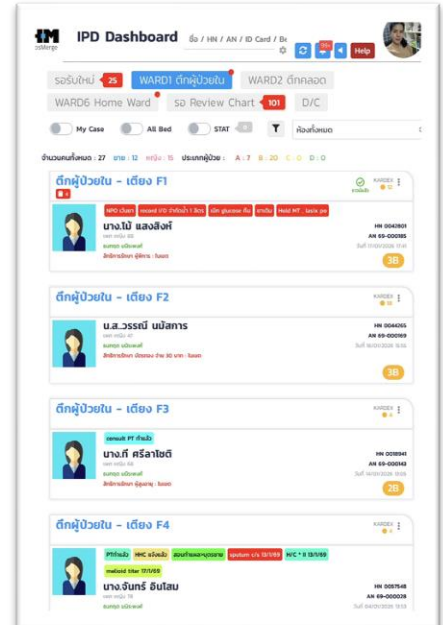
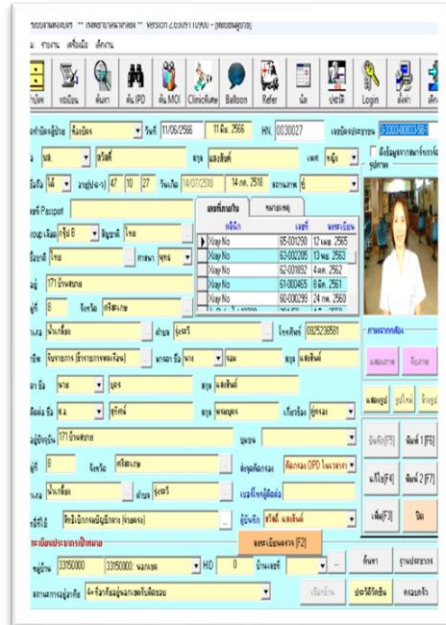
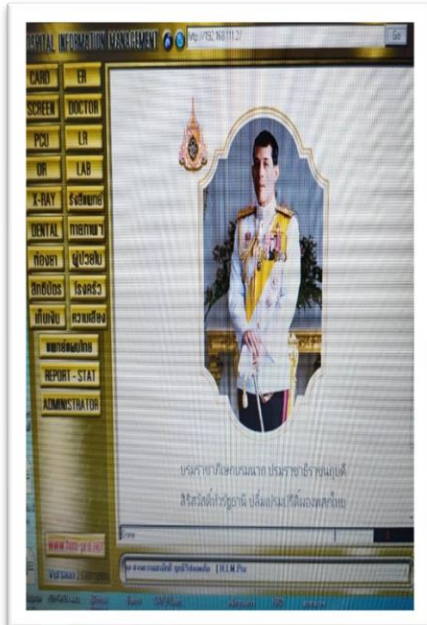


HS2 แผนกเวชระเบียน

โรงพยาบาลจัดให้มีอุปกรณ์การเก็บเวชระเบียน การเก็บเวชระเบียน และการสำรองข้อมูล ตามที่กำหนด

- มีตู้หรือชั้นหรืออุปกรณ์เก็บเวชระเบียน ที่มั่นคง ปลอดภัย และต้องจัดให้เป็นระเบียบ สามารถค้นหาได้ง่าย
- บันทึกเวชระเบียนในระบบคอมพิวเตอร์ใช้ OPD และ IPD paperless ใช้โปรแกรม HIM Pro , HIM pro online
- มีระบบการสำรองข้อมูลทุกวัน มี Server 2 0ต คือ ที่ตึก OPD และ ตึกแพทย์แผนไทย

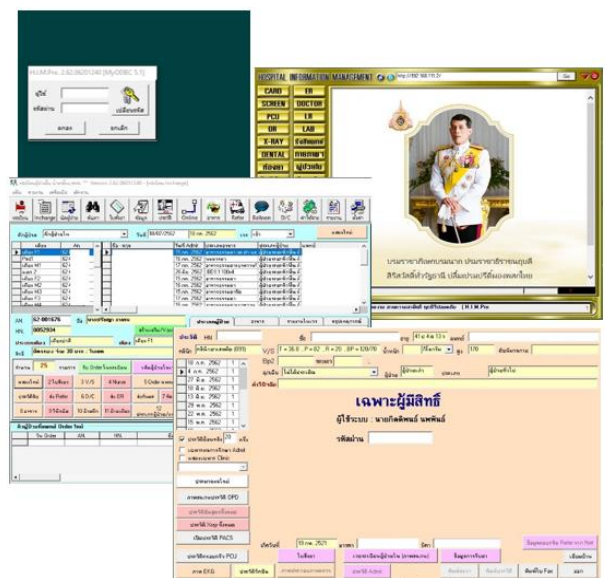


ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

IT Module ที่มีใช้งานอยู่ในปัจจุบัน (Software)

HIS >> HIMPRO

- พัฒนาระบบโดยทีมสารสนเทศ สสจ.ศรีสะเกษ
- เหมาะสมแก่การใช้งานระดับโรงพยาบาล ใช้งานง่ายเนื่องจากโปรแกรมทำงานบนระบบ Windows และฐานข้อมูลเป็น MySQL ซึ่งมีความปลอดภัยและความสามารถในการจัดการข้อมูลสูง
- มีความปลอดภัย ไม่มีปัญหาเรื่องลิขสิทธิ์
- ข้อมูลที่เป็นความลับ สามารถปกปิดข้อมูล และกำหนดสิทธิ์การเข้าถึงเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องในการเข้าดูและการสำเนาประวัติการรักษาได้



โรงพยาบาลน่าน อ.น่าน จ.น่าน 33130

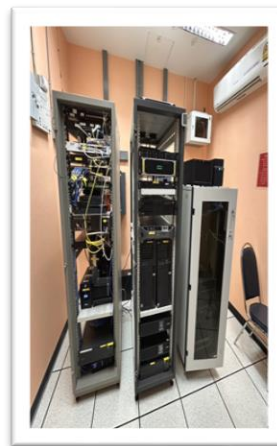


การวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศ



ระบบฐานข้อมูล

-มีการเชื่อมโยงระบบไปยังโปรแกรมย่อยในแต่ละหน่วยงาน แต่สามารถจัดการข้อมูลฐานข้อมูลได้ในฐานข้อมูลกลาง
-ระบบเครือข่ายสามารถตรวจสอบการใช้งานผ่านระบบ Authentication

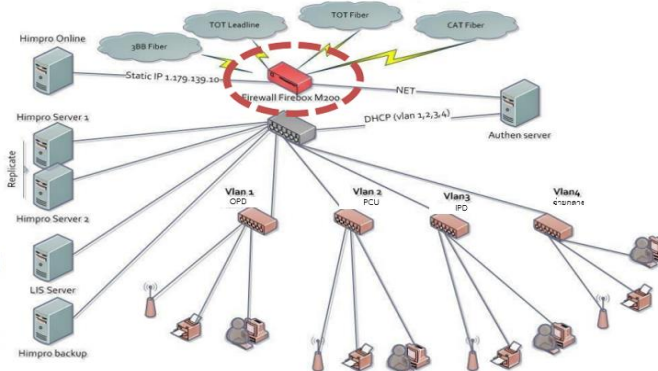
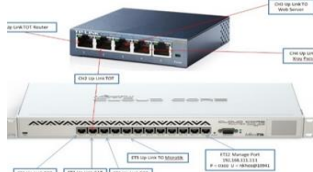


ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

การจัดการระบบเครือข่ายโรงพยาบาล

มีการแบ่ง VLAN ออกเป็น 5 กลุ่ม เพื่อแบ่งจัดการ Broadcast ให้น้อยลงโดยแบ่งตามจุดบริการ ดังนี้

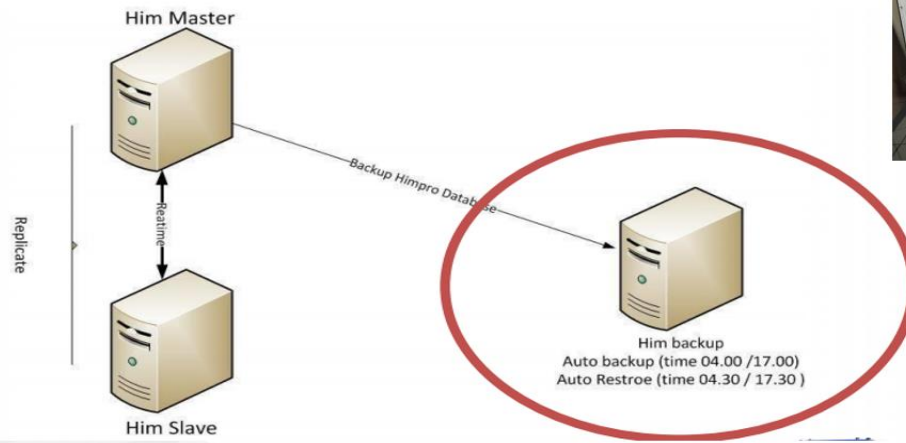
- 1.กลุ่ม A=Server farm
- 2.กลุ่ม B=OPD
- 3.กลุ่ม C=PCU
- 4.กลุ่ม D=IPD
- 5.กลุ่ม E=จ่ายกลาง



โรงพยาบาลราชวิถี อ.ปิ่นทอง จ.ศรีสะเกษ 33130

ความพร้อมใช้ระบบในภาวะฉุกเฉิน

ระบบ Backup Data Him-pro



โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง อ.น้ำเกลี้ยง จ.ศรีสะเกษ 33130

II-5 ระบบเวชระเบียน

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

II-5.1 องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.

II-5.2 ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

i. บริบท

โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง มีการใช้ระบบบันทึกข้อมูลและบริหารจัดการข้อมูล (HIS) คือ ระบบ HIMPRO เพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยเก่า ผู้ป่วยใหม่ มีการสำรองข้อมูล การบำรุงรักษา มีระบบรักษาความปลอดภัย โดยใช้ Username/Password ประจำตัวบุคคล มีระบบการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน โดยคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ซึ่งประกอบไปด้วยสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่เวชสถิติ และผู้บริหาร ตามแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปริมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน :

- จำนวนผู้ป่วยนอก ปี 2564-2568(ต.ค.2567-ส.ค.2568) จำนวน 95,760 122,894 83,430 86,068 และ 78,648 ครั้ง ตามลำดับ

- จำนวนผู้ป่วยใน ปี 2564-2568(ต.ค.2567-ส.ค.2568) จำนวน 2,768 2,706 2,913 3,387 และ 3,902 ครั้ง ตามลำดับ วันนอน จำนวน 8,609 9,070 8,706 10,644 และ 12,449 วัน ตามลำดับ อัตราการครองเตียง คิดเป็นร้อยละ 78.6, 82.8, 79.6, 97.2 และ 113.7 เกิน 100% เนื่องจากค่านวนเพียง 11 เดือน) ตามลำดับ วันนอนเฉลี่ย จำนวน 3.11, 3.35, 2.99, 3.14 และ 3.19 วัน ตามลำดับ

ขอบเขตการใช้ digital technology ในระบบเวชระเบียน:

โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง มีระบบติดตามเวชระเบียนสำหรับควบคุมและติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยการนำ Flow chart การไหลเวียนของเวชระเบียนผู้ป่วยใน และทะเบียนรับ-ส่ง เวชระเบียนระหว่างหน่วยงาน จัดระบบบริการงานเวชระเบียนด้วยความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาและปลอดภัย เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการทั้งในและนอกเวลาราชการ จัดระบบบริการค้นหาและจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พร้อมทั้งตรวจสอบปริมาณและคุณภาพเวชระเบียน จัดทำประวัติเวชระเบียนของผู้รับบริการโดยมีข้อมูลประวัติส่วนบุคคล อย่างถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว ครอบคลุมเนื้อหาที่จำเป็น เพื่อส่งต่อให้หน่วยงานรักษาพยาบาลได้ใช้ประกอบในการให้บริการทางการแพทย์ จัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาต่อในโรงพยาบาล และรวบรวมรายงานทางการแพทย์ของผู้ป่วยทุกราย ให้ครบถ้วน สมบูรณ์และทันเวลา จัดสถานที่และระบบในการเก็บรักษาเวชระเบียน Digital Filing System ให้มีประสิทธิภาพ เป็นหมวดหมู่ มีระเบียบสะดวกในการค้นหาและป้องกันการสูญหาย รวบรวม สถิติข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วยทุกรายจัดทำเป็นรายงานต่างๆ ได้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา จัดระบบการแปลผลลงรหัสโรค(Medical Coding) เวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ให้รหัสโรคผู้ป่วย (ICD-10) รหัสหัตถการ (ICD-9-CM) ตามการวินิจฉัยโรค, ผลการรักษา, โรคแทรกซ้อน,สาเหตุการตาย ฯลฯ จัดระบบการบันทึกและเก็บข้อมูลให้สมบูรณ์ถูกต้อง มีระบบตรวจสอบการบันทึกข้อมูล รวมถึงการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน (Medical Record Audit) จัดระบบการรักษาความลับข้อมูลของผู้ป่วย มีการกำหนดรหัสผ่าน การเข้าถึงข้อมูล มีแบบยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย ให้บริการค้นหาและสำเนาเวชระเบียน เพื่อการรักษาพยาบาล,การวิจัย และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้บริการข้อมูล สถิติการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาล แก่บุคลากรและหน่วยงานทั้งภายในและนอกโรงพยาบาล พัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record System) เพื่อตอบสนองการพัฒนาบริการให้มีความเป็นเลิศในการให้บริการ มีระบบ Scan เวชระเบียนผู้ป่วยในทุกลบ เพื่อให้ทุกสาขาวิชาชีพสามารถขอรหัส Approve code เพื่อเปิดดูประวัติการรักษาย้อนหลังได้ในระบบ Him-Pro อาทิเช่น การทบทวนการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ต้องค้นเวชระเบียนผู้ป่วยใน ดำเนินการจัดทำระบบแจ้งเตือนประวัติการรักษาพยาบาลในกลุ่มรับวัคซีน ในการติดตามเฝ้าระวัง AEFI พัฒนาระบบ Himpro Online ที่เชื่อมข้อมูลระหว่าง JHCIS กับ Himpro ผ่านระบบ API เพื่อใช้ในการบริการผู้ป่วยนอกหน่วยบริการ

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
50. ระบบบริหารเวชระเบียน [II-5.1 ก,ข]	3	L	- เพื่อให้ระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลน้ำเกลี้ยงสามารถบันทึกข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่าง ครบถ้วน ถูกต้อง ปลอดภัย เชื่อถือได้ และสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ต่อเนื่อง ทั้งด้านการรักษา การวางแผนบริหาร และการเบิกจ่ายค่ารักษา รวมถึง ป้องกันการละเมิดสิทธิผู้ป่วย ตามข้อกำหนดของกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง มีนโยบายด้านสารสนเทศสำหรับเจ้าหน้าที่เวชระเบียนและสารสนเทศเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ ถูกต้อง ครบถ้วน ไม่สูญหาย และสามารถเชื่อมโยงสื่อสารในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ใช้เป็นหลักฐานทาง กฎหมายและมีระบบรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูล รวมถึงมีการทบทวนเวชระเบียน โดยคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติด้านสารสนเทศสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลทั้งหมด ด้านความปลอดภัย การรักษาความลับ การ เข้าถึงข้อมูล มีการสื่อสารชี้แจงแนวทางให้บุคลากรรับรู้แนวทางปฏิบัติและปฏิบัติตามแนวทาง ได้มีการปรับปรุงระบบการบันทึก ในเวชระเบียน ดังนี้ 1) ส่งเสริมให้วิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสระบุด่วน ผิดพลาดให้ครอบคลุม กำหนดแนวทางการปฏิบัติให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละ ประเภทเพื่อลด/ป้องกัน ความผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วย โดยโรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง ใช้ระบบการ Authentication ด้วยบัตร ประจำตัวประชาชน และ การ Authentication ด้วยใบหน้าในการยืนยันตัวบุคคล ผ่านระบบตู้ Kiosk เพื่อช่วยลด/ป้องกัน ความ ผิดพลาดในการยืนยันตัวบุคคล พร้อมทั้งทำการประชาสัมพันธ์เรื่องการพกบัตรประจำตัวประชาชนมาด้วยทุกครั้งที่มาใช้บริการ เพื่อใช้ในการ Authentication พร้อมทั้งทำระบบแจ้งเตือนในกรณีที่ผู้มารับบริการมีชื่อ – สกุลซ้ำ มีการกำหนดสิทธิผู้มีสิทธิบันทึก เวชระเบียน ในระบบงานผู้ป่วยนอก โดยใช้ ระบบLogin และใช้ Username/Password ส่วนตัวในการเข้าใช้งาน และไม่สามารถ เข้าไปแก้ไขบันทึกข้อมูลได้ ในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานที่ปฏิบัติอยู่ มีการแจ้งเตือนข้อมูลที่สำคัญ ข้อมูลการแพ้ยา ข้อมูลงาน ควบคุมโรค ข้อมูลชื่อ-สกุลซ้ำ 2) เพื่อปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนและได้เวชระเบียนที่ครบถ้วน เหมาะสมและตรงตามความต้องการของผู้ใช้ในการ ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียน ตรวจสอบและทบทวนความสมบูรณ์ของเวช ระเบียน ประเมินผลและนำเสนอผลการตรวจสอบและทบทวนความสมบูรณ์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากการดำเนินงานทำให้เวช ระเบียนผู้ป่วยสมบูรณ์มากขึ้น 3) เพื่อให้การบันทึกคำวินิจฉัยครบถ้วนการให้รหัสโรคถูกต้อง การลงบันทึกรายละเอียดการทำหัตถการ การลงบันทึก Chief Complain ครบคลุมมากขึ้น มีการปรับปรุงโปรแกรม Him-Pro เพิ่มส่วนของช่องการบันทึกผลการดูแลรักษาแบบ FAIE และ เพิ่มช่อง Dx.Text ตั้งค่าโปรแกรมห้ามบันทึกหากไม่ลงคำวินิจฉัย ทำ Pop up เตือนการให้รหัสสาเหตุภายนอก Comment เตือน กรณีมีการเลือกใช้ซ้ำ drug interaction และไม่สามารถสั่งยาในกลุ่มเดียวกันในระบบ พัฒนาระบบรายงานเพื่อสะท้อนข้อมูลให้ หน่วยงานที่รับผิดชอบแก้ไข และติดตามการดำเนินงานจากการดำเนินงาน ปรับปรุงใบ Clinical Summary ในส่วนของคำวินิจฉัย การให้บริการกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทยให้สามารถแสดง ICD9CM และชื่อผู้ทำหัตถการ มีระบบ External Audit ร่วมกับ สสจ.ศรีสะเกษ, สปสช.เขต 10 จากการดำเนินงานทำให้เวชระเบียนผู้ป่วยสมบูรณ์มากขึ้น การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน:

			1) เพื่อให้การบันทึกเวชระเบียน สมบูรณ์ ปลอดภัย และเป็นไปตามข้อกำหนด จึงได้กำหนดผู้มีสิทธิในการบันทึกเวชระเบียน และวางแนวทางปฏิบัติตามบริบทของการทำงานแต่ละงาน แต่ละบุคคล ทำให้ผลการ Audit เวชระเบียนผู้ป่วยมีความครบถ้วน ครบคลุมทุกวิชาชีพ สามารถตอบสนองข้อมูลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และปลอดภัยมากยิ่งขึ้น 2) เพื่อให้การบันทึกข้อมูลแต่ละประเภทเป็นปัจจุบัน ในเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยนอก กำหนดให้มีการบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูล การวินิจฉัยโรคเสร็จสิ้นภายในวัน ผู้ป่วยใน กำหนดให้แพทย์สรุปเวชระเบียนภายในระยะเวลา 7 วัน หลังจำหน่ายทำให้ สามารถเบิกค่าบริการผู้ป่วยได้ครบถ้วนทันเวลา มีการพัฒนาระบบแจ้งเตือนผ่านระบบ line notify เมื่อ D/C แล้วยังไม่ บันทึก diag OPD ใน 3 วัน และ 15 วันในผู้ป่วย IPD และให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการติดตาม แก้ไขตามที่ระบบแจ้งเตือน จากการ ประเมินการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ พบว่า การลงรหัสโรคไม่ครบถ้วน เนื่องจากการขาดการตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง กำหนดให้ ทุกจุดให้บริการ บันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่กำหนดก่อนส่งข้อมูล ข้อมูลการรักษา พยาบาลผู้ป่วยทุกรายจะถูก จัดเก็บในฐานข้อมูลเพื่อประมวลผลเป็นรายงานต่างๆ และจัดทำรายงานให้หน่วยงานต่างๆ ตามความต้องการ 3) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการส่งซ้ำ ป้องกันการแพ้ยาในกลุ่มเดียวกันซ้ำ จึงได้มีการปรับระบบจากเดิม คือ เดิมเราสร้าง Popup แพยาเฉพาะยาตัวที่ผู้ป่วยแพ้ เป็นการสร้างระบบแจ้งเตือน Popup สำหรับยาทุกตัวที่อยู่ในกลุ่มเดียวกับยา ตัวที่คนไข้แพ้ทำให้ไม่มีผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำในกลุ่มเดียวกันdrug interaction ไม่สามารถส่งยาในกลุ่มเดียวกันได้ในระบบ Him-Pro ความครบถ้วนในการบันทึกการรับบริการของงานเวชระเบียน: 1) มีการตรวจสอบความครบถ้วนก่อนส่งข้อมูลไปหน่วยงานต่างๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อความครบถ้วนของข้อมูล ทำให้ข้อมูลเชื่อถือได้ความถูกต้องของข้อมูล การทบทวน ระบบการบันทึกเวชระเบียน พบว่า การให้รหัสโรคและรหัสหัตถการที่ไม่ครบ ไม่ถูกต้อง จึงปรับระบบการตรวจสอบการบันทึก ความสมบูรณ์เวชระเบียน โดยกำหนดให้เวชสถิติเป็นผู้ตรวจสอบการบันทึกคำวินิจฉัย (Diag Text) รหัสโรคและรหัสหัตถการ ให้ ครบถ้วน ถูกต้อง ตามโครงสร้าง สนย. สะท้อนข้อมูลให้องค์กรแพทย์และผู้รับผิดชอบทุกวันที่ 5, 15 และ 25 ของทุกเดือน เพื่อ ดำเนินการแก้ไข พร้อมตรวจสอบการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนทุกไตรมาสโดยคณะกรรมการเวชระเบียน ทำให้ข้อมูลเวชระเบียนมี ความถูกต้อง สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น 2) มีการจัดทำและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่สำคัญ และมีความเสี่ยงสูงให้มีการบันทึก แบบฟอร์มที่ง่าย สะดวกในการลงบันทึก และส่งเสริมในการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐาน ป้องกันการเกิดความเสี่ยงที่สำคัญของแต่ละ โรค พร้อมให้คำแนะนำในการดูแลรักษาเบื้องต้นและยังช่วยในการเก็บข้อมูลที่สำคัญ เช่น กลุ่มผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม Sepsis DHF Stoke STEMI การประมวลผลจากเวชระเบียนและการนำข้อมูลที่ประมวลได้ไปใช้: - เนื่องจากโรงพยาบาลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น มีการใช้ทรัพยากรมากขึ้น การนำข้อมูลไปใช้เพื่อ ตอบสนองต่อการบริหารการเงินการคลัง มีเป้าหมายเพิ่มค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ (CaseMix index: CMI) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ของโรงพยาบาล 30 เติง >0.6 ได้ดำเนินการประชุมทบทวน สะท้อนข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาแนวทางการการบันทึกการ วินิจฉัยและการบันทึกการให้รหัสโรคและหัตถการก่อนการเรียกเก็บ บันทึกข้อมูลทุกรายการทันทีและบันทึกให้ถูกต้อง ตาม กระบวนการบันทึกคุณภาพเวชระเบียน (MRA) ทำให้ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน มีแนวโน้มดีขึ้น ใช้โปรแกรม DRGs Index มา ช่วยในการตรวจสอบการให้รหัสโรคผู้ป่วย เพื่อให้มีความมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น ทำให้ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ (CaseMix index: CMI) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2564-2568 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ CMI คือ 0.6282, 0.66, 0.66,
--	--	--	--

			0.70, 0.77 และ 0.75 ตามลำดับ บันทึกการและสรุปตามหมวดคำรักษาพยาบาลถูกต้องครบถ้วน ทำหัตถการที่เหมาะสมกับโรคและมีระยะเวลาวันนอนที่เหมาะสมกับโรคที่เจ็บป่วย และการส่งเบิกที่ทันเวลา การประเมินประสิทธิภาพของระบบเวชระเบียน : เพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยจากบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องในการรักษา จึงมีการกำหนดผู้มีสิทธิใช้เวชระเบียน รวมถึงการเข้าใช้ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล(Hospital Information System : HIS) ซึ่งกำหนดเป็นรหัสผ่านเฉพาะบุคคล ตามหน้าที่ที่รับผิดชอบ ทำให้ไม่มีข้อร้องเรียนเรื่องการเปิดเผยความลับความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัย การรักษาความลับของผู้ป่วย จึงมีการปรับระบบ Scan เวชระเบียนผู้ป่วยในทุกฉบับ ผู้ใช้สามารถขอรหัส Approve Code เพื่อให้ทุกสาขาวิชาชีพสามารถเข้าถึงประวัติการรักษาย้อนหลังได้ในระบบ Him-Pro เช่น การทบทวนการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ต้องค้นเวชระเบียนผู้ป่วยในทำให้การสืบค้นเวชระเบียนรวดเร็วขึ้นและไม่พบอุบัติการณ์เวชระเบียนสูญหาย การบริการผู้ป่วยที่มีนัดเจาะเลือด ผู้ป่วยสามารถใช้บัตรประชาชนผู้ป่วยกดบัตรคิวผ่านตู้ Kiosk และเข้ารับการเจาะเลือดได้ทันที ไม่ต้องรอฟพยาบาลซักประวัติและสั่งเจาะเลือด และตามสิทธิการเข้าถึงในแต่ละระดับการใช้งาน สามารถเข้าถึงข้อมูลผลการรักษาผ่านระบบ HIS ของโรงพยาบาลได้ทุกที่ การจัดเก็บเวชระเบียน ความปลอดภัย: โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง มีเอกสารเวชระเบียนกระดาษจำนวนมากและบางฉบับมีการใช้ประโยชน์น้อย จึงได้นำระบบ Scan เวชระเบียนผู้ป่วยในที่สำคัญทุกฉบับไว้ในรูปแบบ Electronic File เก็บไว้ในที่ปลอดภัย สะดวกต่อการสืบค้น สามารถพิมพ์ภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสืบค้นเวชระเบียนรวดเร็ว ปลอดภัยมากขึ้น มีห้องเก็บเวชระเบียน ปิดห้องมิดชิดเป็นตู้เก็บเวชระเบียนแบบรางเลื่อน โดยมีการจัดเรียงแบบ Serial Number แยกเป็นรายปี ตาม AN มีระบบการยืม-คืน เวชระเบียน โดยกำหนดระยะเวลา หากเกินกำหนดจะทำการติดตามต่อไป มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลระบบสำรองข้อมูลให้ การรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียน: มีการกำหนดแนวทางการรักษาความปลอดภัยและความลับของผู้ป่วย ทั้งในระบบฐานข้อมูล และระบบเวชระเบียน ดังนี้ 1) เจ้าหน้าที่ทุกคนมีหน้าที่ต้องป้องกันดูแลรักษาไว้ซึ่งความลับความถูกต้องและความพร้อมใช้ของข้อมูลตลอดจนเอกสารเวชระเบียนของผู้ป่วย 2) ห้ามเผยแพร่ทำสำเนาถ่ายภาพเปลี่ยนแปลง ลบทิ้ง หรือทำลายข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียนและในระบบคอมพิวเตอร์ทุกกรณี 3) การส่งข้อมูลผู้ป่วยให้กับบุคลากรภายในสถานพยาบาลเดียวกัน ไม่ใช่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ถือเวชระเบียนจากจุดบริการหนึ่งไปยังจุดอื่นๆ 4) ห้ามส่งข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้ช่องทางที่ไม่เหมาะสม เช่น ส่งทาง LINE หรือ Social Media อื่นๆ 5) ตั้งรหัสผ่านในการเข้าใช้งานระบบคอมพิวเตอร์ของตนเองให้คาดเดายากตรงตามระเบียบของสถานพยาบาลปกปิดรหัสผ่านเป็นความลับส่วนตัวอย่างเคร่งครัด ไม่อนุญาตให้ผู้อื่นนำรหัสผ่านของตนเองไปใช้เปลี่ยนรหัสผ่านเมื่อถึงกำหนดเวลาที่บังคับ 6) ห้ามใช้คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลน้ำเกลี้ยงเปิดไฟล์จากภายนอกทุกกรณี สำหรับการเปิดไฟล์งานจากหน่วยงานภายในให้ตรวจหาไวรัสภายในไฟล์ทุกครั้งก่อนเปิดไฟล์ 7) ห้ามนำเครื่องคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์อื่นๆรวมถึงอุปกรณ์จัดเก็บข้อมูลเช่น CD-ROM, USB Drive , External Hard Disk อุปกรณ์เครือข่าย เช่น Hub, Switch, Wi-Fi Router ฯลฯ มาเชื่อมต่อกับเครื่องคอมพิวเตอร์และระบบเครือข่ายที่ใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วย (หากต้องการเชื่อมต่อต้องนำมาลงทะเบียน ที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ จึงจะสามารถใช้งานได้) การให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียน: เพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยจากบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องโดยไม่ได้รับอนุญาต โรงพยาบาลดำเนินการดังนี้ 1) มีการกำหนด ระเบียบวิธีปฏิบัติให้ผู้ป่วยได้รับทราบเกี่ยวกับการเข้าถึงเวชระเบียนของตนเอง เช่น การขอประวัติการ
--	--	--	--

			รักษาพยาบาลเพื่อใช้ในการส่งเคลมประกัน ประกอบการรักษาต่อ ณ โรงพยาบาลอื่น โดยให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วย แสดงตนเองโดยใช้หลักฐานระบุตัวบุคคลที่ชัดเจน เช่น บัตรประจำตัวประชาชน เป็นต้น และ มีแบบฟอร์มการ เขียนคำร้องของ ผู้ที่ต้องการเข้าถึง มีการเก็บหลักฐานไว้สำหรับตรวจสอบภายหลังได้ 2) กรณี ศาล,บริษัทประกันชีวิต สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานประกันสังคม, กรมบัญชีกลาง ต้องทำหนังสือขอเข้าดูข้อมูลหรือสำเนาเวชระเบียน หรือมีหมายศาล โดยผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลเท่านั้น - จากการดำเนินการที่ผ่านมาทำให้ไม่พบเหตุการณ์ละเมิดสิทธิผู้ป่วยเรื่องการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยจากผู้ประกอบวิชาชีพ อย่างเคร่งครัด เว้นแต่ได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วย
51. เวชระเบียนผู้ป่วย [II-5.2]	3	L	- เพื่อให้การบันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลที่ ครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ และ สอดคล้องกับข้อกำหนดทางวิชาชีพ รวมถึง การประเมินคุณภาพบริการและผลลัพธ์ทางคลินิก มีหลักฐานการรักษาที่เชื่อถือได้ ใช้เป็นข้อมูลทางการแพทย์ กฎหมาย และการบริหารที่มีประสิทธิภาพ ดำเนินการดังนี้ การออกแบบและมาตรการเพื่อให้บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอตามข้อกำหนด: 1) การบันทึกเวชระเบียน จะมีเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องที่มีรหัสเข้าใช้งาน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 การบันทึกข้อมูลในแฟ้มเอกสารประวัติส่วนตัว จะบันทึกโดยเจ้าหน้าที่ห้องบัตร ข้อมูลการซักประวัติ คัดกรองต่างๆ การให้การพยาบาล จะทำการบันทึกโดยเจ้าหน้าที่พยาบาล ส่วนข้อมูลการรักษาพยาบาลจะบันทึกตามมาตรฐาน ส่วนที่ 2 การบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลโรงพยาบาลโปรแกรม HIS หน่วยงานที่ให้บริการจะเป็นผู้บันทึกและมีข้อมูลส่งจ่ายยาทางโปรแกรม 2) การแก้ไขการบันทึกเวชระเบียน การดำเนินการแก้ไขข้อมูลที่ทำการบันทึกแล้ว จะดำเนินการแก้ไขได้เฉพาะข้อมูลประวัติส่วนตัวของผู้ป่วยเท่านั้น โดยผู้ป่วยจะต้องขอแก้ไขข้อมูลของตนเอง พร้อมด้วยหลักฐานในการขอแก้ไขข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลจะไม่มีการแก้ไข มีการเปลี่ยนเวชระเบียนผู้ป่วยใน มาใช้เป็น IPD paperless ในเดือน มีนาคม 2568 การทบทวนและปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน (ความสมบูรณ์ ความถูกต้อง การบันทึกในเวลาที่กำหนด): มีการทบทวนและปรับปรุงคุณภาพการบันทึกข้อมูล Progress note ที่ไม่ครบถ้วน ไม่มีการบันทึกเวลา ไม่ครอบคลุม SOAP กรณีมีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล การรักษา การให้ยา การบันทึกข้อมูล History และ Physical examination ไม่ครบถ้วน โดยมีการรายงานผลความสมบูรณ์และการตรวจประเมิน ไปที่องค์กรแพทย์ - ผลการประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน ปี 2564 – 2568 คิดเป็นร้อยละ 97.33, 98.23, 98.40 98.88 และ 88.50ตามลำดับ โอกาสพัฒนา 1) Discharge summary : Dx., OP: การสรุปข้อมูลในส่วน clinical summaryในส่วนของสาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยมารับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษาให้ครอบคลุมครบถ้วน 2) Informed consent: การระบุชื่อนามสกุล และตำแหน่งผู้ให้ข้อมูล มีการพิมพ์ลายนิ้วมือควรระบุว่าเป็นนิ้วมือของใครและนิ้วไหนนิ้วไหน ผู้ให้ความยินยอมและพยานฝ่ายผู้ป่วยต้องไม่เป็นคนเดียวกันพร้อมระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การระบุวิธีการรักษาและทางเลือกการรักษาและความเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย และการบันทึกประจำวันเดือนปี และเวลาที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา 3) History: การบันทึกที่ครบถ้วนสมบูรณ์เกี่ยวกับ chief complaint, present illness, ประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่น ๆ, Family history หรือ personal history หรือ social history หรือประวัติการทำงานที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับปัญหา, กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11– 60 ปี ต้องบันทึกประวัติประจำเดือน, ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล 4) Physical exam: การบันทึกที่ครบถ้วนสมบูรณ์เกี่ยวกับน้ำหนัก ส่วนสูงควรระบุความจำเป็นหากไม่สามารถวัดได้, การบันทึกการ

			ตรวจร่างกายทุกระบบ ซึ่งมีใช้เขียนแค่คำว่า “ปกติ” หรือเขียนว่า “ทุกระบบ WNL” และการสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาในครั้งนี้ (problem list) 5) Progress note: การบันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P ใน 3 วันแรกและทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการ หรือการรักษา หรือ ให้ยาหรือเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล 6) Nurse's note helpful: การระบุปัญหาการพยาบาลที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงด้านร่างกาย และ/หรือด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย, ระบุกิจกรรมการพยาบาล ที่ครอบคลุมอาการแสดง หรือปัญหาที่สำคัญตามสถานะของผู้ป่วย การประเมินซ้ำตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่น Head Injury, การบันทึกวัน เดือน ปีและเวลาในการทำหัตถการ และการประเมินการพยาบาลให้ครอบคลุมทุกสภาพปัญหาของผู้ป่วย - ผลการประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ปี 2564 – 2568 คิดเป็นร้อยละ 95.05, 95.20, 97.26, 98.77 และ 97.98 ตามลำดับ โอกาสพัฒนา 1) Patient profile: การบันทึกข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันและข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย ข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติหรือผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์กับ ผู้ป่วย และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ให้ถูกต้องครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน 2) HISTORY: การบันทึกประวัติประจำเดือน กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11– 60 ปี การซักประวัติการใช้สาร เสพติด การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว 3) Physical examination: การบันทึกการตรวจร่างกาย ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint การบันทึกส่วนสูงในเด็กทุกราย และการบันทึก Blood Pressure ในเด็ก ≥ 5 ปี 4) Treatment/Investigation: การบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค หรือภาวะการเจ็บป่วย หรือการปฏิบัติตัว หรือ การสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา 5) Follow up: การบันทึกการประเมินผลการรักษา ในครั้งที่ผ่านมา (evaluation) หรือ สรุปปัญหาที่เกิดขึ้น
--	--	--	--

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- พัฒนาระบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนออนไลน์ ระบบตรวจจับข้อมูลต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระบบ HIS โรงพยาบาล ให้ส่งรายงานผ่านระบบ Line Notify เช่น ข้อมูลการบันทึก Refer, ข้อมูลสิทธิการรักษา, ข้อมูลตามเกณฑ์ส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลตามเงื่อนไขต่างๆ, รายงานการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตมารับบริการ

iv.ผลลัพธ์ เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลา มีเนื้อหาที่จำเป็น (สำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพ) ความปลอดภัย การรักษาความลับ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568
จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยในสูญหาย (ฉบับ)	0	0	0	0	0	0
ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	>80%	97.33	98.23	98.40	98.88	88.50
ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	>80%	95.05	95.20	97.26	98.77	97.98
ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ CMI	0.6	0.66	0.66	0.70	0.77	0.75
ร้อยละการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในทันเวลา	100%	100	100	100	100	100