

## II-5 ระบบเวชระเบียน

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ความถูกต้องสมบูรณ์ทันเวลา ปลอดภัย มีเนื้อหาที่จำเป็น(สำหรับการ  
สื่อสารการดูแลต่อเนื่องการประเมินคุณภาพ)

ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	2553	2554	2555	2556	2557
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	≥85%	N/A	N/A	71.48%	72.63%	74.81%
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	≥85%	67.59%	74.18%	80.17%	87.52%	91.77%
อัตราการวินิจฉัยและการสรุปหัตถการ สอดคล้องกัน	≥90%	76.18%	88.83%	92.21%	92.45%	94.61%
จำนวนครั้งการบันทึกพยาบาลผิดคน(เวช ระเบียนผิด)	0	N/A	N/A	N/A	3	2
อัตราการค้นหาเวชระเบียนไม่พบ (ออกบัตร แทน)	5ใบ / เดือน ≤ 0.05 %	N/A	N/A	8ใบ / เดือน 0.09	7ใบ / เดือน 0.07	6ใบ/ เดือน 0.05
ระยะเวลารอคอยที่ห้องบัตร (ค่าเฉลี่ย)	10 นาที	N/A	N/A	N/A	10.06	8.39
การสูญหายของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	0			ปี 2547-2553 ทั้งหมด 29 เดือน เนื่องจากอุทกภัย น้ำท่วม โรงพยาบาล	1 แฟ้ม/ ปี	1
การส่งคืนเวชระเบียนผู้ป่วยในล่าช้าเกิน 30 วัน	5%	N/A	N/A	0.24%	0.52%	8.52%
การร้องเรียนเกี่ยวกับการถูกละเมิดสิทธิเรื่อง การเปิดเผยความลับ	0	0	0	0	0	0

\*\* หมายเหตุอัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยในปี 2557 ข้อมูลเดือน ต.ค. 56 - ก.ค. 57 \*\*

### บริบท

เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีระบบบริหารจัดการเวชระเบียน ทั้งส่วนที่เป็นเอกสารและ  
 Electronic โดยนำโปรแกรม Stat ของกระทรวงสาธารณสุขมาใช้ในครั้งแรกและปัจจุบันได้นำระบบบริการ

ด้วยเครือข่ายคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม Hospital - osมาให้บริการโดยมีการเชื่อมโยงข้อมูลทุกจุดบริการ

### หน้าที่หลักและเป้าหมายที่สำคัญ

1. วางระบบการจัดทำ จัดเก็บ และค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วย
2. ตรวจสอบปรับปรุงระบบบันทึกเวชระเบียนให้ได้มาตรฐาน
3. วางระบบความปลอดภัยและควบคุมการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการโดยเวชสถิติ

### ขอบเขตการให้บริการ:

#### ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

- ผู้บริหาร การจัดเก็บข้อมูลที่สำคัญอย่างเป็นระบบปลอดภัย / ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนมีคะแนนเท่ากับเกณฑ์ขั้นต่ำของ สปสช.
- เจ้าหน้าที่บุคลากรในโรงพยาบาล: การใช้งาน สะดวก ถูกต้อง / มีบุคลากรที่มีความรู้ด้านเวชสถิติ
- ผู้ป่วยและญาติ/ผู้มารับบริการอื่น : การเข้าถึงผลการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว และการรักษาความลับของผู้ป่วย

**ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ :** สมบูรณ์ ถูกต้อง/ เป็นระบบ จัดเก็บปลอดภัย และทันเวลาในการใช้งาน

#### ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ :

- การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของ สปสช.
- การส่งข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายทางการบริการทางการแพทย์ไม่ทันเวลา
- เวชระเบียนมีการสูญหาย
- ระบบคอมพิวเตอร์มีปัญหาจากระบบทำงานไม่ต่อเนื่อง(ระบบล่ม) หรือระบบไฟฟ้าขัดข้อง

### ปริมาณงานและทรัพยากร

บุคลากร : เจ้าหน้าที่เวชสถิติ 1 คน

ทรัพยากรและเครื่องมือ : เครื่องคอมพิวเตอร์ 6 เครื่อง เครื่องสำรองไฟ 6 เครื่อง

### มีจำนวนผู้ป่วยนอก / ผู้ป่วยใน ดังนี้

จำนวนผู้ป่วย (ราย)	2553	2554	2555	2556	2557
ผู้ป่วยนอก (คน/ครั้ง)	34272 /128223	33749 /123890	30294 /111503	31653 /113499	26181/97453

ผู้ป่วยใน (คน/วันนอน)	6461 /18293	6569 /19858	5971 /19014	6506 /20610	5327/17559
--------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	------------

**\*\*ข้อมูล ปี 2557 เริ่ม ต.ค.56 – ก.ค. 57\*\***

**กระบวนการ:**

**การวางแผนและออกแบบระบบ**

**บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินส่วนขาดของการออกแบบบันทึกเวชระเบียน:**

- จากการประเมินบันทึกเวชระเบียนตามแนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนของ สปสช. พบว่ายังมีการลงข้อมูลไม่ครบถ้วน คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศได้ประชุมเพื่อออกแบบเวชระเบียนเพื่อสะดวกและง่ายในการลงข้อมูล คือใบซักประวัติ และการตรวจร่างกายของแพทย์โดยแพทย์เป็นผู้รับออกแบบบันทึก ใบบันทึกความก้าวหน้าในการรักษาของแพทย์ได้จัดทำตาราง S O A P เพื่อความสะดวกในการบันทึกใน Progress Note ตามรูปแบบ , ใบสรุปการรักษา(รง.501) เนื่องจากมีการเขียนตัวเลขและตัวอักษรที่สำคัญไม่ชัดเจนจึงจัดให้พิมพ์สติ๊กเกอร์ติดที่หัวกระดาษเพื่อความชัดเจนและสะดวกในการค้นหาเวชระเบียนตามตีผู้ป่วย ,ปรับปรุงใบบันทึกการผ่าตัด (Operative Note) เนื่องจากแบบเดิมยังมีแบบฟอร์มการลงข้อมูลไม่ครบถ้วนเช่น ลายมือชื่อแพทย์
- การพัฒนาส่วนของผู้ป่วยนอกยังขาดความสมบูรณ์ของการบันทึก กำลังอยู่ในการปรับปรุงระบบใหม่เกี่ยวกับระบบผู้ป่วยนอกโดยให้แพทย์เป็นผู้สั่งยาและลงวินิจฉัยใน Hospital – OS

**บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินความซ้ำซ้อน/การไม่ได้ใช้ประโยชน์ของการบันทึก:**

- มีการบูรณาการ แบบบันทึกแรกรับ ของพยาบาลในบันทึกทางการพยาบาลซึ่งซ้ำซ้อนกับแผ่น Kardex โดยไม่ต้องเขียนบันทึกแรกรับในบันทึกทางการพยาบาล แต่นำแผ่น Kardexมาเรียงไว้หน้า Nurse Note เมื่อผู้ป่วยจำหน่าย มีการบูรณาการ แบบบันทึกผู้ป่วยเฉพาะโรค COPD ได้จัดให้มีข้อมูลประเมินสมรรถนะสำหรับผู้ป่วยทั่วไปรวมเข้าด้วยกัน เพื่อลดใบบันทึกจาก 2 ชุด รวมเป็นชุดเดียวกันกำลังปรับปรุงแบบบันทึกทางการพยาบาลโรคเบาหวานเนื่องจากมีการเขียนซ้ำซ้อนส่วนของอาการแรกรับ
- ประสานงานกับงาน IT ในการจัดทำข้อมูล (ชื่อ – สกุล อายุ HN AN ฯลฯ) ติดใบบันทึกในแฟ้มผู้ป่วยทุกใบโดยใช้รูปแบบ สติ๊กเกอร์เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการใช้เวลาเขียนเร็วขึ้น  
จาก การปรับรูปแบบดังกล่าวจึงทำให้ระยะเวลาในการทำ Chart รับใหม่สั้นลง

- มีความซ้ำซ้อนการบริหารยาในเรื่องของการเขียนการจ่ายยาและแผ่น Kardex ขณะนี้อยู่ในระหว่าง การดำเนินการ การยกเลิกการใช้การจ่ายยา โดยให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอบรมเรื่อง การบริหารยาโดย ใช้ใบ MAR (Medication Administration Record) และอยู่ในช่วงการดำเนินการต่อเนื่องในเรื่อง ของโปรแกรมการใช้ข้อมูล โดยปัจจุบันได้ใช้รูปแบบ Med Sheet และใช้การเขียนชื่อยาด้วยลายมือ ก่อนระหว่างรอการปรับปรุงใบ MAR
- เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ผ่าตัดตาต้อเนื้อและต้อกระจกมีการปรับปรุง ใบยินยอมรับการรักษาและ การผ่าตัดเนื่องจากเหตุผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนเป็นข้อมูลที่ซ้ำกันในแต่ละรายทำให้ เสียเวลาในการเขียน จึงจัดทำรูปแบบใหม่เพื่อสะดวกรวดเร็วในการทำงาน

#### บทเรียนจากการประเมินตามนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน:

- จากนโยบายคณะกรรมการสารสนเทศของโรงพยาบาลในเรื่อง การรับคำสั่งทางโทรศัพท์ /ทางวาจา กำหนดให้มีการเขียน รศส. ชื่อแพทย์ผู้สั่ง และลงชื่อพยาบาลผู้รับคำสั่งพร้อมกับ วันที่ และเวลาที่ รับคำสั่ง โดยแพทย์ผู้สั่งต้องลงลายมือชื่อกำกับภายใน 24 ชั่วโมง
- ผลสรุป มีการปฏิบัติตามนโยบาย แต่ยังคงความสมบูรณ์ครบถ้วนในบางครั้ง เช่น แพทย์ไม่ได้ลง ลายมือชื่อกำกับ
- ใบซักประวัติ และการตรวจร่างกายของแพทย์มีการลงข้อมูลสมบูรณ์ขึ้น โดยเฉพาะส่วนของลายมือ ชื่อของแพทย์(2556 เฉลี่ย 79.82, ต.ค.56 – ก.พ.57 เฉลี่ย 81.12 %)
  - ใบบันทึกความก้าวหน้าของแพทย์มีการลงข้อมูลตามแบบ S O A P สมบูรณ์ขึ้น (ปี2556เฉลี่ย 68.10 % , ต.ค. 56 – ก.พ. 57 เฉลี่ย 92.31%)

#### บทเรียนเกี่ยวกับการประมวลผลจากเวชระเบียนและการนำข้อมูลที่ประมวลได้ไปใช้:

- จากการตรวจสอบเวชระเบียนพบว่าแพทย์ลงการวินิจฉัยไม่ถูกต้องในบางโรค จึงให้คู่มือการลง วินิจฉัยกับแพทย์ที่มาใหม่ทุกคน
- จากการประมวลผลออกรายงาน 21 แฟ้ม พบว่ามีข้อมูลส่วนขาดคือ เลขบัตรประชาชน เป็น จำนวนมากซึ่งกำลังอยู่ในช่วงดำเนินการหาข้อมูลและเติมในส่วนที่ขาดหายและนำข้อมูลที่ ประมวลผลได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมข้อมูลส่วนขาดก่อน ส่งออกรายงาน

#### การประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน:

- ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จัดเก็บโดยโปรแกรม Hospital OS ในระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีการใช้งานสะดวก รวดเร็ว และสามารถออกรายงานได้ ตอบสนองกับผู้ใช้ได้มีการสำรองข้อมูลทุกวันโดยใช้ระบบ Slonyจะสำรองข้อมูลแบบ Real Time ไปยัง Server สำรองการเกิดระบบล่มปี 2556 จำนวน 2 ครั้ง จากเป้าหมายไม่เกิน 3 ครั้งและปี 2557 1 ครั้ง เนื่องจาก เกิดจากระบบภายในการเชื่อมต่อของอุปกรณ์ งาน IT กำลังดำเนินการในเรื่องการเพิ่ม ADSL ของอินเทอร์เน็ตระบบ 3BB
- อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยในการเบิกค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์ ทั้้นเวลาระบบการส่งคืนเวชระเบียนผู้ป่วยในมีการจัดให้เสมียน WARD เป็นผู้ติดตามการสรุปของแพทย์ให้ทั้้นเวลา ภายใน 30 วัน
  - อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยในการเบิกค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์ ทั้้นเวลา จากข้อมูลส่ง สปสช. 99.41% (2556) เกณฑ์  $\geq 99\%$  ในปี 2557 เนื่องจากทาง สปสช.มีการเลื่อนกำหนดให้ ถึง 30 ก.ย.57
  - การส่งคืนเวชระเบียนผู้ป่วยในล่าช้าเกิน 30 วัน ปี2556= 0.42% , 2557 = 8.52% เนื่องจาก ปี 2557 มีอัตราสูงขึ้น จึงได้มีการสะท้อนข้อมูลให้แพทย์ทุกท่านทราบถึงจำนวนของการสรุปล่าช้าของตนเอง
- อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยในการเบิกค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์ถูกต้องจากข้อมูลส่ง สปสช. 96.36% (2556) เกณฑ์  $\geq 99\%$  ,2557 = 98.75%
- จำนวนครั้งการบันทึกพยาบาลผดคน(เวชระเบียนผด) ปี 2556 จำนวน 3 ครั้ง เกณฑ์ 0 ครั้ง , 2557 = 2 ครั้ง
- ระบบการส่งคืนเวชระเบียนผู้ป่วยนอก กรณี ผู้ป่วยนอก แต่ละแผนกจะส่งคืนภายใน 1 วัน
  - ระบบการคืน OPD Card ของห้องบัตรโดยวิธีใช้ แผ่นป้าย พีวเจอร์บอร์ด มีแผ่นกระดาษโน้ตเขียนรายละเอียดเกี่ยวกับ HN , ว.ด.ป. ฯลฯ ที่หยิบใช้งาน/คืนไว้ เพื่อสะดวกในการค้นหาและทราบข้อมูลของการทำงาน
  - การออกไปแทน opd card 7 ใบต่อเดือน เกณฑ์ 10 ใบ/เดือน 2557 เฉลี่ย 16 ใบ/เดือน กำหนด ออกแบบให้ทำสมุดขี้มคืนเพื่อติดตามหา OPD Card ฉบับจริงกลับมา

### **การรักษาความปลอดภัยและความลับ**

#### **บทเรียนเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยของเวชระเบียน**

- สถานที่เก็บเวชระเบียนโรงพยาบาลชุมแสง เวชระเบียนทุกฉบับในระบบผู้ป่วยนอกถูกจัดเก็บไว้ในห้องเวชระเบียน(ห้องบัตร)ไม่ให้สิทธิผู้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามาเก็บหรือค้น มีระบบการจัดเรียง OPD card ใช้ระบบ Serial Number กำหนดระบบการ Check in – Check out จัดทำแนวทางการ

เข้าถึงเวชระเบียนและการเปิดเผยข้อมูล จัดทำทะเบียนการยืม – คืนเวชระเบียนฉบับจริง ส่วนเวชระเบียนผู้ป่วยในยังไม่มีสถานที่จัดเก็บอย่างชัดเจน จึงใช้สถานที่ในอาคารที่ทำงานของเจ้าหน้าที่เวชสถิติไปก่อนโดยมีการจัดเรียงแบบ Serial number แยกเป็นรายปีตาม AN เช่นกัน

การทำลายเวชระเบียนตามมาตรฐาน 5 ปี ชี้แจงแก่แพทย์ตามแพทยสภาในการสำรวจเวชระเบียนที่ขาดการติดต่อเกิน 5 ปีสำรวจเพื่อขออนุมัติทำลายไปยังกองจดหมายเหตุแห่งชาติ

- การสูญหายของเวชระเบียนผู้ป่วยในได้มีเพิ่มเวชระเบียนเสียหาย เนื่องจากเกิดเหตุอุทกภัย วันที่ 22 กันยายน 2554 ในเวลากลางคืนซึ่งถือเป็นเหตุสุดวิสัยดังนี้

ลำดับ	รายการ	ปี พ.ศ.
1	เวชระเบียนผู้ป่วยในเดือนกุมภาพันธ์ มีนาคม เมษายน มิถุนายน สิงหาคม กันยายน ธันวาคม	2547
2	เวชระเบียนผู้ป่วยในเดือนเมษายน	2548
3	เวชระเบียนผู้ป่วยในเดือนมีนาคม เมษายน กรกฎาคม กันยายน	2550
4	เวชระเบียนผู้ป่วยในเดือนมกราคม กุมภาพันธ์ เมษายน พฤษภาคม พฤศจิกายน	2551
5	เวชระเบียนผู้ป่วยในเดือนกุมภาพันธ์ เมษายน สิงหาคม ตุลาคม พฤศจิกายน	2552
6	เวชระเบียนผู้ป่วยในเดือนมกราคม มิถุนายน พฤษภาคม สิงหาคม ตุลาคม พฤศจิกายน ธันวาคม	2553

และในปี 2556 มีเวชระเบียนสูญหาย 1 แฟ้มโดยที่แพทย์ยังไม่ได้สรุป เนื่องจากหลังจากจำหน่ายผู้ป่วย มีการนัดตรวจครั้งต่อไปและแพทย์ต้องดู Chart ที่ Admit ครั้งที่ผ่านมา ทำให้ Chart และ OPD Card แยกออกจากกันและสูญหายในที่สุด จึงมีการทบทวนและปรับปรุงโดยที่ห้องบัตรเจาะรู Chart ที่แพทย์ยังได้สรุปสอดติดไว้ใน OPD Card และติดป้าย “ห้ามดึงออก” ไว้ด้วยทุกครั้ง เมื่อสิ้นสุดกระบวนการแล้วจึงแยก Chart ออกมาและส่งคืนที่ตึกผู้ป่วยในเพื่อให้แพทย์ได้สรุปและเข้ากระบวนการต่อไป

**บทเรียนเกี่ยวกับการรักษาความลับของเวชระเบียน**

- การส่ง-รับ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก OPD card ระหว่างห้องบัตรและหน้าห้องตรวจมีเจ้าหน้าที่นำส่ง OPD Card มาให้พยาบาลหน้าห้องตรวจและเรียกผู้ป่วยซักประวัติเป็นรายบุคคลและหากเป็นผู้ป่วยนัดห้องบัตรจะทำการคืนบัตรไว้ให้ก่อนและแต่ละหน่วยบริการจะมารับบัตรด้วยตนเองโดยผู้ป่วยจะยื่นบัตรตรวจที่ห้องบัตรเพื่อ visit แล้วไปนั่งรอที่หน้าห้องตรวจ
- ในส่วน IPD เมื่อขณะแพทย์ทำการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยจะไม่นำ Chart ไปวางไว้ที่เตียง แต่แพทย์หรือพยาบาลที่ติดตามจะเป็นผู้ถือไป หรือนำใส่รถ Chart เมื่อตรวจเสร็จ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ /เสมียน Ward จะรับ Chart มาที่ Nurse 'Station
- การบันทึกข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ในโปรแกรม Hospital – OS มีการกำหนดสิทธิผู้ใช้งานแต่ละหน้าจอโดยจัดให้มีรหัสผ่าน (Password) สำหรับผู้ใช้ในระบบคอมพิวเตอร์ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเท่านั้นที่สามารถเข้าหน้าจอเพื่อดูข้อมูลได้ หากมีการแก้ไขผู้ที่ถูกกำหนดสิทธิหรือผู้ดูแลระบบเท่านั้น เท่านั้นที่สามารถเข้าไปแก้ไขเพิ่มเติมได้
- กรณี OSCC จะมีการบันทึก ข้อมูลไว้ในแฟ้มแยกต่างหากเก็บโดยผู้รับผิดชอบไม่ได้อยู่ในห้องบัตร
  - กรณีเวชระเบียนฉบับพิเศษ (ถูกล่วงละเมิดทางเพศ) มีการประสานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจให้นำผู้เสียหายมาติดต่อที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเท่านั้น และเก็บแฟ้มข้อมูลแยกต่างหากโดยผู้รับผิดชอบไม่อยู่ในห้องบัตร
  - กรณีผู้ป่วย HIV มีการเขียนวินิจฉัยโรค UP ในเวชระเบียนเพื่อสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในทีมการรักษารับรู้ และได้มีการเน้นย้ำ ในเรื่องการตระหนักในเรื่องการไม่นำความลับของผู้ป่วยไปเปิดเผยทั้งขณะปฐมพยาบาลและเมื่อมีการอบรมทางด้านจริยธรรม หรือเมื่อมีการอบรมเจ้าหน้าที่ประจำปี (OD)
  - ผลสรุป ยังไม่มีข้อร้องเรียนในเรื่อง การไม่รักษาความลับ หรือนำความลับของผู้ป่วยไปเปิดเผยโดยไม่มีเหตุอันควร

#### บทเรียนเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียน

- มีแนวทางการเข้าถึงและเปิดเผยข้อมูลประวัติการรักษาเพื่อนำไปใช้ต่อที่โรงพยาบาลอื่น หรือเป็นหลักฐานของบริษัทประกันชีวิต จะต้องเขียนบันทึกใบคำร้องและผ่านการอนุมัติ การตรวจสอบข้อมูลที่สามารถเปิดเผยได้ และเก็บไว้เป็นหลักฐานของทางโรงพยาบาล แล้วจึงสามารถถ่ายเอกสารประวัติการรักษาออกไปได้
- การเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย ด้วยการยึดสิทธิผู้ป่วยในการเข้าถึงเวชระเบียนเป็นหลัก ผู้ป่วยสามารถทราบประวัติและเข้าถึงข้อมูลการรักษาที่ได้ตามสิทธิของผู้ป่วย

## เวชระเบียนผู้ป่วย

### บทเรียนเกี่ยวกับการทบทวนและปรับปรุงความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

- มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน (MRA) โดยใช้เกณฑ์ของ สปสช. โดยสุ่มเวชระเบียน 3 แฟ้ม / แพทย์ 1 คน / เดือน รวมทั้งหมด 18 – 24 แฟ้ม / เดือน ตามจำนวนแพทย์ที่เปลี่ยนแปลง ดังนี้

	2552 (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ)	2553 (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ)	2554 (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ)	2555 (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ)	2556 (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ)	2557 (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ)
ผลการตรวจสอบ ความสมบูรณ์เวช ระเบียนผู้ป่วยใน	68.55	67.59	74.18	80.17	87.52	91.77

- การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก มีการทบทวนปีละ 1 ครั้งตามแบบของ สปสช.จำนวน 40 ราย

	2552 (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ)	2553 (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ)	2554 (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ)	2555 (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ)	2556 (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ)	2557 (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ)
ผลการตรวจสอบ ความสมบูรณ์เวช ระเบียนผู้ป่วยนอก	N/A	N/A	N/A	71.48%	72.63%	74.81%

### บทเรียนเกี่ยวกับการทบทวนและปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน:

- จากการทบทวนและปรับปรุงความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้ทำเป็นประจำต่อเนื่องทุกปีโดยผู้ตรวจสอบของโรงพยาบาลและจากผู้ตรวจสอบภายนอกของคณะกรรมการ สปสช. (ปีละครั้ง) ได้มีการนำผลการตรวจสอบที่ได้มาพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน โดยมีการพัฒนาแบบฟอร์มให้เหมาะสมกับการบันทึก และได้ชี้แจงแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องถึงแนวทางในการบันทึกเวชระเบียนเพื่อให้คุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนมีคุณภาพยิ่งขึ้น โดย คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในปี 2556 มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 87.52%



และผู้ป่วยนอกในปี 2556 มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 72.63ปี 2557 มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 77.42% (Internal audit) และกำลังมีการปรับปรุงเพิ่มเติมเนื่องจากยังมีบางจุดบริการ หรือการบันทึกบางกรณียังไม่ครอบคลุม

**ผลการพัฒนาที่สำคัญ:**

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
51. การวางแผนและออกแบบระบบบริหารเวชระเบียน	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ให้มีการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐานสำคัญของเวชระเบียนด้วยระบบคอมพิวเตอร์ครอบคลุมการออกรายงาน 50 แห่ง</li> <li>• พัฒนาสถานที่จัดเก็บเวชระเบียนอย่างปลอดภัย และสะดวกในการจัดเก็บหรือค้นหาภายหลัง</li> </ul>
52. ความสมบูรณ์ของการบันทึก	3.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• พัฒนาความสมบูรณ์ของการบันทึกอย่างต่อเนื่องให้อยู่ในเกณฑ์ <math>\geq 85\%</math></li> </ul>
53. การทบทวนเวชระเบียน	3.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• เพิ่มการทบทวนเวชระเบียนให้ครอบคลุม</li> <li>• ทบทวนเวชระเบียนตามแนวทางสำนักการพยาบาล</li> </ul>