

ข้อกำหนดมาตรฐานขั้นพื้นฐานที่โปรแกรมระบบโรงพยาบาลต้องมี

สำหรับการรับรองให้ใช้งานได้ สถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(รพ.สต. รพช. รพท. รพศ.)

ฉบับร่างที่ ๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

ระบบโปรแกรมที่ใช้ในสถานบริการด้านสาธารณสุขที่จะได้รับการรับรองว่ามีคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเพียงพอสำหรับการใช้งานในสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

ก. ด้านข้อมูล

ก๑. ระบบต้องมีช่องให้บันทึกข้อมูลครบตามรายการข้อมูลมาตรฐานที่ต้องบันทึกของกระทรวงสาธารณสุข (ดูภาคผนวก ก. มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๙)

ก๒. ระบบต้องสามารถตรวจสอบและบันทึกว่าใครเป็นผู้บันทึกรายการ บันทึกเมื่อใด วันและเวลาที่บันทึก กำกับรายการที่บันทึกทุกรายการ

ก๓. ระบบต้องไม่มีระบบอัตโนมัติที่ทำให้เกิดการบันทึกข้อความหรือรายการที่ผู้บันทึกไม่ทราบว่าการบันทึก หรือไม่ตั้งใจที่จะบันทึก เช่น การใส่รหัส ICD เข้าไปโดยอัตโนมัติ โดยผู้บันทึกไม่รับรู้

ก๔. ระบบต้องไม่อนุญาตให้ผู้ใช้ลบรายการที่บันทึกไว้แล้วออกไปจากฐานข้อมูล หากต้องการแก้ไขข้อความที่บันทึก ให้เพิ่มรายการที่แก้ไขเป็นรายการใหม่ แล้วทำเครื่องหมายยกเลิกและแก้ไขรายการเก่าโดยมีหมายเลขอ้างอิงว่ารายการใหม่ที่แก้ไขใช้ทดแทนรายการเก่าหมายเลขใด พร้อมบันทึกชื่อผู้แก้ไขและวันเวลาที่แก้ไข

ก๕. ระบบต้องมีช่องให้แพทย์บันทึกคำวินิจฉัยโรค โดยไม่ต้องใช้ ICD มาแทนคำวินิจฉัยโรค

ก๖. ระบบต้องไม่ให้ผู้ใช้ป้อนชื่อโรคแล้วแสดงรายการรหัส ICD มาให้เลือก (เนื่องจากการกระทำที่ทำให้เกิดรหัส ICD ที่ผิดพลาดจำนวนมากในปัจจุบัน) การบันทึกรหัส ICD ในโปรแกรมต้องไม่ผูกกับชื่อโรค ผู้ใช้ควรค้นหารหัส ICD โดยวิธีมาตรฐานของศูนย์รหัสมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข (ดูภาคผนวก ข.) แล้วใช้โปรแกรมเพื่อบันทึกรหัสเข้าฐานข้อมูลเท่านั้น

ก๗. ถ้าระบบมีการค้นหารหัส ICD วิธีการค้นหารหัสต้องเป็นไปตามขั้นตอนมาตรฐานของศูนย์
รหัสมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข (ดูภาคผนวก ข.) และต้องทำให้ได้รหัสที่ถูกต้อง

ก๘. ระบบต้องส่งออกข้อมูลจากฐานข้อมูลออกมาเป็นรูปแบบแฟ้มมาตรฐานได้โดยมีข้อมูลครบถ้วน
ตามที่กำหนดในมาตรฐานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่
ประกาศไว้ล่าสุด (ดูภาคผนวก ค.)

ข. ด้านเทคโนโลยี

ข๑. ระบบต้องสามารถส่งออกแฟ้มมาตรฐานเพื่อการแก้ไขข้อมูลที่สถานพยาบาลเคยส่งออกไปแล้ว
และแฟ้มนโยบาย ตามที่กำหนดในมาตรฐานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประกาศไว้ล่าสุด

ขั้นตอนการขอรับรองมาตรฐานโปรแกรมระบบโรงพยาบาล

๑. การยื่นคำร้อง ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๙

๑.๑. ผู้พัฒนาโปรแกรมสามารถยื่นคำร้องขอรับรองมาตรฐานโปรแกรมระบบโรงพยาบาล ตามแบบฟอร์ม มปสธ ๐๑ (คู่มือสารแนบท้าย) ได้ที่ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

๑.๒. โปรแกรมระบบโรงพยาบาลที่ผู้พัฒนาไม่ได้ยื่นคำร้องขอรับรองมาตรฐาน ภายใน วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ แต่มีการใช้งานอยู่ในสถานพยาบาลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จะดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติของโปรแกรมเหล่านั้นเองทุกโปรแกรมและทุกรุ่นที่สถานพยาบาลใช้อยู่

๒. การดำเนินการตรวจสอบโปรแกรม

๒.๑ คณะกรรมการตรวจสอบจะเชิญผู้พัฒนาโปรแกรมมาแนะนำเสนอโปรแกรมที่ขอรับรองมาตรฐาน ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ถึง วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยผู้พัฒนาต้องนำเสนอหน้าจอโปรแกรมและกระบวนการทำงานเพื่อแสดงให้เห็นว่าสอดคล้องกับข้อกำหนดมาตรฐานให้คณะกรรมการพิจารณา

๒.๒ คณะกรรมการตรวจสอบจะตรวจสอบโปรแกรมระบบโรงพยาบาลที่ผู้พัฒนาไม่ได้ยื่นคำร้องขอรับรองมาตรฐาน โดยเดินทางไปตรวจสอบ ณ ตัวแทนสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ใช้โปรแกรมแบบเดียวกันและรุ่น (version) เดียวกันอย่างละ ๑ แห่ง

๓. การประกาศรับรองมาตรฐานขั้นพื้นฐาน

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยคณะกรรมการบริหารและจัดการระบบคอมพิวเตอร์กระทรวงสาธารณสุข จะประกาศรับรองโปรแกรมระบบโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานขั้นพื้นฐานภายในเดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยระบุรายละเอียดดังนี้

๓.๑ ชื่อโปรแกรมที่ได้รับการรับรอง

๓.๒ รุ่นของโปรแกรม

๓.๓ ชื่อผู้พัฒนาหรือผู้ที่เป็นเจ้าของลิขสิทธิ์

ภาคผนวก

ก. มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๙

Download เอกสารอ้างอิงฉบับเต็มได้ที่ www.thcc.or.th

บทที่ 4. การบันทึกข้อมูลกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยนอก (Out Patient Data Recording)

ผู้ที่มารับบริการส่งเสริมสุขภาพหรือรักษาโรคโดยไม่รับไว้รักษาต่อในสถานพยาบาล เรียกว่า ผู้ป่วยนอก (Out Patient) ผู้ที่ให้บริการต้องกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยนอกทุกประการเป็นลายลักษณ์อักษร จัดเก็บเอาไว้ในระบบเวชระเบียน และ/หรือ ระบบฐานข้อมูลของสถานพยาบาล การบันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1. การบันทึกข้อมูลตามแนวทางมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม ของกระทรวงสาธารณสุข และ 2. การบันทึกข้อมูลที่สำคัญแต่ไม่อยู่ในข้อกำหนดมาตรฐาน 43 แฟ้ม

4A. การบันทึกข้อมูลตามแนวทางมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม ของกระทรวงสาธารณสุข

มาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม มีแฟ้มที่ต้องใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกทุกราย 6 แฟ้ม และแฟ้มที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบางราย 27 แฟ้ม รวม 33 แฟ้ม ดังต่อไปนี้

1. PERSON
2. ADDRESS
3. CARD
4. SERVICE
5. DIAGNOSIS_OPD
6. CHARGE_OPD
7. DEATH
8. CHRONIC
9. DISABILITY
10. WOMEN
11. DRUGALLERGY
12. FUNCTIONAL
13. ICF
14. DRUG_OPD
15. PROCEDURE_OPD
16. SURVIELLANCE
17. ACCIDENT
18. LABFU
19. CHRONICFU
20. APPOINTMENT
21. DENTAL
22. REHABILITATION
23. NCDSCREEN
24. FP

- 25. PRENATAL
- 26. ANC
- 27. LABOR
- 28. POSTNATAL
- 29. NEWBORN
- 30. NEWBORN_CARE
- 31. EPI
- 32. NUTRITION
- 33. SPECIALPP

4B. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกที่สำคัญสำหรับสถานพยาบาล แต่ไม่กำหนดในมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม

มาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม กำหนดรายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับส่งรายงานให้กับกระทรวงสาธารณสุข ถือเป็นมาตรฐานแฟ้มข้อมูลที่กำหนดให้มีข้อมูลเท่าที่จำเป็นสำหรับการส่งรายงานเท่านั้น (Minimal Data Set) แต่ยังมีข้อมูลที่สำคัญอย่างยิ่งอีกหลายรายการ ซึ่งมีได้กำหนดให้ส่งออกเป็น 43 แฟ้ม แต่สถานพยาบาลจะต้องบันทึกข้อมูลที่สำคัญเหล่านี้ เพราะเป็นข้อมูลที่ต้องมีไว้เพื่อใช้ประโยชน์ด้านอื่นๆ ตัวอย่างเช่น ชื่อโรคของผู้ป่วย ไม่กำหนดไว้ในมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม แต่สถานพยาบาลต้องบันทึกชื่อโรคของผู้ป่วยไว้ในระบบของตนเอง เพื่อให้ผู้ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยคนใหม่ สามารถรู้ว่าแพทย์หรือผู้รักษาคคนเก่า เคยวินิจฉัยโรคไว้ว่าอย่างไร ทำให้ดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ เป็นต้น ข้อมูลที่สำคัญเหล่านี้ได้แก่

1. ประวัติการเจ็บป่วย
2. ผลการตรวจร่างกาย
3. ชื่อโรคที่ผู้ป่วยเป็น
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
5. ผลการตรวจทางรังสีวิทยา
6. ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ
7. แผนการรักษา รวมถึงการให้ความรู้ผู้ป่วย
8. ผลลัพธ์ของการรักษา

บทที่ 5. การบันทึกข้อมูลกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยใน (In Patient Data Recording)

ผู้ป่วยในหมายถึง ผู้ที่แพทย์ไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ที่ให้บริการต้องกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในทุกประการเป็นลายลักษณ์อักษร จัดเก็บเอาไว้ในระบบเวชระเบียน และ/หรือ ระบบฐานข้อมูลของสถานพยาบาล การบันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในของสถานพยาบาลแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1. การบันทึกข้อมูลตามแนวทางมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม ของกระทรวงสาธารณสุข และ 2. การบันทึกข้อมูลที่สำคัญแต่ไม่อยู่ในข้อกำหนดมาตรฐาน 43 แฟ้ม

5A. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในตามแนวทางมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม ของกระทรวงสาธารณสุข

มาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม มีแฟ้มที่ต้องใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในทุกราย 4 แฟ้ม และแฟ้มที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในบางราย 2 แฟ้ม รวม 6 แฟ้ม ดังต่อไปนี้

1. ADMISSION
2. DIAGNOSIS_IPD
3. DRUG_IPD
4. PROCEDURE_IPD
5. CHARGE_IPD
6. DEATH

5B. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในที่สำคัญสำหรับสถานพยาบาล แต่ไม่กำหนดในมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม

มาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม กำหนดรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับส่งรายงานให้กับกระทรวงสาธารณสุข ถือเป็นมาตรฐานแฟ้มข้อมูลที่กำหนดให้มีข้อมูลเท่าที่จำเป็นสำหรับการส่งรายงานเท่านั้น (Minimal Data Set) แต่ยังมีข้อมูลที่สำคัญอย่างยิ่งอีกหลายรายการ ซึ่งไม่ได้กำหนดให้ส่งออกเป็น 43 แฟ้ม แต่สถานพยาบาลจะต้องบันทึกข้อมูลที่สำคัญเหล่านี้ เพราะเป็นข้อมูลที่ต้องมีไว้เพื่อใช้ประโยชน์ด้านอื่นๆ ตัวอย่างเช่น ข้อมูลสรุปการรักษา (Discharge Summary) ไม่กำหนดไว้ในมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม แต่สถานพยาบาลต้องบันทึกการสรุปการรักษา เพื่อให้ผู้ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยคนใหม่ สามารถรู้ว่า แพทย์หรือผู้รักษาคนเก่า เคยวินิจฉัยโรคไว้ว่าอย่างไร เคยรักษาอย่างไร มีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลอย่างไรทำให้ดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ เป็นต้น ข้อมูลที่สำคัญเหล่านี้ได้แก่

1. ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยใน
2. ผลการตรวจร่างกายแรกรับ
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. ผลการตรวจทางรังสีวิทยา
5. ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ
6. รายการปัญหา
7. แผนการรักษา
8. บันทึกการสั่งการรักษาของแพทย์
9. บันทึกการให้คำปรึกษา
10. บันทึกการทำการผ่าตัดหรือหัตถการ
11. บันทึกความก้าวหน้า
12. บันทึกทางการแพทย์
13. บันทึกการคลอด
14. บันทึกกิจกรรมเวชศาสตร์ฟื้นฟู
15. บันทึกการรักษาแบบแผนไทย แผนจีน หรือ การแพทย์ทางเลือก

16. สรุปการรักษา
17. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลและการขอความยินยอมเพื่อรักษา
18. บันทึกอื่นๆ เช่น บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก

ภาคผนวก

ข. ขั้นตอนมาตรฐานการให้รหัส ICD-10

1. เลือกคำหลักจากคำวินิจฉัยโรค
2. ใช้คำหลักค้นหาตรรกะจากรายการตรรกะมาตรฐาน (ที่มีคำค้นหาประมาณ 300,000 รายการ)
3. เลือกรหัสขั้นต้นเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป
4. นำรหัสขั้นต้นไปตรวจสอบกฎการใช้รหัส ข้อห้ามและข้อยกเว้นต่างๆ
5. ตรวจสอบและเติมตัวเลขท้ายรหัสเพิ่มเติม
6. ตรวจสอบกฎการใช้รหัสตาม Standard Coding Guideline
7. บันทึกรหัสเข้าระบบข้อมูล

ข. มาตรฐานการส่งออกข้อมูลตามแฟ้มมาตรฐานสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๙ (๔๓ แฟ้ม)

Download เอกสารอ้างอิงฉบับเต็มได้ที่ www.thcc.or.th