**II-5 ระบบเวชระเบียน**

|  |
| --- |
| **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:** ความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลา มีเนื้อหาที่จำเป็น (สำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพ) |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2556** | **2557** | **2558** |  **2559** |  **2560** |
| อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก | 85% | 96.85% | 98.23% | 84.38% | 89.97% | 94.76% |
| อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน | 85% | 92.21% | 94.05% | 84.49% | 88.73% | 95.27% |
| อัตราความสมบูรณ์ของ Nursing Record | 85% | 81.89% | 85.89% | 57.00% | 67.78% | 87.41% |
| อัตราความสมบูรณ์ของ Progress note | 90% | 93.33% | 88.89% | 80.00% | 95.93% | 84.07% |
| อัตราความสมบูรณ์ของการวินิจฉัยโรค | 85% | 99.43% | 97.79% | 94.11% | 91.79% | 98.31% |
| อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกรหัสโรค | 85% | 99.67% | 99.51% | 99.07% | 97.80% | 99.56% |
| CMI | ≥ 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.75 | 0.68 | 0.67 |
| Adj. RW. |  | 3901.56 | 3961.43 | 3252.68 | 3130.93 | 3103.91 |
| **บริบท :** เวชระเบียน (Medical record) หมายถึง เวชระเบียนทางการแพทย์ที่ใช้บันทึกข้อมูลการตรวจรักษาโรคของผู้ป่วยที่มารับการบริการในสถานพยาบาล **เป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียน** ได้แก่ 1. เพื่อสื่อสารระหว่างทีมแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อการจัดทำรายงานทางการแพทย์ การนำมาจัดทำสถิติผู้ป่วย การนำมาเพื่อการศึกษาค้นคว้าวิจัย
3. เพื่อการวางแผนในการดูแลสุขภาพของประชาชน
4. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผน การบริหารจัดการภายในโรงพยาบาล
5. เพื่อเบิกเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย
6. เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

**ภาระหน้าที่ของหน่วยงานเวชระเบียน**1. จัดทำข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเช่น ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน อายุ เพศ ที่อยู่ ฯลฯ
2. ลงทะเบียนผู้ป่วย แล้วส่งผู้ป่วยไปรับบริการในหน่วยบริการต่างๆ เช่น แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานด้านปฐมภูมิและองค์รวม แผนกทันตกรรม งานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก งานเวชกรรมฟื้นฟู ฯลฯ
3. จัดเก็บเวชระเบียนให้อยู่ในที่ปลอดภัยและเหมาะสม รักษาความลับของผู้ป่วย และสามารถเรียกใช้ได้ตามความจำเป็น
4. บริการข้อมูลและสถิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยแก่บุคลากรภายในโรงพยาบาล./นอกโรงพยาบาล
5. ให้บริการ การขอประวัติผู้ป่วย เพื่อการรักษาต่อเนื่องต่างโรงพยาบาลเพื่อการสื่อสารกับบริษัทประกันชีวิตฯลฯ
6. ให้รหัสโรค (ICD-10) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM)
7. ดูแลคุณภาพข้อมูลในงานเวชระเบียนในนามคณะทำกรรมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เวชสถิติ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ฯลฯ
8. การทำสถิติทางการแพทย์ ได้แก่ สถิติผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน
9. เป็นที่ปรึกษาเรื่องการให้รหัสโรค (ICD-10) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM)
10. เอกสารเวชระเบียนเก็บไว้ 10 ปี แล้วทำลายเวชระเบียนตามระเบียบปฏิบัติของทางราชการ

**ลักษณะของข้อมูลที่มีคุณภาพดี**1. ความถูกต้อง
2. ความครบถ้วน
3. ความสมบูรณ์ (มีรายละเอียดที่ดี)
4. ความทันเวลา

**ปริมาณผู้ป่วยนอก / ผู้ป่วยใน** |
| **ปริมาณ (visit)** | **2556** | **2557** | **2558** | **2559** | **2560**  |
| ผู้ป่วยนอก | 98,213 | 94,556 | 94,262 | 98,741 | 100,438 |
| ผู้ป่วยใน | 6,452 | 6,650 | 4,340 | 4,577 | 4,658 |
| ผู้รับบริการทั้งหมด | 115,499 | 113,313 | 113,013 | 114,582 | 116,697 |
| **กระบวนการ :** **การวางแผนและออกแบบระบบ****บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินส่วนขาดของการออกแบบบันทึกเวชระเบียน :** เป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนที่ครอบคลุม เพื่อการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ ความต่อเนื่องในการดูแลรักษาและการประเมินคุณภาพ รวมถึง การเป็นหลักฐานทางกฎหมาย การเรียนรู้ การทำวิจัยคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนโรงพยาบาลหนองบุญมาก ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เวชสถิติ และสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันกำหนด ทบทวนเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียน ตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมาตรฐานของ สรพ. รวมถึงผลจากการประเมินความต้องการของผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เวชสถิติ และสหสาขาวิชาชีพ ผู้บริหาร รวมถึงบุคคลและหน่วยงานภายนอก ดังต่อไปนี้1. แนวทางการบันทึกเวชระเบียนที่ครอบคลุมในส่วนของแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้สามารถประกันคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย และมีความเชื่อมโยงต่อเนื่องในการดูแลรักษา
2. กำหนดให้มีการบันทึกข้อมูลภายในเวชระเบียนให้ครบถ้วน ถูกต้องเป็นปัจจุบันทุกครั้ง เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมาย เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการศึกษาและวิจัย
3. มีการออกแบบและวางระบบของการบันทึกที่เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ให้บริการภายในและระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ออกแบบและปรับปรุงเอกสาร เช่น ใบยินยอมรับการรักษาแบบบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ แบบบันทึกทางการพยาบาล แบบบันทึกการซักประวัติตรวจร่างกาย แบบบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน/คดี (OPD Card) แบบ Consultation
4. การแก้ไขข้อมูลในเอกสารเวชระเบียนห้ามใช้น้ำยาลบคำผิด เมื่อต้องการแก้ไขให้ใช้วิธีขีดฆ่า และเซ็นชื่อกำกับที่ข้อความเดิมแล้วจึงเขียนข้อความใหม่แทน
5. ผู้ป่วยในมีการทบทวนคุณภาพเวชระเบียนเป็นการภายในปีละ 2 ครั้งๆ ละ 10 ฉบับต่อแพทย์ 1 ท่านเพื่อใช้เป็นคะแนน KPI ของแพทย์ และ Audit รวมโดยไม่แยกแพทย์ปีละ 2 ครั้งๆ ละ 40 ฉบับ
6. ผู้ป่วยนอกทบทวนคุณภาพเวชระเบียนปีละ 1 ครั้งๆ ละ 40 ฉบับ
7. แนวทางพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนจะนำผลคะแนนจากการทบทวนภายในและผลการทบทวนจาก สสจ. และ สปสช. มาร่วมกันวิเคราะห์ เพื่อวางแนวทางพัฒนาร่วมกัน
8. มีการแจ้งผลคะแนนจากการทบทวนให้แพทย์รับทราบ
9. สุ่มตรวจติดตามการบันทึกเวชระเบียนเป็นรายบุคคล พร้อมแจ้งให้ทราบหากพบว่าบันทึกไม่ถูกต้องครบตามเกณฑ์

**สรุปผลการประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน รพ.หนองบุญมาก**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Content of medical record | ปีงบฯ 2557(ร้อยละความสมบูรณ์) | ปีงบฯ 2558(ร้อยละความสมบูรณ์) | ปีงบฯ 2559(ร้อยละความสมบูรณ์) | ปีงบฯ 2560(ร้อยละความสมบูรณ์) |
| Discharge summary : Dx.,OP. | 96.67 | 88.89 | 93 | 100 |
| Discharge summary : other | 99.22 | 75.56 | 96.33 | 100 |
| Informed consent | 97.78 | 92.56 | 96.67 | 100 |
| History | 92.22 | 97.44 | 94.44 | 97.04 |
| Physical exam | 97.44 | 89.67 | 92.22 | 99.63 |
| Progress note | 88.89 | 80 | 94.78 | 84.07 |
| Consultation record | NA | NA | NA | NA |
| Anaesthetic record | NA | 100 | NA | 55.56 |
| Operative note | NA | 100 | NA | 100 |
| Labour record | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Rehabilitation record | NA | NA | 77.78 | 100 |
| Nurses’ note helpful | 85.89 | 57 | 56.33 | 87.41 |
| Full score | 1899 | 1928 | 1926 | 1989 |
| Sum score | 1786 | 1629 | 1709 | 1895 |
| ร้อยละ | 94.05 | 84.49 | 88.73 | 95.27 |

.....

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ปัญหาที่พบ | สาเหตุ | การแก้ไข |
| 1. คะแนน Progress note96.39%
 | 1. เปลี่ยนแพทย์ Intern ทุกเดือน
2. แพทย์ใหม่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในเกณฑ์การบันทึก Progress note
3. แพทย์ลืมเซ็นชื่อ
 | 1. แพทย์ที่เป็นประธานกรรมการแจ้งเกณฑ์การให้คะแนนการบันทึก Progress note แก่แพทย์ที่มาใหม่ทุกท่าน
2. ตามให้แพทย์เซ็นชื่อให้ครบ
 |
| 1. การบันทึกไม่ครบถ้วนในแต่ละส่วนของแบบบันทึก
 | 1. 1. ความไม่รอบคอบของผู้บันทึก
2. 2. พยาบาลไม่เซ็นชื่อหรือเซ็นแต่อ่านไม่ออก
 | 1. คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องแจ้งความไม่สมบูรณ์แก่ผู้บันทึก พร้อมชี้แจงการบันทึกที่ถูกต้อง
2. แจ้งให้พยาบาลเซ็นชื่อให้ครบและให้ทำตรายางชื่อของแต่ละคนไว้ประทับใต้ลายเซ็น
 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ข้อมูล | ปีงบฯ 2556 | ปีงบฯ 2557 | ปีงบฯ 2558 | ปีงบฯ 2559 | ปีงบฯ 2560 |
| คะแนนความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (ร้อยละ) | 96.85 | 98.23% | 84.38% | 89.97% | 94.76% |

|  |  |
| --- | --- |
| Content of medical record | ปีงบประมาณ 2560 (ร้อยละความสมบูรณ์) |
| Patient's profile | 99.64 |
| History | 96.25 |
| Physical examination | 91.79 |
| Treatment/investigation | 79.53 |
| Follow up ครั้งที่ 1 | 97.90 |
| Follow up ครั้งที่ 2 | 84.85 |
| Follow up ครั้งที่ 3 | 100 |
| Operative note | NA |
| Inform consent | NA |
| Full score | 1411 |
| Sum score | 1323 |
| สรุปคะแนนร้อยละ | 93.76 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ปัญหาที่พบ | สาเหตุ | การแก้ไข |
| 1. การบันทึกข้อมูลการซักประวัติ ยังบันทึกไม่ครบครอบคลุม
 | * ลืมและไม่รอบคอบ
* พยาบาลจบใหม่ยังขาดประสบการณ์
 | * แจ้งการบันทึกที่ยังไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้องแก่ผู้บันทึก
* จัดอบรมเรื่องการซักประวัติแก่พยาบาลจบใหม่และย้ายมาทุกราย
 |
| 2. ไม่มีการบันทึกวินิจฉัยโรคและหัตถการ หรือบันทึกแต่รหัสไม่ถูกต้องตาม ICD-10 WHO | 1. ผู้ป่วยมาตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อไปรักษาต่อที่รพ.มหาราช ได้ผลแล้วกลับบ้านเลย2. ลืมบันทึก3. ผู้ป่วยมาทำบัตรแต่ไม่รอตรวจ | ผู้รับผิดชอบงานเวชระเบียนดำเนินการ1. ตรวจสอบทุกวันหากพบว่าไม่มีการบันทึก ต้องแจ้งกลับหน่วยบริการเพื่อบันทึกต่อไป
2. ตรวจสอบและให้รหัสการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
3. หากพบว่าไม่รอตรวจ ให้ดำเนินการลบคิว
4. ตรวจสอบรหัส ICD-10 หากพบว่าไม่ครบหรือไม่ถูกต้องก็ดำเนินการแก้ไข
 |

**บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินความซ้ำซ้อน/การไม่ได้ใช้ประโยชน์ของการบันทึก :**มีการปรับปรุงและ แก้ไขแบบบันทึกต่างๆ ลดความซ้ำซ้อนของการบันทึก ตัดการบันทึกที่ไม่จำเป็นออก: ตอนแรกกรรมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนจังหวัดให้ใช้แบบบันทึก Consultation ระหว่างแผนก IPD และ ทันตกรรม แต่ตอนหลัง สปสช. บอกว่า รพช. ไม่ต้องใช้ จึงได้ยกเลิกไป  แบบบันทึกของห้องคลอดมีรูปแบบที่ไม่เหมือนของโรงพยาบาลอื่นๆ เป็นการออกแบบที่ครบถ้วนในเนื้อหา และเป็นขั้นเป็นตอน ตามลำดับของการคลอด (Stage1-4) รวมถึงการดูแลหลังคลอด ทำให้ง่ายต่อการบันทึกและการ Audit **บทเรียนจากการประเมินตามนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน :** 1. การบันทึกของแพทย์และพยาบาล ต้องบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ลายมือที่อ่านไม่ออกถือว่าไม่มีการบันทึก

พบว่า มีบางท่านที่เขียนลายมืออ่านยาก แก้ปัญหาโดย แจ้งกลับไปยังเจ้าของลายมือขอให้เขียนให้อ่านง่ายขึ้น สำหรับพยาบาลที่เขียนแล้วอ่านไม่ออกจริงๆ ให้หัวหน้าตึกจัดพยาบาลที่เขียนอ่านออกทำงานในหน้าที่ที่ต้องบันทึกข้อมูล1. การบันทึกข้อมูล กระทำโดยผู้มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง
2. **การรักษาพยาบาลด้วยคำพูด หรือทางโทรศัพท์**จะทำได้เฉพาะในกรณีที่มีความจำเป็นรีบด่วนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือในกรณีการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษาพยาบาลด้วยคำพูดหรือทางโทรศัพท์แพทย์ผู้สั่งการรักษาต้องลงนามกำกับท้ายคำสั่งโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะสามารถดำเนินการได้และอย่างช้าที่สุดไม่ควรเกิน 24 ชั่วโมง ภายหลังการสั่งการรักษาดังกล่าวโดยพยาบาลส่งเวชระเบียนให้แพทย์เซ็นชื่อภายในกำหนดเวลา

พบว่า เมื่อเวชระเบียนมาถึงงานเวชระเบียน ตรวจพบว่าแพทย์ยังเซ็นชื่อไม่ครบ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเวชระเบียนจะส่งเวชระเบียนที่ยังไม่เซ็นชื่อเสนอแพทย์เซ็นชื่อก่อนย้ายไป1. การให้รหัสโรคและรหัสหัตถการใช้รหัสตามมาตรฐานของ ICD-10 WHO และ ICD-9

พบว่า บางครั้งให้รหัสผิด แก้ปัญหาโดยไปอบรมการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการตามที่หน่วยงานเกี่ยวข้องจัด และหลังอบรมแล้วต้องหมั่นทบทวนความรู้ในคู่มือ และให้รหัสตามคู่มือที่เป็นปัจจุบัน1. การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก มีการทวนสอบและให้รหัสโรคตามมาตรฐานทุกวันโดย หัวหน้างานเวชสถิติและ เจ้าพนักงานเวชสถิติ

พบว่า การบันทึก ในส่วนการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ยังไม่ถูกต้อง ครบถ้วน แก้ไขโดยรวบรวมปัญหา นำเข้าที่ประชุมกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน แจ้งเกณฑ์การบันทึกที่ถูกต้องแก่ผู้เกี่ยวข้อง1. ขั้นตอนการบริหารเวชระเบียนผู้ป่วยใน
2. การนำส่งแฟ้มเวชระเบียนจากตึกผู้ป่วยในไปยังงานเวชระเบียนกำหนดไว้ไม่เกิน 3วันหลังวันจำหน่ายผู้ป่วย
3. สรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบไม่เกิน 15 วันหลังวันจำหน่ายผู้ป่วย เขียนบันทึกการวินิจฉัยโรคและหัตการในใบ Summary โดยไม่ใช้ตัวย่อที่ไม่เป็นสากล
4. บันทึกข้อมูลเรียกเก็บชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผ่านระบบ E-claim ไม่เกิน 25 วันหลังวันจำหน่ายผู้ป่วย
5. เก็บเวชระเบียนเข้าชั้นเก็บหลังสิ้นสุดกระบวนการ
6. เวชระเบียนทั่วไปเก็บไว้ 10 ปี เวชระเบียนที่เกี่ยวกับคดีเก็บไว้ 20 ปี
7. เวชระเบียนผู้ป่วยนอกเก็บไว้ 20 ปี

ไม่พบปัญหา **บทเรียนเกี่ยวกับการประมวลผลจากเวชระเบียนและการนำข้อมูลที่ประมวลได้ไปใช้ :** * ผู้ป่วยที่มีอาการวิงเวียนศีรษะ นอน รพ. 1 วัน ค่า RW=0.1998 ซึ่งถือว่าเป็นการ Admit ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงน้อย ไม่เหมาะสมตามขนาดและศักยภาพของโรงพยาบาล กรณีนี้อาจจะปรับโดยการรักษาแบบนอนเตียงสังเกตอาการที่ห้องฉุกเฉินใช้เวลานอนน้อยกว่า 6 ชม. หากมีผู้ป่วยลักษณะนี้นอนโรงพยาบาลมาก อาจทำให้ค่า CMI (Case mixed index) ของโรงพยาบาลต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน
* สามารถประมวลผลข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการของแพทย์ พยาบาล หรือหน่วยงานอื่นทั้งภายในและภายนอกในเรื่องการให้ข้อมูลสถิติโรคต่างๆ เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา วิจัย แก้ปัญหา และการวิเคราะห์วางแผนการบริหารโรงพยาบาล

การรู้วิธีการประมวลผลจากโปรแกรมเพื่อเรียกข้อมูลมาตรวจสอบ ทำให้สามารถตามเวชระเบียนผู้ป่วยในมาสรุปได้ครบถ้วนทันเวลา สามารถตรวจจับการให้รหัสโรคที่ไม่ถูกต้องเพื่อแก้ไขให้ถูกต้อง **การประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน :**  เพื่อความเรียบร้อย ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาของการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การเรียกเก็บชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผ่านระบบ E-claim และการจัดเก็บเวชระเบียนผลการดำเนินงาน* จากการบันทึกเวชระเบียนที่สมบูรณ์ ส่งผลให้มีการนำข้อมูลไปประกอบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมและปลอดภัยมากขึ้น เช่น ผู้ป่วย Pneumonia มีบันทึก New pulmonary infiltration, Acute onset (duration < 2 wk), 3 ใน 5 ของอาการต่อไปนี้ ไข้มากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส, ไอมีเสมหะ, dyspnea, pleuritic chest pain, consolidation or crackles.
* การเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วยในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สามารถเข้าถึงได้ภายในเวลา 10 วินาที
* การสืบค้นประวัติผู้ป่วย ในเอกสารเวชระเบียนสามารถค้นได้ภายในเวลา 5 นาที

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ตัวชี้วัด | ปี 2556 | ปี 2557 | ปี 2558 | ปี 2559 | ปี 2560 |
| ร้อยละของการส่งข้อมูลผู้ป่วยนอก ในระบบE-Claim | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| ร้อยละของการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในระบบ E-Claim | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| ร้อยละของคุณภาพการส่งข้อมูลผู้ป่วยนอก ในระบบ E-claim | 98.62 | 98.64 | 98.92 | 98.92 | 99.74 |
| ร้อยละของคุณภาพการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในระบบ E-claim | 99.30 | 99.30 | 98.87 | 98.87 | 99.51 |
| ร้อยละความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาในการส่งข้อมูล 43 แฟ้ม | 98.24 | 99.98 | 99.73 | 99.73 | 99.94 |
| การหาเวชระเบียนไม่พบ (ฉบับ) | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**การรักษาความปลอดภัยและความลับ** **บทเรียนเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยของเวชระเบียน :** 1. การรักษาความปลอดภัยของข้อมูล
	* + 1. 1.1 การป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้แก่ มีระบบการยืม-คืนเวชระเบียนเป็นลายลักษณ์อักษร
	1. - มีการติดตามทวงถามกรณียืมนานเกิน 5 วัน
	2. - ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยหรือญาติถือเวชระเบียนเอง จะมีพนักงานถือไปส่งระหว่างจุดบริการ
	3. 1.2 การป้องกันการเสียหายทางกายภาพ มีสถานที่เก็บเวชระเบียนเป็นห้องเฉพาะที่ปลอดภัย ได้รับการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องปิดเปิดด้วยกุญแจ ห้ามบุคคลภายนอกเข้า
	4. 1.3 การป้องกันการแก้ไขดัดแปลงข้อมูลอิเลคโทรนิกส์โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ มีการกำหนดให้ผู้บันทึกข้อมูลเท่านั้นสามารถแก้ไขข้อมูลได้โดยการกำหนดระดับการเข้าถึงข้อมูลโดย ใช้ User name ตามแผนกหน้าที่ที่รับผิดชอบ
	5. 1.4 การป้องกันการเสียหายของข้อมูลอิเลคโทรนิกส์ มีการเก็บสำรองข้อมูลทุกวัน โดยหน่วยงานสารสนเทศทางการแพทย์
	6. 1.5 มีเครื่องสำรองไฟประจำเครื่องคอมพิวเตอร์ทุกเครื่อง
2. การทำลายเวชระเบียน เวชระเบียนผู้ป่วยทั่วไปเก็บไว้ 10 ปี เวชระเบียนที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับคดีเก็บไว้ 20 ปี การทำลายประสานกับกลุ่มงานบริหาร ให้ดำเนินการขออนุญาตทำลายเอกสารเวชระเบียนตามระเบียบของทางราชการ

**บทเรียนเกี่ยวกับการรักษาความลับของเวชระเบียน :** 1. การเข้าถึงข้อมูลทางอิเลคโทรนิกส์มีการกำหนด Username Password แบ่งชั้นความลับตามบุคคลและหน่วยงานที่สังกัด
2. การเข้าถึงเอกสารเวชระเบียน
3. การเข้าถึงเอกสารเวชระเบียน
	1. การยืม-คืนเวชระเบียนภายในรพ. ใช้ระบบการยืม-คืนเป็นลายลักษณ์อักษร เวลายืมไม่เกิน 5 วันทำการ
	2. งานผู้ป่วยนอกที่ยืมเวชระเบียนผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยที่แพทย์นัดตรวจติดตามอาการ ต้องคืนภายในวันที่ยืม
	3. กรณีการขอประวัติผู้ป่วยเพื่อไปใช้ภายนอกโรงพยาบาล เช่น ศาล, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานประกันสังคม, กรมบัญชีกลาง ต้องทำหนังสือราชการหรือ มีหมายศาล เพื่อขอข้อมูลประวัติการรักษา โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้มีอำนาจแทนเป็นผู้อนุมัติ
	4. กรณีขอประวัติผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการประกันชีวิต หรือเพื่อการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลอื่นๆ หรือเพื่อวัตถุประสงค์ใดๆ ต้องยื่นคำร้องขอประวัติที่งานเวชระเบียน อนุมัติโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้มีอำนาจแทน
	5. เอกสารเกี่ยวกับประวัติผู้ป่วยที่ใช้เสร็จแล้ว จะทำลายก่อนทิ้งประเด็นสำคัญคือ ไม่ให้เอกสารที่เกี่ยวกับประวัติผู้ป่วยออกนอกโรงพยาบาล ไม่ว่าจะตั้งใจ หรือโดยบังเอิญ
	6. ผู้ที่สามารถขอประวัติการรักษาผู้ป่วยได้ ได้แก่ ผู้ป่วย สามี หรือภรรยาที่จดทะเบียนสมรสกัน พ่อ-แม่ ลูก (ญาติสายตรงตามกฎหมาย) โดยต้องมีใบมอบอำนาจจากผู้ป่วยมาแสดง
4. กำหนดให้มีเรื่องการรักษาความลับของผู้ป่วยไว้ในการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่

พบว่า ยังไม่เกิดปัญหาเกี่ยวกับการรักษาความลับของผู้ป่วย**บทเรียนเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียน :** หากผู้ป่วยต้องการขอประวัติการรักษาของตน ต้องยื่นคำร้องขอประวัติที่งานเวชระเบียนตามแบบคำร้องขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน ซึ่งระบุไว้ว่า ผู้ขอต้องเป็นผู้ป่วย ญาติต้องเป็นญาติสายตรงตามกฎหมาย ถ้าเป็นคนอื่นๆ ต้องมีหนังสือมอบอำนาจจากผู้ป่วย โดยผ่านการอนุมัติจากผู้อำนวยการหรือผู้มีอำนาจแทนเมื่อครบกระบวนการยื่นคำร้องขอประวัติ เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียนถ่ายสำเนาเวชระเบียนให้ตามการร้องขอกรณีการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ ห้ามมิให้เจ้าหน้าที่ของงานเวชระเบียนให้ข้อมูลของผู้ป่วยทางโทรศัพท์เด็ดขาด ผู้ที่จะให้ข้อมูลได้ต้องเป็นแพทย์ หัวหน้างานเวชระเบียน **เวชระเบียนผู้ป่วย****บทเรียนเกี่ยวกับการทบทวนและปรับปรุงความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน :**  ผู้ป่วยในมีการทบทวนคุณภาพเวชระเบียนเป็นการภายในปีละ 2 ครั้งๆ ละ 40 ฉบับ โดยการสุ่มเวชระเบียนจาก 4 สาขา ได้แก่ อายุรกรรม สูติกรรม ผ่าตัด กุมารเวชกรรม ผู้ป่วยนอกทบทวนคุณภาพเวชระเบียนปีละ 1 ครั้งๆ ละ 40 ฉบับ จากการสุ่มเวชระเบียนจากผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจากงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเวชระเบียนของโรงพยาบาล เกณฑ์การตรวจสอบใช้แนวทางการประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แล้วนำผลการประเมินส่งกลับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนให้ดียิ่งขึ้น**ผลการพัฒนาที่สำคัญ :**  หลังจากคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนได้ร่วมกันวิเคราะห์ผล Audit เวชระเบียน ทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกเวชระเบียน ตั้งแต่การบันทึกจนถึงการจัดเก็บเวชระเบียน**ทำให้ระบบการบริหารเวชระเบียนมีประสิทธิภาพดังนี้**1. การนำส่งแฟ้มเวชระเบียนจากตึกผู้ป่วยในไปยังงานเวชระเบียนกำหนดไว้ไม่เกิน 3 วันหลังวันจำหน่ายผู้ป่วย
2. สรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบไม่เกิน 15 วันหลังวันจำหน่ายผู้ป่วยเขียนบันทึกการวินิจฉัยโรคและหัตถการในใบ Summary โดยไม่ใช้ตัวย่อที่ไม่เป็นสากล
3. บันทึกข้อมูลเรียกเก็บชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผ่านระบบ E-claim ไม่เกิน 25 วันหลังวันจำหน่ายผู้ป่วย
4. มีระเบียบปฏิบัติและมีวินัยในการยืม-คืนเวชระเบียน
5. มีแนวทางปฏิบัติเรื่องการขอสำเนาประวัติการรักษาผู้ป่วย
6. มีระบบจัดเก็บและสามารถสืบค้นเอกสารเวชระเบียนได้ไม่เกิน 5 นาที
7. การปรับเปลี่ยนแบบฟอร์มการบันทึกเวชระเบียนเพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับเกณฑ์ประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
8. ผลคะแนน Audit ดีขึ้นเรื่อยๆ ปัจจุบันอยู่ในเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 85 (ผลคะแนนตามที่แสดงไว้ก่อนหน้านี้)
9. มีการประชุมคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน ปีละ 2 ครั้ง
10. เกิดการเรียนรู้และพัฒนาเรื่องการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ
11. เกิดการเรียนรู้และพัฒนาเรื่องการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ
 |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **ประเด็นในการพัฒนา 1-2 ปี ข้างหน้า** |
| 51. การวางแผนและออกแบบระบบบริหารเวชระเบียน | 4 | - พัฒนาศักยภาพของผู้รับผิดชอบให้มีความรู้เรื่องการใช้งานในโปรแกรมที่จำเป็น |
| 52. ความสมบูรณ์ของการบันทึก | 4 | - สร้างวัฒนธรรมการบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์ในทีมผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องทั้งหมด |
| 53. การทบทวนเวชระเบียน | 3 | - มีการทบทวนและตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอตามแผนที่วางไว้- สร้างความรู้ความเข้าใจในประเด็นสำคัญที่ต้องปฏิบัติในทีมผู้เกี่ยวข้อง- ผู้บริหารประกาศเป็นนโยบาย และมีการควบคุม กำกับ ประเมินผล อย่างชัดเจน  |