต่างหาก	DRG แต่แยกราคาต่างหาก	DRG แต่แยกราคาต่างหาก	มีกลุ่มและราคาต่างหาก
อัตราสำหรับห้องผู้ป่วยหนัก	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	มี

- ให้ข้อมูลแก่ผู้จัดงบประมาณ
- ชีตศทางของการวิจัยในอนาคต

การวิจัยเพื่อวัดผลการรักษาได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลกลางและจากมลรัฐ ผลการวิจัยจะเป็นงานที่มีความสำคัญในอนาคต 5 ถึง 10 ปีข้างหน้า

## 9. โรงพยาบาลกับระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการ

โรงพยาบาลในรัฐนิวเซาท์เวลส์อยู่ในขั้นตอนต่างๆของการพัฒนาระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการที่ไม่เหมือนกัน โรงพยาบาลที่พัฒนามากถึงขั้นนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ไปใช้บริหารจัดการโรงพยาบาล ให้แผนกต่างๆต้องงบประมาณตามผลงาน ได้แก่ โรงพยาบาลรอยัลนิวคาสเซิล หรือเขตจัดงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลตามฐานของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม บางโรงพยาบาลเพียงแต่รู้จักกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยไม่สามารถสร้างข้อมูลเปรียบเทียบของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในโรงพยาบาลของตนได้

โรงพยาบาลที่พัฒนามาก จะมีฝ่ายข่าวสารธุรกิจทำหน้าที่ให้รหัสกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาผู้ที่มีนอนนานหรือใช้ทรัพยากรมากเกินเกณฑ์ เพื่อหาวิธีปรับปรุงประสิทธิภาพ โรงพยาบาลรอยัลนิวคาสเซิลได้รับงบประมาณตามระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2537-2538 จึงมีประสบการณ์ในการใช้ข้อมูลบริหารจัดการให้วันนอนในโรงพยาบาลสำหรับบางกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมลดลงจากค่าเฉลี่ยของประเทศ หรือของรัฐ และหากทำการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่างบประมาณที่ได้รับจัดสรร ก็อาจได้รับเงินเพิ่มพิเศษอีกตามต้นทุนต่อหน่วยสุดท้าย (จัดวงเงินประมาณ 1.2 ล้านดอลลาร์) เพื่อให้บริการผู้ป่วยมากขึ้น และจำนวนผู้ป่วยในแควคอยลดน้อยลง

โรงพยาบาลจอนสันเตอร์ จะเริ่มวิธีการงบประมาณตามระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตั้งแต่ปีงบประมาณ

2538-2539 (เริ่ม 1 กรกฎาคม) โดยเริ่มคิดกับผู้ป่วยผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า โรงพยาบาลมีระยะเวลาเตรียมตัว 3 เดือน จึงพยายามวิเคราะห์ข้อมูลเดิม แยกเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัด (ทั้งศัลยกรรม ออร์โธปิดิกส์ สูติ-นรีเวชกรรม ตา หู คอ จมูก) ที่ไม่ได้ผ่านห้องฉุกเฉิน (ใช้วิธีคัดออก เพราะไม่มีตัวแปรที่จะบอกว่าเป็นผู้ป่วยนัดหมายล่วงหน้า) วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยของวันนอนในโรงพยาบาลเทียบกับค่าเฉลี่ยของกลุ่มโรงเรียนแพทย์ และคำนวณงบประมาณที่จะได้รับจากน้ำหนักสัมพัทธ์ของรัฐนิวเซาท์เวลส์เทียบกับรายจ่ายจริงในปีนั้น เพื่อเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล และปรับระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

โรงพยาบาลหลายแห่งสนใจใช้ข้อมูลผู้ป่วยที่นอนนานเกินเกณฑ์เป็นจุดเริ่มต้นของการบริหารจัดการ ทั้งด้านความถูกต้องของข้อมูลทางคลินิก ระบบการให้บริการผู้ป่วย วิธีการปฏิบัติทางคลินิก จนถึงผลของการรักษา โดยร่วมมือกันระหว่าง ฝ่ายบริหาร แพทย์ผู้รักษา ในหน่วยคลินิกบริการ หน่วยเวชระเบียน หน่วยทบทวนการใช้ทรัพยากร (utilisation review) และหน่วยพัฒนาคุณภาพบริการ (quality assurance) แพทย์ประสาทวิทยาอาวุโสท่านหนึ่งของโรงพยาบาลจอนสันเตอร์สนใจปรับปรุงคุณภาพข้อมูลในใบสรุปรายงานผู้ป่วยใน และความถูกต้องของการให้รหัสทางการแพทย์ตามรหัสการจัดกลุ่มโรคร่วมระหว่างประเทศฉบับที่ 9 ฉบับปรับปรุงตามรายละเอียดทางคลินิก (ICD 9 CM) แพทย์ท่านนี้จัดประชุมกับอายุรแพทย์หน่วยต่างๆ (ซึ่งมีมากถึง 18 หน่วยย่อย) กับนักวิชาการเวชระเบียน เดือนละ 2 ครั้ง แต่ละครั้งให้สุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 20 ราย พิจารณาถึงความถูกต้องของการออกรหัสทางการแพทย์กับข้อมูลที่ปรากฏอยู่ในเวชระเบียน พบว่าข้อมูลที่มีในเวชระเบียนยังไม่เพียงพอสำหรับการออกรหัสให้ถูกต้องตามที่แพทย์ให้การรักษา ข้อเสนอแนะแก่แพทย์คือ สรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการที่ให้แก่ผู้ป่วยทันทีที่สั่งจำหน่ายผู้ป่วย ข้อมูล

ต่างๆ จะถูกต้องครบถ้วนมากขึ้น

แพทย์อีกท่านหนึ่งที่โรงพยาบาลเด็กรอยัลลอคเล็กซานดรา ได้เข้ากลุ่มเครือข่ายวิจัยระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการ และเป็นกรรมการคลินิกของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของรัฐบาลกลาง เพื่อปรับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของออสเตรเลีย (AN-DRG) ให้สะท้อนการใช้ทรัพยากรของผู้ป่วยเด็กมากขึ้น เพราะกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของอเมริกามีจุดอ่อนตรงนี้ งานวิจัยบริการของโรงพยาบาลเด็กทั่วประเทศออสเตรเลีย จึงทำให้เส้นแบ่งกลุ่มอายุของ AN-DRG แทนที่จะเป็นที่อายุ 17 ปีอย่างของอเมริกา เป็นที่อายุ 9 ปี และในกลุ่มเด็กแรกเกิด จะใช้อายุต่ำกว่า 28 วัน เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำนายการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาล

### 10. สรุปนุเรียน

การดูงานครั้งนี้ทำให้เห็นภาพของการพัฒนาและการใช้ประโยชน์จากระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการอย่างชัดเจน ตั้งแต่การให้ความสำคัญกับรหัสทางการแพทย์ การปรับปรุงให้รหัสทางการแพทย์สนับสนุนระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วย การพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของอเมริกาให้เป็นระบบที่สะท้อนบริการโรงพยาบาลของออสเตรเลีย ตลอดจนแนวโน้มของการวิจัยด้านผลการรักษาหรือผลลัพธ์ของโครงการซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของบริการสาธารณสุข

ด้านเทคนิคของการพัฒนาตลอดจนการหาหน้หนักสัมพัทธ์ของต้นทุน ไม่ได้กล่าวถึงในรายงานนี้เท่าใดนัก แต่ก็ได้ทราบถึงการพัฒนาวិธีการหาต้นทุน ทั้งแบบกระจายต้นทุนจากหน่วยต้นทุนลงสู่ผู้ป่วย กับแบบเก็บข้อมูลจากล่างขึ้นบน คือ ใช้ผู้ป่วยเป็นหลักแล้วรวบรวมขึ้นเป็นต้นทุนของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์หลายโปรแกรมที่ช่วยทำให้การวิเคราะห์ต้นทุนทำได้สะดวกเร็วขึ้น และนอกจากนั้นยังพัฒนาระบบโปรแกรมช่วยวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการบริหารโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลสามารถคัดข้อมูลของโรงพยาบาลตนเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของรัฐและของ

ประเทศ โดยเทียบกับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเดียวกันและเป็นโรงพยาบาลลักษณะเดียวกัน การดูงานครั้งนี้ได้พบกับบุคคลหลายระดับ ทั้งผู้วางแผนนโยบาย ผู้วิจัย ผู้บริหารสาธารณสุขเขต ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ และผู้ปฏิบัติการด้านข้อมูล จึงได้เห็นทัศนนะและความสามารถในการปฏิบัติตามนโยบายเพื่อบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุข

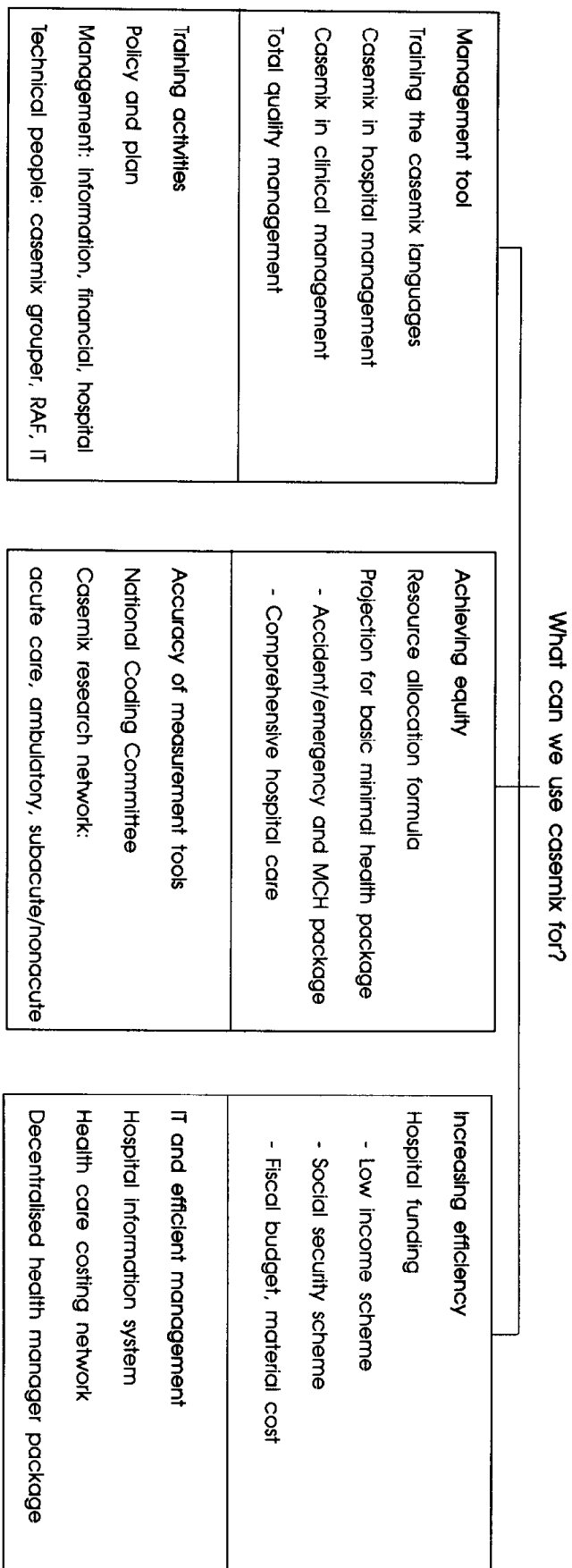
### 11. ประเทศไทยควรพัฒนาอย่างไรต่อไป

ระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทยได้ และสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการด้านคุณภาพของบริการโรงพยาบาล หรือด้านการบริหารทรัพยากรในโรงพยาบาล การพัฒนาระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการในประเทศไทยจึงควรเน้นที่กิจกรรมดังต่อไปนี้

- พัฒนาค้นทั้งระดับวางแผนนโยบาย ระดับผู้บริหาร และนักวิเคราะห์นโยบาย ให้เห็นถึงประโยชน์ของระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการในการเป็นเครื่องมือบริหารทรัพยากรเพื่อความ เป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุข
- พัฒนาระบบรหัสทางการแพทย์ของไทย ให้มีความถูกต้องแม่นยำ และใช้ทำนายการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขได้ในระดับจุลภาค กับต้องสร้างเครือข่ายการวิจัยและพัฒนาระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการด้านต่างๆ ให้สามารถทำนายการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขในระดับมหภาคได้ เพื่อชี้ทิศทางของการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขที่มีอยู่จำกัดให้บรรลุเป้าหมายความเป็นธรรม
- พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพ เพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วย ผู้รับบริการ ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน พัฒนาระบบการหาต้นทุนบริการสาธารณสุขทุกระดับ

ตารางที่ 3 สรุปการดูงาน The Map of Thai Casemix and DRG Study Tour

Levels	Funding	Casemix	Costing	Others
National	Medicare State budget for health	Australian Casemix Clinical Committee (ACCC) - MDC clinical groups National Coding Centre (NCC)	KPMG cost weight AN-DRG cost weight	Urgency related group (URG)
State	RAF, CAN Casemix funding (Victoria) Purchaser-provider model (South Australia)	Paediatric DRG SNAP/ambulatory ICU Outcome NSW Health Department	Cost modelling (Cosmos, Trendstar) Clinical costing, Datatree Product line vs traditional cost centre	Clinical devolution
Hospital	Prince of Wales Hospital Royal Alexandra Hospital for Children Concord, John Hunter Hospital Royal Newcastle Hospital	Medical record administrator DRG grouper	IT and costing in Royal Alexandra Hospital for Children	Accident Triag Score Nurse dependency score



รูปที่ 2 ทิศทางการพัฒนาระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการของไทย (Framework for Casemix Development in Thailand)

## Bibliography

- Casemix Project Team (1993-95) Casemix news. Volume 3-6, Winter and Summer editions. Northern Sydney Area Health Service.
- Central Sydney Area Health Service (1994) Casemix strategic plan 1994-1995.
- Centre for Health Service Development, Dragon user's guide. The hospital management simulation game.
- Centre for Health Service Development (1995) First interim report on sub-acute and non-acute casemix. University of Wollongong, March 1995.
- The Children's Hospital (1994) Annual report 1994.
- The Children's Hospital (1994) Building a better future. The new Children's Hospital.
- The Children's Hospital (1994) Information strategy.
- Commonwealth Department of Human Services and Health (1994) DRGtutor. User's guide to version 2. In collaboration with the University of Wollongong.
- Commonwealth Department of Human Services and Health (1994) Australian casemix report on hospital activity 1991-92.
- Concord Repatriation General Hospital (1995) Casemix bulletin. Vol. 3, March 1995.
- Department of Health, Housing, Local government and Community Services (1993) Medicare Benefits schedule book. Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Department of Health, Housing, Local government and Community Services (1993) Casemix: a new direction in health care management. The National Casemix education series.
- Department of Human Services and Health (1994) The National Casemix education series:
1. A short introduction to casemix.
  2. Casemix in Australia: an overview.
  3. Costing health care services: a summary.
  4. Product costing: the costing of health care services.
  5. Generating and using patient information.
  6. Implementing casemix at your hospital.
  7. DRGs: a medical perspective.
  8. Casemix and nursing management.
  9. The Australian casemix dictionary.
- Donoghue M (1992) The prevalence and cost of documentation and coding errors. Australian Medical Record Journal, 22, 3, 91-97.
- Esagar K (1994) Casemix and health system funding. (Overheads used in casemix education program). Centre for Health Service Development, University of Wollongong.
- Eckstein G and Gibberd RW (1994) A relative health need index for New South Wales areas and districts. Health Services Research Group, University of Newcastle.
- Esstein G (1995) A resource allocation formula for the NSW ambulance service.
- Epidemiology and Health Services Evaluation Branch (1993) Injury in New South Wales. Public Health Bulletin Supplement, 4, 2, June 1993. NSW Health Department.
- Fogathy R (1995) Royal Newcastle Hospital casemix funding 1994/95. Royal Newcastle Hospital.
- Gibberd RW, Lam P and Fahey (1990) Estimating NSW trim points and DRG cost weights for 1986.

- University of Newcastle and Hunter Area Health Service.
- Grant C and Lapsley HM (1993) The Australian Health care system 1992. Australian Studies in Health Service Administration, University of New South Wales.
- Health Information Management Association of Australia (1993) Coding and DRGs. A handbook for clinical staff. Second edition. South Australian Health Commission.
- The Hospital Group (1994) Redevelopment of Randwick Campus and the Prince Henry Campus. Staff information booklet.
- Hunter Area Health Service (1994) Annual report 1993/1994.
- Hunter Area Health Service (1994) A healthy direction. Issue no 1. December 1994.
- Hunter Area Health Service (1995) Examples of current casemix (DRG) reporting.
- Hunter Area Health Service (1995) Implementation planning study - Trendstar. 20 March 1995.
- Hunter Area Health Service (1995) Trendstar Clinical costing system implementation in the Hunter Area Health Service. Business case.
- Hunter Health Statistics Unit (1993) Example hospital quarterly management report. For data up until end September 1993.
- Information and Business Service Division (1994) Emergency department data definitions. Version 1.0
- Lagaida R and Hindle D (1992) A casemix classification for hospital-based ambulatory services. NSW Health Department.
- Management Accounting, Costing, KPMG (1994) National costing study. Full year 1992/93.
- The Medical Journal of Australia (1994) Casemix in Australia. Supplement, 5 September 1994.
- National Coding Centre (1994) Getting it right in paediatric coding. A guide to coding for clinicians and coders. New South Wales
- NSW Casemix Area Network (1994) Business case for a severity & dependency adjustment. August 1994. NSW Health Department (Working Paper).
- NSW Health Department (1993) Inpatient statistics collection. Instruction manual for private hospitals.
- NSW Health Department (1993) A resource allocation formula for the NSW health system. 1993 revision. Service Development and Planning Branch.
- NSW Health Department (1994) Annual Report 1993-1994.
- NSW Health Department (1994) COSMOS. The Yale cost model upgrade. Version 1.3 User manual.
- NSW Health Department (1994) Getting it right. Focusing on the outcomes of health services and programs. Health outcomes. Achieving better results.
- NSW Health Department (1994) The epidemiology of falls in older people in NSW. Injury Unit, Epidemiology Branch, November 1994.
- NSW Health Department (1994) A healthy future in NSW. The strategic framework.
- NSW Health Department (1994) NSW ANDRG data book - 1992/1993. Information and Data

Services.

NSW Health Department (1994) NSW Public hospitals comparison data book. 1992-1993. Information and Data Services.

NSW Health Department (1994) New South Wales state trauma system policy review 1994. Health System Planning & Performance Branch, June 1994.

NSW Health Department (1994) Preventing injury in New South Wales.

NSW Health Department (1994) Preventing injury. Review of the NSW health injury prevention strategy. Epidemiology Branch, Public Health Division and Health Promotion Unit, Public Affairs and Marketing Division, November 1994.

NSW Health Department (1995) The NSW casemix area network program and funding model 1993-1995. (Working paper).

NSW Health Department (1995) Analysis of the CAN SNAP project, phase 1: preliminary report.

NSW Health Department (1995) The ADL dependency protocol.

NSW Health Department (1995) Casemix in the rural sector.

NSW Health Services Research group (1992) Quarterly management report. User guide.

Northern Sydney Area Health Service (1994) Annual report 1994. Reaching out to the community.

Nutbeam D et al (1993) Goals and targets for Australia's Health in the year 2000 and beyond. Department of Public Health, University of Sydney.

Palmer GR (1991) The use of DRGs in the management and planning of hospital services. The Australian Economic Review, 1st quarter, 62-70.

Picone D, Ferguson L and Hathaway V (1993) NSW Nursing costing study. Sydney Metropolitan Teaching Hospitals Nursing Consortium.

Public Health Unit (1993) Injury profile. An overview of injury in Eastern Sydney. Easter Sydney Area Health Service.

Queensland Health (1994) Casemix based funding for Queensland's public hospitals. A context paper 1. Casemix Development and Implementation Unit.

South Australian Health Commission (1994) A hospital service improvement strategy. Casemix funding 1994/95. Draft document.



**การดูงาน ระบบแบ่งกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ณ ประเทศออสเตรเลีย**

**สถานที่ที่ไปดูงาน**

1. กระทรวงสาธารณสุข รัฐนิวเซาท์เวลส์
2. โรงพยาบาลปรินส์ออฟเวลส์
3. มหาวิทยาลัย ไวลดองกอง
4. โรงพยาบาลเด็กกรอยล์อเล็กซานดรา
5. โรงพยาบาลรอยัลนอร์ธอรั
6. โรงพยาบาลคองคอร์ด
7. สถานบริการสาธารณสุขเขตฮันเตอร์ และศูนย์วิจัยฮันเตอร์ เมืองนิวคาสเซิล