

อนาคตกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทยในอาเซียน

สิ่งที่ขาดไม่ได้ในการออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ เครื่องมือการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาลเมื่อผู้มีสิทธิมารับบริการแบบผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขให้ทุนวิจัยและพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related group, DRG) ตั้งแต่ปี 2536 โดยเริ่มจากภาวะอุบัติเหตุและฉุกเฉิน⁽¹⁾ จากนั้นขยายความครอบคลุมถึงทุกกลุ่มโรค^(2,3) นำไปใช้ในการคาดการณ์งบประมาณนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽⁴⁾ มีรายงานข้อมูลต้นทุนในสถานพยาบาลระดับต่างๆ⁽⁵⁾ และต้นทุนต่อวันนอนเพื่อคำนวณสูตรปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์^(6,7) จนสามารถเป็นเครื่องมือการจ่ายเงินที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ข้อความในมาตรา 46 (1) ระบุว่า หน่วยบริการจะได้รับชดเชยค่าใช้จ่าย โดย “อาศัยราคากลางที่เป็นจริงของโรคทุกโรคมาเป็นฐาน...”⁽⁸⁾ ระบบการจ่ายเงินผู้ป่วยในด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรค ร่วมกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยจึงวางบนฐานของงานวิจัยที่มีมาก่อนล่วงหน้า

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทยมีการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หลังนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนงบประมาณพัฒนาพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย ฉบับที่ 3 จนถึงฉบับที่ 5 จำนวนกลุ่มโรคเพิ่มจากประมาณ 500 กลุ่มโรคตั้งแต่ฉบับที่ 1 ปี พ.ศ. 2541 จนฉบับที่ 3 ขยายเป็น 1,283 กลุ่มโรคเริ่มใช้ปี พ.ศ. 2546 ต่อมาฉบับที่ 4 เพิ่มเป็น 1,921 กลุ่มโรคเริ่มใช้ปี พ.ศ. 2550 และฉบับปัจจุบันคือฉบับที่ 5 เพิ่มเป็น 2,450 กลุ่มโรค เริ่มใช้ตั้งแต่ เมษายน พ.ศ.2555

การปรับปรุงกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแต่ละฉบับมีเหตุผลหลักจากความต้องการให้เครื่องมือนี้สะท้อนภาพการใช้ทรัพยากรโรงพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมมากขึ้น เพราะเทคโนโลยีการรักษาโรคใหม่ๆ เพิ่มมากขึ้น และอาจเป็นจากการให้รหัสโรคที่มีการแก้ไขจากประกาศขององค์การอนามัยโลก และจากแวดวงวิชาการให้รหัสโรคในประเทศไทยด้วยการปรับปรุงกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทยแต่ละฉบับจะมีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นกว้างขวางขึ้น จากราชวิทยาลัย สมาคมวิชาชีพ โรงพยาบาล รวมทั้งกลุ่มสนใจต่างๆ เพราะค่ากลางน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละฉบับจะแปลงเป็นรายรับที่โรงพยาบาลให้ความสำคัญ การประชาสัมพันธ์แต่ละครั้งจึงต้องแสดงจุดยืนและระเบียบวิธีอย่างโปร่งใส

ความคงทนต่อการตรวจสอบของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทยเป็นที่สนใจของประเทศเพื่อนบ้านในกลุ่มอาเซียน โดยเฉพาะประเทศที่กำลังเร่งรัดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ เวียดนาม และอินโดนีเซีย เป็นที่น่าสังเกตว่า พระราชบัญญัติสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของทั้งสองประเทศ กำหนดวิธีการจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลกรณีผู้ป่วยในด้วย DRG ประเทศทั้งสองจึงขอเรียนลัดจากประเทศไทย เริ่มต้นจากหนังสือคู่มือกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 5 ศึกษาแผนผังวิธีแบ่งกลุ่มจนกระทั่งฐานข้อมูลรหัสโรค/รหัสหัตถการที่จัดเข้ากับ DRG แต่ละกลุ่ม การถ่ายทอดความรู้ใช้เวลาประมาณ 2 ปี จนกลุ่มพัฒนาโปรแกรมของเวียดนามสามารถแกะรอยได้⁽⁹⁾ ส่วนการถ่ายทอดความรู้กับกลุ่มพัฒนาโปรแกรมของอินโดนีเซียใช้เวลาเพียง 2 เดือน (กุมภาพันธ์ถึงมีนาคม 2559) อาจเนื่องจากกำหนด

ขอบเขตงานให้เล็ก เฉพาะกลุ่มโรคทางจักษุวิทยา อินโด-นีเซียมีประสบการณ์ขยายหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนได้ 150 ล้านคนแล้ว และคาดว่าจะถ้วนหน้าได้ภายในปี 2562

ประเทศฟิลิปปินส์ประกาศนโยบายเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก่อนประเทศไทยประมาณ 4 ปี แต่ประสบการณ์ด้าน DRG ยังไม่ครอบคลุมทุกโรค และสิทธิประโยชน์ก็ยังเป็นปัญหาอยู่ ประเทศมาเลเซียกับสิงคโปร์มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากระบบอังกฤษและต่อยอดไปเป็นแบบเฉพาะของตน มหาวิทยาลัยแห่งชาติมาเลเซียเป็นผู้พัฒนากรุปโรคร่วมเพื่อส่งออกไปประเทศอื่น ๆ โดยไม่ได้ใช้เองภายในประเทศ เพราะยังคิดวิธีหาแหล่งการคลังสุขภาพของประเทศจากระบบประกันสังคม เพื่อเสริมแหล่งการคลังสุขภาพจากระบบภาษีของประเทศ สิงคโปร์ใช้ผลิตภัณฑ์ DRG จากออสเตรเลียโดยไม่สนใจพัฒนาเองเพราะสามารถจ่ายได้อยู่แล้ว บรูไนให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่แล้วโดยไม่สนใจ DRG ในปัจจุบัน ส่วนประเทศอาเซียนที่เหลือยังต้องใช้เวล่อีกหลายปีกว่าจะเริ่มสนใจ DRG

เมื่อประเทศไทยเราถ่ายทอดความรู้ให้เพื่อนบ้านแล้วอนาคตของเราจะเป็นอย่างไร เพื่อนบ้านจะแซงหน้าขึ้นไปไหม ขณะนี้การพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 6 โดยศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คาดว่าจะสิ้นสุดจนพร้อมใช้ในเดือนตุลาคม 2559 หลังจากที่ได้ทำประชาพิจารณ์กับกลุ่มนักวิชาการไปแล้วหลายครั้ง ระเบียบวิธีใหม่ของการจัดทำฐานข้อมูลการให้ความสำคัญของรหัสโรคร่วม/โรคแทรกเป็นนวัตกรรมสำคัญ ที่จะป็นฐานการพัฒนาต่อไปในอนาคต การรับฟังความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง ทั้งฝ่ายกองทุนประกันสุขภาพทั้งสามกองทุน ฝ่ายโรงพยาบาล-รัฐระดับต่างๆ โรงพยาบาลเอกชนที่ร่วมให้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงภาคประชาชนที่เป็นผู้ได้รับประโยชน์ จะเป็นกลไกธรรมาภิบาลให้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทยก้าวต่อไปบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อ

พัฒนาระบบสุขภาพให้ยืนหยัดอยู่ได้ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ประดิษฐ์ วงษ์คุณรัตน์กุล, ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, พรพจน์ กิ่งแก้ว. ราคาของผู้ประสบภัยจากรถโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม: จะได้ประโยชน์หรือ? วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 2537;2:290-9.
2. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม: สถานการณ์และองค์ความรู้ในปี 2544. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2545;11:569-81.
3. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมทางจักษุวิทยา: ความหมายและผลกระทบ. จักษุสาธารณสุข 2541;12: 83-92.
4. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความเป็นไปได้ทางการเงิน ปี 2544-2558. แพทยสภาสาร 2544;30:124-39.
5. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, สุกัลยา คงสวัสดิ์. ต้นทุนต่อหน้าหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิชาการ-สาธารณสุข 2544;10:391-99.
6. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, นิลวรรณ อยู่ภักดี. การปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 3 ด้วยเกณฑ์วันนอน. พุทธชินราชเวชสาร 2545;19:188-201.
7. นิลวรรณ อยู่ภักดี, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ต้นทุนรายวันของกลุ่มผู้ป่วยวันนอนสั้นและนานเกินเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม. พุทธชินราชเวชสาร 2545;19:166-78.
8. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119, ตอนที่ 116 ก (ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2545).
9. Tuan PL, Nam VT, Dung TC, Anh CN, Huong NT, Lien NN, et al. Adopting Thai diagnosis related group for Vietnam universal health coverage: a case of Ba Vi district hospital. Siriraj Medical Journal 2015;67:227-34.

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

บรรณาธิการ