

Hospital accreditation and Diagnosis related group

Facilitator: Pawin Puapornpong

HA (Hospital Accreditation)

- กลไกประเมินเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาล
- โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และพัฒนาทั้งองค์กร
- ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
- กิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน
 - การพัฒนาคุณภาพ
 - การประเมินคุณภาพ
 - การรับรองคุณภาพ

ทำไมต้องมี HA ?

- อุดมการณ์ของชาติตามรัฐธรรมนูญ
- ทิศทางการพัฒนาประเทศ สังคมคุณภาพ ภูมิปัญญาและการเรียนรู้
สมานฉันท์
- ความต้องการของสังคม
- สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพ

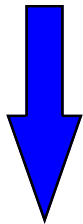
ผู้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาคุณภาพ

- สำหรับผู้ป่วย
 - ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนลดลง
 - คุณภาพการดูแลรักษาดีขึ้น
 - ได้รับพิทักษ์สิทธิประโยชน์มากขึ้น
- สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
 - ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยในการทำงานลดลง
 - สิ่งแวดล้อมในการทำงานประสานงานดีขึ้น
 - ได้เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเอง
- สำหรับโรงพยาบาล
 - การเป็นองค์กรเรียนรู้
 - รองรับการเปลี่ยนแปลงสู่การพัฒนาต่อเนื่อง
 - ทำให้องค์กรอยู่รอดและยั่งยืน

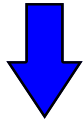
เป้าหมายของการรับรองคุณภาพ

- การกระตุ้น
 - ให้เกิดแรงจูงใจในพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง
- การสร้างความรับผิดชอบต่อสังคม
 - ให้สังคมมีความมั่นใจต่อระบบบริการ
 - ยินยอมให้องค์กรภายนอกเข้าไปประเมินตามที่ตกลงร่วมกัน
- การให้ข้อมูลข่าวสาร
 - เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริโภค
- การสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน
 - ผู้บริหารและผู้ประกอบวิชาชีพในโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษาและประเมินในลักษณะของอาสาสมัคร

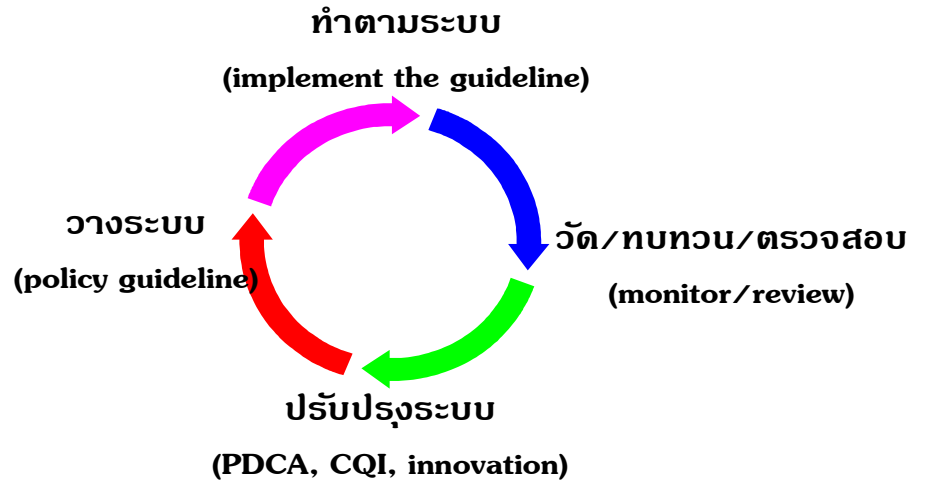
พัฒนาคุณภาพ



ประเมินตนเอง



**ประเมินและรับรอง
โดยองค์กรภายนอก**



กระบวนการพัฒนา
และรับรองคุณภาพ

1.การพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement)

- การบริหารความเสี่ยง (Risk management)
 - ค้นหาโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง ประเมินความเสี่ยง วางมาตรการป้องกันความเสี่ยง ดำเนินการเมื่อเกิดความสูญเสีย
- การประกันคุณภาพ (Quality assurance-OA)
 - การวางระบบเป็นหลักประกันว่าจะปฏิบัติงานตามมาตรฐานตามที่วางไว้ ประกอบด้วย
 - การกำหนดมาตรฐาน
 - การวัดผลการปฏิบัติ
 - การปรับปรุงแก้ไขเมื่อไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่คาดไว้
- การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continual quality improvement-CQI)
 - ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน

2.การประเมินคุณภาพ (Quality assessment)

- การประเมินคุณภาพโดยโรงพยาบาล (Self assessment)
 - เป็นการประเมินตนเองเพื่อตรวจสอบความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ
 - ตรวจสอบความพร้อมที่จะได้รับการประเมินและรับรองจากภายนอก
 - ประเมินตนเองโดยทีมที่เกี่ยวข้อง
 - ตรวจสอบเพื่อสังเกตการปฏิบัติงานจริง
 - ทบทวนแนวคิด แนวทางปฏิบัติ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
- การประเมินคุณภาพโดยผู้ประเมินภายนอก (External survey)
 - การประเมินความพร้อมของโรงพยาบาล (Preparation survey)
 - ประเมินว่าโรงพยาบาลได้ดำเนินการตามกรอบข้อกำหนดมาตรฐานครบถ้วน
 - โรงพยาบาลจะขอให้มีการทำ presurvey ต่อเมื่อผลประเมินอยู่ในระดับตามมาตรฐาน

2.การประเมินคุณภาพ (Quality assessment)

- การประเมินคุณภาพโดยผู้ประเมินภายนอก (External survey)
 - การประเมินเพื่อพิจารณารับรอง (Accreditation survey)
 - การรับทราบหลักฐานและความจริงว่าโรงพยาบาลได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดตามมาตรฐานครบถ้วน
 - ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงจากการประเมินความพร้อม
 - การประเมินจะเน้นการดูแลผู้ป่วยและการบริหารองค์กร
 - การออกแบบหรือจัดระบบงานไว้อย่างเหมาะสมหรือไม่
 - ปฏิบัติตามกระบวนการที่กำหนดไว้หรือไม่
 - มีการประเมินผลกระบวนการเหล่านั้นหรือไม่
 - พยายามปรับปรุงการปฏิบัติงานของตน
- การประเมินหลังการรับรอง
 - การประเมินเฝ้าระวัง
 - การประเมินเมื่อมีปัญหา
 - การประเมินเมื่อมีการปรับเปลี่ยน

3.การรับรองโรงพยาบาล

- คือการรับรองว่าโรงพยาบาลมีการจัดระบบงานที่ดี ให้บริการอย่างมีคุณภาพปลอดภัย มุ่งมั่นทำงานให้มีคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- ผู้ตัดสินให้การรับรองโรงพยาบาลคือ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งพรพ. แต่งตั้งขึ้น
- ลักษณะการรับรองมีดังนี้
 - รับรอง 2 ปี สำหรับโรงพยาบาลที่ปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐานได้ครบถ้วน
 - ไม่รับรอง สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลได้ครบถ้วน

ບັນດາສາມພັນສູ່ HA

ขั้นที่ 3 วัฒนธรรมคุณภาพ

เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA
พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้
ผลลัพธ์คุณภาพที่ดีขึ้น

ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน

ขั้นที่ 2 ประกันและพัฒนาคุณภาพ

เริ่มด้วยการวิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการ
ประกันและพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วย
ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด

ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป

ขั้นที่ 1 สำรวจและป้องกันความเสี่ยง

นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน

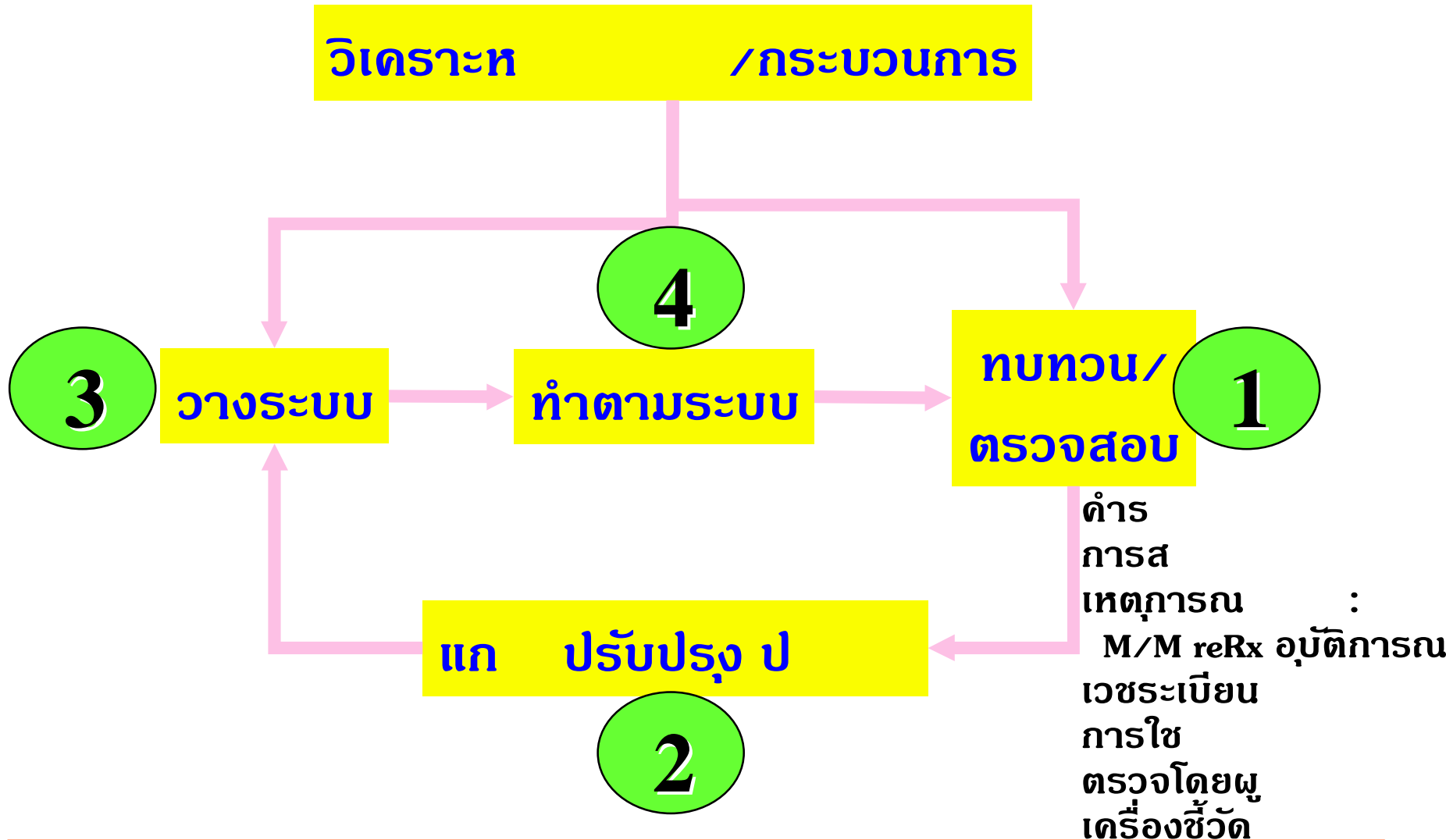
ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหา

ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง

เปรียบเทียบบันได 3 ชั้น สู่ HA

	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3
ภาพรวม	ใช้วิกฤติเป็นโอกาส	เชิงรุก	สร้างวัฒนธรรมคุณภาพ
จุดเริ่ม	นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน	วิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการอย่างเป็นระบบ	ประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA
กระบวนการคุณภาพ	Check-Act-Plan-Do (RM/QA)	Plan-Do-Check-Act (QA) Check-Act-Plan-Do (CQI)	องค์กรเรียนรู้และพัฒนา
เครื่องชี้วัดความสำเร็จ	ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาที่กำหนด	QA/CQI ที่สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของหน่วยงาน	เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดีขึ้น
มาตรฐาน HA	ยังไม่เห็นมาตรฐาน HA	มาตรฐาน HA ที่จำเป็นและปฏิบัติได้ไม่ยาก	มาตรฐาน HA ครบถ้วน
ประเมินตนเอง	เพื่อป้องกันความเสี่ยง (ไม่เห็นแบบฟอร์ม)	เพื่อหาโอกาสพัฒนา	เพื่อสังเคราะห์ความพยายามในการพัฒนา และผลที่ได้รับ
ความครอบคลุม	ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิดขึ้น	ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด	เชื่อมโยงกระบวนการและระบบงาน

ขั้นที่ 1 การทบทวน แก้ไข



บันไดขั้นที่ 2 การประกันคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

- วิเคราะห์หน่วยงานอย่างเป็นระบบ
- จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน
- ระบบบริหารความเสี่ยง
- การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- โครงสร้างการนำระดับกลาง
- การประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA

ขั้นที่ 2 การประกันคุณภาพและพัฒนาต

1

วิเคราะห์ / กระบวนการ

3(QA)

2(QA)

วางระบบ

ทำตามระบบ

ทบทวน/
ตรวจสอบ

4(QA)

2(CQI)

4(CQI)

ปรับปรุงระบบ

3(CQI)



บันไดขั้นที่ 3 การปฏิบัติตามมาตรฐาน HA อย่างครบถ้วน

- การปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA
- การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ
- การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและวัฒนธรรมการเรียนรู้

**แนวทางการบันทึกและตรวจสอบประเมินคุณภาพ
การบันทึกเวชระเบียน ตามเกณฑ์ สปสช.**

Medical Record

- Medical Record คือเอกสารทางการแพทย์ทุกประเภทที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วย
- Medical Record Audit
 - มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ถูกบันทึกในเวชระเบียน และทบทวนกระบวนการทั้งหมดว่ามีส่วนบกพร่องที่ใด
 - นำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ และแก้ไขส่วนขาดต่าง ๆ

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน

1. หลักฐานในสำเนา OPD card
2. Discharge summary note
3. Admission note
4. Progress note
5. Doctor's order
6. Operative note
7. Anesthetic record (ถ้ามี)

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน

8. Graphic sheet
9. Nurse's note
10. ผลการตรวจเพิ่มเติมต่าง ๆ
11. Medication sheet, intake-output sheet
12. เอกสารหลักฐานที่หน่วยบริการต้องจัดทำขึ้น เพื่อประกอบการให้บริการต่าง ๆ เช่น แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา
13. เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยจากหน่วยบริการอื่น เช่น ใบรับส่งต่อ
14. เอกสารกรณีเบิกจ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียม
15. กรณี สปสช. ขอตรวจสอบเวชระเบียนแล้วไม่พบเอกสาร ถือว่าหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

- ส่วนที่ 1 แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน
- ส่วนที่ 2 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน
- ส่วนที่ 3 การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน
- ส่วนที่ 4 แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

- เกณฑ์ที่ต้องประเมินทุกราย 5 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่
 - Patient's profile
 - History
 - Physical examination
 - Treatment/investigation
 - Follow up
- เกณฑ์ที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 2 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่
 - Operative note
 - Informed consent



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

Medical Record Audit Form (OPD/ER)

Hcode HN PID General case Diagnosis Visit Date
 Yes No Chronic case ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ ถึง
 Diagnosis 1st Visit Date

กรณีตรวจ Chronic case ไม่ต้องตรวจ visit ที่เป็น General case

การบันทึก : กรณีที่การบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 กรณีที่การบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0

กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ NA

กรณีไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้ระบุ M (Missing)

No	Contents	NA	M	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	เพิ่ม คะแนน	หัก คะแนน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
1	Patient's Profile														
2	History (1 st visit)														
3	Physical examination														
4	Treatment/Investigation														
5	Follow up ครั้งที่ 1/...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 2/...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 3/...../.....														
6	Operative note														
7	Informed consent														

Full score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 19 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป /ฉุกเฉิน: General case)

Sum score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 24 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง : Chronic case ที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง)

Overall finding (เลือกเพียง 1 ข้อ)
 (...) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)
 (...) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)
 (...) Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

คำอธิบาย
 NA ไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น
 Missing (M) ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน

Audit by Audit Date

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

- ส่วนที่ 1 แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน
- ส่วนที่ 2 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน
- ส่วนที่ 3 การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน
- ส่วนที่ 4 แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

- เกณฑ์ที่ต้องประเมินทุกราย 7 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 9 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่
 - Discharge summary: diagnosis, operation
 - Discharge summary: others
 - Informed consent
 - History
 - Physical exam
 - Progress note, Doctor's order
 - Nurses' note
- เกณฑ์ที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 9 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่
 - Consultation record
 - Anesthetic record
 - Operative note
 - Labour record
 - Rehabilitation record



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน
Medical Record Audit Form (IPD)

Medical record audit of (Hospital name) HN AN Date admitted Date discharged

การบันทึก : กรณีที่มีการบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละ ข้อ ให้ “1”

กรณีที่มีการบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ “0”

กรณีที่จำเป็นต้องมีเอกสารใน Content ใดๆ เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้กากบาทในช่อง “NA”

กรณีมีเอกสารแต่ไม่มีการบันทึกในเอกสารฉบับนั้น ให้ กากบาทในช่อง “NO”

กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน ให้กากบาทในช่อง “Missing”

Content of medical record	NA	Missing	No	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	เกณฑ์ ข้อ 8	เกณฑ์ ข้อ 9	หัก คะแนน	รวม คะแนน	หมายเหตุ
Discharge summary : Dx., OP.															
Discharge summary : Other															
Informed consent															
History															
Physical exam															
Progress note															
Consultation record															
Anesthetic record															
Operative note															
Labour record															
Rehabilitation record															
Nurses' note helpful															

Full score รวม คะแนน (ต้องไม่น้อยกว่า 63 คะแนน) Sum score ร้อยละ

Overall finding

(...) การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

(...) เอกสารบางแผ่น ไม่มีชื่อผู้รับบริการ, HN, AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่า เอกสารแผ่นนี้เป็นของใคร จึงไม่สามารถทบทวนเอกสารแผ่นนั้นได้

(เลือกเพียง 1 ข้อ) (...) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)

(...) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)

(...) Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

Audit by Audit Date

Discharge Summary

In-patient discharge summary

- เป็นการบันทึกสรุปเกี่ยวกับการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยใน ได้แก่ ปัญหาของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษา ผลการรักษา เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย การสรุปการวินิจฉัยโรค เรียงลำดับตามหลักเกณฑ์การให้รหัสการวินิจฉัยโรคของ WHO (ICD-10) และการทำหัตถการ (ICD-9-CM) ทั้งนี้จะต้องมีข้อมูลดังต่อไปนี้

Discharge Summary

1. Principal diagnosis
2. Other diagnosis
 - Comorbidity
 - Complications
 - Other diagnoses
 - External cause
3. Procedure/Operation
4. Clinical summary

Discharge Summary

5. Discharge status/type

- Discharge status:

1. complete recovery
2. improved
3. not improved
4. normal delivery
5. un-delivery
6. normal child discharged with mother
7. normal child discharged separately
8. stillbirths
9. dead

- Discharge type :


1. with approval
2. against advice
3. by escape
4. by transfer
5. other (specify)
6. dead, autopsy
7. dead, no autopsy

Discharge Summary

6. การลงลายมือชื่อแพทย์
7. ตัวย่อที่เป็นสากลสามารถใช้ในการสรุปการวินิจฉัยโรคและการทำหัตถการ คือ ตัวย่อที่มีอยู่ในหนังสือ ICD-10, ICD-9-CM, Standard coding guidelines เท่านั้น
8. Cause of death

แบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Discharge Summary)

(หน้า 1)

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH THAILAND				ฉบับปรับปรุง มิถุนายน 2556	
				HOSPITAL IN PATIENT SUMMARY	
1. ADMISSION NUMBER		2. PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER OR PASSPORT NUMBER		3. HOSPITAL NUMBER	
4. PATIENT NAME			5. PATIENT ADDRESS		
6. SEX 1. MALE 2. FEMALE		7. MARITAL STATUS		8. OCCUPATION	
9. DATE OF BIRTH		10. AGE AT ADMISSION YEARS FOR INFANT MONTHS DAYS		11. BIRTHWEIGHT (INFANT ONLY) GRAMS	
12. WARD		13. DEPARTMENT		14. DATE OF	
				ADMISSION	
				15. LENGTH OF STAY DAYS	
				16. TOTAL LEAVE DAYS DAYS	
18. DIAGNOSIS	(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS บันทึกโรคที่พบบ่อยโรคเดียวกัน			DIAGNOSIS ICD CODING by CODER	
	(2) PRE ADMISSION COMORBIDITY (S)			MAIN CONDITION (มีไว้สำหรับเคส)	
	(3) COMPLICATION (S) (POST ADMISSION COMORBIDITY)			COMORBIDITY (S)	
	(4) OTHER DIAGNOSIS			COMPLICATION (S)	
	(5) EXTERNAL CAUSE (S) OF INJURY			OTHER (S)	
19. OPERATIONS	OPERATING ROOM PROCEDURES			DATE TIME IN TIME OUT	
	1.	
	2.	
	3.	
20. PROCEDURES	IMPORTANT NON OPERATING ROOM PROCEDURES			PROCEDURES ICD CODING by CODER	
	1.			MAIN (มีไว้สำหรับเคส)	
	2.			OTHER (S)	
21. INVESTIGATIONS	SPECIAL INVESTIGATIONS				
	1.				
	2.				
22. DISCHARGE STATUS		23. DISCHARGE TYPE			
1. COMPLETE RECOVERED		6. NORMAL CHILD DISCHARGE WITH MOTHER		1. WITH APPROVAL	
2. IMPROVED		7. NORMAL CHILD DISCHARGE SEPARATELY		2. AGAINST ADVICE	
3. NOT IMPROVED		8. DEAD		3. ESCAPE	
4. DELIVERED				4. BY TRANSFER	
5. UNDELIVERED				5. OTHER	
				6. DEAD, AUTOPSY	
				7. DEAD, NO AUTOPSY	
ATTENDING PHYSICIAN			APPROVED BY		
SIGNATURE			SIGNATURE		

เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ Discharge summary

- ให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์
เกณฑ์ข้อที่ 1 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน Principal diagnosis ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน (ตรงกับ ผลการตรวจสอบ)
เกณฑ์ข้อที่ 2 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บ หรือเป็นพิษจากสารเคมี(External cause)
เกณฑ์ข้อที่ 3 สรุปการทำหัตถการและการผ่าตัด(Procedure/ Operation)
เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกวัน/เดือน/ปี และเวลาที่เริ่มต้น-สิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนภาพ Discharge summary

เกณฑ์ข้อที่ 5 ไม่ใช้ตัวย่อที่ไม่เป็นสากลในการสรุป Principal diagnosis, การวินิจฉัยอื่น, Procedure/ Operation และสรุปด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้
โดยง่าย

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการสรุปในส่วน clinical summary โดยต้องมีทุกข้อ

- สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา
- การ investigated
- การรักษาและผลการรักษา
- แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วยโดยย่อ
- Home medication

เกณฑ์ข้อที่ 7 สรุปสาเหตุการตายถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ Discharge summary

เกณฑ์ข้อที่ 8 สรุปร discharge status และ discharge type ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน ในกรณีที่ discharge type เป็น by transfer ต้องระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รักษา หรือแพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อ สกุล และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ

- หักคะแนนข้อละ 1 คะแนน กรณีมีการสรุปหลายลายมือหรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข

Discharge summary: others

- บันทึกสรุปการจำหน่ายในส่วนอื่นๆ ที่ไม่ใช่การวินิจฉัยโรคและการทำผ่าตัด/หัตถการ ประกอบด้วย
 1. ข้อมูลผู้ป่วย : ชื่อ-สกุล, เพศ, อายุ, วันเดือนปีเกิด, เลขประจำตัวประชาชน, ที่อยู่ปัจจุบัน
 2. ข้อมูลญาติ/ผู้ให้ติดต่อ : ชื่อ-สกุล, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, ที่อยู่ติดต่อได้, หมายเลขโทรศัพท์
 3. ข้อมูลโรงพยาบาล : ชื่อโรงพยาบาล, HN, AN, วันเดือนปีที่ admit, วันเดือนปีที่ discharge, จำนวนวันนอน

เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ/คำนำหน้าชื่อ อายุ/วันเดือนปีเกิด

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย

คนต่างดาวให้ระบุ : ไม่มีเลขที่บัตร

ชาวต่างชาติ : เลขที่หนังสือเดินทาง

ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว : ไม่รู้สีกตัว

เสียชีวิตไม่พบหลักฐาน : เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบัน

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีข้อมูลชื่อโรงพยาบาล HN AN

เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูลวันเดือนปี และเวลาที่ admitและ discharge

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลจำนวนวันที่อยู่ในรพ. (LOS-Length of stay) และจำนวนวันที่ลากลับบ้านระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล(Total leave days)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการให้รหัสโรคตามการสรุปของแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการให้รหัสหัตถการตามการสรุปของแพทย์

ตัวอย่าง Discharge summary

กรมแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ		GENERAL IN-PATIENT SUMMARY	
สิทธิหลัก : ผู้ป่วยชาวต่างชาติ		ผู้สัญญา :	
1. ADMISSION NUMBER	2. ID. NO. เลขประจำตัวประชาชน	3. HOSPITAL NUMBER	
4. PATIENT NAME	5. MARITAL STATUS โสด	6. SEX หญิง	
7. PATIENT ADDRESS 87/1 หมู่ 1 ต.ปิ่นเกล้า อ.ตัญจรี จ.ปทุมธานี 12110		8. OCCUPATION พนักงานบริษัทเอกชน	
9. ETHNIC GROUP เชื้อชาติ ไทย	10. DATE OF BIRTH 02/04/2519		
11. PERSON TO BE NOTIFIED			
12. CONDITION OF CHILD AT BIRTH		13. AGE AT ADMISSION	
<input type="checkbox"/> LIVEBORN <input type="checkbox"/> CLINICALLY MATURE <input type="checkbox"/> STILLBORN <input type="checkbox"/> CLINICALLY PREMATURE		39 ปี 10 เดือน 2 วัน	
14. GRAVIDITY 3	15. PARITY 9	16. LIVING CHILDREN 0	17. SEROLOGY negative
18. BIRTHWEIGHT GRAMS		21. DATE OF ADMISSION 04/02/2559 10:18	DISCHARGE 6/2/59
19. DEPARTMENT		20. WARD ห้องคลอด (LR)	
1 MEDICINE 5 PEDIATRICS 8 ORTHOPEDICS 12 REHABILITATION 2 SURGERY 6 OTO-RHINO 9 PSYCHIATRY 13 OTHER <input checked="" type="checkbox"/> OBSTETRICS LARYNGOLOGY 10 RADIOLOGY 4 GYNECOLOGY 7 OPHTHALMOLOGY 11 DENTAL		22. LENGTH OF STAY IN HOSPITAL 2 days.	
23. DIAGNOSES			
(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS Spontaneous vertex delivery			
(2) COMORBIDITY Singleton live birth, gestational hypertension, multiparity, elderly grandaerum			
(3) COMPLICATION early postpartum hemorrhage.			
(4) OTHER DIAGNOSIS -			
(5) EXTERNAL CAUSE OF INJURY คำนวณค่าเฉลี่ยโดย			
24. OPERATION			
OPERATING ROOM PROCEDURE ห้ามเขียนด้วย		DATE	TIME IN TIME OUT
1 tubal resection		5/2/19	
2 amniotomy		4/2/19	
3			
4			
25. NON OPERATING ROOM PROCEDURE			
<input type="checkbox"/> Tracheostomy <input type="checkbox"/> Gastric lavage <input type="checkbox"/> Paracentesis <input type="checkbox"/> Hemodialysis <input type="checkbox"/> UVC <input type="checkbox"/> MRI(ระบุ.....) <input type="checkbox"/> On ventilator(<input type="checkbox"/> <96 hr, <input type="checkbox"/> >96 hr) <input type="checkbox"/> Central venous cath <input type="checkbox"/> Blood transfusion <input type="checkbox"/> IVP(ระบุ.....) <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> On E-T tube <input type="checkbox"/> Chemotherapy <input type="checkbox"/> Thoracocentesis <input type="checkbox"/> U/S(ระบุ.....) <input type="checkbox"/> CPR <input type="checkbox"/> Venesection(Cut down) <input type="checkbox"/> Lumbar puncture(LP) <input type="checkbox"/> UAC <input type="checkbox"/> CT(ระบุ.....) <input type="checkbox"/> Echocardiogram <input checked="" type="checkbox"/> Other... N 57			
26. DISCHARGE STATUS		27. DISCHARGE TYPE	
1. COMPLETE RECOVERY 6. NORMAL CHILD DISCHARGE WITH MOTHER 2. IMPROVED 7. NORMAL CHILD DISCHARGE SEPARATELY 3. NOT IMPROVED 8. STILLBIRTH <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL DELIVERY 9. DEAD 5. UNDELIVERY		<input checked="" type="checkbox"/> WITH APPROVAL 5. OTHER..... 2. AGAINST ADVICE 8. DEAD AUTOPSY 3. BY ESCAPE 9. DEAD NO AUTOPSY 4. BY TRANSFER Hospital to by transfer.....	
IN CASE DEATH COMPLETE DEATH CERTIFICATE ON OTHER SIDE OF FORM			
ATTENDING PHYSICIAN		APPROVED PHYSICIAN	
SIGNATURE		SIGNATURE	
CODE..... 68659		CODE..... 68659	

Diagnosis related group

What is DRG?

- กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
- ระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยอย่างหนึ่ง (Patient Classification System) ที่อาศัยข้อมูลไม่มากนักมาจัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อบอกว่า ผู้ป่วยในกลุ่มเดียวกันจะใช้เวลานานอนในโรงพยาบาลใกล้เคียงกันและสิ้นเปลืองค่ารักษาใกล้เคียงกัน
- โดยอาศัยตัวแปรหลายอย่างในการแบ่งกลุ่ม ซึ่งมีอยู่ประมาณ 500กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มจะมี น้ำหนักสัมพัทธ์ไม่เท่ากัน

What is DRG?

- ระบบ DRG มีอยู่หลายระบบ
- แบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มย่อยตามกายวิภาค (anatomical system)
- 25 Major Diagnostic Category (MDC)

ความสำคัญของ DRG

- โรงพยาบาลสามารถเบิกค่ารักษาล่วงหน้า
- โรงพยาบาลจะบริหารจัดการเงินที่เหมาจ่ายมาในการตรวจวินิจฉัยและการผ่าตัดเอง
- สามารถใช้ทำนายความต้องการทรัพยากรแต่ละชนิดได้
- การใช้ DRG เป็นระบบกำหนดราคาล่วงหน้า (Prospective Payment System, PPS) ทำให้ผู้บริหารรู้ว่าต้นทุนของการรักษาผู้ป่วยเป็นเท่าไร
- เป็นกลไกในการเพิ่มประสิทธิภาพ
- ปรับตัวเข้าได้กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง

ตัวแปรสำคัญ

- Principle diagnosis (PDx)
- Complication/ Comorbidity
- Procedures
- Relative weight
- Age
- Length of stay (LOS)
- Discharge type
- Discharge status

ข้อมูลผู้ป่วย

- วิจัยโรค (ICD-9-CM/10 diagnosis code)
- การผ่าตัด (ICD-9-CM procedure code)
- จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล
- อายุ
- น้ำหนักแรกเกิด
- การจำหน่ายผู้ป่วย

ข้อมูลผู้ป่วย

- PDx: Principle diagnosis
 - โรคหลักที่ได้รับการรักษา มี 1 diagnosis เท่านั้น
- SDx: Secondary diagnosis
 - โรคอื่นๆ ที่ active
- Proc: Procedures
 - การผ่าตัด/หัตถการ
 - รวมทั้ง Operating room และ non-operating room procedure

ข้อมูลผู้ป่วย

- Age: 0-124
- Sex: 1 = male, 2 = female
- Discharge type:
 1. With approval
 2. Against advice
 3. Escape
 4. Transfer
 8. Dead, autopsy
 9. Dead, no autopsy

ชนิดการคลอด

- Type of discharge
 1. Complete Recovery
 2. Improved
 3. Not Improve
 4. Normal Delivery
 5. Un-delivery
 6. Normal child discharge with mother
 7. Normal child discharge separately
 8. Dead stillbirth
 9. Dead

Main condition

- โรคที่ได้รับการวินิจฉัยแน่ชัดเมื่อสิ้นสุดการรักษาในครั้งนั้น และเป็นโรคที่เป็นเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมารับการรักษา
- ถ้ามีมากกว่า 1 โรค ให้เลือกโรคที่สิ้นเปลืองทรัพยากรในการรักษามากที่สุด
- ถ้าไม่สามารถวินิจฉัยได้ชัดเจน อาจใช้อาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติ มาใช้เป็นโรคหลักแทน

Main condition

- อาการบาดเจ็บที่อยู่ลึกที่สุด
- อวัยวะภายในที่อยู่ลึกที่สุดหรือล่างสุด
- เส้นเลือดสำคัญกว่าเส้นประสาท สำคัญกว่า กล้ามเนื้อ
- Acute สำคัญกว่า chronic

Comorbidity

- การวินิจฉัยร่วม อาจมีได้หลายการวินิจฉัย
- เกิดก่อนรับไว้ แต่ไม่สำคัญเท่าการวินิจฉัยหลัก
- ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยง ต้องรับการดูแลรักษา
- มักเป็นโรคเรื้อรัง

Complication

- โรคแทรก อาจมีได้หลายโรค
- เกิดหลังจากรับไว้ในโรงพยาบาล
- ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยง ต้องรับการดูแลรักษา
- มักเป็นโรคเฉียบพลัน หรืออุบัติเหตุ

Other diagnosis

- โรคอื่นๆ อาจมีได้หลายโรค
- เกิดก่อน หรือหลังจากรับไว้ในโรงพยาบาลก็ได้
- ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยง ไม่ต้องการรับการดูแลรักษา
- มักเป็นโรคเล็กน้อย

Major Diagnostic Category

1. โรคระบบประสาท สมอง ไขสันหลัง
2. โรคตา
3. โรคหู คอ จมูก ปาก
4. โรคระบบทางเดินหายใจ
5. โรคระบบไหลเวียนโลหิต หัวใจ หลอดเลือด
6. โรคระบบทางเดินอาหาร
7. โรคตับ ท่อน้ำดีและตับอ่อน
8. โรคกล้ามเนื้อ กระดูก ข้อ
9. โรคผิวหนัง เต้านม

Major Diagnostic Category

10. โรคต่อมไร้ท่อ โภชนาการ
11. โรคไต ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ
12. โรคอวัยวะสืบพันธุ์เพศชาย
13. โรคอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง
14. การตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด
15. โรคทารกแรกคลอด
16. โรคโลหิตวิทยา ระบบภูมิคุ้มกัน
17. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งเนื้อร้ายอื่นๆ
18. โรคติดเชื้อ

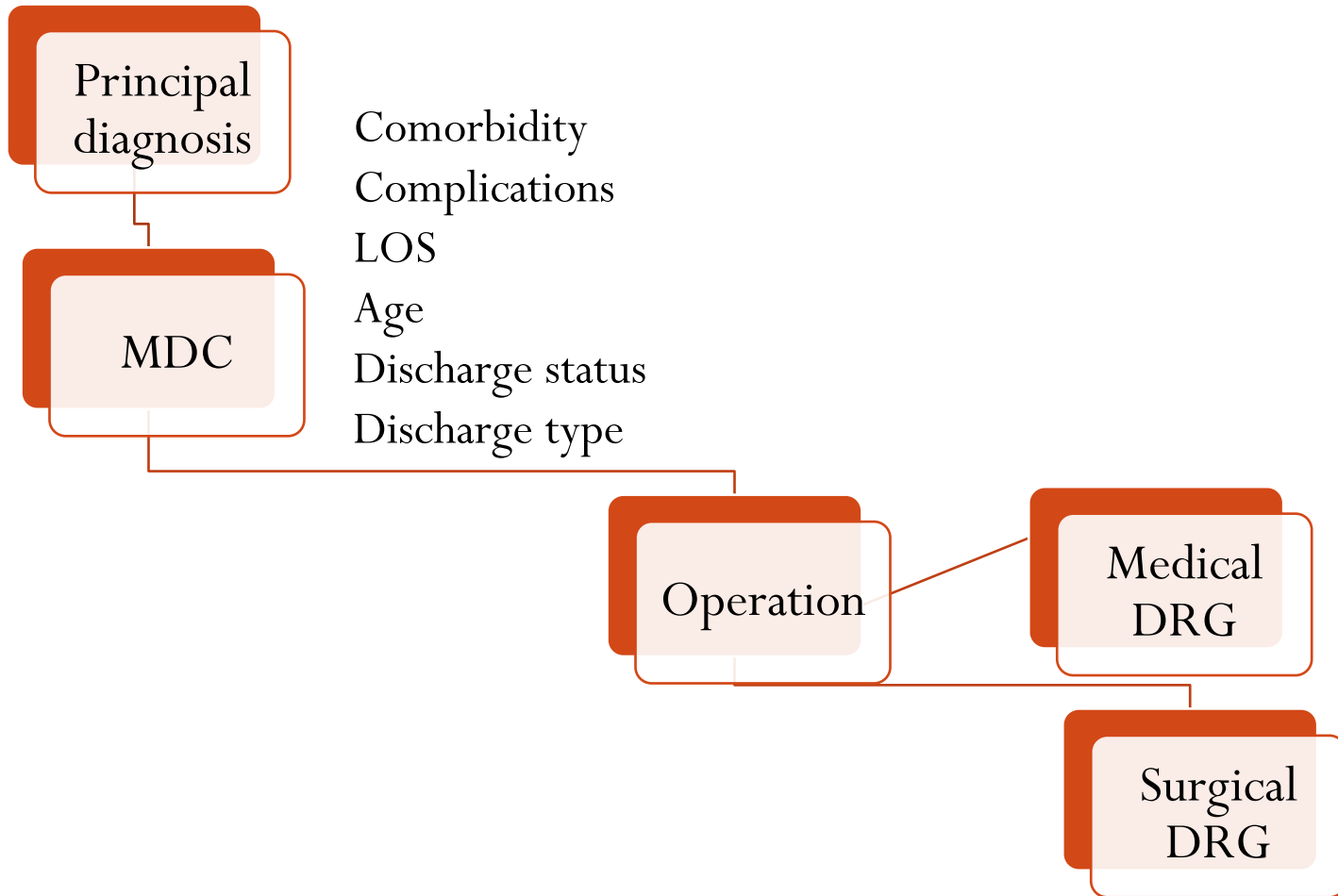
Major Diagnostic Category

19. โรคจิต ประสาท พฤติกรรม
20. โรคจิต ประสาท พฤติกรรมผิดปกติจากสุรา ยา
21. การบาดเจ็บ เป็นพิษ แพ้ยา
22. ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก
23. การรับบริการทางการแพทย์ สาธารณสุข
24. การบาดเจ็บหลายแห่ง
25. ติดเชื้อ HIV

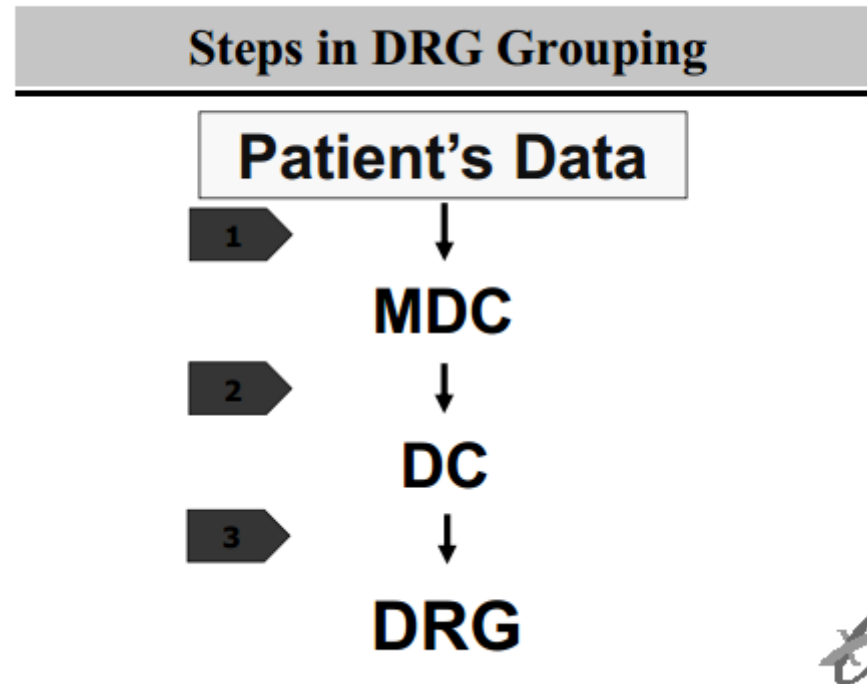
Disease cluster (DC)

- หัวข้อย่อยของ MDC
- การวินิจฉัย และ/หรือรหัสหัตถการที่กำหนดไว้ ซึ่งในกลุ่มย่อยนี้มีการวินิจฉัยและ
การรักษาใกล้เคียงกัน เช่น
 - DC 0101 Craniotomy for trauma
 - DC 0607 Appendectomy
 - DC 0658 Gastroenteritis age < 10

หลักการจัดกลุ่ม DRG



หลักการจัดกลุ่ม DRG



ตัวอย่างระบบ DRG

TDS51 - DRG Seeker (Thai DRG 5.1 Grouper, Interactive) Version 5.1.1.03.0450 For Thai DRG Version 5.1.1

ข้อมูลผู้ป่วย

Age	Age-Day	Sex	Disc Type	Adm Wt	LOSD	LOSHr	PDx
<input type="text" value="20"/>	<input type="text" value="45"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="56"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="00:00"/>	<input type="text" value="O019"/>
(years)	(days)	(1 or 2)	(1,2,3,4,5,8 or 9)	(kgs)	(days)	(hours)	

SDx1	SDx2	SDx3	SDx4	SDx5	SDx6	SDx7	SDx8	SDx9	SDx10	SDx11	SDx12
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Proc1	Proc2	Proc3	Proc4	Proc5	Proc6	Proc7	Proc8	Proc9	Proc10	Proc11	Proc12	Proc13	Proc14	Proc15
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ผลการหา DRG

MDC: 14

DRG: 14589 (Molar pregnancy)

RW = 0.5593 WTLOS = 3.50 OT = 9 Adj RW = 0.5593

Error: 0

Warn: 0

Developers:
Chairoj Zungsonitporn, MD
Orathai Khiaocharoen, PhD

Relative Weight

- น้ำหนักสัมพัทธ์ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลรายกลุ่มโรคหารด้วยค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยของทุกราย ซึ่งเป็นตัวเลขเชิงเปรียบเทียบว่าผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคนั้น ๆ เฉลี่ยเป็นกี่เท่าของค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งหมด

$$RW = \frac{\text{Mean charge per DRG}}{\text{Aggregate mean charge}}$$

- วันนอนเฉลี่ย Weight of LOS (WTLOS) ค่าวันนอนมาตรฐาน หรือ วันนอนเฉลี่ยของแต่ละกลุ่ม DRG
- จุดตัดวันนอนเกินเกณฑ์ Outlier Trim point (OT) จุดตัดวันนอนนาน แต่ละกลุ่ม DRG ไม่ควรนอนนานเกินค่านี้
- เมื่อนำ RW ไป adjust กับปัจจัยอื่น เช่น LOS จะได้ adjusted RW
- Base rate คือ จำนวนเงินที่เบิกจ่ายต่อหนึ่งหน่วย Adj RW

$$\text{Payment} = \text{AdjRwx base rate}$$

Example

- Female 40 yr ,U/D-HT,DM
- NL c episiotomy
- No complication

ข้อมูลผู้ป่วย

Age 40 (years)	Age-Day (days)	Sex 2 (1 or 2)	Disc Type 2 (1,2,3,4,5,8 or 9)	Adm Wt (kgs)	LOSD 2 (days)	LOSHr 00:00 (hours)	PDx O080
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	---	----------------------------	----------------------------	----------------------------------	--------------------

SDx1 I10	SDx2 E119	SDx3 	SDx4 	SDx5 	SDx6 	SDx7 	SDx8 	SDx9 	SDx10 	SDx11 	SDx12
--------------------	---------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	------------------	------------------	------------------

Proc1 736	Proc2 7301	Proc3 7534	Proc4 	Proc5 	Proc6 	Proc7 	Proc8 	Proc9 	Proc10 	Proc11 	Proc12 	Proc13 	Proc14 	Proc15
---------------------	----------------------	----------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

ลบข้อมูล

หา DRG

รายละเอียดการหา DRG

ผลการหา DRG

MDC: 14

DRG: 14519 (Postpartum/post abortion wo OR proc)

RW = 0.3722

WTLOS = 2.84

OT = 8

Adj RW = 0.3722

Error: 0

Warn: 0

ความแตกต่างของการเบิกจ่ายแต่ละสิทธิการรักษา

- ระบบสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - ใช้ระบบจ่ายตามที่เรียกเก็บ จึงไม่สามารถควบคุมงบประมาณในการเบิกจ่ายได้
- ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - ใช้การส่งเงินไปที่หน่วยบริการแบบผสมผสาน คือใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอก ส่วนผู้ป่วยในสำนักงานจะจ่ายงบประมาณไปที่โรงพยาบาลตามการรักษาโรค ซึ่งช่วยควบคุมค่าใช้จ่าย และควบคุมมาตรฐานการรักษาได้อีกด้วย
- ระบบประกันสังคม
 - ใช้วิธีการส่งบเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมดไปที่โรงพยาบาลคู่สัญญา หากโรงพยาบาลลูกสัญญามีโรงพยาบาลลูกข่าย หรือมีกรณีต้องส่งต่อไปรับบริการโรงพยาบาลใหญ่ขึ้น โรงพยาบาลนั้น ๆ ต้องบริหารจัดการค่าใช้จ่าย และโอนเงินไปชำระบริการเอง ซึ่งมีปัญหาการไม่ส่งต่อ จนได้รับการรักษาไม่ทันเวลา

ความแตกต่างด้านสิทธิประโยชน์การรักษา

ชุดสิทธิประโยชน์	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	ข้าราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ และผู้มีสิทธิ
หัวใจ / หลักรการ	หลักประกันด้านสุขภาพสำหรับทุกคน หลักรการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข	<ul style="list-style-type: none"> เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข ในกลุ่มสมาชิก เป็นสวัสดิการทางสังคมให้สมาชิก 	สวัสดิการให้กับ ลูกจ้างของรัฐ
การเกิดสิทธิ	ทันทีที่ลงทะเบียน	ต้องจ่ายสมทบไม่น้อยกว่า ๓ เดือน ไป ๑๕ เดือน	ทันทีที่เป็นข้าราชการ
การสิ้นสุดของสิทธิ	ได้สิทธิอื่น	ขาดส่งเงินสมทบเกินกว่า ๓ เดือน	ไม่ได้เป็นข้าราชการ กรณีบุตรข้าราชการ อายุ ๒๐ ปี บริบูรณ์

ชุดสิทธิประโยชน์	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	ข้าราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ และผู้มีสิทธิ
สิทธิประโยชน์ การรักษา	ทุกอย่าง รวมถึงटनाทำร้าย ตัวเอง การทำแท้ง และยาเสพติด	ทุกอย่าง ยกเว้น หันตกรรมได้ครั้ง ละ ๓๐๐ ปีและไม่เกิน ๖๐๐ ไม่ครอบคลุมอาการที่เกิดจากटना ทำร้ายตัวเอง และยาเสพติด	ทุกอย่าง (เบิกจ่ายตามจริง) ไม่ครอบคลุมอาการที่เกิดจาก टनाทำร้ายตัวเอง และยาเสพติด
การตั้งครรภ์	รับผิดชอบตั้งแต่ฝากครรภ์ จนถึงคลอด และดูแลลูกที่ออก มาทันที	จ่ายค่าครรภ์ละ ๓๓,๐๐๐ บาท (หากลูกเสียชีวิตเบิกไม่ได้) และสิทธิไม่ครอบคลุมลูกที่คลอด	เบิกจ่ายตามจริง
โรคจิตเวช	รักษาได้ทมอาการไม่จำกัด เวลา	รักษาได้ทมอาการไม่จำกัดเวลา	เบิกจ่ายตามจริง
รักษาโรคเดียวกัน เกิน ๓๘๐ วัน	คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง	เบิกจ่ายตามจริง
ส่งเสริมสุขภาพ	ดูแลโดยบัตรทอง	ดูแลโดยบัตรทอง	ดูแลโดยบัตรทอง
ป้องกันโรค	ดูแลโดยบัตรทอง	ดูแลโดยบัตรทอง	ดูแลโดยบัตรทอง
ฟื้นฟูสุขภาพ	ดูแลโดยบัตรทอง	ดูแลโดยบัตรทอง	ดูแลโดยบัตรทอง
ยา	ในบัญชียาหลักแห่งชาติก่อน	ไม่ต่ำกว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	ในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
ระบบงบประมาณ (การจ่ายเงินให้ หน่วยบริการ)	ผู้ป่วยนอก... จ่ายรายหัว ผู้ป่วยใน...จ่ายตามผลงาน และ มีกองทุนเฉพาะโรค	ผู้ป่วยนอก...จ่ายราย ผู้ป่วย ใน...จ่ายตามผลงาน	จ่ายตามที่ รพ.เรียกเก็บ (ปลาย เปิด)

Reference

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, *คู่มือประชาชนระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อความ เป็นธรรมของระบบสุขภาพ* , พิมพ์ครั้งที่ 1 , ศรีเมืองการพิมพ์; กรุงเทพฯ, 2557
- เว็บไซต์ สืบค้นเมื่อ 27 มีนาคม 2559 , บันไดสามชั้นสู่ HA
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, *คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียน, ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1* , ศรีเมืองการพิมพ์; กรุงเทพฯ, 2557
- เว็บไซต์ สืบค้นเมื่อ 27 มีนาคม 2559

<http://www.med.nu.ac.th/ha/data.php?depart=1&menu=2>

- เว็บไซต์สืบค้นเมื่อ 27 มีนาคม 2559

www.heart.kku.ac.th/office/Ha/Data_Ha/Other/Ha00.ppt