



หมวดที่ 5

ระบบควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล
(คุณภาพข้อมูลการรักษาผู้ป่วยและการให้รหัสโรค)

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รายงานการประเมินตนเองสำหรับการตรวจประเมินคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล

หมวดที่ 5 ระบบควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล (คุณภาพข้อมูลการรักษาผู้ป่วยและการให้รหัสโรค)

1. มาตรฐานการบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วย

1.1. มาตรฐานแบบฟอร์มและหน้าจอบันทึกข้อมูล

เพื่อให้สาขาวิชาชีพสามารถบันทึกข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยและผู้รับบริการได้อย่างครบถ้วน คณะกรรมการเวชระเบียนของโรงพยาบาลและสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันออกแบบแบบฟอร์มเวชระเบียนต่าง ๆ รวมถึงหน้าจอบันทึกข้อมูลผู้ป่วยสำหรับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านการประชุมคณะกรรมการเวชระเบียนและการประชุมกลุ่มย่อยแต่ละสาขาที่เกี่ยวข้อง เกิดการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

- **แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยนอก** เป็นแบบฟอร์มกลางสำหรับการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก โดยทีมได้ออกแบบให้สามารถบันทึกข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยที่ใช้สื่อสารร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ และสอดคล้องกับมาตรฐานคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ได้แก่ อาการนำ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีต ความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคและภัยสุขภาพ ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและทางรังสีวิทยาที่สำคัญ การวินิจฉัยโรค แผนการรักษารวมถึงการให้คำแนะนำและความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย และผลลัพธ์ของการรักษา (รายละเอียดดังแสดงในเอกสารแนบที่ 1ก.แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยนอก) ปัจจุบันโรงพยาบาลได้พัฒนาการบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยนอกแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR) โดยใช้หลักเกณฑ์การประเมินความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน และความต้องการของสาขาวิชาชีพผู้ใช้งานมาออกแบบหน้าจอบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยอย่างครบถ้วน และสามารถใช้งานได้ในทุกห้องตรวจผู้ป่วยนอกเพื่อการบันทึกข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล (เอกสารแนบที่ 1ข.แบบฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์สำหรับบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยนอก)
- **แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยใน** ประกอบด้วยแบบฟอร์มต่าง ๆ ที่ใช้เป็นมาตรฐานสำหรับการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในจำนวน 10 แบบฟอร์ม ได้แก่ Discharge summary, Informed consent, Admission note, Doctor order sheet & Progress note, Consultation record, Anesthetic record, Operative note, Labor record, Rehabilitation record และ Nurse's note โดยคณะกรรมการเวชระเบียนและสาขาวิชาชีพได้ร่วมกันออกแบบ ปรับปรุงแก้ไขเพื่อส่งเสริมให้เกิดการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในที่เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล และครอบคลุมประเด็นสำคัญดังแสดงในตารางที่ 1

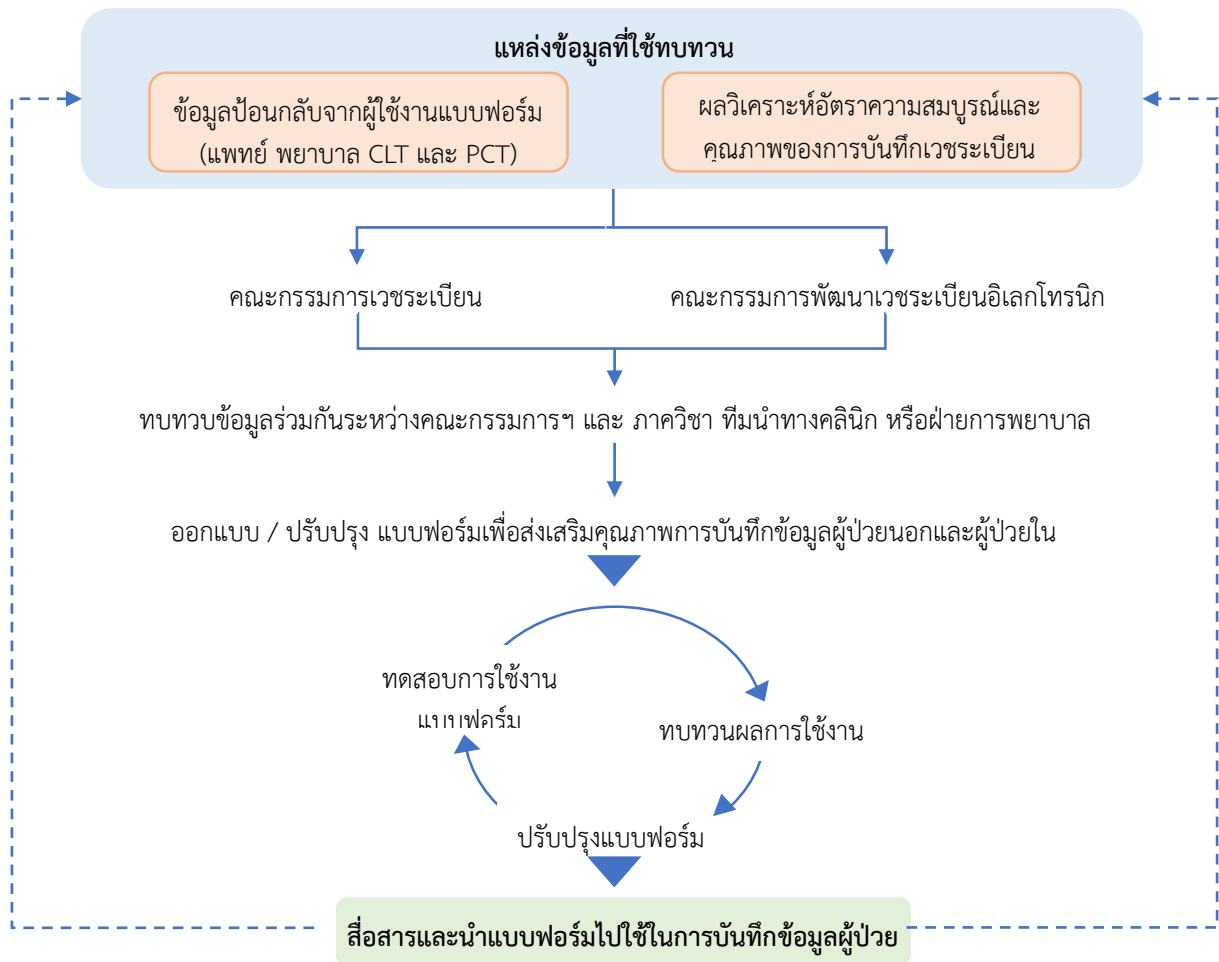
ตารางที่ 1 รายละเอียดมาตรฐานการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยใน

ข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยใน	แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง	เป้าหมายของการบันทึก
1 ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยใน	Admission note	เพื่อให้แพทย์และทีมสาขาวิชาชีพทราบอาการนำ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและโรคประจำตัว ความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพ ประวัติการแพ้ และใช้ประโยชน์ในการวินิจฉัยแยกโรค
2 ผลการตรวจร่างกายแรกรับ	Admission note	เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมประกอบการวินิจฉัยโรค

3	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ	Admission note	เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมประกอบการวินิจฉัยโรค
4	ผลการตรวจทางรังสีวิทยา	Admission note	เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมประกอบการวินิจฉัยโรค
5	สรุปรายการปัญหาของผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรค	Admission note	เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพทราบปัญหาของผู้ป่วย และลำดับความสำคัญของปัญหา
6	แผนการรักษาผู้ป่วย	Admission note	บันทึกแผนการรักษาที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคและปัญหาอื่น ๆ ของผู้ป่วย และสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ
7	คำสั่งการรักษาของแพทย์	Doctor order sheet & progress note	บันทึกคำสั่งการรักษาที่สอดคล้องและเหมาะสมตามแผนการรักษา
8	รายละเอียดการให้คำปรึกษาโดยแพทย์เฉพาะทาง	Consultation record	เพื่อร่วมประเมินผู้ป่วย ให้ความเห็นในการวินิจฉัย ให้คำแนะนำในการรักษาอย่างเหมาะสมและครอบคลุมปัญหาเฉพาะของผู้ป่วย
9	รายละเอียดการให้ข้อมูลการรักษา และการลงชื่อยินยอมรับการรักษา	Informed and consent form	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลด้านการรักษาอย่างครบถ้วน และแสดงความยินยอมรับการรักษา
10	รายละเอียดการทำหัตถการหรือการผ่าตัด	Operative note	บันทึกรายละเอียดของ finding และหัตถการหรือการผ่าตัดที่ได้ทำเพื่อการรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การเสียเลือด ภาวะแทรกซ้อน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด
11	รายละเอียดการคลอด	Labour record	บันทึกรายละเอียดความก้าวหน้าของการคลอด วิธีการคลอด และภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด
12	ข้อมูลการให้ยาระงับความรู้สึก	Anesthetic record	บันทึกผลการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ความเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วย วิธีการระงับความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ และภาวะแทรกซ้อน เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด
13	รายละเอียดการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าอาการของผู้ป่วย และผลการรักษา	Doctor order sheet & progress note	เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพทราบการเปลี่ยนแปลงอาการและการรักษา รวมถึงผลการตอบสนองต่อการรักษา แผนการรักษาในแต่ละระยะ และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
14	รายละเอียดการประเมิน และการให้การดูแลทางการพยาบาล	Nurse' note	ทราบผลการประเมิน การระบุปัญหาทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย และปัญหาที่แพทย์ให้ความสำคัญ นำไปสู่การวางแผนการดูแลทางการพยาบาลและการติดตามผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
15	รายละเอียดการประเมิน วินิจฉัย และกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย	Rehabilitation record	บันทึกผลการประเมิน วินิจฉัย และกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพร่วมกับผู้ป่วยและญาติ นำไปสู่การวางแผนกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ส่งเสริมให้บรรลุผลตามเป้าหมายและหายจากโรค
16	รายละเอียดการประเมิน วินิจฉัย และการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย แผนจีน หรือแพทย์ทางเลือก	Consultation record	ทีมสหวิชาชีพร่วมกันประเมิน และให้การรักษาร่วมด้วยวิธีการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ มีแผนการรักษา และผลการรักษาที่ชัดเจน เพื่อสื่อสารกับสหวิชาชีพอื่น ๆ
17	ข้อมูลสรุปการรักษา	Discharge summary	เพื่อสรุปการวินิจฉัยโรคและปัญหาของผู้ป่วยขณะนอนในโรงพยาบาลอย่างครบถ้วน สรุปวิธีการรักษาที่ได้รับพร้อมผลการรักษา และแผนการติดตามการรักษา

1.2 การทบทวนและปรับปรุงแบบฟอร์มและหน้าจอบันทึกข้อมูล

เพื่อให้แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ สามารถส่งเสริมให้เกิดการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนและมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คณะกรรมการเวชระเบียนได้กำหนดแนวทางในการทบทวนและปรับปรุงแบบฟอร์มต่าง ๆ ดังแสดงใน รูปที่ 1 ส่งผลให้เกิดแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ตอบสนองต่อความต้องการของทีมรักษาผู้ป่วยและสามารถใช้ประโยชน์ในการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ



รูปที่ 1 แนวทางการทบทวนและปรับปรุงแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

1.3 การควบคุมมาตรฐานการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

เพื่อให้การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐาน สามารถใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ คณะกรรมการเวชระเบียนร่วมกับทีมบริหารโรงพยาบาลได้ออกแบบกระบวนการเพื่อส่งเสริมให้เกิดการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มีมาตรฐาน ดังนี้

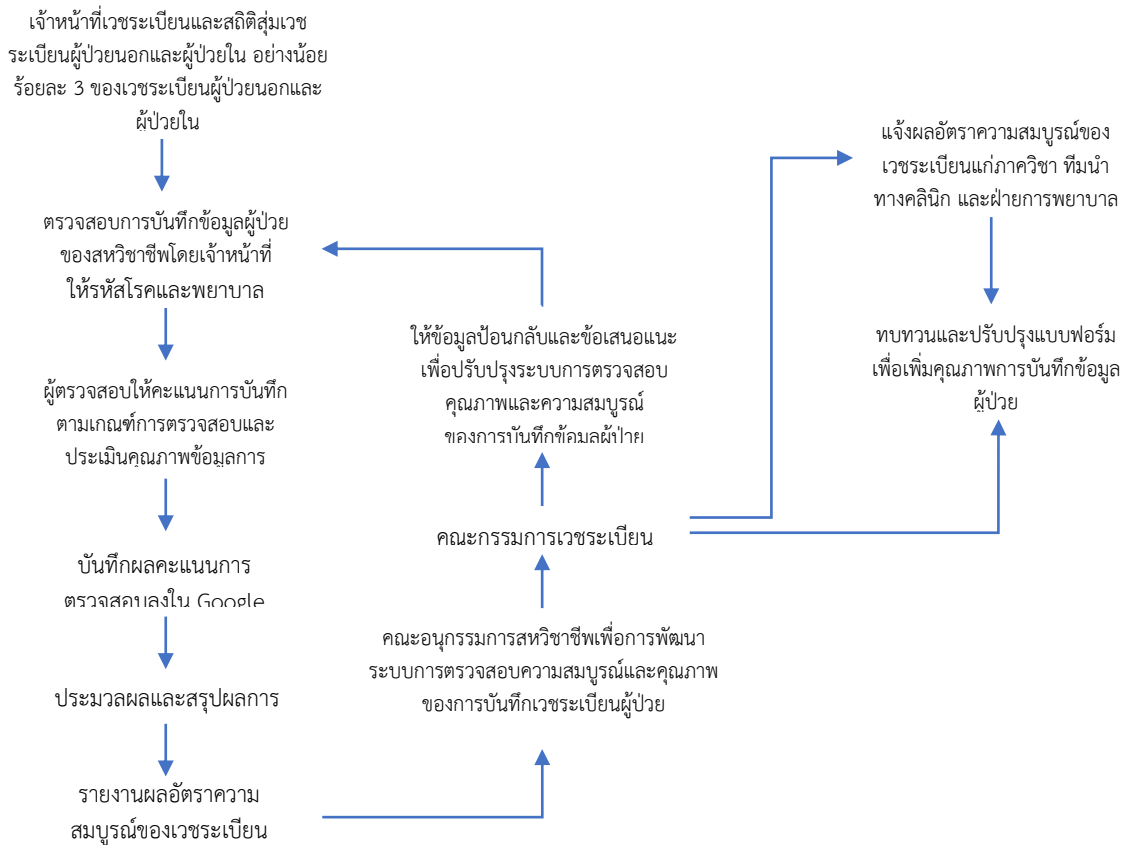
- กำหนดมาตรฐานเชิงนโยบายการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย (เอกสารแนบที่ 2) สื่อสารและนำลงสู่การปฏิบัติทั่วทั้งโรงพยาบาล
- ร่วมกับหน่วยการศึกษาหลังปริญญาของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ การสื่อสารและสร้างเข้าใจเรื่อง มาตรฐานและความสำคัญของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย ผ่านการปฐมนิเทศแก่แพทย์ใช้ทุน และแพทย์ประจำบ้าน ก่อนขึ้นปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
- จัดการอบรมการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยนอก (iViewer) แก่บุคลากร

2. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วย

2.1. ระบบการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วย

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยแพทย์และสหวิชาชีพที่ร่วมดูแลรักษาผู้ป่วยจะถูกตรวจสอบคุณภาพและความสมบูรณ์ของการบันทึกทุกไตรมาส หรือ ปีละ 4 ครั้ง โดยใช้เกณฑ์การตรวจสอบจากคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) สภาการพยาบาล สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งปัจจุบันได้

เปลี่ยนมาใช้เกณฑ์การตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบบริการสุขภาพด้านการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการและการให้รหัส ICD ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 โดยงานเวชระเบียนและสถิติของโรงพยาบาลจะดำเนินการสุ่มเวชระเบียนโดยใช้ข้อมูลที่มีสัดส่วนโรคหลักตามเกณฑ์มาตรฐานดังกล่าวอย่างน้อยร้อยละ 3 ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ในแต่ละไตรมาส เพื่อให้เจ้าหน้าที่ให้รหัสโรค (coder) และพยาบาล เป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพและความสมบูรณ์ของเวชระเบียนที่สอดคล้องตามรายละเอียดที่ระบุไว้ในเกณฑ์ ระบบการตรวจสอบคุณภาพและความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สรุปลงในรูปที่ 2



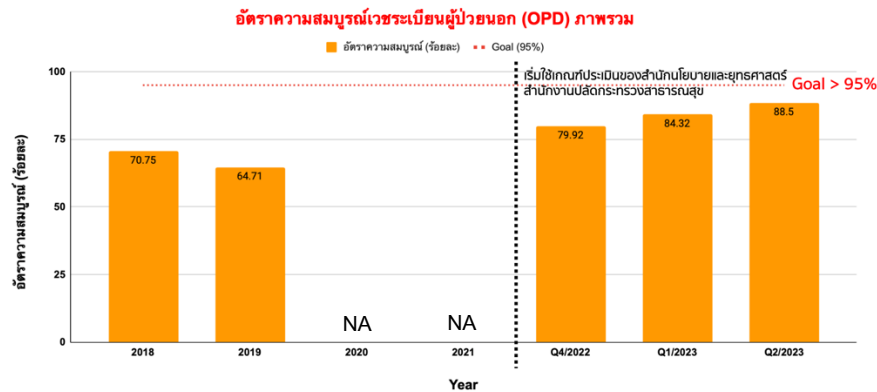
รูปที่ 2 ระบบการตรวจสอบคุณภาพและความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

2.2. ผลการตรวจสอบความสมบูรณ์และคุณภาพข้อมูลผู้ป่วย

2.2.1. ผลการตรวจสอบความสมบูรณ์และคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยนอก

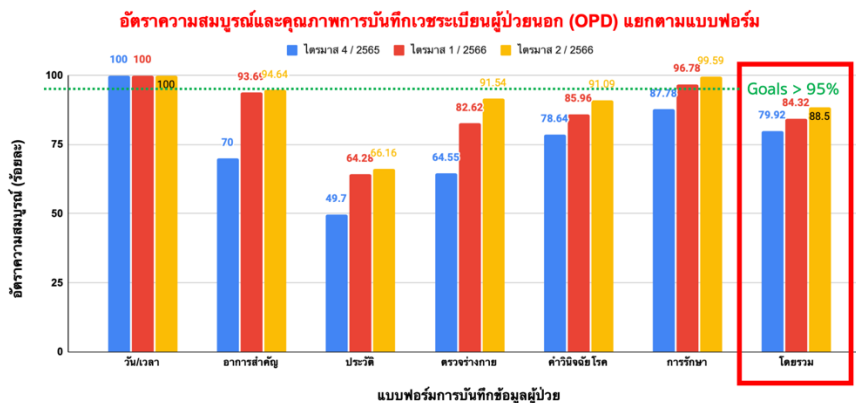
จากการตรวจสอบความสมบูรณ์และคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยนอกโดยใช้เกณฑ์การตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบบริการสุขภาพด้านการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการและการให้รหัส ICD ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 ตั้งแต่ไตรมาสที่ 4 ของปี พ.ศ. 2565 พบว่าเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมีแนวโน้มอัตราความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกข้อมูลเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตั้งแต่ Q4/2022 – Q2/2023 (ร้อยละ 79.92, 84.32 และ 88.5 ตามลำดับ) (รูปที่ 3.1) อย่างไรก็ตามยังไม่บรรลุค่าเป้าหมายที่กำหนด (มากกว่าร้อยละ 95) และเมื่อพิจารณาความสมบูรณ์โดยจำแนกตามชนิดของแบบฟอร์มพบว่าแบบฟอร์มที่ยังมีอัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกค่อนข้างต่ำ ได้แก่ แบบฟอร์มบันทึกประวัติผู้ป่วย ผลการตรวจร่างกาย และคำวินิจฉัยโรค (รูปที่ 3.2)

อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก



รูปที่ 3.1 อัตราความสมบูรณ์และคุณภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก (ภาพรวม)

อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก



รูปที่ 3.2 อัตราความสมบูรณ์และคุณภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก (จำแนกตามประเภทของแบบฟอร์ม)

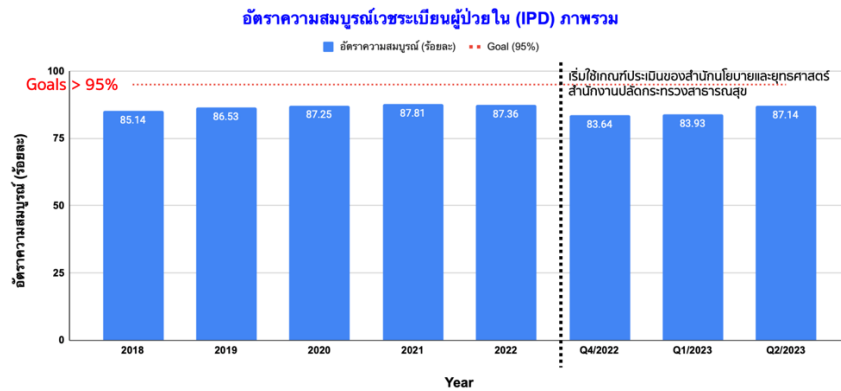
2.2.2. ผลการตรวจสอบความสมบูรณ์และคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยใน

จากการตรวจสอบความสมบูรณ์และคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยในโดยใช้เกณฑ์การตรวจสอบจากคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) สภาการพยาบาล สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2561 ถึง 2565 ตั้งแต่ไตรมาสที่ 4 ของ ปี พ.ศ. 2565 ได้เปลี่ยนมาใช้เกณฑ์การตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบบริการสุขภาพด้านการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการและการให้รหัส ICD ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 พบว่าเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมีแนวโน้มอัตราความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกข้อมูลเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตั้งแต่ Q4/2022 – Q2/2023 (ร้อยละ 83.64, 83.93 และ 87.14 ตามลำดับ) (รูปที่ 4.1) อย่างไรก็ตามยังไม่บรรลุค่าเป้าหมายที่กำหนด (มากกว่าร้อยละ 95) และเมื่อพิจารณาความสมบูรณ์โดยจำแนกตามชนิดของแบบฟอร์ม

พบว่าแบบฟอร์มที่ยังมีอัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกค่อนข้างต่ำ ได้แก่ แบบฟอร์มบันทึกประวัติผู้ป่วย ผลการตรวจร่างกาย และ progress note (รูปที่ 4.2)

CMU CHIANG MAI UNIVERSITY MedCMU Faculty of Medicine

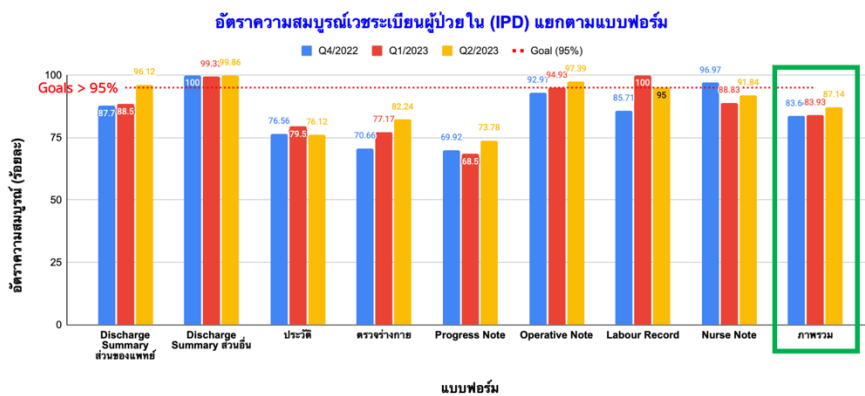
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน



รูปที่ 4.1 อัตราความสมบูรณ์และคุณภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน (ภาพรวม)

CMU CHIANG MAI UNIVERSITY MedCMU Faculty of Medicine

อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน



รูปที่ 4.2 อัตราความสมบูรณ์และคุณภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน (จำแนกตามประเภทของแบบฟอร์ม)

2.3. การทบทวนและปรับปรุงการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

คณะกรรมการเวชระเบียนเป็นผู้ทำหน้าที่ทบทวนกระบวนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผ่านการประชุมคณะกรรมการฯ ทุกไตรมาส โดยทีมผู้ตรวจสอบจะนำเสนอปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล คณะกรรมการฯ ร่วมกันวิเคราะห์และระบุโอกาสพัฒนากระบวนการดังกล่าว และเสนอแผนการปรับปรุงที่สอดคล้องกับปัญหาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการ นอกจากนี้ยังร่วมกันทบทวนข้อมูลความไม่สมบูรณ์ของการบันทึก เพื่อวางแผนงานในการปรับปรุงที่จะส่งเสริมให้เกิดการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ส่งผลให้มีแนวโน้มอัตราความสมบูรณ์และคุณภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงไว้ใน รูปที่ 3.1 และ 4.1

2.3.1. ตัวอย่างผลการทบทวนกระบวนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล และรายละเอียดความไม่สมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทบทวนกระบวนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล และปัญหาความไม่สมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

การทบทวนกระบวนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล	ปัญหาที่พบ
โรงพยาบาลได้ทบทวนกระบวนการ/ระบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยผ่านการประชุมคณะกรรมการเวชระเบียนทุกไตรมาส	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจสอบยังเป็น coder และพยาบาล ไม่ครอบคลุมสหวิชาชีพอื่นโดยเฉพาะแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลผู้ป่วยโดยตรง อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของกระบวนการตรวจสอบ - ขาดกระบวนการเพื่อ standardize ผู้ทำหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล
การทบทวนการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก (OPD)	
การทบทวนการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย	ปัญหาที่พบ
อาการสำคัญ	บันทึกอาการสำคัญแต่ไม่ระบุเวลา หรือไม่บันทึกเหตุผลที่มาใช้บริการ
ประวัติการเจ็บป่วย	บันทึกเฉพาะประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน โรคประจำตัวหรือประวัติอดีต แต่ไม่บันทึกประวัติส่วนตัว และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ
ผลการตรวจร่างกายและผลตรวจขั้นสูง	บันทึกผลการตรวจร่างกายแค่ 1 – 2 ระบบ ไม่บันทึกผลการตรวจขั้นสูง
การวินิจฉัยโรค	บันทึกคำวินิจฉัยไม่ครบทุกโรค และขาดรายละเอียด
การทบทวนการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD)	
การทบทวนการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย	ปัญหาที่พบ
Discharge Summary	แพทย์บันทึกโรคหลักเพียงโรคเดียว ไม่บันทึกโรคร่วม โรคแทรก สาเหตุการบาดเจ็บ (แต่บันทึกอยู่ในส่วน clinical summary)
ประวัติการเจ็บป่วย	บันทึกเฉพาะประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน โรคประจำตัวหรือประวัติอดีต แต่ไม่บันทึกประวัติส่วนตัว ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ และ Review of System
ผลการตรวจร่างกาย	บันทึกผลการตรวจร่างกายไม่ครบทุกระบบที่จำเป็น
Progress Note	ไม่บันทึก 3 วันแรก หรือ บันทึกแต่มีรายละเอียดน้อย ไม่ครบถ้วนตาม SOAP หรือ ไม่บันทึกวันจำหน่าย

2.3.2. การปรับปรุงกระบวนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล และการแก้ไขปัญหาความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลผู้ป่วย

2.3.2.1. ผู้ป่วยนอก

- แต่งตั้งคณะทำงานในระดับโรงพยาบาล เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างแพทย์ พยาบาลและ Coder ที่รับหน้าที่ดูแลคุณภาพเวชระเบียน โดยมีเป้าหมายให้เกิดกระบวนการตรวจสอบความสมบูรณ์และคุณภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ
- สร้างระบบแพทย์ พยาบาล ดูแลคุณภาพเวชระเบียนในแต่ละทีมนำทางคลินิกหรือภาควิชา
- สื่อสารให้แพทย์ พยาบาล รับทราบเรื่องเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียน ตามเกณฑ์มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 และเกณฑ์การตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบบริการสุขภาพด้านการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการและการให้รหัส ICD ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 อย่างต่อเนื่อง

2.3.2.2.ผู้ป่วยใน

- แต่งตั้งคณะทำงาน ในระดับโรงพยาบาล เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างแพทย์ พยาบาลและ Coder ที่รับหน้าที่ดูแลคุณภาพเวชระเบียน โดยมีเป้าหมายให้เกิด กระบวนการตรวจสอบความสมบูรณ์และคุณภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยร่วมกัน ระหว่างสหวิชาชีพ
- สร้างระบบแพทย์ พยาบาล ดูแลคุณภาพเวชระเบียนในแต่ละทีมนำทางคลินิกหรือ ภาควิชา
- สื่อสารให้แพทย์ พยาบาล รับทราบเรื่องเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียน ตามเกณฑ์ มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 และ เกณฑ์การตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบบริการสุขภาพด้านการ บันทึกข้อมูลผู้มารับบริการและการให้รหัส ICD ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 อย่างต่อเนื่อง
- สะท้อนปัญหา และผลของการการบันทึกเวชระเบียนที่ไม่สมบูรณ์ ไม่ครบถ้วนตาม เกณฑ์ ไปยังภาควิชา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน
- จัดอบรม เรื่องมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียนตามเกณฑ์มาตรฐานการเก็บ รวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 สำหรับแพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด และพยาบาล ก่อนเริ่มปฏิบัติงานใหม่

3. ระบบการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรค (ICD)

3.1. ระบบการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรค

การตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรค ICD จะดำเนินการตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้รหัส (Coder) โดยทำการตรวจสอบทุกไตรมาส หรือ ปีละ 4 ครั้ง โดยใช้ เกณฑ์การตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูลใน ระบบบริการสุขภาพด้านการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการและการให้รหัส ICD ของสำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 โดยงานเวชระเบียนและสถิติของโรงพยาบาลจะ ดำเนินการสุ่มเวชระเบียนโดยใช้ข้อมูลที่มีสัดส่วนโรคหลักตามเกณฑ์มาตรฐานดังกล่าวอย่างน้อยร้อยละ 3 ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ในแต่ละไตรมาส ขั้นตอนในการตรวจสอบ มีดังนี้

3.1.1. เจ้าหน้าที่ผู้ให้รหัสตรวจดูคำวินิจฉัยและเหตุการณ์ทั้งหมดที่มีอยู่ในบันทึกผู้ป่วย แล้ว ดำเนินการให้รหัสตามหลัก ICD-10 และ ICD-9-CM

3.1.2. เจ้าหน้าที่ผู้ให้รหัสตรวจตรวจสอบคุณภาพของรหัสโรคหลัก โดยเปรียบเทียบรหัสโรคหลัก ของตนเองกับรหัสโรคหลักของข้อมูลที่ตรวจสอบ แล้วรายงานผลการตรวจสอบเป็น สัญลักษณ์ต่าง ๆ ดังนี้

- สัญลักษณ์ Y : ให้รหัสโรคหลักถูกต้อง
- สัญลักษณ์ A : ให้รหัสโรคหลักผิดพลาด
- สัญลักษณ์ B : มีรหัสโรคหลักทั้ง ๆ ที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก
- สัญลักษณ์ C : รหัสโรคหลักเป็นรหัสต่อยคุณภาพ โดยมีสาเหตุมาจากคำวินิจฉัยโรคที่ด้อย คุณภาพ เช่น ไม่บอกชนิด หรือ ตำแหน่งโรค
- สัญลักษณ์ D : รหัสโรคหลักมีตัวเลขไม่ครบทุกตำแหน่ง
- สัญลักษณ์ E : ใช้สาเหตุภายนอก (V, W, X, Y) เป็นรหัสโรคหลัก
- สัญลักษณ์ F : รหัสโรคหลักมีตัวเลขมากเกินไป

3.1.3. เจ้าหน้าที่ผู้ให้รหัสตรวจสอบคุณภาพของรหัสโรคอื่น ๆ และรหัสสาเหตุภายนอก โดยเปรียบเทียบรหัสโรคของตนเองกับข้อมูลที่ตรวจสอบ แล้วรายงานผลการตรวจสอบเป็นสัญลักษณ์ ดังนี้

- สัญลักษณ์ Y : ให้รหัสถูกต้อง
- สัญลักษณ์ A : ให้รหัสโรคผิดพลาด
- สัญลักษณ์ B : มีรหัสโรคทั้ง ๆ ที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก
- สัญลักษณ์ C : รหัสเป็นรหัสต่อคุณภาพ โดยมีสาเหตุมาจากคำ วินิจฉัยโรคที่ต่อคุณภาพ เช่น ไม่บอกชนิด หรือ ตำแหน่งโรค
- สัญลักษณ์ D : รหัสมีตัวเลขไม่ครบทุกตำแหน่ง
- สัญลักษณ์ F : รหัสมีตัวเลขมากเกินไป
- สัญลักษณ์ G : ควรมีรหัสนี้ แต่รหัสไม่ปรากฏในข้อมูลที่ตรวจสอบ
- สัญลักษณ์ H : ไม่ควรมีรหัสนี้ แต่มีรหัสในข้อมูลที่ตรวจสอบ

3.1.4. เจ้าหน้าที่ผู้ให้รหัสตรวจสอบคุณภาพรหัสหัตถการ โดยเปรียบเทียบรหัสหัตถการของตนเองกับรหัสหัตถการของข้อมูลที่ตรวจสอบ แล้วรายงานผลการตรวจสอบเป็นสัญลักษณ์ ดังนี้

- สัญลักษณ์ Y : ให้รหัสถูกต้อง
- สัญลักษณ์ A : ให้รหัสหัตถการผิดพลาด
- สัญลักษณ์ B : มีรหัสหัตถการทั้ง ๆ ที่ไม่มีการทำหัตถการในบันทึก
- สัญลักษณ์ D : รหัสมีตัวเลขไม่ครบทุกตำแหน่ง
- สัญลักษณ์ F : รหัสมีตัวเลขมากเกินไป
- สัญลักษณ์ G : ควรมีรหัสนี้ แต่รหัสไม่ปรากฏในข้อมูลที่ตรวจสอบ
- สัญลักษณ์ H : ไม่ควรมีรหัสนี้ แต่มีรหัสในข้อมูลที่ตรวจสอบ

3.1.5. บันทึกผลการตรวจสอบลงใน Google sheet

3.1.6. ประมวลผลและรายงานผลแก่คณะกรรมการเวชระเบียน

3.2. ผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรค

3.2.1. ผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคสำหรับผู้ป่วยนอก

จากการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคสำหรับผู้ป่วยนอกตามเกณฑ์การตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบบริการสุขภาพด้านการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการและการให้รหัส ICD ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 พบว่าการให้รหัสโรคที่ถูกต้องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 3 ลักษณะความผิดพลาดในการให้รหัสโรคสำหรับผู้ป่วยนอกที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ การให้รหัสโรคผิด การให้รหัสโรคทั้ง ๆ ที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคบันทึกไว้ และการให้รหัสโรคไม่ครบ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคสำหรับผู้ป่วยนอก (OPD)

ไตรมาส (ร้อยละ)	4/2565	1/2566	2/2566
ให้รหัสถูกต้อง	62.14	81.65	85.23
ให้รหัสผิด	37.86	18.35	14.77

ตารางที่ 4 ลักษณะความผิดพลาดในการให้รหัสโรคสำหรับผู้ป่วยนอก (OPD)

รายการ	ไตรมาส (ร้อยละ)		
	4/2565	1/2566	2/2566
ให้รหัสผิดพลาด	26.54	7.84	7.51
มีรหัสโรคทั้ง ๆ ที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก	6.15	3.51	2.91
รหัสด้อยคุณภาพ ก่าวม	2.75	3.71	1.69
ให้รหัสโรคไม่ครบทุกตำแหน่ง	0	0	0
ใช้รหัสสาเหตุการบาดเจ็บเป็นโรคหลัก	0	0	0
รหัสมีตัวเลขมากเกินไป	0	0	0
ให้รหัสโรคไม่ครบ	0.32	1.86	1.94
ให้รหัสมากเกินไป	2.10	1.44	0.73

3.2.2. ผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคสำหรับผู้ป่วยใน

จากการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคสำหรับผู้ป่วยในตามเกณฑ์การตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบบริการสุขภาพด้านการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการและการให้รหัส ICD ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 พบว่าการให้รหัสโรคที่ถูกต้องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 5 ลักษณะความผิดพลาดในการให้รหัสโรคสำหรับผู้ป่วยในที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ การให้รหัสโรคทั้ง ๆ ที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคบันทึกไว้ การให้รหัสโรคผิด และการให้รหัสโรคมากเกินไป (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 ผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคสำหรับผู้ป่วยใน (IPD)

ไตรมาส (ร้อยละ)	4/2565	1/2566	2/2566
ให้รหัสถูกต้อง	72.79	87.19	93.42
ให้รหัสผิด	27.21	12.81	6.58

ตารางที่ 6 ลักษณะความผิดพลาดในการให้รหัสโรคสำหรับผู้ป่วยใน (IPD)

รายการ	ไตรมาส (ร้อยละ)		
	4/2565	1/2566	2/2566
ให้รหัสผิดพลาด	13.51	3.57	1.43
มีรหัสโรคทั้ง ๆ ที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก	11.37	8.44	4.59
รหัสด้อยคุณภาพ ก่าวม	0.29	0.30	0.19
ให้รหัสโรคไม่ครบทุกตำแหน่ง	0	0	0
ใช้รหัสสาเหตุการบาดเจ็บเป็นโรคหลัก	0	0	0
รหัสมีตัวเลขมากเกินไป	0	0	0
ให้รหัสโรคไม่ครบ	0.10	0.30	0.06
ให้รหัสมากเกินไป	1.94	0.20	0.31

3.3. การทบทวนและปรับปรุงการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรค

เพื่อให้กระบวนการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น งานเวชระเบียนและสถิติได้ดำเนินการปรับปรุง ดังนี้

- ร่วมกับงานเทคโนโลยีสารสนเทศออกแบบโปรแกรมตรวจสอบการให้รหัสโรค และรหัสหัตถการ เพื่อความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล
- ส่งเสริมให้ coder เข้าร่วมการอบรมเพิ่มความรู้ความชำนาญด้านการให้รหัส ICD-10, ICD-9-CM ที่จัดขึ้นทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล อย่างสม่ำเสมอ

4. กลไกการพัฒนาคุณภาพข้อมูลผู้ป่วย

การพัฒนาคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยอาศัยกลไกการทำงานและประสานข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้ใช้งานเวชระเบียน (ผู้บันทึกข้อมูล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมถึงทีมนำทางคลินิก และทีมดูแลผู้ป่วย) และคณะกรรมการเวชระเบียน ผ่าน 2 กลไกหลัก คือ (1) ผู้ใช้เวชระเบียนให้ข้อมูลปัญหาการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแก่คณะกรรมการเวชระเบียน และคณะกรรมการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ นำปัญหามาวิเคราะห์ร่วมกัน และออกแบบ/ปรับปรุงกระบวนการเพื่อเพิ่มคุณภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (2) การทบทวนข้อมูลการประเมินความสมบูรณ์และคุณภาพของเวชระเบียนรายไตรมาส โดยคณะกรรมการเวชระเบียน ระบุสาเหตุสำคัญของปัญหา และนำมาสู่การออกแบบเพื่อเพิ่มความสมบูรณ์และคุณภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย เพื่อใช้ประโยชน์ในการสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพ การดูแลรักษาต่อเนื่อง การติดตามการรักษา และการวิจัย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ใบบันทึกการตรวจโรคผู้ป่วยนอก

การตรวจร่างกาย:

GA: WNL _____

HEENT: WNL _____

Heart: WNL _____

Lung: WNL _____

Abdomen: WNL _____

Neuro: WNL _____

Extremities: WNL _____

Others: _____

Treatment plan

Admit ward _____

ให้อธิบายผู้ป่วยและญาติถึงแผนการรักษาและเหตุผลในนอนรพ. ต้องสืบค้นเพิ่มเติมก่อนรักษา ต้องให้การรักษาด้วยวิธี _____

ทำหัตถการ _____

Short operative note

Diagnosis:

ประเมินผลการรักษา(กรณีโรคเรื้อรัง) Good Fair Poor(uncontrolled).
ปัญหาในการควบคุมโรค _____

Investigation

ผลการตรวจ

กำหนดนัดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวัง
เกี่ยวกับการรับประทานยา _____

Follow Up ไม่นัด นัดวันที่ _____ ที่ _____

Refer _____

ส่งปรึกษาแผนก _____

แผนการรักษาต่อเนื่อง นัดมาประเมินผลการรักษา ให้ยาปรึกษาต่อเนื่อง

ปรับขนาดยาอาการทางคลินิก นัดมาหาคัด นัดมารับยาเคมีบำบัด

นัดมาฉายแสง นัดมาเพื่อ _____

ส่งตรวจ lab / X-rays ก่อนพบแพทย์ (ระบุ) _____

แพทย์ผู้ตรวจ

เอกสารแนบที่ 1 ข.แบบฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์สำหรับบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยนอก

วันที่	ห้องตรวจ		1/2							
ชื่อ-สกุล	กรุปเลือด	 HN								
อายุ ปี เดือน วัน เกิด	โทร									
ประวัติแพ้ยา										
BW	HT	BMI	Temp	BP	PR	RR	SpO2	OFC	NEWS	Pain Score
kg.	cm.		C							
ความเร่งด่วน	ความรู้สึกตัว	ความเสี่ยงเชิงรุก?	บริเวณที่ปวด:							
Falling Risk:	การพยาบาล:	Note: -	กำลังใช้:	สิทธิ์	สิทธิ์หลัก:					
พยาบาล	เวลา	น.	_____							
ประเมินมารกลับ	บันทึกทางการพยาบาล และประเมินผล									
วินิจฉัยทางการพยาบาล										
ข้อมูลบริการ:										
ส่งห้องตรวจแพทย์										
คำแนะนำสุขภาพ										

วันที่	ห้องตรวจ		2/2							
ชื่อ-สกุล	กรุปเลือด	สิทธิ์	 HN							
อายุ ปี เดือน วัน เกิด	โทร									
ประวัติแพ้ยา										
BW	HT	BMI	Temp	BP	PR	RR	SpO2	OFC	NEWS Score	Pain Score
kg.	cm.		C							
แพทย์	เวลา	น.	_____							
อาการนำ	รายการยา และสั่งยา									
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน										
อาการเจ็บป่วยในอดีต										
รายการยารับประทาน ยาใช้ภายนอก เวชภัณฑ์										
ตรวจร่างกาย										
วินิจฉัยโรค										
นัดตรวจ										
แผนการรักษา และหัตถการ										
รายการที่ส่งก่อนพบแพทย์										

เอกสารแนบที่ 2 มาตรฐานเชิงนโยบายการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย
(ข้อ2.2 มาตรฐานการบันทึกเวชระเบียน ในมาตรฐานเชิงนโยบายการบริหารเวชระเบียน)

1

มาตรฐานนโยบายสหสาขา
เรื่อง “นโยบายการบริหารเวชระเบียน”
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ้างถึง : เชื่อมโยงความปลอดภัยของผู้ป่วย หน้า ๑-๔	รหัสเอกสาร : นย๐๐๒/๒๕๕๕
ผู้เขียน / เรียบเรียง (ต้นฉบับ) ๑. คณะกรรมการเวชระเบียน ๒๕๕๗ ผู้เสนอ(..... / ธ.ค. / ๕๗) (.....):QMR ผู้รับรอง(..... / ธ.ค. / ๕๗) (รศ.นพ.สมศักดิ์ เขาวัดิชย์เสรี : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) ผู้อนุมัติ(..... / ธ.ค. / ๕๗) (รศ.นพ.วัฒนา นาวาเจริญ : คณบดีคณะแพทยศาสตร์)	ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ ๒ คณะกรรมการเวชระเบียน.....ตุลาคม ๒๕๕๗ ผู้เสนอ.....วันที่...../...../๕๗) (ผศ.นพ.วิชัย ชินจงกุล) ผู้รับรอง.....วันที่...../...../๕๗) (..... :QMR) ผู้รับรอง.....วันที่...../...../๕๗) (รศ.นพ.สมศักดิ์ เขาวัดิชย์เสรี : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) ผู้อนุมัติ.....วันที่ ๒๙ / ๑๑ / ๕๗) (รศ.นพ.วัฒนา นาวาเจริญ : คณบดีคณะแพทยศาสตร์)

๑. วัตถุประสงค์

- ๑.๑ เป็นแนวทางบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย เป็นการสื่อสารที่ีระหว่างทีมผู้ให้บริการ สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง
- ๑.๒ เป็นแนวทางบริหารการจัดเก็บเวชระเบียน (Record keeping system) และรักษาความปลอดภัย (Safety) เวชระเบียนให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัย
- ๑.๓ เป็นแนวทางการบริหารระบบเข้าถึงข้อมูล (Accessibility) และรักษาความลับ (Confidentiality, Privacy) ให้มีประสิทธิภาพ
- ๑.๔ เป็นแนวทางของระบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Quality control) ให้มีประสิทธิภาพและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านกระบวนการดูแลและการรักษา
- ๑.๕ เป็นแนวทางของระบบการวิเคราะห์และ รายงานข้อมูลสถิติ ตัวชี้วัดที่สำคัญของโรงพยาบาล ให้มีความถูกต้อง และใช้ข้อมูลในการจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม

๒. ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ **เวชระเบียน** หมายถึง เวชระเบียน (Medical Record) หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วยทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการแพทย์ เอกสารการยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ข้อมูลบัญชีเฉพาะของบุคคล การรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล ผลจากห้องปฏิบัติการ ผลการชันสูตรบาดแผล หรือพลิกศพ ผลการบันทึกค่าทั้งที่เป็นตัวเลข ตัวอักษร รูปภาพหรือเครื่องหมายอื่นใด จากอุปกรณ์เครื่องมือในโรงพยาบาล หรือเครื่องมือทางการแพทย์ทุกประเภท หรือเอกสารการบันทึกการกระทำใด ๆ ที่เป็นการสั่งการรักษา การปรึกษาเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาที่อื่น การรับผู้ป่วยรักษาต่อ การกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลตามที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ เอกสารอื่น ๆ ที่ใช้ประกอบเพื่อการตัดสินใจทางการแพทย์ หรือโรงพยาบาลกำหนดไว้ว่าเป็นเอกสารทางเวชระเบียน หมายถึงรวมถึงชื่อของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการจัดทำเอกสารดังกล่าว การเก็บรวบรวม การค้นหา การบันทึก การแก้ไข การให้รหัสโรค การจัดทำรายงานทางการแพทย์ การนำมาจัดทำสถิติผู้ป่วย การนำมาเพื่อการศึกษาวิจัย หรือเพื่อการอื่นใดตามที่โรงพยาบาลกำหนด นอกจากนี้ยังรวมถึงเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบสื่อดิจิทัล หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record –EMR) ซึ่งเป็นรูปแบบของเวชระเบียนที่มีการพัฒนาขึ้นในปัจจุบัน

๒.๒ **มาตรฐานการบันทึกเวชระเบียน** หมายถึง คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนตามมาตรฐานสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีการสรุปเวชระเบียนตามมาตรฐานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคและน้ำหนักสัมพัทธ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมาตรฐานขององค์การวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทยสภา ราชวิทยาลัยแพทย์ต่าง ๆ และสภาพยาบาล

๒.๒.๑ แนวทางการบันทึกเวชระเบียน

การบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งจะต้องทำการบันทึกข้อมูลนี้ด้วยตนเองหรือกำกับตรวจสอบให้มีการบันทึกที่ถูกต้อง แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์ มีดังนี้

๑. ผู้ป่วยนอก ข้อมูลผู้ป่วยที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่
 - ๑.๑ อาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ
 - ๑.๒ ประวัติการแพทย์ สารเคมี หรือสารอื่น ๆ
 - ๑.๓ บันทึกสัญญาณชีพ (Vital Signs)
 - ๑.๔ ผลการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ผิดปกติ หรือที่มีความสำคัญต่อการวินิจฉัย หรือการให้การักษาแก่ผู้ป่วย
 - ๑.๕ ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค
 - ๑.๖ การสั่งการรักษาพยาบาล รวมตลอดถึงชนิดของยาและจำนวน

- ๑.๗/ ในกรณีที่มีการทำหัตถการ ควรมี
- ก. บันทึกเหตุผล ความจำเป็นของการทำหัตถการ
 - ข. ใบยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทน ภายหลังจากที่ได้รับทราบและเข้าใจถึงขั้นตอน ผลดี และอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ
- ๑.๘ คำแนะนำอื่น ๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วย
๒. ผู้ป่วยแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลผู้ป่วยที่พึงปรากฏในเวชระเบียนแรกรับ ได้แก่
- ๒.๑ อาการสำคัญ และประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ
 - ๒.๒ ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่น
 - ๒.๓ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ ซึ่งอาจสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้
 - ๒.๔ บันทึกสัญญาณชีพ (Vital Signs)
 - ๒.๕ ผลการตรวจร่างกายทุกระบบที่สำคัญ
 - ๒.๖ ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค
 - ๒.๗ เหตุผลความจำเป็นในการรับไว้รักษาในสถานพยาบาลและผลการดูแลรักษาผู้ป่วย
๓. ผู้ป่วยระหว่างนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่
- ๓.๑ บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วยที่สำคัญระหว่างพักรักษาตัวในสถานพยาบาล
 - ๓.๒ บันทึกอาการทางคลินิกและเหตุผลเมื่อมีการส่งการรักษาพยาบาลหรือเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงการรักษาพยาบาล
 - ๓.๓ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษต่าง ๆ
 - ๓.๔ ในกรณีที่มีการทำหัตถการ ควร
 - ก. บันทึกเหตุผล ความจำเป็นของการทำหัตถการ
 - ข. ใบยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทน ภายหลังจากที่ได้รับทราบและเข้าใจถึงขั้นตอน ผลดีและอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ
๔. เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาล ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่
- ๔.๑ การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย หรือการแยกโรค
 - ๔.๒ สรุปผลการตรวจพบและเหตุการณ์สำคัญระหว่างการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ
 - ๔.๓ สรุปการผ่าตัดและหัตถการที่สำคัญ
 - ๔.๔ ผลลัพธ์จากการรักษา
 - ๔.๕ สถานภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายจากสถานพยาบาล
 - ๔.๖ คำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย หรือญาติ
- ๒.๒.๒ การส่งการรักษาและการบันทึกอาการทางคลินิก ควรบันทึกด้วยลายมือที่มีลักษณะชัดเจน พอเพียงที่ผู้อื่นจะอ่านเข้าใจได้หรือใช้การพิมพ์และแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยต้องลงนาม กำกับท้ายคำสั่งหรือบันทึกทุกครั้ง ในกรณีที่ลายมือชื่ออาจไม่ชัดเจน มีสัญลักษณ์ ซึ่งทีมผู้รักษาสสามารถเข้าใจได้ง่าย

๒.๒.๓ การรักษาพยาบาลด้วยคำพูด หรือทางโทรศัพท์ จะทำได้เฉพาะในกรณีที่มีความจำเป็นรีบด่วนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือในกรณีการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษาพยาบาลด้วยคำพูด หรือทางโทรศัพท์ แพทย์ผู้สั่งการรักษาต้องลงนามกำกับท้ายคำสั่งโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะสามารถดำเนินการได้ และอย่างช้าที่สุดไม่ควรเกิน ๒๔ ชั่วโมง ภายหลังจากสั่งการรักษาดังกล่าว (มาตรฐานเชิงนโยบาย เรื่อง “ การรับคำสั่งการรักษาด้วยยา ” ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มกราคม ๒๕๕๔)

๒.๒.๔ การใช้ตัวย่อ และสัญลักษณ์ ให้ใช้ตามที่ปรากฏใน WHO's ICD-๑๐ และ ICD-๙ CM สำหรับตัวย่อที่ได้รวบรวมโดยภาควิชาต่างๆ ได้รวบรวมและทำเป็นแนวทางเพื่อใช้ภายในโรงพยาบาลเท่านั้น

๒.๒.๕ การให้รหัสโรค รหัสหัตถการ ให้ใช้หลักเกณฑ์การให้รหัสโรคตาม WHO's ICD-๑๐ และ ICD-๙ CM แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒.๒.๖ แนวทางการแก้ไขการบันทึกเวชระเบียน

การแก้ไขบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยหลังจากที่สรุปการรักษาผู้ป่วยแล้ว เป็นความรับผิดชอบของทีมแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งจะต้องทำการบันทึกข้อมูลการแก้ไขนี้ด้วยตนเองหรือกำกับตรวจสอบให้มีการบันทึกที่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังรวมถึงการแก้ไขเอกสารเวชระเบียนที่อยู่ในรูปแบบสื่อดิจิทัล หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record –EMR)

แนวทางการแก้ไขข้อมูลเวชระเบียนมีดังนี้

๑. การกำหนดผู้ที่มีสิทธิแก้ไขเอกสารเวชระเบียน ให้เฉพาะทีมแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยทำการบันทึกข้อมูลการแก้ไข
๒. ระบบการจัดเก็บเอกสารเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ จัดเก็บการแก้ไขในฐานข้อมูลทุกครั้ง
๓. กำหนดระยะเวลาการแก้ไข ภายใน ๑ เดือน หลังจากที่ย้ายผู้ป่วยแล้ว

๓ การบริหารเวชระเบียน ประกอบด้วย การบริหารระบบบันทึกเวชระเบียน ระบบการจัดเก็บเวชระเบียน ระบบเข้าถึงและรักษาความลับ ระบบการวิเคราะห์และรายงานข้อมูล และระบบตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน

๓.๑ ระบบบริหารการบันทึกเวชระเบียน

๓.๑.๑ เป้าหมาย

- เพื่อสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย
 - เป็นข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สามารถประเมินคุณภาพการรักษาพยาบาลได้
 - เป็นหลักฐานทางกฎหมาย และเป็นข้อมูลสนับสนุนทางการศึกษาและวิจัย
- การตรวจรับรองขององค์กร

- เป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับการให้รหัสโรค รหัสหัตถการ ซึ่งใช้สำหรับเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกลุ่ม DRG การจัดทำสถิติโรค สถิติการผ่าตัด ฯลฯ เพื่อเป็นข้อมูลด้านระบาดวิทยา การคำนวณค่า Adjust RW และเป็นข้อมูลสำหรับการบริหารโรงพยาบาล

๓.๑.๒ นโยบาย

- การบันทึกเวชระเบียนมีสองรูปแบบ ได้แก่ เวชระเบียนในรูปแบบเอกสาร ซึ่งบันทึกด้วยลายมือหรือการพิมพ์โดยกำกับด้วยลายมือของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ และเวชระเบียนที่บันทึกในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งกำกับด้วยรหัสของผู้กรอก ทั้งนี้ ต้องระบุวันที่ และเวลา ที่บันทึกด้วยเสมอ
- มาตรฐานข้อมูลที่บันทึก เป็นไปตามชุดข้อมูลตามมาตรฐานขององค์การวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทยสภา ราชวิทยาลัยแพทย์ต่างๆ สภากายาบาล สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และแนวทางการสรุปเวชระเบียนโดยแพทย์ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข โดยมีข้อมูลถูกต้อง พอเพียงสำหรับการให้รหัสโรค รหัสหัตถการ การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย การศึกษาวิจัยทางการแพทย์ และการรักษาพยาบาล
- มีการจัดทำแบบฟอร์มมาตรฐานสำหรับใช้บันทึกเวชระเบียน ผ่านการรับรองของคณะกรรมการเวชระเบียน โดยให้สมบูรณตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

๓.๑.๓ ผู้รับผิดชอบ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ ทันตแพทย์ สังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลในเวชระเบียน อื่นๆ

๓.๒ ระบบการจัดเก็บเวชระเบียน (Record keeping system) และรักษาความปลอดภัย (Safety)

๓.๒.๑ เป้าหมาย

- เป็นระบบมีระเบียบ และค้นหาได้ง่าย
- ปลอดภัยด้านกายภาพและการเข้าถึงเวชระเบียน

๓.๒.๒ นโยบาย

- เวชระเบียนที่เป็นเอกสาร
 - เวชระเบียนผู้ป่วยใน จัดเก็บตามระบบ Saundok Filing System เพื่อเอื้อต่อการค้นหา
 - เวชระเบียนผู้ป่วยนอกฉบับปัจจุบัน จัดเก็บตามระบบ Saundok Filing System
 - ระยะเวลาการจัดเก็บเอกสารเวชระเบียน ๕ ปี เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์จัดเก็บตลอดไป
 - สถานที่จัดเก็บ ห้องจัดเก็บเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยใน

- เวชระเบียนที่เก็บในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Scan)
 - จัดเก็บตามเลขที่โรงพยาบาล มีห้องเก็บ Server ของโรงพยาบาล และห้องเก็บ Server ของงานเวชระเบียนและสถิติเพื่อจัดเก็บเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์

๓.๒.๓ ผู้รับผิดชอบ งานเวชระเบียนและสถิติ

๓.๓ ระบบการเข้าถึงและรักษาความลับ (Access, confidentiality and privacy system)

๓.๓.๑ เป้าหมาย

- การจำกัดการเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียน
- เข้าถึงได้สะดวก รวดเร็ว

๓.๓.๒ นโยบาย

- การกำหนดผู้มีสิทธิและจัดลำดับชั้นการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับ และเข้าถึงข้อมูลได้สะดวกและรวดเร็ว

ผู้ที่มีสิทธิเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียน ได้แก่

- เจ้าหน้าที่ของงานเวชระเบียนและสถิติ
- แพทย์และทีมผู้ดูแลผู้ป่วย
- ผู้ป่วย หรือญาติ (ตามขอบเขตที่กำหนดโดยแพทย์)
- ผู้บริหารและผู้ประเมินคุณภาพโรงพยาบาล
- ศาล และเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย (ตามหมายศาล)
- หัวหน้าโครงการวิจัยที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์

๓.๓.๓. การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลเวชระเบียน

๑. เมื่อบุคคลภายนอกขอข้อมูลการตรวจรักษาของผู้ป่วย ต้องได้รับการอนุมัติการให้ข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ตามแนวทางการขออนุญาตเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย

๒. สิทธิในการรับการรักษา ข้อมูลและประวัติของผู้ป่วยเป็นความลับ

๓. บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วย อาทิ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ในสำนักงาน ห้องตรวจ หรือเจ้าหน้าที่เฉพาะทาง มีหน้าที่รักษาข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยเป็นความลับ ห้ามนำข้อมูลของผู้ป่วยไปให้แก่บุคคลอื่น แม้จะเป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วยก็ตาม ยกเว้นเมื่อได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยเท่านั้น

๔. หลักจรรยาบรรณวิชาชีพจะต้องรักษาความลับคนไข้ การเปิดเผยข้อมูลในเวชระเบียนใดๆ อาจเข้าข่ายผิดข้อกำหนดเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เช่น พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๗ ที่บัญญัติว่า "ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรง หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่าในกรณีใดๆ ผู้ใดจะอาศัยอำนาจ หรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการหรือกฎหมายอื่น

เพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่ของตนไม่ได้ และมาตรา ๔๙ บัญญัติว่า "ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา ๓๖ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ความผิดตามมาตรานี้เป็นความผิดอันยอมความได้" รวมทั้งอาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๒๓ ซึ่งบัญญัติไว้ว่า "ผู้ใดลวงรู้ หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่นโดยเหตุที่เป็นเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ โดยเหตุที่ประกอบอาชีพ แพทย์ เภสัชกร คนจำหน่ายยา นางผดุงครรภ์ ผู้พยาบาล นักบวช หมอ ความ ทนายความ หรือผู้สอบบัญชี หรือโดยเหตุที่เป็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้น แล้วเปิดเผยความลับนั้นในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ" และ "ผู้รับการศึกษาอบรมในอาชีวดังกล่าวในวรรคแรก เปิดเผยความลับของผู้อื่น อันตนได้ลวงรู้ หรือได้มาในการศึกษาอบรมนั้น ในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษเช่นเดียวกัน"

กรณียกเว้นที่ต้องเปิดเผยข้อมูลซึ่งอาจเป็นความลับของคนไข้ ได้แก่ การรายงานโรคติดต่ออันตราย การรายงานบาดแผลของคนไข้ซึ่งอาจเกิดจากการก่อคดี อาชญากรรม การรายงานการทำร้ายร่างกายในครอบครัว ซึ่งผลการรายงาน ผู้เกี่ยวข้องสามารถใช้ดำเนินการเพื่อประโยชน์ต่อส่วนรวม รวมทั้งการให้ข้อมูลตามคำสั่งศาล

๕. ระบบรายงานการเข้าถึงเวชระเบียน และการเฝ้าติดตามการเข้าถึงเวชระเบียนโดยเจ้าหน้าที่ของงานเวชระเบียนและสถิติ

๕.๑ เอกสารเวชระเบียน ปฏิบัติตามระเบียบการยืมคืนเอกสารเวชระเบียน

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

๕.๒ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ปฏิบัติตามระเบียบการยืมคืนเอกสารเวชระเบียน

(มาตรฐานเชิงนโยบายสหสาขา เรื่อง การควบคุมคุณภาพเวชระเบียน
อิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

๕.๓ การเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนให้รหัสเฉพาะแพทย์และทีมผู้ทำการรักษา

หากเป็นบุคคลอื่นต้องได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการเป็นลายลักษณ์อักษร
ระบุเหตุผล และระยะเวลาในการเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียน

๓.๓.๔ แนวทางการปกปิดข้อมูลเวชระเบียนที่มีความเสี่ยง

๑. กำหนดข้อมูลเวชระเบียนที่ต้องการปกปิด โดยภาควิชาที่เกี่ยวข้อง

ได้แก่ ผลการตรวจ HIV : คู่มือเฉพาะแพทย์และพยาบาลหัวหน้าห้องตรวจ , ประวัติผู้ป่วยจิตเวช : ปกปิดเฉพาะประวัติการตรวจร่างกาย คำสั่งการรักษา ในภาพ Digitcards แต่ชื่อยาในระบบสามารถดูได้ , ผู้ป่วย rape : ปกปิดทั้งหมด, ผลชันสูตรผู้บาดเจ็บ : ปกปิด , ผู้ป่วยแท้ง : ปกปิดเฉพาะรายที่ผู้ป่วยร้องขอ

๒. หากผู้ป่วยร้องขอให้ปกปิดข้อมูล ผู้ป่วยจะต้องกรอกใบคำร้องขอปกปิดข้อมูล และรับทราบถึงผลกระทบต่างๆ ในการเข้ารับการรักษาและยินยอมรับ

ผลกระทบต่างๆในการรับการรักษาอันอาจเกิดจากการปกปิดข้อมูลของผู้ป่วย

๓.๓.๕ แนวทางการเปิดเผยข้อมูลในเวชระเบียนภายหลังการปกปิด

๑. การกำหนดผู้มีสิทธิเปิดเผยข้อมูล : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือรองผู้อำนวยการที่ได้รับ มอบหมาย หรือการมอบอำนาจ

๒. ในกรณีฉุกเฉินให้สิทธิในการเข้าถึงเฉพาะแพทย์ผู้ร้องขอให้เปิดประวัติเวชระเบียน

๓. มีหมายเรียกจากศาลยุติธรรม ซึ่งโรงพยาบาลมีความจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูล

๔. ผู้ป่วยเป็นผู้อนุญาตให้เปิดเผย

๕. ระบบรายงานการเข้าถึงเมื่อมีการเปิดข้อมูล

๖. กำหนดระยะเวลาในการเปิดข้อมูล

๓.๓.๖ ผู้รับผิดชอบ งานเวชระเบียนและสถิติ

๓.๔ ระบบการวิเคราะห์และรายงานข้อมูล

๓.๔.๑ เป้าหมาย การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดทำรายงานและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

มีแนวปฏิบัติการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยการแจกแจง แยกประเด็นออกเป็นส่วนย่อย ๆ รวมถึงการจัดหมวดหมู่ข้อมูลอย่างเป็นระบบ สามารถรายงานข้อมูล เปรียบเทียบแง่มุมต่าง ๆ ให้งานบรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ

การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ของงานเวชระเบียน การนำทักษะ ความรู้ ความสามารถ และเข้าใจในระบบหรือขั้นตอนในการทำงานของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเอง และโปรแกรมสำเร็จรูปจากหน่วยงานภายนอกมาพัฒนาและปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เข้ากับการปฏิบัติงานให้เกิดผลสำเร็จ เพื่อพัฒนางานที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง

๓.๔.๒ นโยบาย

๑. มาตรฐานการจัดทำรายงานสถิติ การเก็บรวบรวมข้อมูล ประมวลผล วิเคราะห์ นำเสนอ การจัดการข้อมูลเพื่อการรายงาน ตัวชี้วัด ตามระเบียบวิธีการทางสถิติ โดยการวิเคราะห์ข้อมูล จัดทำเป็นสถิติโรงพยาบาล และ ในรูปแบบ

- สถิติทั่วไป

- สถิติโรงพยาบาล ตามมาตรฐาน Health Care Statistics

๒. การเผยแพร่ข้อมูล

๒.๑. ข้อมูลภาพรวมของโรงพยาบาล จัดทำเป็นรายงานสถิติประจำปี และ ประจําปีงบประมาณ เผยแพร่ทั่วไป ผ่านทางเว็บไซต์ของคณะ แพทยศาสตร์

๒.๒. ข้อมูลเฉพาะ จัดทำเป็นสถิติประจำวัน ประจำเดือน ประจำปี เผยแพร่เฉพาะภายในคณะฯ เท่านั้น

๓. ระบบการเข้าถึงข้อมูล

๓.๑. ข้อมูลทั่วไปในภาพรวมของโรงพยาบาล จัดทำและเผยแพร่ทั่วไปผ่านทางเว็บไซต์ของคณะแพทยศาสตร์

๓.๒. ข้อมูลเฉพาะ

- บุคลากรภายใน กำหนดผ่านช่องทางดังนี้
- มีรหัสผ่านเข้าใช้งานในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล
- ข้อมูลภาพรวมเฉพาะกรณี ติดต่อขอรับบริการที่งานเวชระเบียนและสถิติ
- ข้อมูลเฉพาะรายเพื่อการศึกษาวิจัย ติดต่อขอรับบริการที่งานเวชระเบียนและสถิติ ต้องได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะฯ
- บุคลากรภายนอก ติดต่อขอรับบริการผ่านงานบริหารโรงพยาบาล และ ต้องได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

๔. ผู้รับผิดชอบ นักวิชาการเวชสถิติ นักเวชสถิติ

๓.๕ ระบบตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน (Quality control system)

๓.๕.๑ เป้าหมาย

- ข้อมูลการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยครบถ้วน สมบูรณ์เป็นไปตามมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียน โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีข้อมูลการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลถูกต้อง สมบูรณ์ สอดคล้องกับโรคและการรักษาผู้ป่วย และมีข้อมูลถูกต้อง เพียงพอสำหรับการพัฒนาคุณภาพงานบริการด้านการรักษาพยาบาล การศึกษาวิจัยทางการแพทย์ และเป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- ข้อมูลรหัสโรค รหัสหัตถการ รหัสสาเหตุการบาดเจ็บถูกต้องสมบูรณ์ตามมาตรฐานการให้รหัสตามระบบ WHO's ICD-๑๐ และ ICD-๙ CM ICD-๑๐ สอดคล้องกับข้อมูลการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาล

๓.๕.๒ นโยบายการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน

- คณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนของโรงพยาบาล
- ตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยการตรวจสอบการให้รหัสโรคผู้ป่วยนอก ๔ เดือนต่อครั้ง และการให้รหัสโรคผู้ป่วยในทุกเดือน
- ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยทั่วไป (HN, ชื่อ-สกุล, เลขที่บัตรประชาชน ในเอกสารเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในระบบ Digicards และ Electronic discharge summary)
- ตรวจสอบข้อมูลในเอกสารเวชระเบียนและเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์

๓.๕.๓ ผู้รับผิดชอบ

- คณะกรรมการเวชระเบียน
- คณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน
- เจ้าหน้าที่เวชระเบียน

๔. กลุ่มเป้าหมาย

แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ ทันตแพทย์ สังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ที่บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนอื่น ๆ และผู้วิจัย/หัวหน้าโครงการวิจัยที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์

๕. ผู้รับผิดชอบ

คณะกรรมการเวชระเบียน (Medical Record Committee – MRC) ประกอบด้วย

๑. รองผู้อำนวยการที่ดูแลรับผิดชอบด้านเวชระเบียน
๒. แพทย์ผู้ดูแลงานเวชระเบียนหรือผู้แทน
๓. หัวหน้างานเวชระเบียนหรือผู้แทน
๔. หัวหน้าภาควิชาหรือตัวแทนแพทย์เฉพาะทางในภาควิชาต่างๆ ให้รวมถึง ทันตแพทย์
๕. หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลหรือตัวแทน
๖. ตัวแทนเภสัชกร
๗. ตัวแทนจากฝ่ายบริหาร
๘. ตัวแทนนักกายภาพบำบัด
๙. ตัวแทนนักรังสีการแพทย์
๑๐. ตัวแทนนักเทคนิคการแพทย์
๑๑. ตัวแทนนักระบาดวิทยา
๑๒. ตัวแทนนักสังคมสงเคราะห์
๑๓. นักวิชาการในสายงานเวชระเบียน เช่นนักวิชาการเวชสถิติ นักเวชสถิติ หรือเจ้าหน้าที่

ผู้ปฏิบัติงานด้านเวชระเบียน

โดยมีหัวหน้างานเวชระเบียนเป็นกรรมการและเลขานุการ หรือนักวิชาการในสายงานเวชระเบียน เช่นนักวิชาการเวชสถิติ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านเวชระเบียน เวชสถิติ เป็นกรรมการและเลขานุการแทน แต่ทางคณะกรรมการเวชระเบียนก็สามารถคัดเลือกบุคคลอื่นจากคณะกรรมการทั้งหมดตามที่เหมาะสมได้เช่นเดียวกัน

หน้าที่และความรับผิดชอบของคณะกรรมการเวชระเบียน

๑. เป็นคณะกรรมการที่มีการตัดสินใจ เอกสารใด ๆ ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เข้าข่ายเป็นเวชระเบียน
 ๒. กำกับดูแล ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ บุคลากร และงบประมาณ ด้านเวชระเบียน เวชสถิติ เวชสารสนเทศ และ วิจัยทางการแพทย์
 ๓. ตัดสินใจในการอนุญาตให้เข้าถึงเวชระเบียน ของบุคคลต่าง ๆ รวมถึงการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายและใช้ตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสาร หรือจากการร้องขอของผู้ป่วยและองค์กรต่าง ๆ
 ๔. ตรวจสอบเวชระเบียนเพื่อให้แน่ใจว่าเวชระเบียนเก็บถูกต้อง สมบูรณ์และใช้ได้ทันทีสำหรับผู้ป่วยทุกคนที่มาศึกษาในโรงพยาบาล
 ๕. ตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้บันทึกเวชระเบียนทั้งหมดได้บันทึกการรักษาผู้ป่วยภายใต้การดูแลรักษาของแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยบันทึกการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย และการเขียนใบสรุปการรักษาอย่างถูกต้องครบถ้วนซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย
 ๖. การกำหนดมาตรฐานและนโยบายสำหรับการบริการเวชระเบียนในการดูแลรักษาสุขภาพ
 ๗. การแนะนำการกระทำเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นเกี่ยวกับเวชระเบียนและการบริการเวชระเบียน
 ๘. ควบคุมแบบฟอร์มเวชระเบียนแบบใหม่และแบบที่มีอยู่แล้วที่ใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพแบบฟอร์มทั้งหมดควรทำให้ชัดเจนโดยคณะกรรมการเวชระเบียน ก่อนการนำไปใช้
 ๙. ช่วยเจ้าหน้าที่เวชระเบียนในการติดต่อกับเจ้าหน้าที่แผนกอื่นๆ ในการตรวจสอบเวชระเบียนเพื่อให้แน่ใจว่าทำถูกต้องทางการแพทย์ เกี่ยวกับความครบถ้วนสำหรับการดูแลผู้ป่วยต่อไป
 ๑๐. ตัดสินใจในการนำเทคโนโลยีเพื่อนำมาใช้กับงานทางด้านเวชระเบียน และสนับสนุนแพทย์ในการบันทึกเวชระเบียน ทั้งเวชระเบียนโดยปกติ และเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์
 ๑๑. กำกับดูแลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งการจัดทำ การจัดเก็บ และการให้บริการ
 ๑๒. เกณฑ์การประชุมของคณะกรรมการเวชระเบียน ควรมีการประชุมทุกๆ เดือน หรือ ๑๐ ครั้ง ต่อปีเป็นอย่างน้อย
- ๖. การติดตามผล**
- ทุกวาระการประชุมของคณะกรรมการเวชระเบียนทุก ๓ เดือน

แบบบันทึกประวัติการสร้างมาตรฐานด้านนโยบายสหสาขา

เรื่อง “การบริหารเวชระเบียน”

โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มาตรฐานฉบับนี้			เหตุผลในการปรับเปลี่ยน/ปรับปรุงมาตรฐาน						เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ	
มาตรฐานใหม่	ปรับรูปแบบ Re-formatted	ปรับปรุงใหม่ Revised	แก้ไข / เพิ่มเติม ข้อความที่จำเป็น	แก้ไขให้สอดคล้องกับ มาตรฐาน	ปรับเปลี่ยน กฎ-ระเบียบ	มีความเสี่ยง	เป็น ความรู้ / วิทยาการ ใหม่	เพิ่ม ประสิทธิภาพ	Yes	No
		✓			✓	✓	✓	✓	✓	
การปรับปรุงแก้ไข : มาตรฐานด้านนโยบายฉบับนี้ จะปรับเปลี่ยน/ปรับปรุงแก้ไขทุก ๓-๕ ปี หรือเมื่อมีความจำเป็น										
วัน / เดือน / ปี ที่สร้างครั้งแรก : ธันวาคม ๒๕๕๐										
วัน / เดือน / ปี ที่ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ ๕ : พฤศจิกายน ๒๕๕๓										
วัน / เดือน / ปี ที่เผยแพร่ : ธันวาคม ๒๕๕๓										
File Name : นโยบายการบริหารเวชระเบียน										