



ด่วนที่สุด บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสิรินธร (ฝ่ายวิชาการและแผนงาน โทร ๐๒ ๓๒๘ ๖๙๐๑-๑๙ ต่อ ๑๗๓๐๐)

ที่ ผวช ๑๓๑๔ /๒๕๖๗

วันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุมัติให้ข้าราชการเข้าร่วมประชุม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร

ด้วย สำนักพัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (สรท.) ส่วนงานมาตรฐานและการบริการสารสนเทศระบบบริการสาธารณสุข (สมสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กำหนดจัดประชุมเพื่อพิจารณาดำเนินการตัดสินใจ (Decision tree) สำหรับการจัดการกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทย ฉบับร่างใน "โครงการพัฒนากลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทย Thai Ambulatory Care Casemix (TACC) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ - ๒๕๖๙" ในวันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๗ ณ ห้องโลดส์ โรงแรมรามารการ์เด็นส์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากรู่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกให้เหมาะสมกับโรค การรักษา ค่ารักษา ต้นทุน และเทคโนโลยีในการรักษา รวมทั้งข้อมูลบริการตามบริบทของประเทศไทยได้

ข้อเท็จจริง ปลัดกรุงเทพมหานคร มีคำสั่งกรุงเทพมหานคร ที่ ๒๔๗๐/๒๕๕๒ ลงวันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๕๒ เรื่อง มอบอำนาจให้ข้าราชการปฏิบัติราชการแทน ในการอนุมัติให้ข้าราชการและลูกจ้างกรุงเทพมหานครในสังกัด ไปฝึกอบรม ประชุม ดูงาน และเป็นวิทยากร ภายในหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑. การเดินทางไปราชการนั้น ไม่เกิน ๕ วันทำการ
๒. ไม่เบิกค่าใช้จ่ายจากกรุงเทพมหานคร
๓. สถานที่จัดตั้งอยู่ในกรุงเทพและต่างจังหวัด

ฝ่ายวิชาการและแผนงาน พิจารณาแล้วเห็นควรอนุมัติให้ข้าราชการในสังกัด จำนวน ๒ ราย เข้าร่วมประชุมตามวัน และสถานที่ดังกล่าว โดยไม่ถือเป็นวันลาและไม่เบิกค่าใช้จ่าย ดังนี้

๑. นางสาวพรรณรีย์ ทศยาพันธุ์ ตำแหน่งผู้อำนวยการระดับต้น
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฝ่ายการแพทย์
๒. นางสาวอภิสันันท์ โคกกระเทียม ตำแหน่งนักวิชาการเวชสถิติปฏิบัติการ

ทั้งนี้ ได้ตรวจสอบแล้วพบว่ารายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมดังกล่าว ไม่ซ้ำซ้อนกับการฝึกอบรม ประชุม สัมมนาฯ ดูงาน หลักสูตรอื่น ในช่วงเวลาเดียวกัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางสาวสาริน คหะแก้ว)

นายแพทย์ชำนาญการ

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงาน

อนุมัติ

(นางอัมพร เกียรติปานอกกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร



อนาคตมุ่งเป็น
ชัดเจนโปร่งใส
ฝึกไม่เรียนรู้อัน
บูรณาการทำงาน
จัดการเป็นทีม

Future Focus
Integrity
Readiness to learn
System Approach
Teamwork

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) Health Systems Research Institute (HSRI)

ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ 88/39 ถนนติวานนท์ 14 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ : 0 2027 9701 โทรสาร : 0 2026 6822

4th Floor, National Health Building, 88/39 Tiwanon 14 Road, Muang District, Nonthaburi 11000 Thailand
Tel. +66 2027 9701 Fax: +66 2026 6822 Website : www.hsri.or.th E-mail : hsri@hsri.or.th, sarabun@hsri.or.th

โรงพยาบาลสิรินธร
วันที่..... ๓๓/๙
วันที่..... - ๒ ก.ย. ๒๕๖๗
เวลา.....

ที่ สวรส 04.3/ 144

26 สิงหาคม 2567

สำนักงานผู้อำนวยการ
วันที่..... ๒ ก.ย. ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมเพื่อพิจารณาต้นไม้ในการตัดสินใจ (Decision tree) สำหรับการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก
ประเทศไทย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร

ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
วันที่..... ๕ ก.ย. ๒๕๖๗
ผู้รับ..... 14-๐๐

- | | | |
|------------------|----------------------------------|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | 1. เอกสารแนะนำโครงการฯ | จำนวน 1 ฉบับ |
| | 2. กำหนดการประชุม | จำนวน 1 ฉบับ |
| | 3. แบบตอบรับการเข้าร่วมการประชุม | จำนวน 1 ฉบับ |

เนื่องด้วย สำนักพัฒนาโรคร่วมไทย (สรท.) ส่วนงานมาตรฐานและการบริการสารสนเทศระบบ
บริการสาธารณสุข (สมสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้รับการสนับสนุนทำวิจัยโครงการ “พัฒนาโรคร่วม
โรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทย ระยะที่ 1 ปีงบประมาณ 2567 (Thai Ambulatory Care Casemix, TACC)”
จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดย สรท. ได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อแสวงหาและคิดค้นหลักการ
ตลอดจนกำหนดตัวแปรในการจัดทำกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก (Thai Ambulatory Care Casemix; TACC) เพื่อจัดทำ
ต้นไม้ในการตัดสินใจ (Decision tree) ที่เหมาะสมกับบริบทและข้อมูลของประเทศไทย ฉบับร่าง แล้วนั้น

ในการนี้ สรท. จึงขอเรียนเชิญท่าน หรือรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ เกี่ยวกับ
ข้อมูลและบริการผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการ เข้าร่วมการประชุมเพื่อพิจารณาผลการทบทวนวรรณกรรม และต้นไม้ใน
การตัดสินใจ (Decision tree) สำหรับการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทยฉบับร่าง จำนวน 1 ท่าน ในวันพุธที่
18 กันยายน 2567 เวลา 08.30 - 16.00 น. ณ ห้องโลดิส โรงแรมรามาร์คเด้นส์ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย
โดยเบิกค่าเดินทาง ค่าที่พัก และค่าตอบแทนของผู้เข้าประชุม จาก สมสส. ตามระเบียบ สวรส. ทั้งนี้ โปรดตอบรับการ
เข้าร่วมประชุมกลับมายังผู้ประสานงาน (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 3) ภายในวันศุกร์ที่ 6 กันยายน 2567

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องให้เข้าร่วมการประชุมในวันและเวลาดังกล่าว
จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน ผ.อ.รพ. (ถ้ารอง ผอ.ฝ่าย.....)

- ไม่ทราบ
- ไม่สะดวก
- เห็นควรมอบ.....

ขอแสดงความนับถือ

ผู้อำนวยการฯ อภิ เจริญพร

(Signature)

(Signature)
(นางสาวกัทพร สุทธิพันธ์)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป
โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานเขตฯ
- ๒ ก.ย. ๒๕๖๗

(นายสุเมธี เขยประเสริฐ)
ผู้จัดการส่วนงานมาตรฐานและการบริการสารสนเทศ
ระบบบริการสาธารณสุข
ปฏิบัติงานแทน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

- ทราบ
- ดำเนินการตามเสนอ

สำนักพัฒนาโรคร่วมไทย
ผู้ประสานงาน: นางสาวพงษ์ลัดดา หล้าพู่ นางสาวสุภาพร ชูคำ
โทรศัพท์: 02-2980769, 099-4877139, 093-6151496

(Signature)

(นางอัมพร เกียรติปานอภิกุล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร
๕ ก.ย. ๒๕๖๗

ที่ ผวช. ๗๒๗๕/๒๕๖๗ ลว ๖ กันยายน ๒๕๖๗

เรียน รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฝ่ายการแพทย์ + ๗ ๕๖๗

สำเนาถูกต้อง เพื่อโปรดทราบ



(นางสาวสาริน คหะแก้ว)

นายแพทย์ชำนาญการ

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงาน

โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย์

เอกสารแนะนำ

โครงการพัฒนากลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทย Thai Ambulatory Care Casemix (TACC) ปีงบประมาณ 2567-2569

1. หลักการเหตุผล

กลไกการจ่ายเงิน และการจ่ายที่เหมาะสมเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของการบรรลุเป้าหมายของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage, UHC) เพื่อให้ประชาชนทุกคนในทุกชุมชน สามารถเข้าถึง และได้รับบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทุกบริการที่จำเป็น เพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ในยามที่ต้องการอย่างเท่าเทียมกัน โดยปราศจากอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล⁽¹⁻³⁾ ประเทศไทยมีระบบสุขภาพหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ครอบคลุมคนไทยทุกคน มาตั้งแต่ ปี 2545 โดยกำหนดให้ผู้ป่วยภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถใช้สิทธิเข้ารับบริการรักษาพยาบาลตามหน่วยบริการที่ลงทะเบียนไว้เท่านั้น ยกเว้นจะได้รับการส่งตัว โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) จะจ่ายค่าบริการสุขภาพให้แก่หน่วยบริการ ด้วยวิธีเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ในกรณีรับบริการเป็นผู้ป่วยนอก ซึ่งสร้างข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ และอาจเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ⁽⁴⁾ เพื่อขจัดอุปสรรคดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข และสปสช. ได้มีมติเห็นชอบยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้ป่วยภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ปี 2564 โดยกำหนดให้มีการบริการผู้ป่วยนอก กรณีเฉพาะ ได้แก่ ผู้ป่วยนอกสามารถเข้ารับบริการปฐมภูมิที่ไหนก็ได้ (OP anywhere), ผู้ป่วยมะเร็งรักษาที่ไหนก็ได้ทั่วประเทศ (Cancer anywhere) และผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาข้ามจังหวัดได้ (OPAE) และเชิญชวนให้หน่วยบริการทั้งจากรัฐบาลและเอกชนเข้าร่วมโครงการ เช่น โรงพยาบาล ร้านยา และคลินิกชุมชนอบอุ่น โดยสปสช. จะตามจ่ายหน่วยบริการแบบหลังการให้บริการ (retrospective payment) ตามบัญชีรายการและอัตราจ่ายที่กำหนด (fee schedule) และควบคุมด้วยระบบคะแนนการเบิกจ่าย ปรับตามงบประมาณที่ได้รับ (point system with global budget) โดยกำหนด 1 บาทต่อคะแนน พร้อมทั้งกำหนดให้ผู้ป่วยต้องยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการ (authentication) และมีระบบตรวจสอบก่อนจ่าย (pre-audit) ทุกรายการ ซึ่งได้รับการตอบรับจากประชาชนอย่างดี เช่น ผลการดำเนินงานของ OP anywhere ในปีงบประมาณ 2565 มีประชาชนเข้ารับบริการในหน่วยบริการ 1,057 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 182,187 คน 246,448 ครั้ง โดยไม่ถูกเรียกเก็บค่าใช้จ่าย⁽⁵⁾ อีกทั้งต่อมาในปี 2567 ได้มีการยกระดับ OP anywhere คือ นโยบายบัตรประชาชนใบเดียว รักษาได้ทุกที่ เริ่มนำร่อง 4 จังหวัด ได้แก่ แพร่ ร้อยเอ็ด เพชรบุรี และนราธิวาส โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการในหน่วยบริการของรัฐได้ทุกแห่งในจังหวัดนำร่อง⁽⁶⁾

แม้ว่านโยบายนี้จะได้รับการสนับสนุนอย่างดีจากผู้กำหนดนโยบายและผู้รับบริการ แต่ด้วยธรรมชาติของการเบิกจ่ายด้วย fee schedule มีข้อจำกัด คือ ทำให้สปสช. มีภาระหนักในการบริหารจัดการระบบในการเบิกจ่าย การตรวจสอบการเบิกจ่าย การกำหนดรายการเข้าบัญชี และการคำนวณอัตราจ่ายให้สอดคล้องกับการให้บริการจริงของแต่ละหน่วยบริการ ซึ่งมีความหลากหลายอย่างมาก รวมทั้ง fee schedule อาจส่งเสริมให้มีโอกาสเพิ่มการ

ให้บริการและการตรวจวินิจฉัยโดยไม่จำเป็นต้อง (supply induce demand) ซึ่งควบคุมค่าใช้จ่ายยาก ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาแสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร สปสช.เขต 13 และ อปสช.เขต 13 ในปีงบประมาณ 2564 ซึ่งมีมูลค่าการบริการมากกว่า 300 ล้านบาท จนต่อมาปี 2566 สปสช. ต้องปรับค่างานหักเงินจากคิด 1 บาทต่อคะแนน เหลือเพียง 0.7 บาทต่อคะแนน เนื่องจากเงินที่จัดสรรไม่เพียงพอ ส่งผลให้หน่วยบริการต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย ซึ่งยังคงเป็นปัญหาอย่างต่อเนื่องจนถึงในปัจจุบัน⁽⁷⁻⁹⁾ ดังนั้น แนวทางการแก้ปัญหาดังกล่าว คือ ทางเลือกในการจ่ายเงินแบบตกลงราคาล่วงหน้า (prospective payment)^(3, 10) ซึ่งจะส่งเสริมให้หน่วยบริการควบคุมค่าใช้จ่ายให้อยู่ในราคาตามที่ตกลงกัน จูงใจให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และสะดวกต่อการตรวจสอบ โดยคาดหวังว่า จะช่วยให้การจ่ายค่ารักษาจะสอดคล้องกับทรัพยากรสุขภาพที่ใช้ ภายใต้การบริการที่มีคุณภาพ ตรงตามมาตรฐานการบริการกับผู้ป่วยแต่ละราย สำหรับหลักการดังกล่าว จะเข้าได้กับวิธีจ่ายตามระบบกลุ่มโรคร่วม (Casemix system) แม้วังยังไม่มีการศึกษาอย่างชัดเจนว่าการใช้ระบบกลุ่มโรคร่วม จะแก้ปัญหาการเบิกจ่ายด้วย fee schedule ได้ แต่หลายประเทศพิสูจน์แล้วว่าระบบกลุ่มโรคร่วมสามารถนำมาแก้ปัญหาการจ่ายเงินแบบ retrospective payment ได้⁽¹¹⁻¹⁴⁾ เช่น การศึกษาของ Elissen และคณะ (2020) ได้ทำการศึกษาพัฒนาระบบกลุ่มโรคร่วม สำหรับการบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home care) ในประเทศเนเธอร์แลนด์ เพื่อเป็นทางเลือกในการจ่ายเงินที่สนับสนุนให้หน่วยบริการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ตามความต้องการจริงของลักษณะผู้รับบริการ ซึ่งแตกต่างจากการจ่ายแบบเดิม คือ จ่ายตามการให้บริการ (fee for service) ซึ่งหน่วยบริการมักมุ่งเน้นไปที่ปริมาณของกิจกรรมที่ให้บริการมากกว่าการควบคุมให้ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹²⁾

ดังนั้น สปสช. จึงมีแนวคิดในการพัฒนากลุ่มโรคร่วม สำหรับผู้ป่วยนอก ซึ่งสามารถจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกันทางคลินิกให้อยู่ในกลุ่มเดียวกันและทำนายขนาดการใช้ทรัพยากรได้ เพื่อพิจารณาเป็นทางเลือกสำหรับการพัฒนาวิธีการจ่ายเงินตามระบบกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก โดยมอบหมายให้สำนักพัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งมีประสบการณ์ในการพัฒนากลุ่มโรคร่วม เป็นผู้พัฒนากลุ่มโรคร่วม สำหรับผู้ป่วยนอกประเทศไทย

2. วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนากลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกของประเทศไทย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อพัฒนากลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกให้เหมาะสมกับโรค การรักษา ค่ารักษา ต้นทุน และเทคโนโลยีในการรักษา รวมทั้งข้อมูลบริการตามบริบทของประเทศไทย
2. เพื่อคำนวณต้นทุนและค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความรุนแรงของโรคและการใช้ทรัพยากรในการรักษาผู้ป่วยนอก

3. เพื่อประเมินผลกระทบของการใช้กลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกในการจ่ายเงิน

3. ทบทวนวรรณกรรม

3.1 วิธีการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการสาธารณสุข

วิธีการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการ (provider payment mechanism) คือ เครื่องมือสำหรับการจ่ายเงินจากผู้จ่ายเงิน หรือกองทุนสุขภาพ (payer) สู่หน่วยบริการ (provider) โดยหลาย ๆ ประเทศทั่วโลกนำมาใช้ในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เพราะวิธีการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการนั้นเกี่ยวข้องโดยตรงกับผลสัมฤทธิ์ของการรักษาพยาบาล รวมทั้งเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการสาธารณสุข โดยทำให้งบประมาณจากผู้จ่ายเงินตอบสนองต่อการให้บริการของหน่วยบริการสูงที่สุด ทั้งนี้เพราะรูปแบบวิธีจ่ายเงินที่แตกต่างกัน ย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมหน่วยบริการที่แตกต่างกันออกไป เพราะส่งผลต่อแรงจูงใจให้พฤติกรรมหน่วยบริการแตกต่างกัน

(3) วิธีการจ่ายเงินที่นิยมในปัจจุบัน ประกอบไปด้วย 7 วิธี^(3, 10) ได้แก่

1. การจ่ายเงิน ตามงานหรือโครงการ (line item budget)
2. การจ่ายแบบเหมารวม (global budget)
3. การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation)
4. การจ่ายตามรายผู้ป่วย (case-based เช่น diagnosis-related groups; DRG)
5. การจ่ายตามการให้บริการ แบบไม่มีกำหนดอัตราการจ่ายเงินที่ชัดเจน (fee-for-service)
6. การจ่ายตามการให้บริการ แบบกำหนดอัตราการจ่ายเงินที่ชัดเจน (fee schedule)
7. การจ่ายแบบรายวัน (per diem)

วิธีการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการ เป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับผู้ปฏิบัติงาน นักวิชาการและผู้กำหนดนโยบายสาธารณสุข จะต้องเข้าใจและนำไปใช้ เพื่อให้เกิดการเพิ่มพูนคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ตลอดจนสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพให้เหมาะสมต่อระบบสาธารณสุขต่อไป ทั้งนี้ไม่มีวิธีการใดที่ดีที่สุด ในทุก ๆ วิธี มีระดับความเสี่ยงทางการเงินที่แตกต่างกันในแต่ละบริบท ดังนั้นการใช้หลายวิธีร่วมกัน (mixed model or blended payment system) คือทางเลือกที่ดีที่สุด และสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการ สร้างการบริการอย่างมีคุณภาพ รายละเอียดวิธีการจ่ายเงิน และความเสี่ยงทางการเงินทั้งของกองทุนประกันสุขภาพซึ่งเป็นผู้จ่ายเงิน และหน่วยบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการต่าง ๆ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิธีการจ่ายเงินและความเสี่ยงทางการเงิน

วิธีการจ่ายเงิน	ความหมาย	หน่วยการจ่ายเงิน	ความเสี่ยงทางการเงิน
การจ่ายเงิน ตามงานหรือโครงการ (LINE ITEM BUDGET)	จ่ายให้หน่วยบริการ ตามงานหรือโครงการที่เฉพาะเจาะจง ในระยะเวลาที่กำหนด โดยหน่วยบริการได้รับเงิน ตามโครงการที่ให้บริการ อาจจะจำแนกเป็นหมวด เช่น เงินเดือน ค่ายา ค่าวัสดุ ใน	โครงการ หรือ ชนิดค่าใช้จ่าย	หน่วยบริการ: ต่ำ กองทุน: ต่ำ

วิธีการจ่ายเงิน	ความหมาย	หน่วยการ จ่ายเงิน	ความเสี่ยง ทางการเงิน
	อัตราที่กองทุนกำหนด เช่น จัดสรรงบประมาณให้กับ โครงการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่		
แบบเหมารวม (GLOBAL BUDGET)	จ่ายให้หน่วยบริการแต่ละแห่ง โดยเหมารวม ใน ระยะเวลาที่กำหนด เช่น 1 ปีงบประมาณ ซึ่งไม่ได้ จำแนกเป็นหมวดแบบวิธีการจ่ายเงินตามงานหรือ โครงการ	หน่วยบริการ	หน่วยบริการ: ปานกลาง กองทุน: ต่ำ
แบบเหมาจ่ายรายหัว (CAPITATION)	จ่ายให้หน่วยบริการแต่ละแห่ง ตามจำนวนประชากรที่ ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการนั้น ๆ ในระยะเวลาที่ กำหนด	ตามจำนวน ประชากร	หน่วยบริการ: สูง กองทุน: ต่ำ
แบบรายวัน (PER DIEM)	จ่ายให้หน่วยบริการ ตามอัตราที่กองทุนกำหนด และ จำนวนวันนอนที่ให้บริการผู้ป่วยใน โดยไม่ได้จำแนก สาเหตุของการเข้ารับการรักษาพยาบาล	รายวัน	หน่วยบริการ: ต่ำ กองทุน: สูง
ตามรายผู้ป่วย CASE- BASED เช่น DIAGNOSIS- RELATED GROUPS; DRG)	จ่ายให้หน่วยบริการ ตามอัตราที่กองทุนกำหนด ซึ่ง จ่ายแตกต่างกัน โดยขึ้นกับลักษณะทางคลินิกของ ผู้ป่วยแต่ละราย	ตามกลุ่มวินิจฉัยโรค ร่วม (DRG)	หน่วยบริการ: ปานกลาง กองทุน: ปานกลาง
การจ่ายตามการให้บริการ แบบไม่มีกำหนดอัตรา จ่ายเงินที่ชัดเจน (FEE- FOR-SERVICE)	จ่ายให้หน่วยบริการ ตามมูลค่ารายการที่ให้บริการจริง	รายการที่ ให้บริการ	หน่วยบริการ: ต่ำ กองทุน: สูง
การจ่ายตามการให้บริการ แบบกำหนดอัตรา จ่ายเงินที่ชัดเจน (FEE SCHEDULE)	จ่ายให้หน่วยบริการ ตามรายการที่ให้บริการจริง ใน อัตราที่กองทุนกำหนด	รายการที่ ให้บริการ	หน่วยบริการ: ต่ำ กองทุน: ปานกลาง

3.2 การจัดกลุ่มโรคร่วมของผู้ป่วยนอก

1) แนวคิดการจัดกลุ่มโรคร่วมของผู้ป่วยนอก

การจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก ควรมีลักษณะ 9 ข้อ^(15, 16) ดังนี้

1. ความครอบคลุม และแยกออกจากกันอย่างชัดเจน (Comprehensive, mutually exclusive and exhaustive) การจัดกลุ่มควรสามารถจัดกลุ่มบริการผู้ป่วยนอกได้เกือบทุกบริการ เช่น ผู้ป่วยนอกที่มาตรวจรักษาโรค หรือผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการโดยไม่พบแพทย์ และกลุ่มที่จัดได้ต้องแยกออกจากกันชัดเจน ไม่กำวม ไม่ทับซ้อนกันในแต่ละกลุ่ม

2. ความหมายทางคลินิก (Clinically meaningful) การจัดกลุ่มควรกำหนดให้ผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันต้องมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันทางคลินิก และเป็นที่ยอมรับสำหรับผู้ให้บริการ

3. การใช้ทรัพยากรคล้ายคลึงกัน (Resource use homogeneity) การจัดกลุ่มควรกำหนดให้แต่ละกลุ่มมีชนิดและปริมาณของการใช้ทรัพยากรคล้ายคลึงกัน เพื่อให้สามารถสะท้อนต้นทุนได้แม่นยำ

4. การจัดกลุ่มต้องคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นหลัก (Patient based) การจัดกลุ่มควรยึดตามลักษณะของผู้ป่วยมากกว่าผู้ให้บริการ และสามารถประยุกต์ได้สำหรับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกัน ในทุกระดับหน่วยบริการ

5. ความสะดวกในการใช้งาน และความโปร่งใส (Simple and transparent) การจัดกลุ่มควรสะดวกในการใช้งาน โดยหากมีจำนวนกลุ่มไม่มากจะทำให้ผู้ให้บริการทำความเข้าใจได้ง่าย สะดวกต่อการจ่ายเงินชดเชยแก่ผู้ให้บริการ และการดำเนินการจัดกลุ่มต้องดำเนินการอย่างโปร่งใสเป็นที่รับรู้กันระหว่างผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงิน

6. การป้องกันผลไม่พึงประสงค์ (Minimizing undesirable and inadvertent consequences) ชุดข้อมูลสำหรับการจัดกลุ่มควรมีการกำหนดชุดข้อมูลมาตรฐานชัดเจน และข้อมูลที่ใช้ในการจัดกลุ่มต้องได้รับการยอมรับจากหน่วยบริการ และผู้จ่ายเงิน ตลอดจนต้องมีขั้นตอนการจัดการข้อมูลที่ชัดเจน

7. ความสะดวกในการปรับปรุง (Capacity for improvement) การจัดกลุ่มควรต้องมีความยืดหยุ่นต่อการปรับปรุง เช่น สามารถเพิ่มเติมบริการหรือรหัสโรคเข้าไปในระบบการจัดกลุ่มได้

8. ประโยชน์ใช้งานที่มากกว่าแค่ระบบเบิกจ่ายเงิน (Utility beyond activity based funding) การจัดกลุ่มสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในหลากหลายด้าน ไม่เพียงแต่เป็นเครื่องมือในการเบิกจ่ายเงินเท่านั้น แต่ยังสามารถใช้ในการสะท้อนผลงานการบริการของโรงพยาบาล เพื่อใช้สำหรับการวางแผนการบริหาร และเปรียบเทียบกับหน่วยบริการอื่น ๆ ที่ลักษณะใกล้เคียงกันได้

9. ความเป็นไปได้ในการใช้งานจริง (Administrative and operational feasibility) การจัดกลุ่มควรสะดวกในการบริหารจัดการ โดยข้อมูลที่ใช้ในการจัดกลุ่มควรเข้ากันได้กับข้อมูลที่โรงพยาบาลมีการบันทึกอยู่แล้วเป็นประจำ เพื่อลดภาระเมื่อนำระบบดังกล่าวไปใช้

2) แนวคิดการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกของต่างประเทศ

การนำหลักการการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก ได้รับความนิยมนในหลายประเทศ เนื่องจากกลุ่มโรคร่วมของผู้ป่วยนอกเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สามารถสะท้อนต้นทุนและการบริการ ซึ่งถูกนำไปใช้ในการติดตามและสนับสนุนให้เกิดการใช้ต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ (cost efficiency) ตลอดจนใช้ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล และประเมินผลงานการบริการของหน่วยบริการ ประเทศที่มีการใช้แนวคิดการจัดกลุ่มโรคร่วม เช่น แคนาดา สหรัฐอเมริกา อังกฤษ นิวซีแลนด์ และออสเตรเลีย ตลอดจนบริษัทเอกชนก็ได้มีการพัฒนาการจัดกลุ่มโรคผู้ป่วยนอก เช่นเดียวกัน เช่น บริษัท 3M รายละเอียดสรุปดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแนวคิดการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกของแต่ละประเทศ⁽¹⁵⁻²¹⁾

การจัดกลุ่ม	กลุ่มผู้ป่วย	ตัวแปรที่ใช้ในการจัดกลุ่ม	หน่วยที่ใช้ในการจัดกลุ่ม	จุดประสงค์การใช้งาน	จำนวนกลุ่ม
1. แคนาดา					
Comprehensive Ambulatory Care System (CACS)	ผู้ป่วยนอก	- รหัสหัตถการ - รหัสการวินิจฉัยโรค - อายุ	รายครั้งที่มาตรวจรักษา (visit)	ใช้ในการประเมินผลงานการบริการ	กำหนดเป็น CACS จำนวน 242 กลุ่ม และ Major Ambulatory Clusters (MACs) จำนวน 21 กลุ่ม
Home Care Reporting System (HCRS)	การเยี่ยมบ้าน (Home care)	- ข้อมูลทางคลินิก - ข้อมูลภาวะทางกาย (functionality) - ข้อมูลการรักษา - ข้อมูลผู้ป่วย	รายช่วงเวลาที่กำหนด (episode)	ใช้ในการประเมินผลงานการบริการ	
2. สหรัฐอเมริกา					
Ambulatory Patient Classifications (APCs)	ผู้ป่วยนอก	- รหัสหัตถการ - รหัสการวินิจฉัยโรค	รายครั้งที่มาตรวจรักษา (visit)	- ถูกพัฒนาต่อมาจาก APGs เพื่อให้ครอบคลุมการบริการผู้ป่วยนอกมากขึ้น - ใช้สำหรับการจ่ายเงิน	1,075 กลุ่ม
Adjusted Clinical Groups (ACGs)	ผู้ป่วยนอก	- รหัสหัตถการ - รหัสการวินิจฉัยโรค - ข้อมูลผู้ป่วย	รายบุคคลต่อปี (year)	ใช้สำหรับการจ่ายเงิน	กำหนดเป็น ACGs จำนวน 105 กลุ่ม และ Aggregated Diagnosis Codes (ADG) จำนวน 32 กลุ่ม
Diagnostic Cost Groups (DCGs)	ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่มีอาการรุนแรง และต้องพัก	- รหัสการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอก - รหัสการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยใน - ข้อมูลผู้ป่วย	รายบุคคลต่อปี (year)	ใช้สำหรับการจ่ายเงิน	กำหนดเป็น DxGroup จำนวน 781 กลุ่ม และ Condition Categories จำนวน 184 กลุ่ม

การจัดกลุ่ม	กลุ่มผู้ป่วย	ตัวแปรที่ใช้ในการจัดกลุ่ม	หน่วยที่ใช้ในการจัดกลุ่ม	จุดประสงค์การใช้งาน	จำนวนกลุ่ม
	รักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน				
Home Health Resource Groups (HHRGs)	การเยี่ยมบ้าน (Home care)	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลทางคลินิก - ข้อมูลภาวะทางกาย (functionality) - ข้อมูลการรักษา - ข้อมูลผู้ป่วย 	รายช่วงเวลาที่กำหนด (episode)	ใช้สำหรับการจ่ายเงิน	153 กลุ่ม
3. อังกฤษ					
Healthcare Resource Groups (HRGs)	ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	<ul style="list-style-type: none"> - รหัสหัตถการ - รหัสการวินิจฉัยโรค - ข้อมูลการรักษา 	รายครั้งที่มาตรวจรักษา (visit)	ใช้สำหรับการจ่ายเงิน	กำหนดเป็น Outpatient procedure 79 กลุ่ม, Outpatient attendance 57 กลุ่ม และ A&E (accident and emergency) 5 กลุ่ม
4. นิวซีแลนด์					
National Non-Admitted Patient Collection (NNPAC)	ผู้ป่วยนอก	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลผู้ป่วย - ความจำเป็นในการรักษาเฉพาะทาง (clinician health specialty) - รหัสหัตถการ - ข้อมูลการรักษา 	รายครั้งที่มาตรวจรักษา (visit)	ใช้ในการประเมินผลงานการบริการ	
5. ออสเตรเลีย					
Tier 2	ผู้ป่วยนอก	<ul style="list-style-type: none"> - รหัสหัตถการ 	รายครั้งที่มาตรวจรักษา (visit)	ใช้สำหรับการจ่ายเงิน	144 กลุ่ม

การจัดกลุ่ม	กลุ่มผู้ป่วย	ตัวแปรที่ใช้ในการจัดกลุ่ม	หน่วยที่ใช้ในการจัดกลุ่ม	จุดประสงค์การใช้งาน	จำนวนกลุ่ม
		<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลการรักษาด้วยแพทย์เฉพาะทาง (Medical consultation) - ข้อมูลการรักษาตามโรคที่วินิจฉัย (Diagnostic services) - ข้อมูลการรักษาเพิ่มเติม กรณีต้องรับบริการในคลินิกเฉพาะทาง (Allied health and/or clinical nurse specialist intervention) 			
6. บริษัท 3M					
Ambulatory Patient Groups (APGs)	ผู้ป่วยนอก	<ul style="list-style-type: none"> - รหัสหัตถการ - รหัสการวินิจฉัยโรค 	รายครั้งที่มาตรวจรักษา (visit)	ใช้สำหรับการจ่ายเงิน	290 กลุ่ม

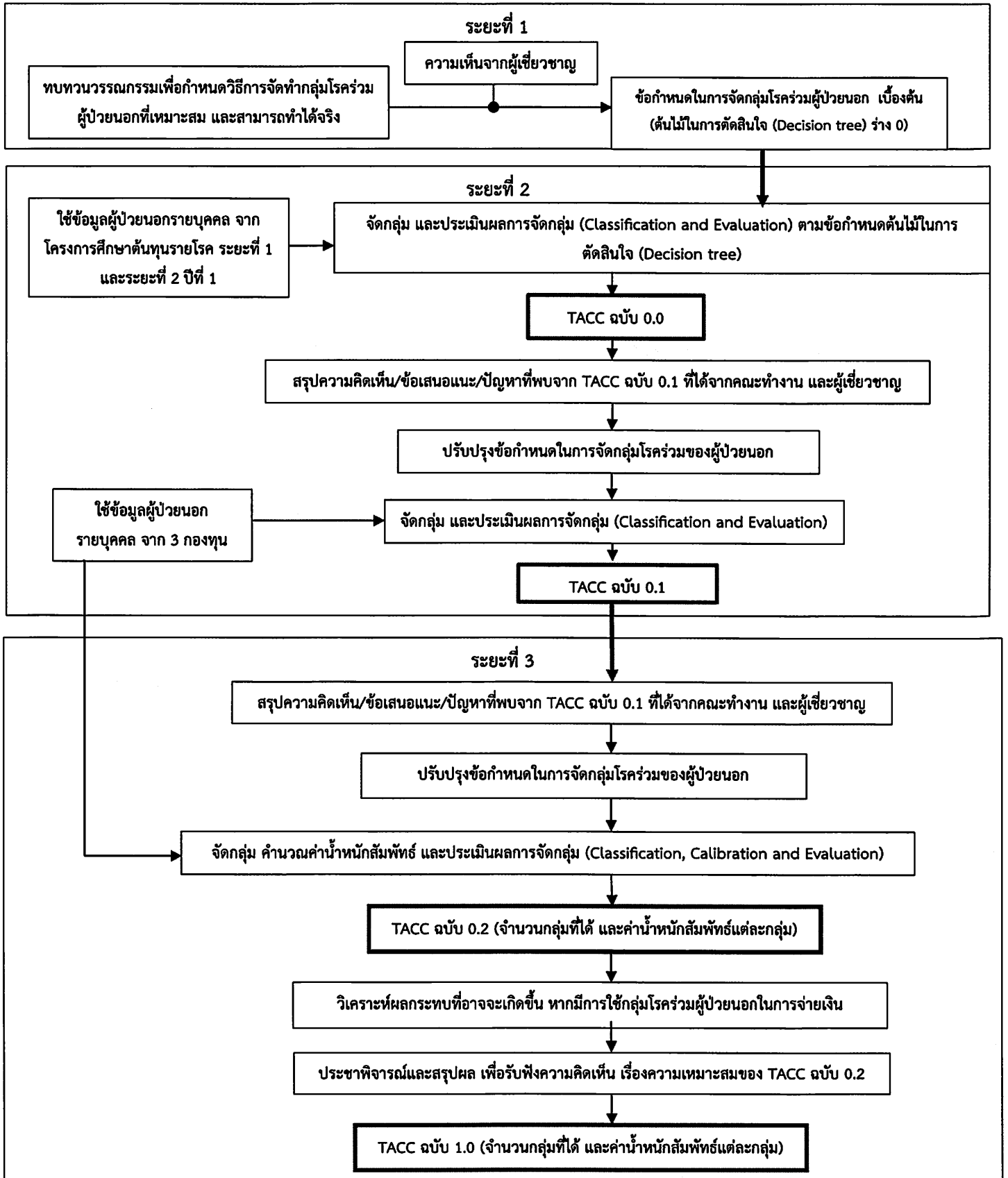
3) การจัดกลุ่มโรคร่วมของผู้ป่วยนอกในประเทศไทย

ระบบการจัดกลุ่มโรคร่วม (casemix system) คือ การจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกันทางคลินิกให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน ตามการใช้ทรัพยากรในการรักษา ซึ่งมีการใช้อย่างแพร่หลาย และเป็นที่ยอมรับทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ได้นำแนวคิดการจัดกลุ่มโรคร่วม สำหรับผู้ป่วยใน คือ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมผู้ป่วยใน (Diagnosis related group: DRG) มาพัฒนาและปรับปรุงการใช้งานอย่างต่อเนื่อง นานกว่า 20 ปี เพื่อใช้สำหรับเป็นเครื่องมือในการประเมินประสิทธิภาพการบริการ การจัดสรรงบประมาณ และการจ่ายเงิน แต่สำหรับกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทย ได้มีแนวคิดที่จะพัฒนาเช่นกัน แต่มีอุปสรรคเรื่องความสมบูรณ์ของข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการจัดกลุ่ม และยังคงเป็นประเด็นที่ท้าทายระบบสุขภาพของประเทศไทยมาจนถึงปัจจุบัน

จากการศึกษาของนิลวรรณ และศุภสิทธิ์ (2005)⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดกลุ่มผู้ป่วยนอกจากฐานข้อมูลประกันสุขภาพ ปี 2545 โดยใช้แนวคิดการจัดกลุ่มของต่างประเทศ คือ ระบบ Ambulatory Patient Group (APG) ของบริษัท 3M ใช้ข้อมูลรหัสการวินิจฉัยโรคแรก รหัสหัตถการหรือการผ่าตัด และค่ารักษาพยาบาล โดยสามารถจัดกลุ่มเฉพาะบริการทางการแพทย์ได้ 82 กลุ่ม และระบบ Adjusted Clinical Group (ACG) ของมหาวิทยาลัย Johns Hopkins ใช้ข้อมูลรหัสการวินิจฉัยโรคแรก รหัสหัตถการหรือการผ่าตัด อายุ เพศ และค่ารักษาพยาบาล สามารถจัดกลุ่มได้ 80 กลุ่ม โดยนับว่าเป็นการทดลองจัดกลุ่มผู้ป่วยนอกครั้งแรกของประเทศไทย ซึ่งสถานการณ์เมื่อ 20 ปีที่แล้วยังมีข้อจำกัดเรื่องความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยมีข้อมูลที่มีการลงรหัสผิดพลาด จำนวน 33% และไม่ได้ลงรหัสโรคหลัก จำนวน 38% ของข้อมูลทั้งหมด การจัดกลุ่มใช้เพียงรหัสโรคแรกในการจัดกลุ่มเท่านั้น รวมถึงไม่มีข้อมูลหัตถการที่สำคัญและบริการเสริมของผู้ป่วยนอกเพิ่มเติม

ต่อมาศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วม ไทย (2014)⁽²²⁾ ได้ศึกษาวิเคราะห์การพัฒนารูปแบบวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยพัฒนารูปแบบวิธีการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก แบบตกลงราคาล่วงหน้า (Outpatient Prospective Payment System: OPPS) เรียกว่า Thai Ambulatory Casemix: TAC ใช้ข้อมูลการบริการผู้ป่วยนอก (OP) จากกองทุนประกันสุขภาพหลัก 3 กองทุน ปีงบประมาณ 2553 – 2556 และข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (Medical record) จากหน่วยบริการ 36 แห่ง เป็นพัฒนาการจัดกลุ่มผู้ป่วยนอก เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับจ่ายเงินในผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยจัดกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 3 กลุ่มโรค คือ โรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia), โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) แต่เนื่องจากข้อจำกัดด้านข้อมูล ได้แก่ รายละเอียดสำคัญที่อธิบายกิจกรรมบริการ ซึ่งใช้ในการจัดกลุ่ม เช่น รหัสมาตรฐานยา, ข้อมูลการบริการ, รหัสการวินิจฉัยโรคหรืออาการสำคัญ และรายละเอียดการบริการตรวจวินิจฉัย ทำให้ผลการศึกษาที่ได้ไม่สามารถจัดกลุ่มที่เหมาะสมเพื่อไปใช้งานในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ จำเป็นต้องพัฒนาระบบข้อมูลให้มีรายละเอียดมากกว่านี้ จึงสามารถพัฒนาการจัดกลุ่มต่อไปได้

4. กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการพัฒนากรู่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกไทย

5. ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน

5.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยเชิงพัฒนา (research and development) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) หลายแหล่ง ทั้งที่มีต้นทุน หรือที่มีค่าบริการ ทั้งที่มีการเบิกจ่ายเป็นรายการ หรือเป็นเพียงการรายงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่าย เพื่อเรียนรู้การสร้างตัวแบบ (model) การแบ่งกลุ่ม และเพื่อทดสอบความสามารถในการทำนาย (goodness of fit) ได้แก่ ข้อมูลต้นทุนผู้ป่วยนอกรายบุคคลจากโครงการศึกษาต้นทุนรายโรค จำนวน 50 ล้านครั้ง และข้อมูลผู้ป่วยนอก ได้แก่ ข้อมูลเพศ อายุ สิทธิการรักษา รหัสโรค รหัสหัตถการ ค่ารักษาที่มีรายละเอียดของการบริการต่าง ๆ ที่หน่วยบริการส่งเบิก และข้อมูลการชดเชยจากกองทุน รวมทั้งข้อมูลพื้นฐานของหน่วยบริการ จากฐานข้อมูลการชดเชยผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2565-2567 ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และกองทุนประกันสังคม

5.2 ระยะเวลาการดำเนินงาน

ระยะเวลาการดำเนินงาน ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ (Study Period) รวมทั้งสิ้น 27 เดือน (กรกฎาคม 2567 – กันยายน 2569) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะเวลา 3 เดือน (กรกฎาคม 2567 - กันยายน 2567) ระยะที่ 2 ระยะเวลา 12 เดือน (ตุลาคม 2567 - กันยายน 2568) และระยะที่ 3 ระยะเวลา 12 เดือน (ตุลาคม 2568 - กันยายน 2569)

5.3 วิธีการดำเนินงาน

การพัฒนากลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทย (Thai Ambulatory Care Casemix) แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (กรกฎาคม 2567 - กันยายน 2567)

- 1) ประชุมคณะทำงาน เพื่อกำหนดและจัดทำแผนปฏิบัติการดำเนินงาน
- 2) ทบทวนวรรณกรรมเพื่อแสวงหาและคิดค้นหลักการ ตลอดจนกำหนดตัวแปรในการจัดทำกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก (Thai Ambulatory Care Casemix; TACC) เพื่อจัดทำต้นไม้ในการตัดสินใจ (Decision tree) ที่เหมาะสมกับบริบท และข้อมูลของประเทศไทย
- 3) ประสานงาน และขอข้อมูลผู้ป่วยนอกรายบุคคล จากฐานข้อมูลประกันสุขภาพ 3 กองทุน (ประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) ปีงบประมาณ 2565-2567
- 4) เตรียมโครงสร้างพื้นฐานระบบสารสนเทศ สำหรับเก็บข้อมูล เพื่อตรวจสอบ ทดสอบ และประมวลผลข้อมูลขนาดใหญ่ พร้อมทั้งติดตามข้อมูลจาก 3 กองทุน
- 5) ประชุมคณะทำงาน และผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณา ร่าง 0 ต้นไม้ในการตัดสินใจสำหรับการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในข้อ 2
- 6) สร้างต้นไม้ในการตัดสินใจ (Decision tree) ร่าง 0 สำหรับการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก ประเทศไทย

ระยะที่ 2 (ตุลาคม 2567 - กันยายน 2568)

- 7) รวบรวม ตรวจสอบและทดลองจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก จากข้อมูลผู้ป่วยนอกรายบุคคลที่ได้ ในโครงการศึกษาต้นทุนรายโรคของสำนักพัฒนาากลุ่มโรคร่วมไทย ตามข้อกำหนดต้นไม้ในการตัดสินใจในการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกเบื้องต้น ฉบับ 0.0 (ฉบับร่าง 1 การจัดกลุ่ม) ที่ได้จากข้อที่ 6
- 8) วิเคราะห์และสังเคราะห์ความเหมาะสมของผลการจัดกลุ่มด้วยวิธีการทางสถิติ
- 9) ประชุมผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำเสนอผลการพัฒนาากลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก ฉบับ 0.0 พร้อมรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ
- 10) ประชุมคณะทำงาน สรุปผลข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ จากข้อ 9 และนำมาปรับปรุงการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก เพื่อพัฒนาข้อกำหนดของการจัดกลุ่มโรคร่วม ฉบับ 0.1 (ฉบับร่าง 2 การจัดกลุ่ม)
- 11) ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลจาก 3 กองทุน เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้สำหรับการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2565-2567
- 12) ทำความสะอาด และจัดการข้อมูล ในข้อ 11 ทั้งข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลการรักษา รหัสการวินิจฉัย รหัสหัตถการ และข้อมูลการรักษา
- 13) พัฒนาข้อกำหนดของการจัดกลุ่มโรคร่วม ฉบับ 0.1 (ฉบับร่าง 2 การจัดกลุ่ม)
- 14) ประชุมผู้เชี่ยวชาญ ในแต่ละความเชี่ยวชาญเฉพาะ เพื่อรับฟังความคิดเห็น ข้อกำหนดในการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก และข้อมูลอ้างอิงในการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก ฉบับ 0.1
- 15) ประชุมคณะทำงาน เพื่อสรุปความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก จากผู้เชี่ยวชาญ ที่ได้จากข้อ 14
- 16) ปรับปรุง ข้อกำหนดในการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก และข้อมูลอ้างอิงในการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก ฉบับ 0.1 จากข้อสรุปที่ได้ในข้อ 15
- 17) ทดลองจัดกลุ่ม ตามข้อกำหนดในการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก และข้อมูลอ้างอิงที่พัฒนาขึ้น จากข้อที่ 16 จากข้อมูลผู้ป่วยนอกรายบุคคล ที่ได้จาก 3 กองทุน ปีงบประมาณ 2565-2566 ในข้อที่ 12
- 18) วิเคราะห์และสังเคราะห์ความเหมาะสมของผลการจัดกลุ่มด้วยวิธีการทางสถิติ
- 19) ประชุมผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำเสนอผลการพัฒนาต้นแบบการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก ฉบับ 0.1 พร้อมรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ
- 20) ประชุมคณะทำงาน สรุปผลข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ จากข้อ 19 และนำมาปรับปรุงการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก เพื่อให้ได้ต้นแบบคู่มือการจัดกลุ่ม คำอธิบายทั่วไป (general description) ผังการจัดกลุ่ม (classification tree) ชุดข้อมูลมาตรฐาน (standard dataset) และข้อมูลอ้างอิงเบื้องต้น ฉบับ 0.1

ระยะที่ 3 (ตุลาคม 2568 - กันยายน 2569)

- 21) ประชุมคณะทำงาน เพื่อสรุปความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการคัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก และ ปัญหาที่พบจากข้อมูลในการพัฒนาการคัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก ฉบับ 0.1 ในข้อที่ 20
- 22) ประชุมคณะทำงาน และผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพัฒนาข้อกำหนดในการคัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก (ฉบับร่าง 3 การคัดกลุ่ม) ข้อมูลอ้างอิง ชุดข้อมูลและมาตรฐานในการคัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก ฉบับ 0.2
- 23) ประชุมคณะทำงาน เพื่อสรุปความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ และนำมาพัฒนาการคัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วย นอก ฉบับ 0.2 จากผลสรุปที่ได้จากข้อที่ 23
- 24) จัดทำคู่มือ ข้อกำหนดในการคัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก (ฉบับร่าง 3 การคัดกลุ่ม) และข้อมูลอ้างอิงใน การคัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก ฉบับ 0.2
- 25) จัดทำเครื่องมือในการคัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก ฉบับ 0.2 (โปรแกรม Grouper) และคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ด้วยวิธีการทางสถิติ
- 26) ทดสอบเครื่องมือในการคัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก ฉบับ 0.2 กับข้อมูลล่าสุดของ 3 กองทุน ปีงบประมาณ 2567
- 27) วิเคราะห์ผลกระทบของการใช้กลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกในการจ่ายเงิน
- 28) ประชาพิจารณ์และสรุปผล เพื่อรับฟังความคิดเห็น เรื่องความเหมาะสมของกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก ฉบับ 2.0 และค่าน้ำหนักสัมพัทธ์
- 29) นำผลจากการประชาพิจารณ์มาพัฒนาการคัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก จากฉบับ 0.2 เป็นฉบับ 1.0 (ฉบับสมบูรณ์) ประกอบด้วย การปรับปรุงข้อกำหนดในการคัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก (ฉบับจริง) ข้อมูลอ้างอิง คู่มือ โปรแกรม Grouper และคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์
- 30) วิเคราะห์ผลกระทบหลังการปรับปรุงการคัดกลุ่ม และหากมีการใช้กลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกในการ จ่ายเงิน
- 31) สรุป และจัดทำรายงานผลการศึกษา คำอธิบายทั่วไป (general description) ผังการคัดกลุ่ม (classification tree) ชุดข้อมูลมาตรฐาน (standard dataset) ข้อมูลอ้างอิง (data library) ฉบับ สมบูรณ์
- 32) จัดประชุมนำเสนอผลการศึกษา การคัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทย (Thai Ambulatory Care Casemix; TACC) แก่ผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่เกี่ยวข้อง 15 คน
- 33) อบรมบุคลากรของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกลุ่ม โรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทย (Thai Ambulatory Care Casemix; TACC) 30 คน
- 34) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทย (Thai Ambulatory Care Casemix; TACC) ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ในช่องทางต่าง ๆ เช่น Website, LINE Official Account, Facebook และสื่ออื่น ๆ

7. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

- 1) สำนักพัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (สรท.) ส่วนงานมาตรฐานและการบริการสารสนเทศระบบบริการสาธารณสุข (สมสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- 2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

8. เอกสารอ้างอิง

1. Network GBoDHFC. Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries, 2016–40. *Lancet* 2018;391:1783–98.
2. Tangcharoensathien V, Thammatacharee J, Limwattananon S, Jongudomsuk P, Patcharanarumol W, Sirilak S. Achieving universal health coverage goals in Thailand: the vital role of strategic purchasing. *Health Policy and Planning*. 2015;30:1152–61.
3. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. Provider payment methods and strategic purchasing for UHC2017. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258894>.
4. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. นโยบาย ‘บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่’ ทำอย่างไรให้ win-win ทุกฝ่าย 2024 [Available from: <https://www.the101.world/30-baht-treatment-anywhere/>].
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2565. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2565.
6. สำนักข่าวออนไลน์ Hfocus. เปิดขั้นตอนใช้สิทธิ "บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่" นำร่อง 4 จังหวัด 2567 [Available from: <https://www.hfocus.org/content/2024/01/29424>].
7. สำนักข่าวออนไลน์ Hfocus. คลินิกชุมชนอบอุ่นร่อง “ชลน่าน” ปม สปสช.หักเงิน-เรียกคืนค่าบริการ กระทบหนัก! 2023 [Available from: <https://www.hfocus.org/content/2023/12/29242>].
8. สำนักข่าวออนไลน์ Hfocus. สปสช. เร่งแก้ปัญหาค่าบริการผู้ป่วย “OP New Model 5” ใน กทม. 2024 [Available from: <https://www.hfocus.org/content/2024/03/29971>].
9. กรุงเทพธุรกิจ. เจาะวิกฤตการเงิน "คำรักษาพยาบาล" ปัญหาถ่วงหน้า ร.ร.แพทย์จนถึงคลินิก 2024 [Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/health/public-health/1112604>].
10. พงศกร พอกเพิ่มดี. วิธีการจ่ายเงินให้หน่วยบริการ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2549;15(2):176-85.
11. Okamura S, Kobayashi R, Sakamaki T. Case-mix payment in Japanese medical care. *Health Policy*. 2005;74(3):282-6.
12. Elissen AMJ, Verhoeven GS, de Korte MH, van den Bulck AOE, Metzelthin SF, van der Weij LC, et al. Development of a casemix classification to predict costs of home care in the Netherlands: a study protocol. *BMJ Open*. 2020;10(2):e035683.

13. Zhao C, Wang C, Shen C, Wang Q. Diagnosis-related group (DRG)-based case-mix funding system, a promising alternative for fee for service payment in China. *Biosci Trends*. 2018;12(2):109-15.
14. Mehmood A, Ahmed Z, Ghilan K, Damad A, Azeez FK. Inpatient Case-mix Cost Vs Average Cost for Health Care Services in King Fahd Central Hospital, Saudi Arabia: A Comparative Study. *Inquiry*. 2021;58:469580211056060.
15. The Independent Health and Aged Care Pricing Authority (IHACPA). Review of Non-Admitted Classifications 2014 [Available from: <https://www.ihacpa.gov.au/health-care/classification/non-admitted-care>].
16. นิลวรรณ อยู่ภักดี, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ระบบการจัดกลุ่มผู้ป่วยนอก: ความเป็นไปได้จากฐานข้อมูลประกันสุขภาพในประเทศไทย. *พิชณูโลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*; 2548.
17. Grasic K, Mason AR, Street A. Paying for the quantity and quality of hospital care: the foundations and evolution of payment policy in England. *Health Econ Rev*. 2015;5(1):50.
18. NHS. A simple guide to Payment by Results. London: NHS England; 2012.
19. Moon LCJ, Georgoulakis JM, Boiling D, Thristrup LJ, Pierce CW. An Evaluation of the Canadian Institute for Health Information Comprehensive Ambulatory Classification System. San Antonio, Texas: US Army Medical Information Systems and Services Agency; 1998.
20. The Independent Health and Aged Care Pricing Authority (IHACPA). Tier 2 Non-Admitted Services Definitions Manual. Darlinghurst Australia: IHACPA; 2023.
21. The Independent Health and Aged Care Pricing Authority (IHACPA). Review of non-admitted classifications: Literature Review 2023 [Available from: <https://www.ihacpa.gov.au/resources/review-non-admitted-classifications>].
22. ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย. โครงการศึกษาวิเคราะห์เพื่อพัฒนารูปแบบวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.); 2557.

กำหนดการประชุมผู้เชี่ยวชาญและคณะทำงานเพื่อพิจารณาผลการทบทวนวรรณกรรม
และต้นไม้ในการตัดสินใจ (Decision tree) สำหรับการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทย ฉบับร่าง
ใน “โครงการพัฒนากลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทย Thai Ambulatory Care Casemix (TACC)
ปีงบประมาณ 2567-2569”

วันพุธที่ 18 กันยายน 2567 เวลา 08.30-16.00 น.
ณ ห้องโลตัส โรงแรมรามารการ์เด็นส์ กรุงเทพมหานคร

เวลา	เนื้อหา/กิจกรรม
08.30 - 09.00 น.	ลงทะเบียน
09.00 - 09.10 น.	กล่าวต้อนรับ และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม โดย ศ.ดร.นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย
09.10 - 10.15 น.	คณะทำงาน นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม และต้นไม้ในการตัดสินใจ (Decision tree) สำหรับการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทย ฉบับร่าง
10.15 - 10.30 น.	พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
10.30 - 12.00 น.	คณะทำงานร่วมอภิปรายผล และรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมประชุม
12.00 - 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 - 15.00 น.	คณะทำงานร่วมอภิปรายผล และรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมประชุม (ต่อ)
15.00 - 15.15 น.	พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
15.15 - 15.45 น.	คณะทำงานร่วมอภิปรายผล และรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมประชุม (ต่อ)
15.45 - 16.00 น.	สรุปและปิดการประชุม

เวลาอาจเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สมัครเข้ารับการอบรม/สัมมนา/ประชุม

ประชุมเพื่อพิจารณาต้นไม้ในการตัดสินใจ (Decision tree) สำหรับการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทย ฉบับร่าง

ใน "โครงการพัฒนากลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทย Thai Ambulatory Care Casemix (TACC) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ - ๒๕๖๙"

เลขที่ รพส.	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง-สังกัดปัจจุบัน	วันที่ได้รับการแต่งตั้งให้ ดำรงตำแหน่งระดับปัจจุบัน หรือ เทียบเท่า	วุฒิการศึกษา	ประวัติการอบรม/สัมมนา/ประชุม ๓ ปี ที่หน่วยงานนอกเป็นผู้จัด แบบใช้เวลาราชการ และ/หรือใช้งบประมาณ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๗)
๒	นางสาวพรณีย์ ทศยาพันธ์	ผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (แพทย์) รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฝ่ายการแพทย์	๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๔	แพทยศาสตรบัณฑิต	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมหลักสูตรการบริหารโรงพยาบาล รุ่นที่ ๕๐ - ประชุม Helping Siriraj Hospital's Missing to Provide World-Class Healthcare Event ในวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๕ - อบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญการดำเนินคดีทางการแพทย์ รุ่นที่ ๒ (ปอพ.๒) - อบรมเรื่อง การดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างอย่างไรให้ถูกต้อง และศึกษาแนววินิจฉัยกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง คณะกรรมการวินิจฉัยปัญหาการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ เพื่อป้องกันการถูกไต่สวนคดี ทูจริตจากการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ รุ่นที่ ๕ เสียค่าใช้จ่าย วันที่ ๗ - ๘ กันยายน ๒๕๖๗

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการอบรมนี้

๑. นำความรู้ที่ได้รับมาพัฒนากลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกให้เหมาะสมกับโรค การรักษา ค่ารักษา ต้นทุน และเทคโนโลยีในการรักษา รวมทั้งข้อมูลบริการตามบริบทของประเทศไทยได้
๒. สามารถนำความรู้มาพัฒนาต่อยอดและประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวถูกต้อง

ลงชื่อ..... 

(นางอัมพร เกียรติปานอภิกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สมัครเข้ารับการอบรม/สัมมนา/ประชุม


ประชุมเพื่อพิจารณาดำเนินการตัดสินใจ (Decision tree) สำหรับการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทย ฉบับร่าง
ใน "โครงการพัฒนากลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทย Thai Ambulatory Care Casemix (TACC) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ - ๒๕๖๙"

รพส.	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง-สังกัดปัจจุบัน	วันที่ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับปัจจุบันหรือเทียบเท่า	วุฒิการศึกษา	ประวัติการอบรม/สัมมนา/ประชุม ๓ ปี ที่หน่วยงานนอกเป็นผู้จัด แบบใช้เวลาราชการ และ/หรือใช้งบประมาณ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๗)
๕๓	นางสาวอภิสันท์ โคกระเทียม	นักวิชาการเวชสถิติปฏิบัติการ	๑ มีนาคม ๒๕๖๔	- วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน - สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต - นิติศาสตรบัณฑิต - รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต	- ฝึกอบรมหลักสูตรเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรเพื่อสนับสนุนการบริหารงานโรงพยาบาล รุ่นที่ ๔ ณ ห้องประชุมราชการ สังกัดสำนักงานการแพทย์ ระหว่างวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๕ ถึง ๒ ธันวาคม ๒๕๖๖ - ฝึกอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะของข้าราชการ กรุงเทพมหานคร ณ โรงแรมเดอะ ทวินทาวน์เวอ์ เขตปทุมวัน ระหว่างวันที่ ๔-๘ กันยายน ๒๕๖๖ (ไม่เบิกค่าใช้จ่าย)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการอบรมนี้

- นำความรู้ที่ได้รับมาพัฒนากลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกให้เหมาะสมกับโรค การรักษา ค่ารักษา ต้นทุน และเทคโนโลยีในการรักษา รวมทั้งข้อมูลบริการตามบริบทของประเทศไทยได้
- สามารถนำความรู้มาพัฒนาต่อยอดและประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวถูกต้อง


(นางสาวสาริน คหะแก้ว)

นายแพทย์ชำนาญการ

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงาน

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สมัครเข้ารับการอบรม/สัมมนา/ประชุม

ประชุมเพื่อพิจารณาด้านไม้ในการตัดสินใจ (Decision tree) สำหรับการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทย ฉบับร่าง
ใน "โครงการพัฒนากลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทย Thai Ambulatory Care Casemix (TACC) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ - ๒๕๖๙"

รพส.	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง-สังกัดปัจจุบัน	วันที่ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับปัจจุบันหรือเทียบเท่า	วุฒิการศึกษา	ประวัติการอบรม/สัมมนา/ประชุม ๓ ปี ที่หน่วยงานนอกเป็นผู้จัด แบบใช้เวลาราชการ และ/หรือใช้งบประมาณ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๗)
๕๓	นางสาวอภิสันท์ โคกระเทียม	นักวิชาการเวชสถิติปฏิบัติการ	๑ มีนาคม ๒๕๖๔	<ul style="list-style-type: none"> - วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน - สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต - นิติศาสตรบัณฑิต - รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต 	<ul style="list-style-type: none"> - ประชุมแนวทางการให้บริการผู้ป่วย และการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย OP New Model ๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พื้นที่กรุงเทพมหานคร (Online) วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๗ - ประชุมแนวทางการตรวจสอบเวชระเบียน ของโรงพยาบาลประสานเครือข่าย สถานพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร ห้องประชุมเทเวศวงศ์วิวัฒน์ โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการอบรมนี้

๑. นำความรู้ที่ได้รับมาพัฒนากลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกให้เหมาะสมกับโรค การรักษา ค่ารักษา ต้นทุน และเทคโนโลยีในการรักษา รวมทั้งข้อมูลบริการตามบริบทของประเทศไทยได้
๒. สามารถนำความรู้มาพัฒนาต่อยอดและประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวถูกต้อง



(นางสาวสาริน คหะแก้ว)

นายแพทย์ชำนาญการ

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงาน

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สมัครเข้ารับการอบรม/สัมมนา/ประชุม

ประชุมเพื่อพิจารณาต้นไม้ในการตัดสินใจ (Decision tree) สำหรับการจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทย ฉบับร่าง
ใน "โครงการพัฒนาในกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกประเทศไทย Thai Ambulatory Care Casemix (TACC) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ - ๒๕๖๙"

รพส.	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง-สังกัดปัจจุบัน	วันที่ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับปัจจุบันหรือเทียบเท่า	วุฒิการศึกษา	ประวัติการอบรม/สัมมนา/ประชุม ๓ ปี ที่หน่วยงานนอกเป็นผู้จัด แบบใช้เวลาราชการ และ/หรือใช้งบประมาณ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๗)
๕๓	นางสาวอภิสนันท์ โคกระเทียม	นักวิชาการเวชสถิติปฏิบัติการ	๑ มีนาคม ๒๕๖๔	- วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน - สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต - นิติศาสตรบัณฑิต - รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต	- ประชุมวิชาการ เรื่อง แนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนของโรงพยาบาลประสานเครือข่ายสถานพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการอบรมนี้

- นำความรู้ที่ได้รับมาพัฒนาในกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกให้เหมาะสมกับโรค การรักษา ค่ารักษา ต้นทุน และเทคโนโลยีในการรักษา รวมทั้งข้อมูลบริการตามบริบทของประเทศไทยได้
- สามารถนำความรู้มาพัฒนาต่อยอดและประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวถูกต้อง



(นางสาวสาริน คหะแก้ว)

นายแพทย์ชำนาญการ

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงาน