



กรมการแพทย์
Department of Medical Services



โรงพยาบาลมะเร็ง
อุบลราชธานี
Ubonrachathani Cancer Hospital

หมวด 5

การควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล

Data Quality Control in Hospital Information System

(คุณภาพข้อมูลและการให้รหัสโรค)

ภารกิจพัฒนาระบบสุขภาพ

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

กระบวนการพัฒนาคุณภาพข้อมูล(Data Quality Improvement) เป็นกระบวนการเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพ ประกอบด้วยการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกข้อมูล การติดตามตรวจสอบ ส่งเสริม พัฒนาบุคลากร ให้บันทึกข้อมูลระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน สามารถนำมาใช้ทบทวน กระบวนการคุณภาพ ในการให้บริการ วางแผน และดูแลรักษาต่อไปได้ นอกจากนี้ ยังสามารถต่อยอดไปสู่การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลออกมาใช้ประโยชน์ในเชิงสถิติ วิจัย เพื่อนำมาใช้วางแผนการบริการจัดการระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อไปได้ในอนาคต ใช้ในการทบทวนปัญหา เพื่อหาโอกาสพัฒนา ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย รวมถึงส่งผลต่อการเบิกจ่ายค่าตอบแทนของโรงพยาบาลด้วย

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยกลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ งานพัฒนาการให้รหัสโรค และหัตถการ งานเวชระเบียนและสถิติ ได้เล็งเห็นความสำคัญของระบบการควบคุมคุณภาพข้อมูล และกระบวนการในการพัฒนาคุณภาพข้อมูล (Data Quality Improvement) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน สมบูรณ์ และได้มาตรฐาน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในด้านต่าง ๆ ได้อย่างดียิ่ง จึงได้จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาคุณภาพข้อมูลของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในครั้งนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมิน ผลการประเมิน การวิเคราะห์ และแก้ปัญหาต่อไปในอนาคต

งานพัฒนาการให้รหัสโรคและหัตถการ

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

บทนำ

กระบวนการพัฒนาคุณภาพข้อมูล(Data Quality Improvement) เป็นกระบวนการเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพ ประกอบด้วยการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกข้อมูล การติดตามตรวจสอบ ส่งเสริม พัฒนาบุคลากร ให้บันทึกข้อมูลระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน สามารถนำมาใช้ทบทวน กระบวนการคุณภาพ ในการให้บริการ วางแผน และดูแลรักษาต่อไปได้ นอกจากนี้ ยังสามารถต่อยอดไปสู่การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลออกมาใช้ประโยชน์ในเชิงสถิติ วิจัย เพื่อนำมาใช้วางแผนการบริการจัดการระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อไปได้ในอนาคต ใช้ในการทบทวนปัญหา เพื่อหาโอกาสพัฒนา ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย รวมถึงส่งผลต่อการเบิกจ่ายค่าตอบแทนของโรงพยาบาลด้วย

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยกลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ งานพัฒนาการให้รหัสโรค และหัตถการ งานเวชระเบียนและสถิติ ได้เล็งเห็นความสำคัญของระบบการควบคุมคุณภาพข้อมูล และกระบวนการในการพัฒนาคุณภาพข้อมูล (Data Quality Improvement) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน สมบูรณ์ และได้มาตรฐาน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในด้านต่าง ๆ ได้อย่างดียิ่ง จึงได้จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาคุณภาพข้อมูลของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในครั้งนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมิน ผลการประเมิน การวิเคราะห์ และแก้ปัญหาต่อไปในอนาคต

งานพัฒนาการให้รหัสโรคและหัตถการ

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

สารบัญ

เนื้อหา

1. แนวทางการพัฒนาคุณภาพข้อมูล(Data Quality Improvement) ในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล.....	1
1. ที่มาและความสำคัญ.....	1
2. วัตถุประสงค์ของการจัดทำรายงาน.....	1
3. ประโยชน์ที่จะได้รับ	1
4. ขอบเขตของการดำเนินงาน.....	2
5. นิยาม คำศัพท์สำคัญ.....	2
2. การประเมินการควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี - การ ทบทวนตามคำแนะนำของคณะกรรมการ.....	3
การทบทวนกระบวนการพัฒนาในระดับที่ 1 (HA IT Level1 Review)	3
ประเด็นที่ 1. ควรดำเนินการตรวจสอบคุณภาพผู้ป่วยนอกทุกเดือน เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการพัฒนา	5
ประเด็นที่ 2. มีผลการบันทึกการตรวจร่างกายใน OPD และ Progress Note ในผู้ป่วยใน IPD น้อยกว่าร้อยละ 80	11
ประเด็นที่ 3. การพัฒนาขึ้นไป ควรกำหนดมาตรการร่วมกับแพทย์ในการพัฒนาอย่างจริงจัง	11
3. การปรับปรุงแก้ไขแบบฟอร์มการบันทึกเวชระเบียน และแบบฟอร์มการพิมพ์เอกสารเวชระเบียนจากระบบสารสนเทศ ของโรงพยาบาล	15
4. การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน ปีงบประมาณ 2567 (ย้อนหลัง 1 ปี).....	21
ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก(OPD) ปีงบประมาณ 2567	21
ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน(IPD) ปีงบประมาณ 2567	22
5. การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน ปีงบประมาณ 2568.....	25
ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน(IOD) ปีงบประมาณ 2568	25
ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน(IPD) ปีงบประมาณ 2568	26
6. การสร้างคลังข้อมูล การวิเคราะห์ และการนำไปใช้ประโยชน์ (Level 3).....	28
7. สรุปผลการควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล	30
1. การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผ่านการดำเนินการทำงานประจำ	30
2. การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนโดยคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนทางสารสนเทศ HA IT.....	32

3. เปรียบเทียบผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน ปี 2567 – 2568.....	34
--	----

1. แนวทางการพัฒนาคุณภาพข้อมูล(Data Quality Improvement) ในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

1. ที่มาและความสำคัญ

การพัฒนา และการควบคุมคุณภาพของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน ถือเป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย ที่จะช่วยสะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย ผ่านมุมมองของผู้ตรวจสอบคุณภาพ เพื่อให้เกิดความมั่นใจได้ว่า ประชาชนได้รับบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานของวิชาชีพ และมาตรฐานของโรงพยาบาลคุณภาพ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เดิมใช้ระบบตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน (Medical Record Audit) ซึ่งอ้างอิงตามคู่มือการตรวจสอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับปี 2557 และเพื่อยกระดับการพัฒนาคุณภาพของข้อมูลเพิ่มขึ้น ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 เป็นต้นมา ได้นำแนวทางการตรวจและควบคุมคุณภาพ ในระบบบริการสุขภาพด้านการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการและการให้รหัส ICD สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ ฉบับ มีนาคม 2558 เข้ามาเป็นอีกระบบหนึ่งของระบบการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนอีกทางหนึ่ง

2. วัตถุประสงค์ของการจัดทำรายงาน

เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสะท้อนปัญหา หาโอกาสในการพัฒนา และใช้แนวทางในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล รวมถึงการรายงานผลคุณภาพของข้อมูลด้วย

3. ประโยชน์ที่จะได้รับ

ประโยชน์ของการการมีข้อมูลที่มีคุณภาพมีดังนี้

1. ใช้เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ
2. ใช้เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ภาพของปัญหา เพื่อใช้ทบทวนและหาโอกาสในการพัฒนาต่อไป
3. ใช้เป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมาย เป็นข้อมูลอ้างอิงให้ประชาชนนำไปใช้ประโยชน์
4. ใช้เบิกค่ารักษาพยาบาลเพื่อเป็นรายได้ของโรงพยาบาล
5. ประโยชน์ทางด้านสถิติ และวิจัย

4. ขอบเขตของการดำเนินงาน

ขอบเขตของพัฒนาคุณภาพระบบบันทึกข้อมูล(Data Quality Improvement) ระบบสารสนเทศ การตรวจสอบและพัฒนาคุณภาพการบันทึกข้อมูลโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี มีดังนี้

1. การทบทวนกระบวนการพัฒนาในระดับที่ 1 (HA IT Level1 Review)
2. ผู้ป่วยนอก(OPD) และผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2567 (ย้อนหลัง 1 ปี) จำนวนไม่น้อยกว่า 150 รายต่อเดือน
3. ผู้ป่วยนอก(OPD) และผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2568 จำนวนไม่น้อยกว่า 150 รายต่อเดือน

5. นิยาม คำศัพท์สำคัญ

ระดับการควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล

รายละเอียดการควบคุมคุณภาพในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 การเริ่มต้นการจัดการให้เกิดระบบ

เป็นการวางพื้นฐานที่จำเป็นของการควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล มีการจัดการให้เกิดระบบขึ้น

ระดับที่ 2 ระบบเกิดขึ้นและเริ่มต้นขับเคลื่อน

เป็นการควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล มีการปรับปรุงผลการประเมินและตรวจสอบให้ดียิ่งขึ้น

ระดับที่ 3 ระบบขับเคลื่อนแล้ว เสริมระบบให้แข็งแกร่งและมั่นคง ยั่งยืน

พัฒนาระบบที่ได้รับการขับเคลื่อนให้มีความแข็งแกร่งและมั่นคง ยั่งยืน เกิดวัฒนธรรมคุณภาพในการควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

2. การประเมินการควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ของ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี - การทบทวนตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ปัจจุบันโรงพยาบาลอยู่ในระดับการพัฒนาที่ 2 - 3 เป็นการควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล มีการปรับปรุงผลการประเมินและตรวจสอบให้ดียิ่งขึ้น จากการประเมินครั้งที่ 1 ระดับคุณภาพผู้ป่วยนอก(OPD) ร้อยละ 84.69 และผู้ป่วยใน(IPD) ร้อยละ 81.90 ซึ่งเป็นโอกาสในการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยทีมงานของโรงพยาบาล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนด้านสารสนเทศ(HA IT) องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล สหสาขาวิชาชีพ รวมถึงบุคลากรทุกคน ได้ตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพข้อมูลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล จึงมีการขับเคลื่อน เสริมระบบให้มีความแข็งแกร่ง มั่นคง และยั่งยืน เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพในการควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ซึ่งจะได้นำเสนอตามหัวข้อดังนี้

การทบทวนกระบวนการพัฒนาในระดับที่ 1 (HA IT Level1 Review)

จากการเยี่ยมสำรวจครั้งที่ 1 ผู้เยี่ยมสำรวจ ได้วิเคราะห์และเสนอแนะโอกาสพัฒนาในหัวข้อที่ 5 การกำกับ ดูแล และควบคุมคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนดังนี้

จุดเด่น

มีระบบตรวจสอบความครบถ้วนของเวชระเบียนที่ดี ดำเนินการได้อย่างสม่ำเสมอ มีระบบกำกับ ควบคุมการบันทึกเวชระเบียน

ความท้าทาย

ควรดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอกทุกเดือน เพื่อเพิ่มความเร็วในการพัฒนา มีผลการบันทึกตรวจร่างกายใน OPD และ Progress Note ใน IPD น้อยกว่าร้อยละ 80 การพัฒนาขั้นต่อไป ควรกำหนดมาตรการร่วมกับแพทย์ในการพัฒนาอย่างจริงจัง

หัวข้อ	ข้อเสนอแนะ
1. การเก็บข้อมูลประวัติ ผลการตรวจร่างกาย คำวินิจฉัยโรค การทำหัตถการ การให้ยา การรักษาและรหัส ICD ของผู้ป่วยนอกทุกรายในระบบเวชระเบียน	- มีข้อมูลประวัติ คำวินิจฉัย การทำหัตถการ การให้ยา การรักษาและรหัส ICD ในผู้ป่วยในบางราย <u>ไม่ถึงร้อยละ 80</u> ☒ - การตรวจร่างกาย OPD ได้ 60-70% ☒ - Progress Note ได้ 28% ☒
2. ระบบตรวจสอบความครบถ้วน(สมบูรณ์) ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	- มีระบบตรวจสอบความครบถ้วนของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ☒
3. ระบบตรวจสอบคุณภาพรหัส ICD ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	- มีระบบตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส ICD ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ☒ - ทำได้เพียงปีละ 4 ครั้ง ☒
4. การวิเคราะห์ประวัติ ผลการตรวจร่างกาย คำวินิจฉัยโรค การทำหัตถการ การให้ยา การรักษา และรหัส ICD ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อหาทางพัฒนาคุณภาพการบริการ หรือเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย	- ยังขาดการวิเคราะห์ประวัติ ผลการตรวจร่างกาย คำวินิจฉัย การทำหัตถการ การให้ยา การรักษา และรหัส ICD ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อหาทางพัฒนาคุณภาพการบริการ ☒
5. การนำผลการวิเคราะห์คุณภาพข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมาดำเนินการจัดการปัญหา หรือปรับระบบควบคุมคุณภาพข้อมูลให้ดีขึ้น	- ยังไม่มีผลการวิเคราะห์คุณภาพข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มาหาทางปรับระบบการควบคุมคุณภาพให้ดีขึ้น ☒

การปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ – ความท้าทายและโอกาสพัฒนา

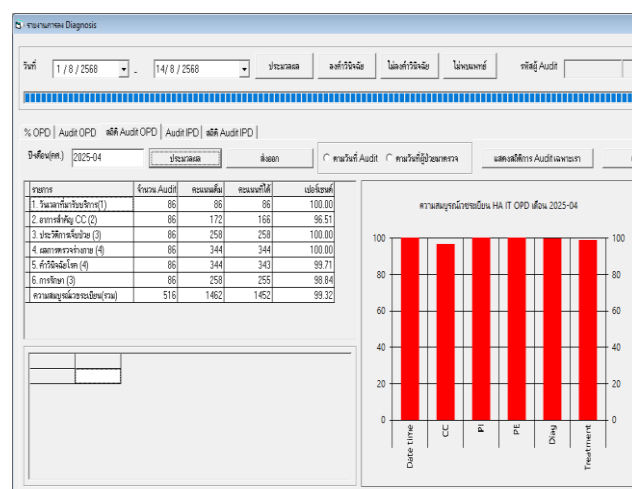
ประเด็นที่ 1. ควรดำเนินการตรวจสอบคุณภาพผู้ป่วยนอกทุกเดือน เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการพัฒนา

การทบทวนกระบวนการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit) ในงานประจำ

มีการปรับปรุงกระบวนการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเข้าสู่งานประจำ หลังการจำหน่ายผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอก(OPD) และผู้ป่วยใน(IPD) พร้อมการตรวจสอบการให้รหัส (Coding) ทุกเดือน อย่างต่อเนื่อง ตามผลการตรวจสอบดังต่อไปนี้

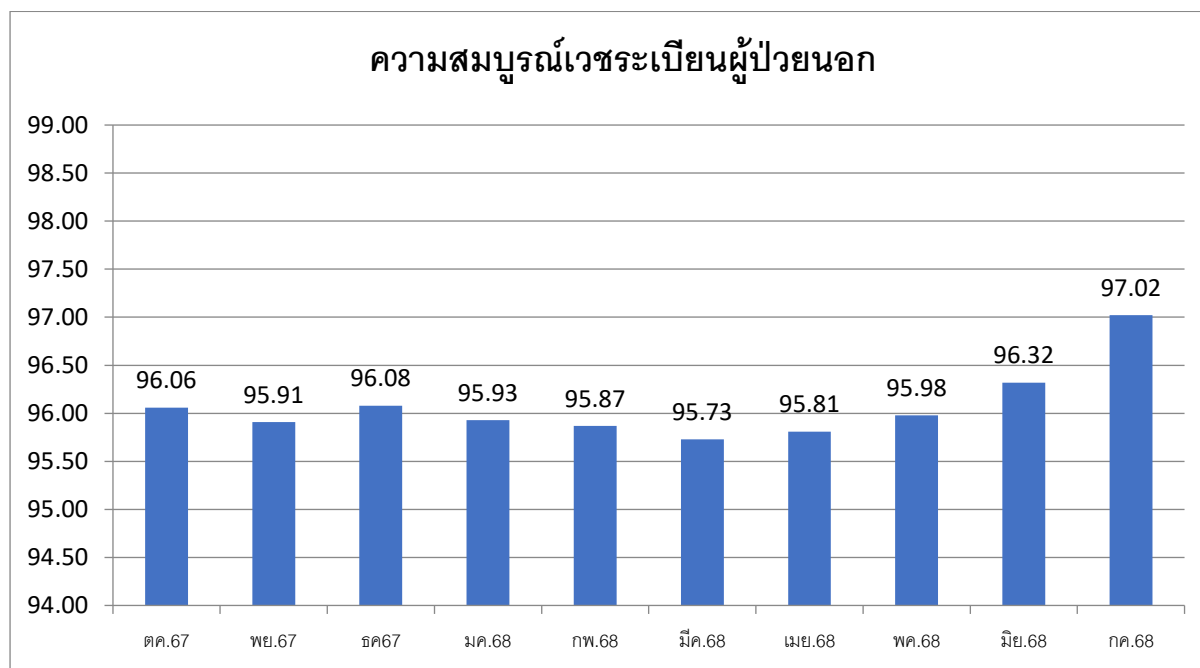
การปรับปรุงเครื่องมือในการตรวจสอบ(Medical Audit Tools) และการรายงานผล (Reporting & Analytics System)

Medical Audit Tools interface showing a list of audit records. The table includes columns for NC, SN, Date, and Doctor. The interface also includes search filters and a table of audit results.



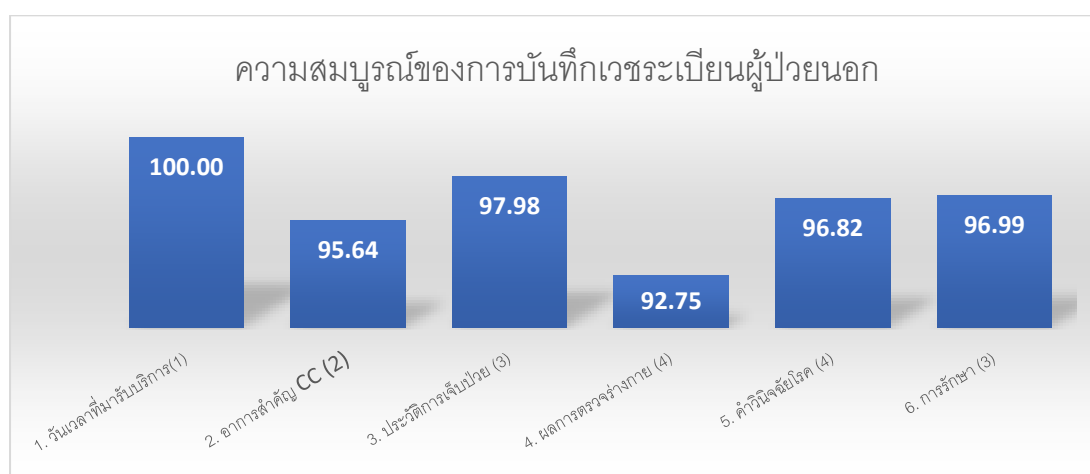
มีการพัฒนาเครื่องมือในการดึงข้อมูลการบันทึกเวชระเบียนในหัวข้อต่าง ๆ ที่ต้องมีการประเมินให้มีความสะดวกในการประเมิน พร้อมการบันทึกและรายงานผลการตรวจสอบให้ทราบทั้งผู้ป่วยนอก(OPD) และผู้ป่วยใน (IPD)

ผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD) ในงานประจำปีงบประมาณ 2568



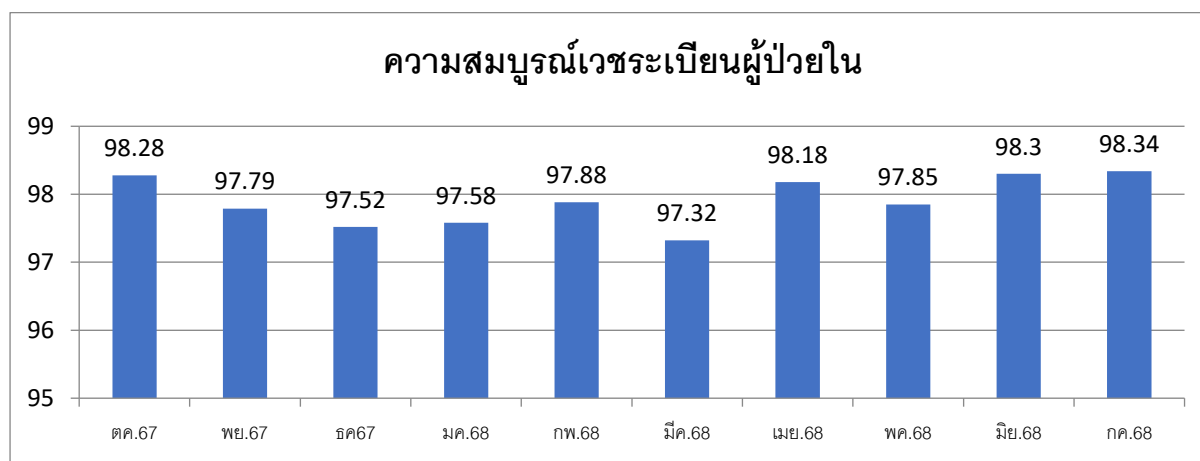
การวิเคราะห์ ปีงบประมาณ 2568 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนมีนาคม 2568 จะเห็นอัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกแม้มีความก้าวหน้า และมีค่าสูง (มากกว่าร้อยละ 95) แต่มีแนวโน้มที่ยังสม่ำเสมอ ดังนั้นจากกระบวนการต้นการทำงานจาก Flow การทำงานก่อนหน้านี้ จะเห็นว่าหลังเดือนมีนาคม 2568 มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แพทย์บันทึก พยาบาล และบุคลากรต่าง ๆ ได้ให้ความสำคัญในการบันทึกเวชระเบียนเป็นอย่างดี

ผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD Audit) ในงานประจำปีงบประมาณ 2568 - แยกตามหัวข้อ



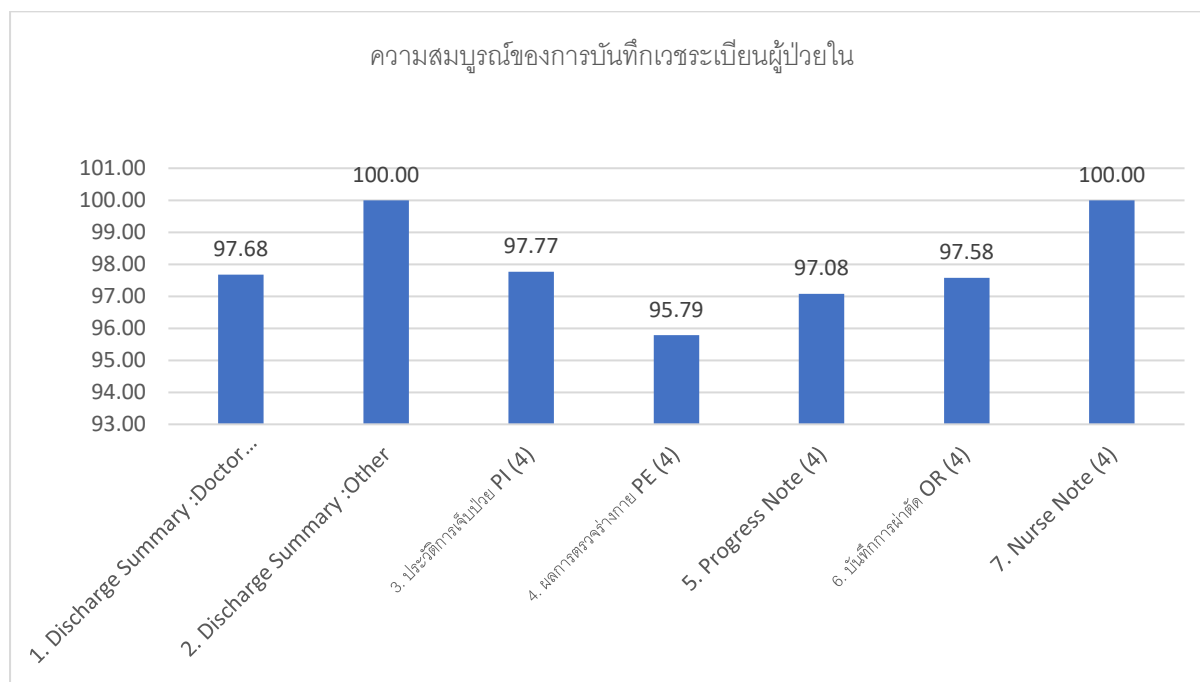
วิเคราะห์ จากผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในงานประจำปีงบประมาณ 2568 แยกตามหัวข้อ จะพบว่าส่วนมาก มีความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนมากกว่าร้อยละ 95 แต่ยังมีโอกาสพัฒนาในหัวข้อ ผลการตรวจร่างกายที่ค่าความสมบูรณ์ของการบันทึกเพียงร้อยละ 92.75 เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการทบทวนการบันทึกต่อไป

ผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD) ในงานประจำปีงบประมาณ 2568



การวิเคราะห์ ปีงบประมาณ 2568 ตั้งแต่เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2567 เป็นต้นมาแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จึงมีกระบวนการทบทวนการบันทึกเวชระเบียน โดยการสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยในของแพทย์ทุกท่าน มาทำการ Audit และส่งผลรายงาน พร้อมกับติดตามเป็นระยะ ๆ ทุกเดือน ดังนั้นจากกระบวนการกระตุ้นการทำงานจาก Flow การทำงานก่อนนี้ จะเห็นว่าหลังเดือนมีนาคม 2568 มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แพทย์บันทึก พยาบาลและบุคลากรต่าง ๆ ได้ให้ความสำคัญในการบันทึกเวชระเบียนเป็นอย่างดี

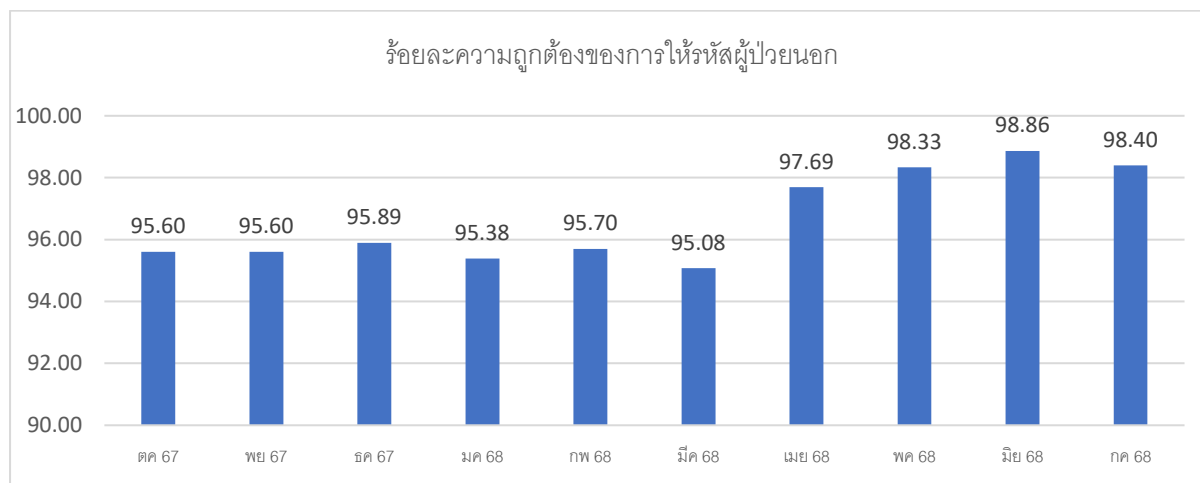
ผลการตรวจสอบคุณภาพบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD Audit) ในงานประจำปี
งบประมาณ 2568 - แยกตามหัวข้อ



วิเคราะห์ จากผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในงานประจำปี งบประมาณ 2568 พบว่าทุกหัวข้อข้อมูล มีความสมบูรณ์ของคุณภาพการบันทึกเกินร้อยละ 95 และจากข้อเสนอแนะของผู้เยี่ยมสำรวจ ในประเด็นของ Progress Note ผลการตรวจร่างกายของผู้ป่วย พบว่ามีความก้าวหน้าและผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละ 95 ทั้งสองหัวข้อคือ Progress Note มีความครบถ้วนสมบูรณ์ร้อยละ 97.08 และผลการตรวจร่างกายมีความครบถ้วนสมบูรณ์ร้อยละ 95.79 แต่อย่างไร หากเปรียบเทียบทุกหัวข้อแล้วก็พบว่า ผลการตรวจร่างกายยังเป็นโอกาสพัฒนาให้มีความครบถ้วนสมบูรณ์ยิ่ง ๆ ขึ้นไปอีก

ผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสผู้ป่วยนอก (OPD Coder Audit) ในงานประจำปี งบประมาณ 2568

ความถูกต้องของการให้รหัสผู้ป่วยนอกร้อยละ 96.93



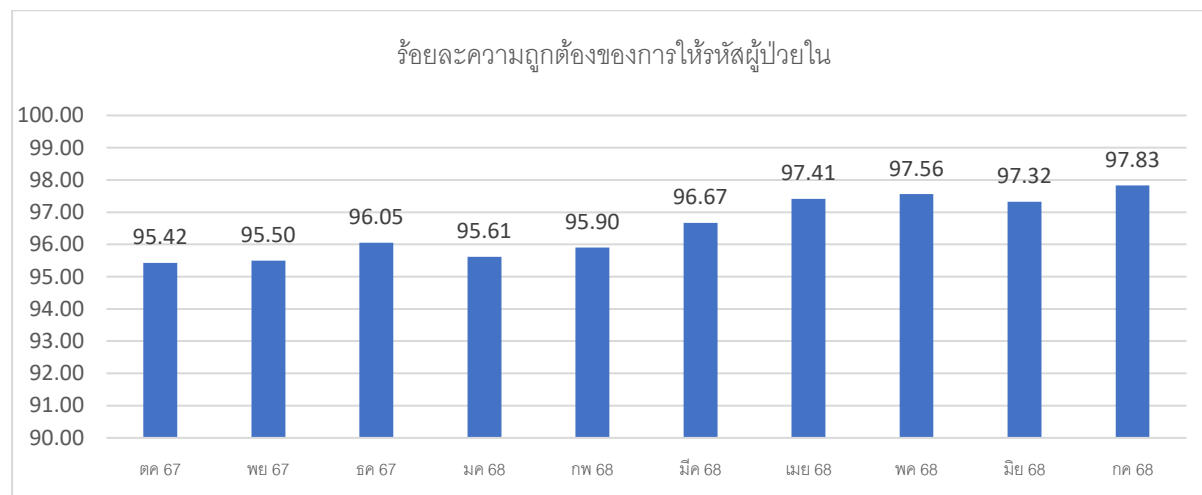
รายการ		รวม	เปอร์เซ็นต์
ผลการตรวจสอบการให้รหัส ICD		1,044	100.00
ให้รหัสถูกต้อง		1,012	96.93
ให้รหัสผิด		32	3.07
ลักษณะความผิดพลาด			
A	ให้รหัสผิดพลาด	3	0.29
B	มีรหัสโรคหลักทั้ง ๆ ที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก	0	0.00
C	รหัสด้อยคุณภาพ กำกวม	1	0.10
D	ให้รหัสไม่ครบทุกตำแหน่ง	5	0.48
E	ใช้รหัสสาเหตุการบาดเจ็บเป็นรหัสโรคหลัก	0	0.00
F	รหัสมีตัวเลขมากเกินไป	0	0.00
G	ให้รหัสไม่ครบ	23	2.20
H	ให้รหัสมากเกินไป	0	0.00

การวิเคราะห์ จากผลการตรวจสอบความถูกต้องของการให้รหัสผู้ป่วยนอก เดือนตุลาคม - กรกฎาคม (ปัจจุบัน) พบว่ามีความถูกต้องร้อยละ 96.93 และหากเปรียบเทียบรายเดือน มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง **โอกาสพัฒนา** ได้แก่ ให้รหัสไม่ครบ รหัสไม่ครบทุกตำแหน่ง และให้รหัสผิดพลาด

ผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสผู้ป่วยใน (IPD Coder Audit) ในงานประจำปี

งบประมาณ 2568

ความถูกต้องของการให้รหัสผู้ป่วยในร้อยละ 96.51



รายการ		รวม	เปอร์เซ็นต์
ผลการตรวจสอบการให้รหัส ICD		1,261	100.00
ให้รหัสถูกต้อง		1,217	96.51
ให้รหัสผิด		44	3.49
ลักษณะความผิดพลาด			
A	ให้รหัสผิดพลาด	11	0.87
B	มีรหัสโรคหลักทั้ง ๆ ที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก	0	0.00
C	รหัสด้อยคุณภาพ กำกวม	0	0.00
D	ให้รหัสไม่ครบทุกตำแหน่ง	0	0.00
E	ใช้รหัสสาเหตุการบาดเจ็บเป็นรหัสโรคหลัก	0	0.00
F	รหัสมีตัวเลขมากเกินไป	0	0.00
G	ให้รหัสไม่ครบ	19	1.51
H	ให้รหัสมากเกินไป	14	1.11

การวิเคราะห์ จากผลการตรวจสอบความถูกต้องของการให้รหัสผู้ป่วยใน เดือนตุลาคม - กรกฎาคม (ปัจจุบัน) พบว่ามีความถูกต้องร้อยละ 96.51 และหากเปรียบเทียบรายเดือน มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง **ส่วนโอกาสพัฒนา** ได้แก่ การให้รหัสผิดพลาด ให้รหัสไม่ครบ และให้รหัสมากเกินไป

ประเด็นที่ 2. มีผลการบันทึกการตรวจร่างกายใน OPD และ Progress Note

ในผู้ป่วยใน IPD น้อยกว่าร้อยละ 80

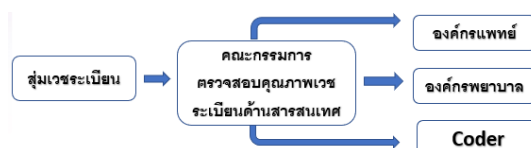
หัวข้อ	2567	2568	หัวข้อ	2567	2568
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	87.22	97.72	คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	87.97	96.27
คุณภาพการบันทึกวันเวลา	100	100	คุณภาพการบันทึก Discharge Summary ส่วนของแพทย์	97.33	97.81
คุณภาพการบันทึกอาการสำคัญ	70.67	93.83	คุณภาพการบันทึก Discharge Summary ส่วนอื่น	100.00	100.00
คุณภาพการบันทึกประวัติ	92.89	99.59	คุณภาพการบันทึกประวัติ	77.67	92.81
คุณภาพการบันทึกการตรวจร่างกาย	68	98.77	คุณภาพการบันทึกการตรวจร่างกาย	69.50	95.00
คุณภาพการบันทึกคำวินิจฉัย	100	96.3	คุณภาพการบันทึก Progress Note	87.50	93.13
คุณภาพการบันทึกการรักษา	96.89	98.22	คุณภาพการบันทึก Operative Note	82.86	87.50
			คุณภาพการบันทึก Nurse' Note	100.00	100.00

จากกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้คุณภาพการบันทึกข้อมูลทั้ง 2 หัวข้อข้อมูลมีความครบถ้วนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ในปีงบประมาณ 2568 คุณภาพการบันทึกการตรวจร่างกายมีความสมบูรณ์ร้อยละ 98.77 และคุณภาพการบันทึก Progress Note มีความสมบูรณ์ร้อยละ 93.13 ตามลำดับ

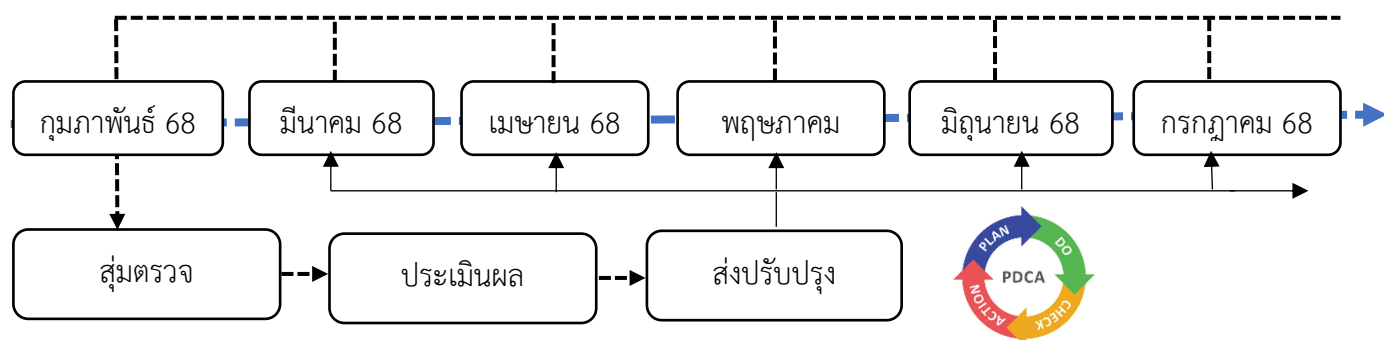
ประเด็นที่ 3. การพัฒนาขึ้นไป ควรกำหนดมาตรการร่วมกับแพทย์ในการพัฒนาอย่างจริงจัง

ปรับปรุงกลไก กระบวนการตรวจสอบคุณภาพ ประเมินผล และปรับปรุงการบันทึกอย่างต่อเนื่อง

3.1 จากกลไกปกติ โดยคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน

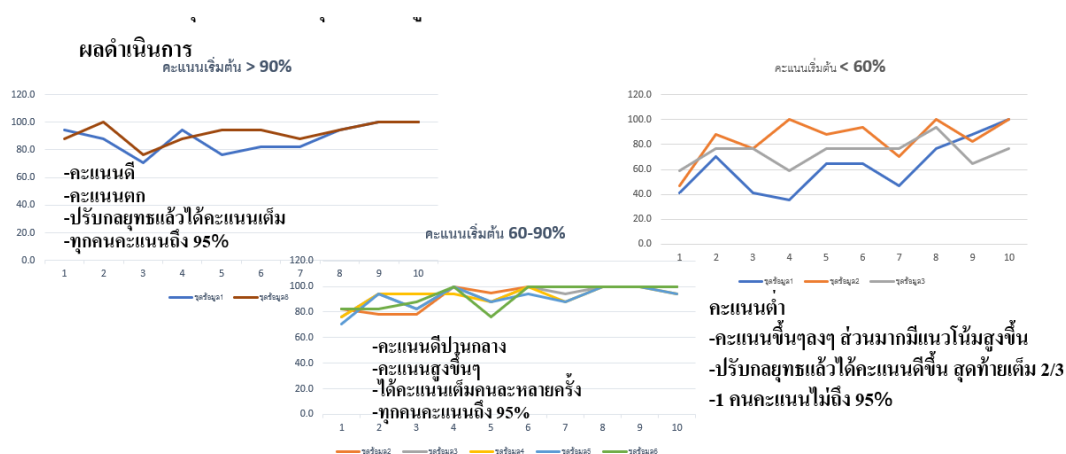


3.2 กลไกเพื่อการพัฒนาต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืน



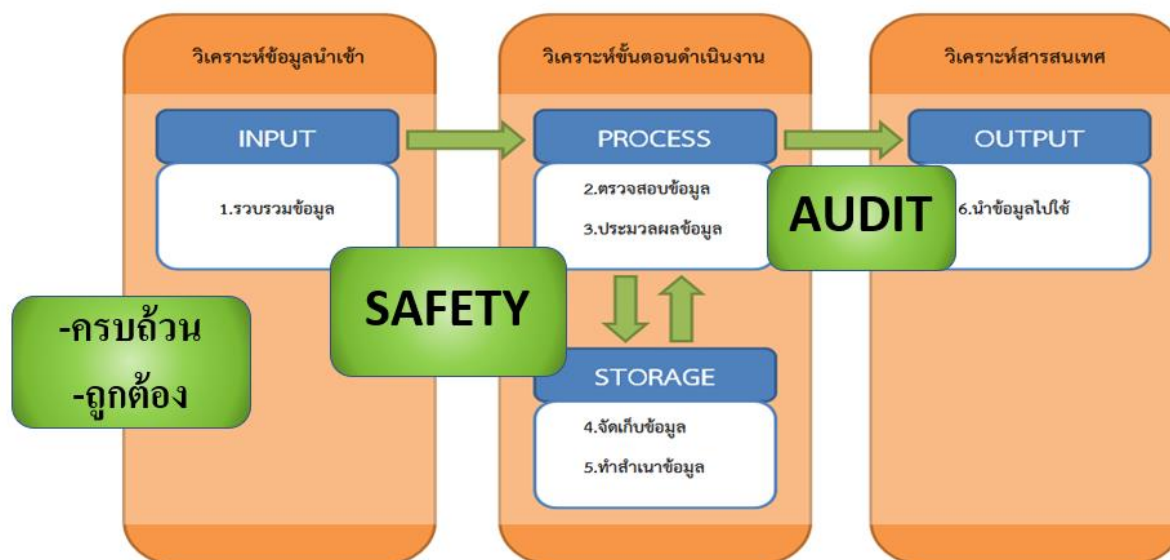
เพื่อให้คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนมีความครบถ้วน สมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง จึงมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยมีการสุ่มเวชระเบียนของแพทย์ทุกคน ประเมินผลการตรวจสอบและส่งให้แพทย์ดำเนินการปรับปรุงในส่วนที่เป็นโอกาสพัฒนา เป็นประจำทุกเดือน

การวิเคราะห์ จัดกลุ่มเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาการบันทึก



มีจัดกลุ่มของผู้ทำการบันทึกออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ คุณภาพมากกว่า 90% คุณภาพการบันทึกระหว่าง 60-90% และต่ำกว่า 90% เพื่อเข้าไปส่งเสริม กระตุ้น และเสริมสร้างการบันทึกให้ดีขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งระบบเพื่อยกระดับคุณภาพข้อมูลให้สูงขึ้น

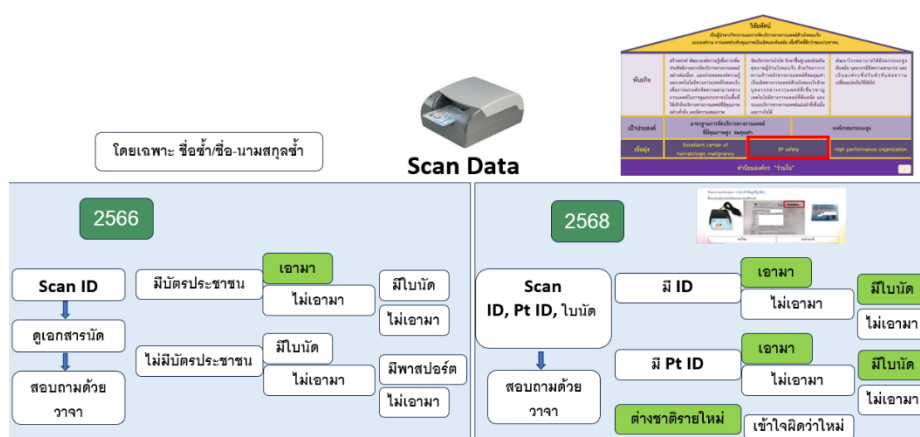


เป้าหมายของการยกระดับคุณภาพข้อมูล

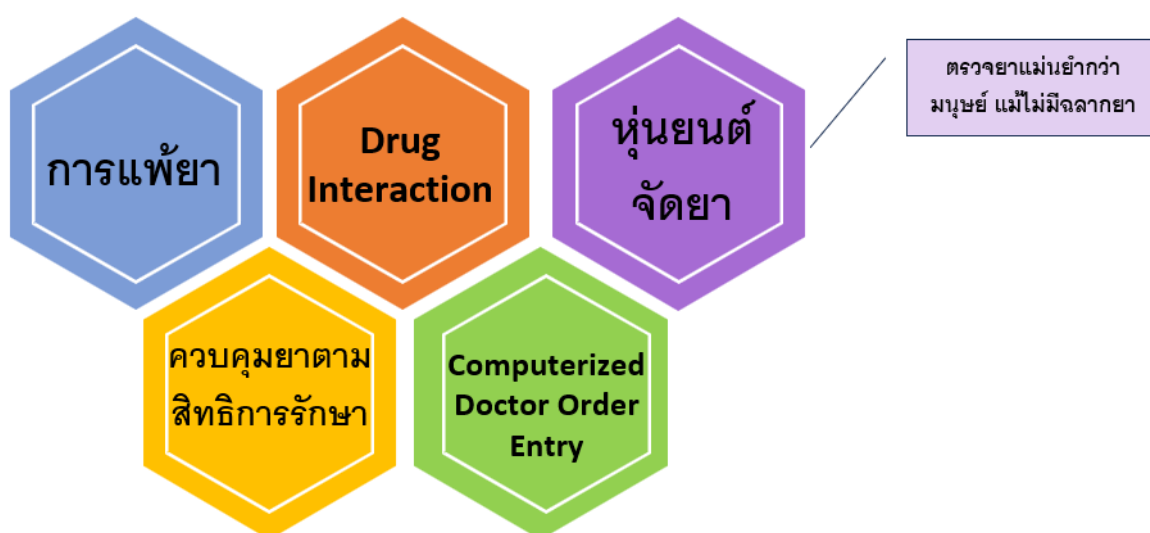
1. ลดข้อผิดพลาดในการบันทึกเวชระเบียนและข้อมูลบริการ
2. เพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลสำหรับการตรวจสอบและรายงาน
3. สนับสนุนการทำวิจัย

ด้วยมาตรการที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. **การนำเข้าข้อมูล** มีระบบการดึงข้อมูลจากบัตรประชาชนผู้มารับบริการ มีการตรวจสอบซ้ำซ้อน รวมถึงมีตรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สามัญ/ภรรยา บิดา มารดา ชาวต่างชาติมีหนังสือเดินทาง หนังสือข้ามแดน ผู้ป่วยเก่า มีการตรวจสอบใบนัด เอกสารที่เกี่ยวข้อง



2. **การตรวจสอบข้อมูล** การดำเนินงานผ่านงานคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนทั้ง 2 คณะกรรรม ได้แก่ คณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน เพื่อการส่งเบิก และ คณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน HA IT รวมถึง การตรวจสอบคุณภาพในงานประจำโดยงานพัฒนาการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ และผ่านเครื่องมือการตรวจสอบที่มีอีกหลายส่วนได้แก่ ระบบบันทึกการแพ้ยา คณะกรรมการยา และผ่านเทคโนโลยีต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นหุ่นยนต์จัดยา เพื่อลดความผิดพลาดของบุคคลในการจัดยา หรือให้บริการทางเภสัชกรรม ฯลฯ



3. **การวิเคราะห์การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์** มีการส่งเสริมและตอบสนองเพื่อการนำข้อมูลในระบบไปใช้ประโยชน์ทั้งด้านการบริหาร การบริการ ด้านวิชาการและการวิจัย



มีหน่วยงานที่ให้บริการด้านข้อมูลได้แก่ งานพัฒนาการให้รหัสโรคในการให้บริการข้อมูล สถิติ ข้อมูลการวิจัย มีกระบวนการตรวจสอบย้อนกลับความสมบูรณ์ของข้อมูล และมีการปรับปรุงข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ สามารถตอบสนองความต้องการก่อนการส่งมอบข้อมูล

3. การปรับปรุงแก้ไขแบบฟอร์มการบันทึกเวชระเบียน และแบบฟอร์มการพิมพ์ เอกสารเวชระเบียนจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล

จากการทบทวนกระบวนการพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนทาง สารสนเทศ รวมถึงจากข้อเสนอแนะของผู้เยี่ยมชมสำรวจ HA IT ครั้งที่ 1 พบว่ายังมีโอกาสพัฒนาใน ด้านการบันทึกเวชระเบียนให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นในอนาคต ในการนี้ได้มีการรวบรวม แก้ไข และ ปรับปรุงแบบฟอร์มในการบันทึกเวชระเบียนต่าง ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการควบคุมและ พัฒนาระบบบันทึกเวชระเบียนดังนี้

ลำดับ	รายการ	ก่อน	หลัง
1	หน้าจocalvinic OPD,IPD	มีให้เลือกแค่รหัส ICD	เพิ่มช่อง diagnosis text ให้แพทย์ลงคำวินิจฉัย
2	หน้าจocalvinic OPD,IPD	มีให้เลือกแค่รหัส ICD	เพิ่มช่อง diagnosis text ให้แพทย์ลงคำวินิจฉัย
3	เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD)	ไม่มีข้อมูลประวัติความเสี่ยง หัวใจในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	มีข้อมูลประวัติความเสี่ยง หัวใจในเวชระเบียนผู้ป่วย นอก
4	เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD)	ไม่ใช้รหัส ICD10 / ICD9 ใน เวชระเบียนผู้ป่วยนอก	ใช้รหัส ICD10 / ICD9 ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
5	เวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD)	ข้อมูลประวัติความเสี่ยงที่ระบุ ว่า ไม่ใช่ ไม่ใช่ข้อมูล	มีข้อมูลประวัติความเสี่ยง หัวใจในเวชระเบียนผู้ป่วย ในครบถ้วน
6	เวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD)	ไม่มีข้อมูล Ethnic group และ Department ในหน้าเวช ระเบียนผู้ป่วยใน	มีข้อมูล Ethnic group และ Department ใน หน้าเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. เพิ่มช่อง diagnosis text ให้แพทย์ลงคำวินิจฉัย ทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
เพิ่มช่องเพื่อให้แพทย์บันทึกคำวินิจฉัยสำหรับผู้ป่วยนอก (OPD)

ICD-10	ชื่อโรค	ICD10-WHO	การวินิจฉัย	T	N	M	Stage	โดยแพทย์	ประเภท	ICD-10 ไม่ใช้	Coder	ICD-O	PI
C56	Malignant neoplasia of ovary	C56	Primary Dx				IC				พญ.วิลาสินี หนอง...		

Diagnosis | DX Tool | SYMPTOM | Help Text | RE-DIAG

Ovarian clear cell carcinoma IC s/p surgery + CMT

- เพิ่มช่องเพื่อให้แพทย์บันทึกคำวินิจฉัยสำหรับผู้ป่วยใน (IPD)

DIAGNOSIS | RE-DIAG OPD | RE-DIAG

PRINCIPAL DIAGNOSIS CA nasopharynx T4N1M0

COMORBIDITY ☐ ไม่มี Session for radiotherapy, session for chemotherapy

COMPLICATION ☐ ไม่มี

OTHER DIAGNOSIS ☐ ไม่มี

EXTERNAL CAUSE ☐ ไม่มี

ICD-10	ชื่อโรค	การวินิจฉัย	T	N	M	Stage	โดยแพทย์	ประเภท	ICD-10 ไม่ใช้	Coder	ICD-O
C11.9	Nasopharynx cancer	Primary Dx								น.ส.ปริญกร วัฒน...	
Z51.0	Radiotherapy session	Comorbidity								น.ส.ปริญกร วัฒน...	
Z51.1	Chemotherapy session	Comorbidity								น.ส.ปริญกร วัฒน...	

FinalDX | RE-DIAG | SSO Protocol =

ประเภท: _____ วันที่ตรวจ: _____

2. ปรับปรุงเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD) ส่วนภาวะความเสี่ยง ของผู้ป่วยได้แก่ การแพ้ยา และโรคประจำตัว

ก่อนแก้ไข

	โรงพยาบาลมะเร็งบูลราชธานี 405 ถนนคลังอาวุธ ต.ขามใหญ่ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 045-319650-59	สรุปเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
	ชื่อ-สกุล : น.ส.นงลักษณ์ เพศ : หญิง อายุ : 29 ปี 9 เดือน 15 วัน HN 6700 วันที่ : 19/9/2567 7:13น. ห้องตรวจ : คลินิกรังสีรักษาระยะใกล้(ใส่แร่) แพทย์ พญ.วรรณงค์ ภิรมนตรี สิทธิ : ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในเขต [IPD] VS : BP 94 / 65 mmHg T 36.40 °C PR 110 b/min RR 20 /min O2sat % น้ำหนัก 47.90 กก. ส่วนสูง 160.00 ซม. รอบเอว ชม. BMI : 18.71 (ต่ำ) โรคประจำตัว : ประวัติการแพ้ยา : CC : CA Cervix ครบแสง 18/9/67 วันนี้มาตามนัดใส่แร่ 3D HDR ครั้งที่ 2/3 + CBC , Cr - ปวดริดสีดวงทวาร ไม่ถ่ายอุจจาระมา 4 วัน	

หลังการแก้ไข

	โรงพยาบาลมะเร็งบูลราชธานี 405 ถนนคลังอาวุธ ต.ขามใหญ่ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 045-319650-59	สรุปเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
	ชื่อ-สกุล : น.ส.นงลักษณ์ เพศ : หญิง อายุ : 30 ปี 3 เดือน 30 วัน HN 67005 วันที่ : 19/9/2567 7:13น. ห้องตรวจ : คลินิกรังสีรักษาระยะใกล้(ใส่แร่) แพทย์ พญ.วรรณงค์ ภิรมนตรี สิทธิ : ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในเขต [IPD] VS : BP 94 / 65 mmHg T 36.40 °C PR 110 b/min RR 20 /min O2sat % น้ำหนัก 47.90 กก. ส่วนสูง 160.00 ซม. รอบเอว ชม. BMI : 18.71 (ต่ำ) โรคประจำตัว : ไม่มี ประวัติการแพ้ยา : ไม่มี CC : CA Cervix ครบแสง 18/9/67 วันนี้มาตามนัดใส่แร่ 3D HDR ครั้งที่ 2/3 + CBC , Cr - ปวดริดสีดวงทวาร ไม่ถ่ายอุจจาระมา 4 วัน	

3. ปรับปรุงเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD) ส่วนรหัสโรค,รหัสหัตถการ ไม่ใช้รหัส ICD10 / ICD9 ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

ก่อนแก้ไข

Dx : CA cervix stage IIB

Doctor Order :
BCT was done
admit ✖

หัตถการ :
การจำลองการฉายรังสี 3 มิติ ด้วยเครื่อง CT simulator
การคำนวณ และวางแผนการรักษา 3 มิติ (ครั้งเดียวตลอดการรักษา)
ค่าบริการสวนสายสวนปัสสาวะ (Retained Catheter)
การใส่แร่ Intracavitary High dose rate

การนัดหมาย : วันเวลาที่จำหน่าย : 19/09/67 09:33 ลักษณะการจำหน่าย : ขอออกเอง ผลเมื่อเสร็จสิ้นการรักษา : อาการดีขึ้น
การสั่งยา + ยาเคมี :

หลังแก้ไข

Dx : CA cervix stage IIB

Doctor Order :
BCT was done
admit

หัตถการ :
การจำลองการฉายรังสี 3 มิติ ด้วยเครื่อง CT simulator
การคำนวณ และวางแผนการรักษา 3 มิติ (ครั้งเดียวตลอดการรักษา)
ค่าบริการสวนสายสวนปัสสาวะ (Retained Catheter)
การใส่แร่ Intracavitary High dose rate

ICD-10 : C53.9 Cervix uteri malignant neoplasm
Z51.0 Radiotherapy session
ICD-9 : 92.29 ,92.29 ,92.27 ,57.94

การนัดหมาย : วันเวลาที่จำหน่าย : 19/09/67 09:33 ลักษณะการจำหน่าย : ขอออกเอง ผลเมื่อเสร็จสิ้นการรักษา : อาการดีขึ้น
การสั่งยา + ยาเคมี :

4. ปรับปรุงเวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD) ส่วนภาวะความเสี่ยง ได้แก่ โรคประจำตัว การแพ้ยา แพ้อาหาร

ก่อนปรับปรุง

 โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี Ubonratchathani Cancer Hospital PHYSICIAN ORDER SHEET	
ADMISSION NOTE	
Name : นายวิชัย	Age : 56 ปี HN : 67003 AN : 1190 WardAdmit : หอผู้ป่วย
Admission Date : 24/2/2568 11:35	Discharge Date : 28/2/2568 16:00 LOS : 4 วัน
น้ำหนัก(กก.) : 48 ส่วนสูง(ซม.) : 162	BMI : 18.29 BSA : 1.47
โรคประจำตัว : แพ้ยา : แพ้อาหาร :	
สิทธิ : ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในเขต [IPD] Principle Diagnosis : Nasopharynx malignant neoplasm Comorbidity Diagnosis : Bone metastasis , Hyponatraemia, Anaemia in neoplastic disease, Radiotherapy session, Cord compressi Complication Diagnosis : Other Diagnosis : CC : นอนโรงพยาบาลเพื่อฉายรังสีรักษา	

หลังปรับปรุง

 โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี Ubonratchathani Cancer Hospital PHYSICIAN ORDER SHEET	
ADMISSION NOTE	
Name : นายวิชัย	Age : 56 ปี HN : 67003 AN : WardAdmit : หอผู้ป่วย
Admission Date : 24/2/2568 11:35	Discharge Date : 28/2/2568 16:00 LOS : 4 วัน
น้ำหนัก(กก.) : 48 ส่วนสูง(ซม.) : 162	BMI : 18.29 BSA : 1.47
โรคประจำตัว : ไม่มี แพ้ยา : ไม่มี แพ้อาหาร : ไม่มี	
สิทธิ : ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในเขต [IPD] Principle Diagnosis : Nasopharynx cancer Comorbidity Diagnosis : Bone metastasis , Hyponatraemia, Anaemia in neoplastic disease, Radiotherapy session, Cord compressi Complication Diagnosis : Other Diagnosis : CC : นอนโรงพยาบาลเพื่อฉายรังสีรักษา	

5. ปรับปรุงเวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD) ส่วนของฟอร์มส่วนของ Summary ได้แก่ ไม่มีข้อมูล

Ethnic group และ Department ในหน้าเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ก่อนปรับปรุง

Ubonratchathani Cancer Hospital		MINISTRY OF PUBLIC HEALTH THAILAND		SCANNED HOSPITAL IN PATIENT SUMMARY	
1. ADMISSION NUMBER 608		2. PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER OR PASSPORT NUMBER 3340100157400		3. HOSPITAL NUMBER 6400	
4. PATIENT NAME นางบุญมี		5. PATIENT ADDRESS 116 ม.12 ต.ดอนมดแดง อ.ดอนมดแดง จ.อุบลราชธานี 35150			
6. SEX Female	7. MARITAL STATUS สมรส	8. ETHNIC GROUP		9. OCCUPATION รับจ้าง	
10. DATE OF BIRTH 7/8/2506	11. AGE 61 YEARS	12. PERSON TO BE NOTIFILE นส.ชลิตา [0814705935]			
13. WARD หอผู้ป่วยสโรชา	14. DEPARTMENT	15. DATE OF	DAY	MONTH	YEAR
		ADMISSION	25/10/2567	10:18	
		DISCHARGE	28/10/2567	7:00	
		16. LENGTH OF STAY 3 DAYS		17. TOTAL LEAVE DAYS DAYS	

หลังปรับปรุง

Ubonratchathani Cancer Hospital		MINISTRY OF PUBLIC HEALTH THAILAND		HOSPITAL IN PATIENT SUMMARY	
1. ADMISSION NUMBER 608		2. PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER OR PASSPORT NUMBER 3340100157400		3. HOSPITAL NUMBER 6400	
4. PATIENT NAME นางบุญมี		5. PATIENT ADDRESS 116 ม.12 ต.ดอนมดแดง อ.ดอนมดแดง จ.อุบลราชธานี 35150			
6. SEX Female	7. MARITAL STATUS สมรส	8. ETHNIC GROUP ไทย		9. OCCUPATION รับจ้าง	
10. DATE OF BIRTH 7/8/2506	11. AGE 62 YEARS	12. PERSON TO BE NOTIFILE นส.ชลิตา [0814705935]			
13. WARD หอผู้ป่วยสโรชา	14. DEPARTMENT กลุ่มงานบริการผู้ป่วยใน	15. DATE OF	DAY	MONTH	YEAR
		ADMISSION	25/10/2567	10:18	
		DISCHARGE	28/10/2567	7:00	
		16. LENGTH OF STAY 3 DAYS		17. TOTAL LEAVE DAYS DAYS	

4. การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน ปีงบประมาณ 2567 (ย้อนหลัง 1 ปี)

ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน โดยกรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนทางสารสนเทศ โรงพยาบาลมะเร็ิงอุบลราชธานี (Medical Audit HA IT) ปีงบประมาณ 2567 โดยการสุ่มตรวจจากผู้ป่วยนอก จำนวน 150 ราย และผู้ป่วยใน 150 ราย รวมทั้งสิ้น 300 ราย มีดังต่อไปนี้



ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก(OPD) ปีงบประมาณ 2567

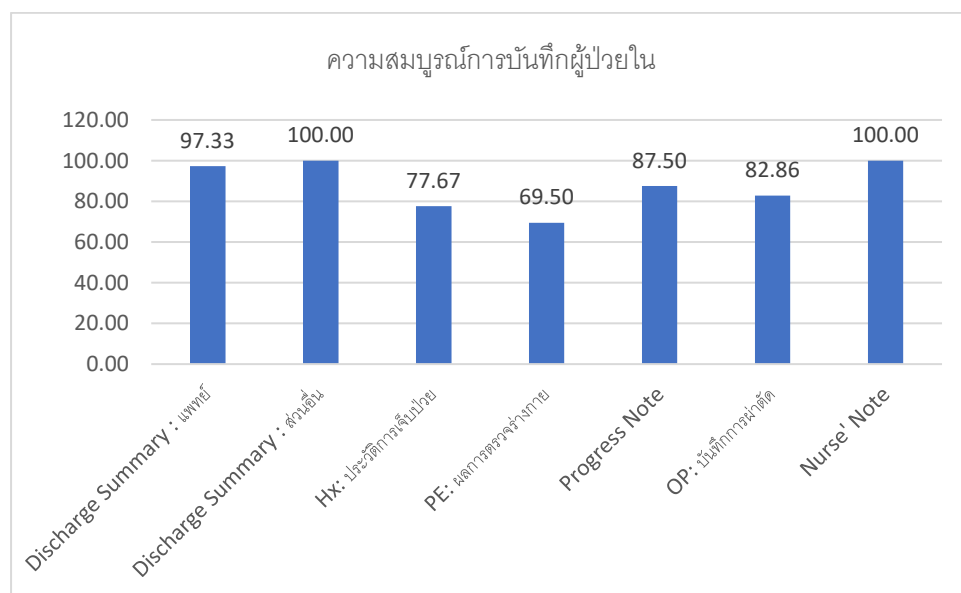
หัวข้อ	2567
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	87.22
คุณภาพการบันทึกวันเวลา	100.00
คุณภาพการบันทึกอาการสำคัญ	70.67
คุณภาพการบันทึกประวัติ	92.89
คุณภาพการบันทึกการตรวจร่างกาย	68.00
คุณภาพการบันทึกคำวินิจฉัย	100.00
คุณภาพการบันทึกการรักษา	96.89



สรุป ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก(OPD) โดยรวมมีความสมบูรณ์ที่ร้อยละ 87.22 โดยมีโอกาสพัฒนาในส่วนของ ผลการตรวจร่างกาย อาการสำคัญ(cc) และประวัติการเจ็บป่วย ร้อยละ 68.00 , 70.67 และ 92.89 ตามลำดับ

ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน(IPD) ปีงบประมาณ 2567

หัวข้อ	2567
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	87.97
คุณภาพการบันทึก Discharge Summary ส่วนของแพทย์	97.33
คุณภาพการบันทึก Discharge Summary ส่วนอื่น	100.00
คุณภาพการบันทึกประวัติ	77.67
คุณภาพการบันทึกการตรวจร่างกาย	69.50
คุณภาพการบันทึก Progress Note	87.50
คุณภาพการบันทึก Operative Note	82.86
คุณภาพการบันทึก Nurse' Note	100.00



สรุป ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน(IPD) ปีงบประมาณ 2567 มีความสมบูรณ์ของการบันทึกที่ร้อยละ 87.97 พบว่ามีโอกาสพัฒนาในหัวข้อ ผลการตรวจ

ร่างกาย ประวัติการเจ็บป่วย และบันทึกการผ่าตัดที่ร้อยละ 69.50 , 77.67 และ 82.86 ตามลำดับ

ผลการตรวจสอบคุณภาพการรหัสผู้ป่วยนอก(OPD Coding Audit) ปีงบประมาณ 2567

รายการ		จำนวน	เปอร์เซ็นต์
ผลการตรวจสอบการให้รหัส ICD		566	100.00
ให้รหัสถูกต้อง		550	97.17
ให้รหัสผิด		16	2.83
ลักษณะความผิดพลาด			
A	ให้รหัสผิดพลาด	3	0.53
B	มีรหัสโรคหลักทั้ง ๆ ที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก	0	0.00
C	รหัสด้อยคุณภาพ กำกวม	0	0.00
D	ให้รหัสไม่ครบทุกตำแหน่ง	1	0.18
E	ใช้รหัสสาเหตุการบาดเจ็บเป็นรหัสโรคหลัก	0	0.00
F	รหัสมีตัวเลขมากเกินไป	0	0.00
G	ให้รหัสไม่ครบ	12	2.12
H	ให้รหัสมากเกินไป	0	0.00

สรุป ผลการตรวจสอบการให้รหัสผู้ป่วยนอก มีความถูกต้องร้อยละ 97.17 พบว่ามีโอกาสพัฒนาในส่วน การให้รหัสไม่ครบ ให้รหัสผิด และให้รหัสไม่ครบทุกตำแหน่ง ร้อยละ 2.12 , 0.53 และ 0.18 ตามลำดับ

ผลการตรวจสอบคุณภาพการรหัสผู้ป่วยใน (IPD Coding Audit) ปีงบประมาณ 2567

รายการ		จำนวน	เปอร์เซ็นต์
ผลการตรวจสอบการให้รหัส ICD		718	100.00
ให้รหัสถูกต้อง		682	94.99
ให้รหัสผิด		36	5.01
ลักษณะความผิดพลาด			
A	ให้รหัสผิดพลาด	17	2.37
B	มีรหัสโรคหลักทั้ง ๆ ที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคใน	8	1.11
C	รหัสด้อยคุณภาพ กำกวม	0	0.00
D	ให้รหัสไม่ครบทุกตำแหน่ง	0	0.00
E	ใช้รหัสสาเหตุการบาดเจ็บเป็นรหัสโรคหลัก	0	0.00
F	รหัสมีตัวเลขมากเกินไป	0	0.00
G	ให้รหัสไม่ครบ	7	0.97
H	ให้รหัสมากเกินไป	4	0.56

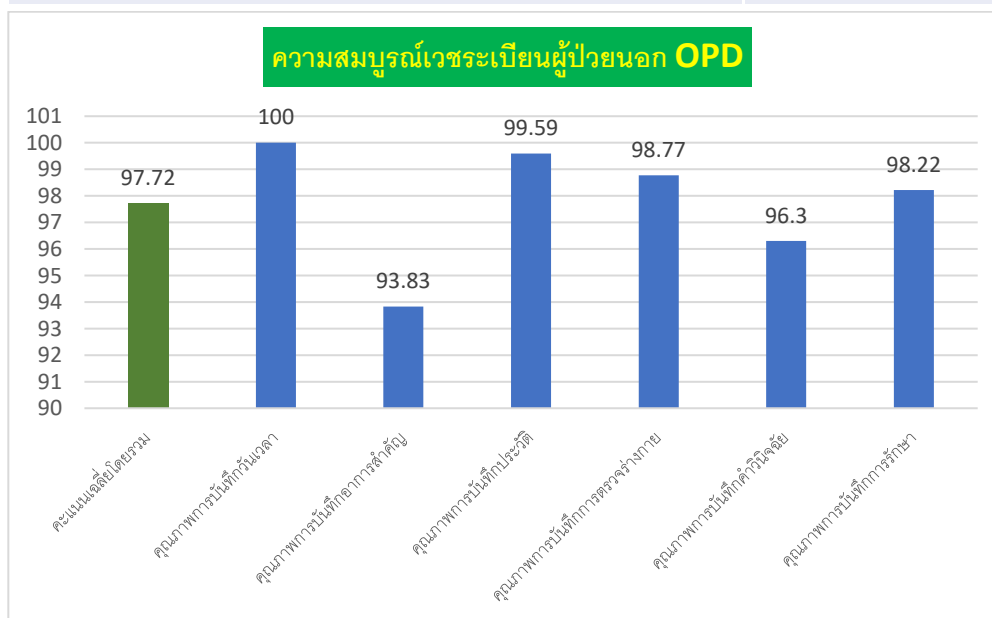
สรุป ผลการตรวจสอบการให้รหัสผู้ป่วยใน มีความถูกต้องร้อยละ 94.99 พบว่ามีโอกาสพัฒนาในส่วน ให้รหัสผิด ให้รหัสโรคหลักทั้ง ๆ ที่ไม่มีคำวินิจฉัย และให้รหัสไม่ครบ ร้อยละ 2.37 , 1.11 และ 0.97 ตามลำดับ

5. การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน ปีงบประมาณ 2568

ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน โดย กรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนทางสารสนเทศ โรงพยาบาลมะเร็ิงอุบลราชธานี (Medical Audit HA IT) ปีงบประมาณ 2568 โดยการสุ่มตรวจจากผู้ป่วยนอก จำนวน 150 ราย และผู้ป่วยใน 150 ราย รวมทั้งสิ้น 300 ราย มีดังต่อไปนี้

ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน(IOD) ปีงบประมาณ 2568

หัวข้อ	คะแนน
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	97.72
คุณภาพการบันทึกวันเวลา	100
คุณภาพการบันทึกอาการสำคัญ	93.83
คุณภาพการบันทึกประวัติ	99.59
คุณภาพการบันทึกการตรวจร่างกาย	98.77
คุณภาพการบันทึกคำวินิจฉัย	96.3
คุณภาพการบันทึกการรักษา	98.22

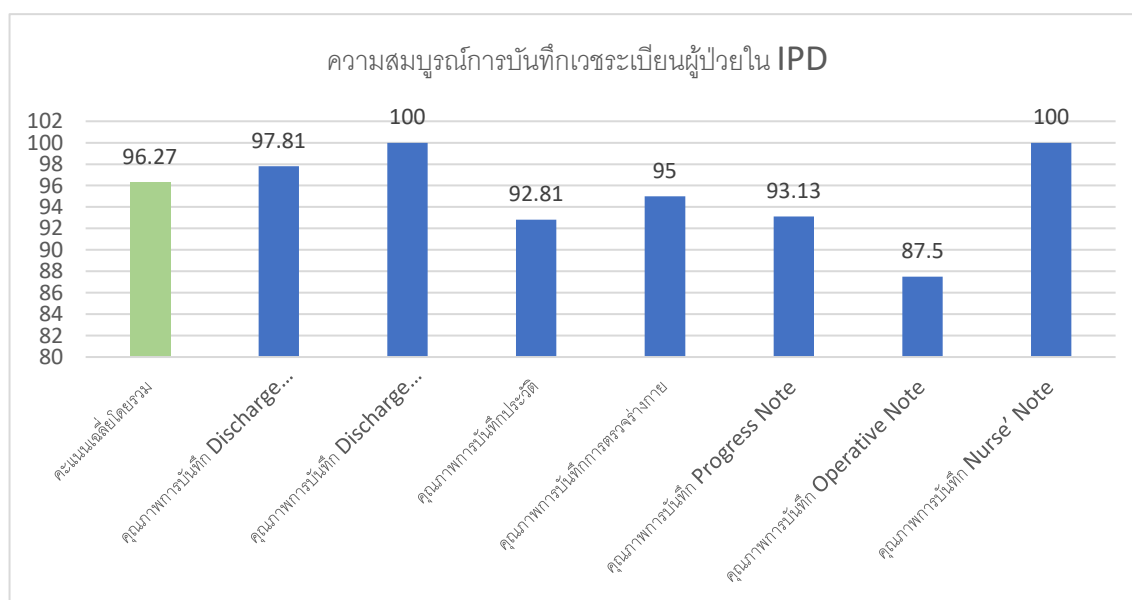


สรุป ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก(OPD) ปีงบประมาณ 2568 โดยรวม มีความสมบูรณ์ของการบันทึกที่ร้อยละ 97.72 โดยมีโอกาสพัฒนาในส่วนของ อาการ

สำคัญ(cc) คุณภาพการบันทึกคำวินิจฉัย(Diagnosis) และคุณภาพการบันทึกการตรวจร่างกาย ร้อยละ 93.83 , 96.30 และ 98.77 ตามลำดับ

ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน(IPD) ปีงบประมาณ 2568

หัวข้อ	คะแนน
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	96.27
คุณภาพการบันทึก Discharge Summary ส่วนของแพทย์	97.81
คุณภาพการบันทึก Discharge Summary ส่วนอื่น	100.00
คุณภาพการบันทึกประวัติ	92.81
คุณภาพการบันทึกการตรวจร่างกาย	95.00
คุณภาพการบันทึก Progress Note	93.13
คุณภาพการบันทึก Operative Note	87.50
คุณภาพการบันทึก Nurse' Note	100.00



สรุป ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน(IPD) ปีงบประมาณ 2568 โดยรวม มีความสมบูรณ์ของการบันทึกที่ร้อยละ 96.27 โดยมีโอกาสพัฒนาในส่วนบันทึกการผ่าตัด การบันทึกประวัติการเจ็บป่วย และ Progress Note ร้อยละ 87.50, 92.81 และ 93.13 ตามลำดับ

ผลการตรวจสอบคุณภาพการรหัสผู้ป่วยนอก(OPD Coding Audit) ปีงบประมาณ 2568

สรุปผลตรวจ OPD	A	ให้รหัสผิดพลาด	3
	B	มีรหัสโรคหลักต่างๆ ที่ไม่มีค่า	0
	C	รหัสด้อยคุณภาพ กำกวม	1
	D	ให้รหัสไม่ครบทุกตำแหน่ง	0
	E	ใช้รหัสสาเหตุการบาดเจ็บเป็นรหัส	0
	F	รหัสมีตัวเลขมากเกินไป	0
	G	ให้รหัสไม่ครบ	11
	H	ให้รหัสมากเกินไป	0
	จำนวนรหัสที่ผิด		15
	รหัสทั้งหมด		352
	ผิดพลาด %		4.26
	ถูกต้อง %		95.74

สรุป ผลการตรวจสอบการให้รหัสผู้ป่วยนอก มีความถูกต้องร้อยละ 95.74 พบว่ามีโอกาสพัฒนาในส่วน ให้รหัสไม่ครบทุกตำแหน่ง ให้รหัสผิดพลาด และรหัสด้อยคุณภาพ ตามลำดับ

ผลการตรวจสอบคุณภาพการรหัสผู้ป่วยใน (IPD Coding Audit) ปีงบประมาณ 2568

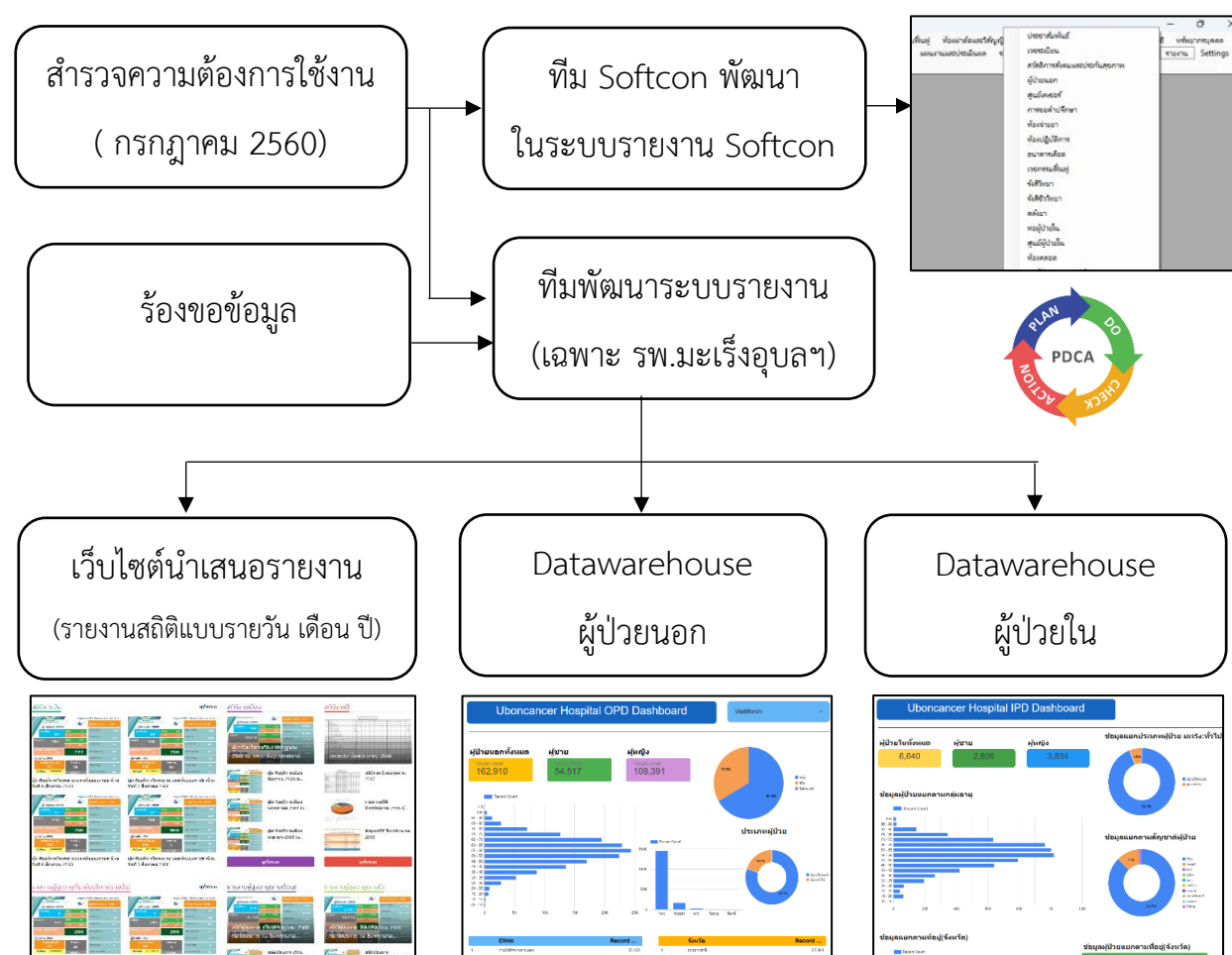
สรุปผลตรวจ OPD	A	ให้รหัสผิดพลาด	3
	B	มีรหัสโรคหลักต่างๆ ที่ไม่มีค่า	0
	C	รหัสด้อยคุณภาพ กำกวม	1
	D	ให้รหัสไม่ครบทุกตำแหน่ง	0
	E	ใช้รหัสสาเหตุการบาดเจ็บเป็นรหัส	0
	F	รหัสมีตัวเลขมากเกินไป	0
	G	ให้รหัสไม่ครบ	11
	H	ให้รหัสมากเกินไป	0
	จำนวนรหัสที่ผิด		30
	รหัสทั้งหมด		819
	ผิดพลาด %		3.66
	ถูกต้อง %		96.34

สรุป ผลการตรวจสอบการให้รหัสผู้ป่วยนอก มีความถูกต้องร้อยละ 96.34 พบว่ามีโอกาสพัฒนาในส่วน ให้รหัสไม่ครบทุกตำแหน่ง ให้รหัสผิดพลาด และรหัสด้อยคุณภาพ กำกวม ตามลำดับ

6. การสร้างคลังข้อมูล การวิเคราะห์ และการนำไปใช้ประโยชน์ (Level 3)

จากความต้องการของการนำข้อมูลและสารสนเทศไปใช้งาน ทั้งส่วนของงานประจำของเจ้าหน้าที่ หน่วยงานภายใน และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ทั้งในด้านบริการ การดูแลผู้ป่วย การบริหาร รวมไปถึงความต้องการของการนำไปใช้ด้านวิชาการ การวิจัยต่าง ๆ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี มีกระบวนการในการบริหารจัดการ เพื่อให้บริการข้อมูลและสารสนเทศดังนี้

กระบวนการสำรวจ จัดทำ นำเสนอรายงานสถิติ และระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี



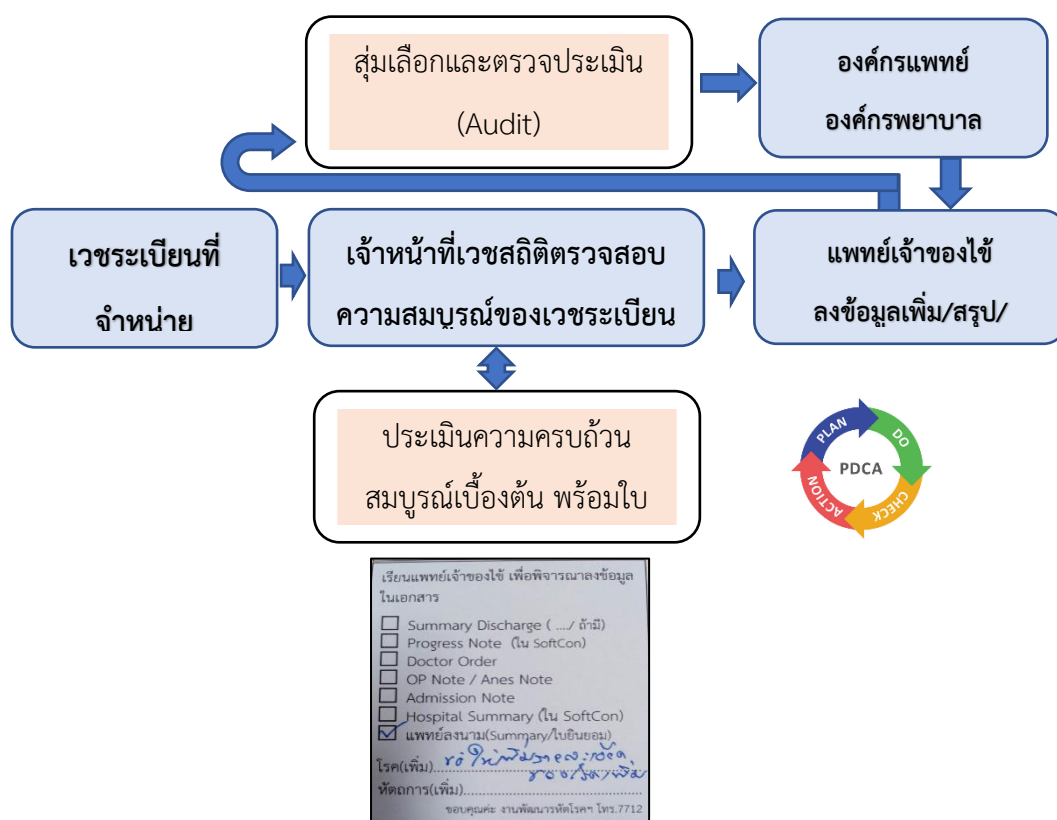
ในปีงบประมาณ 2560 โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ได้ปรับปรุง HIS ของโรงพยาบาล จึงได้ทำการทบทวนและสำรวจความต้องการใช้งานสถิติและสารสนเทศของโรงพยาบาลทั้งระบบ ซึ่งบางส่วนมีอยู่ระบบของ HIS แล้ว หรือมีการพัฒนาบางส่วนเพิ่มเติมตามความต้องการของผู้ใช้งาน

และบางส่วนถูกพัฒนาโดยทีมสารสนเทศของโรงพยาบาลเฉพาะได้แก่ ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย ทะเบียนมะเร็ง ระบบรายงานเฉพาะด้าน ทั้งนี้ ภายหลังติดตั้งระบบแล้ว ยังมีความต้องการใช้งาน รายงาน สถิติ และสารสนเทศเพิ่มขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากนโยบายที่เปลี่ยนแปลงไปและมีการพัฒนา ระบบรายงานเพิ่มเติม ซึ่งทีมพัฒนาระบบสารสนเทศก็จัดเก็บความต้องการใหม่ ๆ เพื่อมา วิเคราะห์และปรับปรุง พัฒนาระบบรายงานเพื่อให้ตอบสนองผู้ใช้งาน โดยรายงานหรือสารสนเทศ ที่มีการใช้ประจำ ก็จะนำเสนอผ่านเว็บไซต์ระบบรายงานสารสนเทศของโรงพยาบาล ตามกำหนด ระยะเวลาที่กำหนด(ปัจจุบัน มีทั้งรายวัน รายเดือนและรายปีงบประมาณ) เพื่อให้ผู้ใช้งานเกิด ความสะดวกในการใช้งาน หากเป็นรายงานที่เป็นรายเดือน จะรับประกันข้อมูลภายในไม่เกินวันที่ 5 ของเดือนถัดไป และปัจจุบันโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ได้จัดทำคลังข้อมูลหลักขึ้นมา จำนวน 2 คลังข้อมูลได้แก่ คลังข้อมูลผู้ป่วยนอก คลังข้อมูลผู้ป่วย และได้มีการดำเนินการจัดทำ คลังเฉพาะขึ้นเพิ่มเติม ได้แก่ คลังข้อมูลยา คลังข้อมูลการพยาบาล และคลังข้อมูลทะเบียนมะเร็ง ด้วย

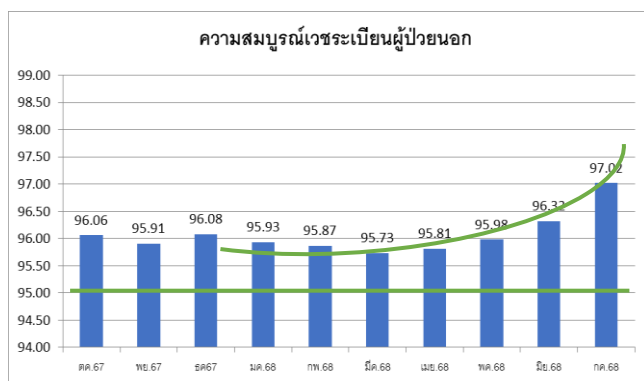
7. สรุปผลการควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล

โรงพยาบาลมะเร็ิงอุบลราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีระบบควบคุมคุณภาพข้อมูลโดยประกอบไปด้วย การดำเนินในงานประจำ และการดำเนินในรูปแบบคณะกรรมการ

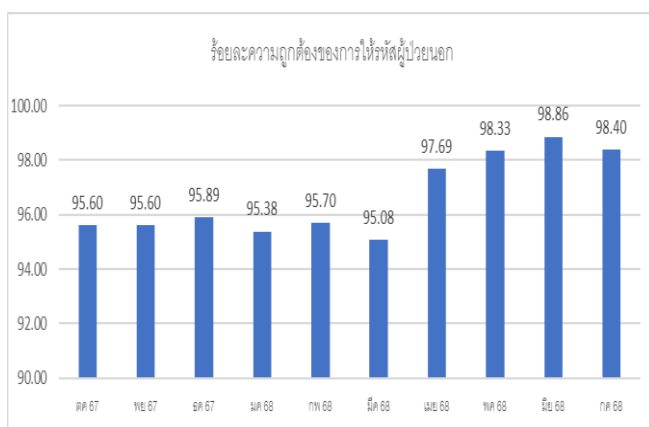
1. การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผ่านการดำเนินการทำงานประจำ เมื่อจำหน่ายผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จะมีเจ้าหน้าที่เวชสถิติทำการตรวจสอบและประเมินเบื้องต้น พร้อมออกใบสื่อสารส่งให้แพทย์ เพื่อดำเนินการต่อ เมื่อแพทย์ทำการสรุปผู้ป่วยเสร็จในแต่ละเดือน เจ้าหน้าที่เวชสถิติจะทำการสุ่มและตรวจประเมินตามคู่มือ พร้อมกับส่งผลการประเมินให้ห้องกรแพทย์และองค์กรพยาบาล เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเติมเต็มความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในกรณีที่เป็นโอกาสพัฒนาต่อไป



สรุปผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนทางสารสนเทศ HA IT ในงานประจำ
ปีงบประมาณ 2568 สรุปได้ดังนี้



ความครบถ้วนสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกจากงานประจำ ปีงบประมาณ
2568 (เดือนตุลาคม 2567 - กรกฎาคม 2568) มีค่ามากกว่าร้อยละ 95 และมีแนวโน้มสูงขึ้น



รายการ		รวม	เปอร์เซ็นต์
ผลการตรวจสอบการให้รหัส ICD		1,044	100.00
ให้รหัสถูกต้อง		1,012	96.93
ให้รหัสผิด		32	3.07
ลักษณะความผิดพลาด			
A	ให้รหัสผิดพลาด	3	0.29
B	มีรหัสโรคหลักทั้ง ๆ ที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก	0	0.00
C	รหัสต้อคุณภาพ กำกวม	1	0.10
D	ให้รหัสไม่ครบทุกตำแหน่ง	5	0.48
E	ใช้รหัสสาเหตุการบาดเจ็บเป็นรหัสโรคหลัก	0	0.00
F	รหัสมีตัวเลขมากเกินไป	0	0.00
G	ให้รหัสไม่ครบ	23	2.20
H	ให้รหัสมากเกินไป	0	0.00

ความถูกต้องของการให้รหัสผู้ป่วยนอก จากงานประจำ ปีงบประมาณ 2568 (เดือนตุลาคม 2567 -
กรกฎาคม 2568) พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกเดือนอย่างต่อเนื่อง และมีค่ามากกว่าร้อยละ 95

2. การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนโดยคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนทางสารสนเทศ HA IT ในการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน และการให้รหัส โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนทางสารสนเทศ HA IT ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เวชสถิติ และสาขาวิชาชีพ ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนด้วย



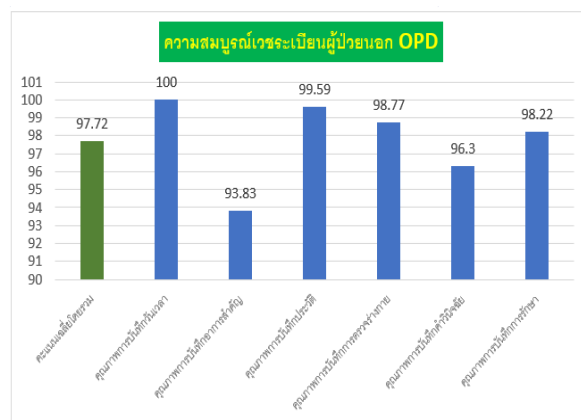
ขั้นตอนการดำเนินงานของคณะกรรมการ



ผลการดำเนินการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ปีงบประมาณ 2568 มีดังนี้

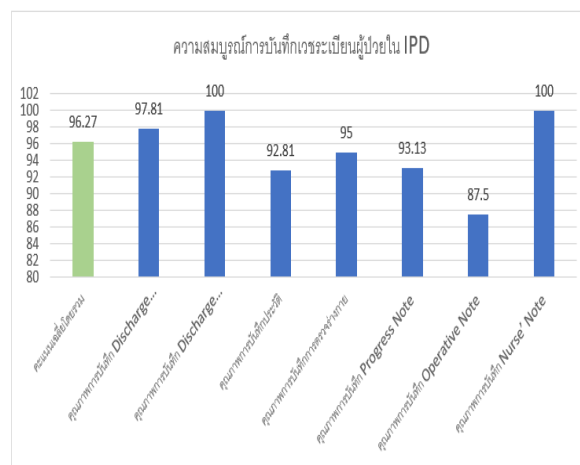
1. คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD)

หัวข้อ	คะแนน
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	97.72
คุณภาพการบันทึกวันเวลา	100
คุณภาพการบันทึกอาการสำคัญ	93.83
คุณภาพการบันทึกประวัติ	99.59
คุณภาพการบันทึกการตรวจร่างกาย	98.77
คุณภาพการบันทึกคำวินิจฉัย	96.3
คุณภาพการบันทึกการรักษา	98.22



2. คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD)

หัวข้อ	คะแนน
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	96.27
คุณภาพการบันทึก Discharge Summary ส่วนของแพทย์	97.81
คุณภาพการบันทึก Discharge Summary ส่วนอื่น	100.00
คุณภาพการบันทึกประวัติ	92.81
คุณภาพการบันทึกการตรวจร่างกาย	95.00
คุณภาพการบันทึก Progress Note	93.13
คุณภาพการบันทึก Operative Note	87.50
คุณภาพการบันทึก Nurse' Note	100.00



3. คุณภาพการให้รหัส ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยนอก(OPD)

สรุปผลตรวจ OPD	A	ให้รหัสผิดพลาด	3
	B	มีรหัสโรคหลักต่างๆ ที่ไม่มีค่า	0
	C	รหัสด้วยคุณภาพ กำกวม	1
	D	ให้รหัสไม่ครบทุกตำแหน่ง	0
	E	ใช้รหัสสาเหตุการบาดเจ็บเป็นรหัส	0
	F	รหัสมีตัวเลขมากเกินไป	0
	G	ให้รหัสไม่ครบ	11
	H	ให้รหัสมากเกินไป	0
	จำนวนรหัสที่ผิด		15
	รหัสทั้งหมด		352
	ผิดพลาด %		4.26
	ถูกต้อง %		95.74

ผู้ป่วยใน(IPD)

สรุปผลตรวจ OPD	A	ให้รหัสผิดพลาด	3
	B	มีรหัสโรคหลักต่างๆ ที่ไม่มีค่า	0
	C	รหัสด้วยคุณภาพ กำกวม	1
	D	ให้รหัสไม่ครบทุกตำแหน่ง	0
	E	ใช้รหัสสาเหตุการบาดเจ็บเป็นรหัส	0
	F	รหัสมีตัวเลขมากเกินไป	0
	G	ให้รหัสไม่ครบ	11
	H	ให้รหัสมากเกินไป	0
	จำนวนรหัสที่ผิด		30
	รหัสทั้งหมด		819
	ผิดพลาด %		3.66
	ถูกต้อง %		96.34

สรุป ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนและคุณภาพการให้รหัส

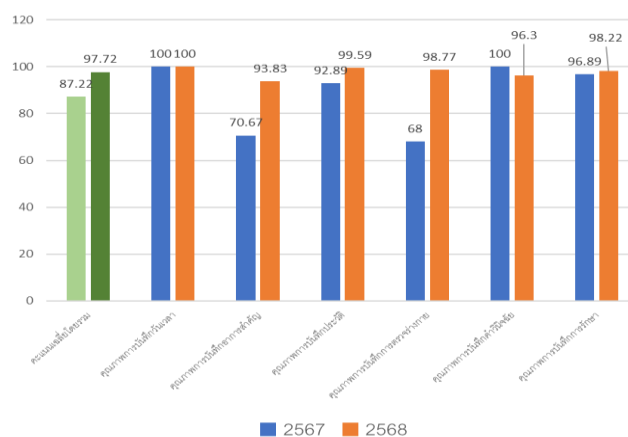
ปีงบประมาณ 2568 โดยคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนทางสารสนเทศ HA IT ดังนี้

1. คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก มีความสมบูรณ์ร้อยละ 97.72
2. คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีความสมบูรณ์ร้อยละ 96.27
3. คุณภาพการให้รหัสผู้ป่วยนอก มีความถูกต้องร้อยละ 95.74
4. คุณภาพการให้รหัสผู้ป่วยใน มีความถูกต้องร้อยละ 96.34

3. เปรียบเทียบผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน ปี 2567 – 2568

ผู้ป่วยนอก(OPD)

หัวข้อ	2567	2568
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	87.22	97.72
คุณภาพการบันทึกวันเวลา	100	100
คุณภาพการบันทึกอาการสำคัญ	70.67	93.83
คุณภาพการบันทึกประวัติ	92.89	99.59
คุณภาพการบันทึกการตรวจร่างกาย	68	98.77
คุณภาพการบันทึกคำวินิจฉัย	100	96.3
คุณภาพการบันทึกการรักษา	96.89	98.22



จากการเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2567 – 2568 พบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกสูงขึ้นตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 87.22 และ 97.72 และทุกหัวข้อมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ยกเว้น คุณภาพการบันทึกคำวินิจฉัย ซึ่งเป็นโอกาสพัฒนาต่อไป

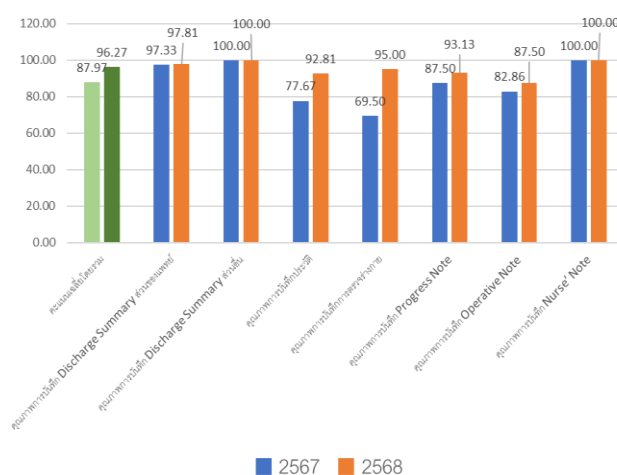
ผู้ป่วยใน (IPD)

รายการ		2567	2568
ผลการตรวจสอบการให้รหัส ICD		566	352
ให้รหัสถูกต้อง		97.17	95.74
ให้รหัสผิด		2.83	4.26
ลักษณะความผิดพลาด			
A	ให้รหัสผิดพลาด	3	3
B	มีรหัสโรคหลักทั้ง ๆ ที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคใน	0	0
C	รหัสด้อยคุณภาพ กำกวม	0	0
D	ให้รหัสไม่ครบทุกตำแหน่ง	1	1
E	ใช้รหัสสาเหตุการบาดเจ็บเป็นรหัสโรคหลัก	0	0
F	รหัสมีตัวเลขมากเกินไป	0	0
G	ให้รหัสไม่ครบ	12	11
H	ให้รหัสมากเกินไป	0	0

จากการเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2567 – 2568 พบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกสูงขึ้นตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 87.97 และ 96.72 และทุกหัวข้อความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นเมื่อเทียบปีงบประมาณ 2567

คุณภาพการให้รหัสผู้ป่วยนอก(OPD)

หัวข้อ	2567	2568
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	87.97	96.27
คุณภาพการบันทึก Discharge Summary ส่วนของแพทย์	97.33	97.81
คุณภาพการบันทึก Discharge Summary ส่วนอื่น	100.00	100.00
คุณภาพการบันทึกประวัติ	77.67	92.81
คุณภาพการบันทึกการตรวจร่างกาย	69.50	95.00
คุณภาพการบันทึก Progress Note	87.50	93.13
คุณภาพการบันทึก Operative Note	82.86	87.50
คุณภาพการบันทึก Nurse' Note	100.00	100.00



สรุป เมื่อเปรียบเทียบความถูกต้องของการให้รหัสผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2567 – 2568 พบว่า มีความถูกต้องตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 97.17 และ 95.74 ตามลำดับ

คุณภาพการให้รหัสผู้ป่วยใน(IPD)

รายการ		2567	2568
ผลการตรวจสอบการให้รหัส ICD		718	819
ให้รหัสถูกต้อง		94.99	96.34
ให้รหัสผิด		5.01	3.66
ลักษณะความผิดพลาด			
A	ให้รหัสผิดพลาด	17	8
B	มีรหัสโรคหลักทั้ง ๆ ที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคใน	8	2
C	รหัสด้อยคุณภาพ กำกวม	0	0
D	ให้รหัสไม่ครบทุกตำแหน่ง	0	0
E	ใช้รหัสสาเหตุการบาดเจ็บเป็นรหัสโรคหลัก	0	0
F	รหัสมีตัวเลขมากเกินไป	0	0
G	ให้รหัสไม่ครบ	7	20
H	ให้รหัสมากเกินไป	4	0

สรุป เมื่อเปรียบเทียบความถูกต้องของการให้รหัสผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2567 – 2568 พบว่า มีความถูกต้องตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 94.99 และ 96.34 ตามลำดับ

โดยรวมโรงพยาบาลมะเร็ิงอุบลราชธานี มีการดำเนินการทบทวน ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน และคุณภาพการให้รหัสอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบงานประจำ ที่สามารถพบโอกาสพัฒนาได้อย่างรวดเร็ว มีการเสนอแนะให้กับแพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องไปดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงได้อย่างรวดเร็ว ต่อเนื่อง รวมไปถึงการดำเนินการในรูปแบบของคณะกรรมการที่ดำเนินการโดย แพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความถูกต้องและน่าเชื่อถือของผลการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน และคุณภาพการให้รหัส อันจะนำมาซึ่งความร่วมมือในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไปในอนาคต