ประกาศ รพ.ค่ายสุรศักดิ์มนตรี
เรื่อง นโยบายแนวทางปฏิบัติในการรักษาความลับของผู้ป่วยเพื่อคุ้มครองข้อมูลสุขภาพ ประจำปี ๒๕๖๖

.....

รพ.ค่ายสุรศักดิ์มนตรี มีภารกิจหลักในการให้การดูแลรักษาส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้มารับบริการ กิจกรรมเหล่านี้ต้องใช้ข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการเพื่อวินิจฉัยโรคและวางแผนการรักษาข้อมูลผู้ป่วยจะถูกบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรปรากฏอยู่ในเวชระเบียนเอกสารและฐานข้อมูลของสถานพยาบาลเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลทุกคนจะต้องดำเนินการต่อข้อมูลผู้ป่วยเหล่านี้ด้วยความระมัดระวังโดยเฉพาะความลับผู้ป่วย ต้องระวังมิให้เกิดการละเมิดความเป็นส่วนตัวหรือเปิดเผยความลับของผู้ป่วยโดยเด็ดขาด โดยยึดแนวทางการปฏิบัติดังนี้

<u>ข้อปฏิบัติสำหรับการบริหารจัดการในการรักษาความลับของผู้ป่วย</u>

๑. วางระดับการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศและเวชระเบียนของบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละระดับ

๒. กำหนดและแบ่งแยกบริเวณพื้นที่จัดเก็บเวชระเบียนและเครื่องแม่ข่ายคอมพิวเตอร์ให้ชัดเจน กำหนดเป็นเขตหวงห้ามเฉพาะปิดประตูหน้าต่างหรือห้องเสมอเมื่อไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำอยู่

๓. จัดให้มีสมุดทะเบียนบันทึกการเข้าออกห้องเครื่องแม่ข่ายคอมพิวเตอร์และทะเบียนบันทึกการนำเวชระเบียนออกมาใช้และการส่งเวชระเบียนกลับคืน

๔. จัดให้มีระบบตรวจสอบการส่งเวชระเบียนกลับคืนว่ามีการส่งกลับครบเท่ากับจำนวนเวชระเบียนที่นำออกไปดำเนินการตรวจสอบทุกวันให้เสร็จสิ้นก่อนเวลา ๑๕.๓๐ น. หากพบเวชระเบียนที่ยังไม่ส่งกลับให้ดำเนินการติดตามค้นหานำกลับคืนมาให้เสร็จสิ้นก่อนเวลา ๑๖.๐๐ น.

๕. จัดให้มีระบบฉุกเฉินสำหรับปฏิบัติงานเมื่อไฟฟ้าดับหรือระบบคอมพิวเตอร์ใช้งานไม่ได้ให้มั่นใจว่าการค้นหาบันทึกและจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยดำเนินไปได้อย่างครบถ้วนถูกต้องไม่บกพร่องและมีการซักซ้อมด้านอัคคีภัย ไฟฟ้าดับปีละไม่น้อยกว่า ๑ ครั้ง และมีการปรับปรุงกระบวนการทำงานเมื่อระบบขัดข้องให้เหมาะสมอยู่เสมอ

๖. กำหนดชั้นความลับของข้อมูลผู้ป่วยเป็นระดับ “ลับ” และดำเนินการแบบเดียวกับการรับส่ง เอกสารลับ ดังนี้

๖.๑ การทำสำเนา การพิมพ์สำเนาต้องบันทึกจำนวนชุดชื่อตำแหน่งของผู้ดำเนินการชื่อสถานพยาบาลที่จัดทำวันเวลาไว้ที่ต้นฉบับและฉบับสำเนาทุกฉบับกรณีสั่งพิมพ์สำเนาออกจากระบบคอมพิวเตอร์ต้องบันทึกการสั่งพิมพ์จำนวนชุดชื่อตำแหน่งของผู้ดำเนินการชื่อสถานพยาบาลที่จัดทำวันเวลาที่สั่งพิมพ์ทุกครั้งเก็บไว้ในระบบฐานข้อมูล

๖.๒ การส่งออกเวชระเบียนหรือสำเนาเวชระเบียนออกนอกสถานพยาบาลต้องบรรจุซองหรือภาชนะทึบแสงสองชั้นอย่างมั่นคงบนซองชั้นในให้จ่าหน้าระบุเลขที่หนังสือนำส่งชื่อหรือตำแหน่งผู้รับและหน่วยงานผู้ส่งพร้อมทำเครื่องหมายแสดงชั้นความลับทั้งด้านหน้าและด้านหลังบนซองชั้นนอกให้จ่าหน้าระบุเลขที่หนังสือนำส่งชื่อหรือตำแหน่งผู้รับและหน่วยงานผู้ส่งเช่นเดียวกับซองชั้นใน แต่ไม่ต้องมีเครื่องหมายแสดงชั้นความลับใดๆ การส่งออกในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้องเข้ารหัสมิให้ผู้ที่ไม่มีสิทธิ์สามารถเปิดไฟล์ดูได้

๖.๓ การจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถาบันให้จัดเก็บไว้ตลอดไปหากผู้ป่วยเสียชีวิตให้แยกเวชระเบียนของผู้เสียชีวิตออกมาเก็บไว้ในสถานที่เก็บเวชระเบียนผู้เสียชีวิตโดยหากเป็นการเสียชีวิตผิดธรรมชาติให้เก็บรักษาไว้ไม่ต่ำกว่า ๒๐ ปี หากมิใช่การเสียชีวิตผิดธรรมชาติให้เก็บรักษาไว้ไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปี แล้วอาจพิจารณาทำลายเวชระเบียนถ้ามีปัญหาพื้นที่จัดเก็บไม่เพียงพอการทำลายเวชระเบียนให้ดำเนินการโดยหลักการทำลายเอกสารเช่นใช้เครื่องทำลายเอกสารตัดออกเป็นชิ้นเล็กๆ

๗. จัดให้มีกระบวนการกลั่นกรองและพิจารณาความเหมาะสมในการนำข้อมูลของผู้ป่วยที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ (เช่น มีชื่อหรือเลขประจำตัวผู้ป่วย) ไปใช้ประโยชน์อย่างอื่น เช่น การวิจัยหรือเปิดเผยต่อบุคคลอื่นนอกสถาบันให้เป็นไปตามกฎหมายและไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย

<u>ข้อปฏิบัติสำหรับ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกคน ที่มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย</u>

๑. แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ที่มีการบันทึกหรือสืบค้นข้อมูลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลจะต้องเข้าสู่ระบบสารสนเทศโดยผ่านการล็อกอิน Login เพื่อระบุตัวตนว่า แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้ใดเป็นผู้บันทึกหรือสืบค้นข้อมูล และกรณีที่แพทย์บันทึกการรักษาหรือทำหัตถการต้องระบุเลขที่ใบอนุญาตเวชกรรมของแพทย์ผู้รักษา

๒. กรณีที่มีการพิมพ์รายงานข้อมูลจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ จะต้องระบุ ชื่อ - นามสกุล ผู้รับผิดชอบด้วยทุกครั้ง

๓. เจ้าหน้าที่ทุกคนมีหน้าที่ต้องป้องกันดูแลรักษาไว้ซึ่งความลับความถูกต้องและความพร้อมใช้ของข้อมูลตลอดจนเอกสารเวชระเบียนของผู้ป่วย

๔. ห้ามเผยแพร่ทำสำเนาถ่ายภาพเปลี่ยนแปลง ลบทิ้ง หรือทำลายข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียนและในระบบคอมพิวเตอร์ทุกกรณีนอกจากได้รับมอบหมายให้ดำเนินการจากผู้อำนวยการ

๕. การแก้ไขข้อมูลผู้ป่วยให้ดำเนินการได้ตามระเบียบปฏิบัติว่าด้วยการแก้ไขข้อมูลโดยเคร่งครัด เช่น หากเขียนผิดห้ามใช้ปากการะบายสีทึบทับข้อความจนไม่เห็นข้อความเดิม ห้ามใช้น้ำยาลบคำผิดในเวชระเบียนผู้ป่วยการแก้ไขทำได้โดยการลากเส้นทับข้อความเดิมเพียงเส้นเดียวแล้วเขียนข้อความที่แก้ไขไว้ใกล้กับข้อความเดิมพร้อมลงนามกำกับและวันเวลาที่แก้ไขสำหรับการแก้ไขข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ห้ามลบข้อมูลเดิมทิ้งแต่ให้ทำเครื่องหมายว่ามีการแก้ไขแล้วเชื่อมโยงข้อมูลที่เพิ่มเติมแก้ไขให้รู้ว่าข้อความใหม่ใช้แทนข้อความเดิมอย่างไร

๖. การส่งข้อมูลผู้ป่วยให้กับบุคลากรภายในสถานพยาบาลเดียวกันให้ดำเนินการตามระเบียบการส่งข้อมูลลับโดยเคร่งครัด เช่น ไม่ใช้ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ถือเวชระเบียนจากจุดบริการหนึ่งไปยังจุดอื่นๆ

๗. ห้ามส่งข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้ช่องทางที่ไม่เหมาะสม เช่น ส่งทาง LINE หรือ Social Media อื่นๆ

๘. ตั้งรหัสผ่านในการเข้าใช้งานระบบคอมพิวเตอร์ของตนเองให้คาดเดาได้ยากตรงตามระเบียบของสถานพยาบาลปกปิดรหัสผ่านเป็นความลับส่วนตัวอย่างเคร่งครัด ไม่อนุญาตให้ผู้อื่นนำรหัสผ่านของตนเองไปใช้เปลี่ยนรหัสผ่านเมื่อถึงกำหนดเวลาที่บังคับ

๙. ห้ามใช้คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีเปิดไฟล์จากภายนอกทุกกรณี สำหรับการเปิดไฟล์งานจากหน่วยงานภายในให้ตรวจหาไวรัสภายในไฟล์ทุกครั้งก่อนเปิดไฟล์

๑๐. ห้ามนำเครื่องคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์อื่นๆรวมถึงอุปกรณ์จัดเก็บข้อมูลเช่น CD-ROM, USB Drive , External Hard Disk อุปกรณ์เครือข่าย เช่น Hub, Switch, Wi-Fi Router ฯลฯ มาเชื่อมต่อกับเครื่องคอมพิวเตอร์และระบบเครือข่ายของโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีที่ใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยยกเว้นได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ

๑๑. ห้ามใช้คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีที่เชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยในการติดต่อกับอินเทอร์เน็ตทุกกรณียกเว้นเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีภารกิจเฉพาะที่ต้องเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตพร้อมกันกับการเชื่อมต่อระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยซึ่งได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ

จึงประกาศมาเพื่อทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

พันเอก

(อรรณพ ธรรมลักษมี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี

ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ

พ.ศ. ๒๕๕๙

ตามที่มาตรา ๗ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ บัญญัติให้ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลเป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรงหรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้เล็งเห็นความสำคัญในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ เนื่องจากปัจจุบันมีการนำสื่อสังคมออนไลน์ (Social media) มาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในเรื่องการทำงานและเรื่องการดำเนินชีวิต หากมีการใช้ไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดปัญหาในเรื่องการคุ้มครองข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการสาธารณสุข จึงได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพขึ้น เพื่อนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานด้านสุขภาพ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้กว้างขวางมากขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๕ (๑๐) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ประกอบกับมติที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๕๙ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงประกาศแนวทางปฏิบัติในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ ตามท้ายประกาศนี้เพื่อให้มีผลบังคับใช้ต่อไป

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

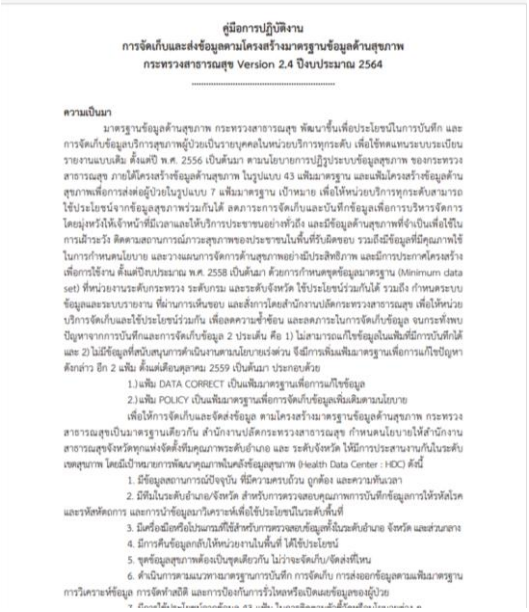
ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

พลเรือเอก ณรงค์ พิพัฒนาศัย

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

1.5.1 มาตรฐาน 43 แฟ้มข้อมูลของ รพ.ค่ายสุรศักดิ์มนตรี



คู่มือการปฏิบัติงาน
การจัดเก็บและส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข Version 2.4 ปีงบประมาณ 2564

ความเป็นมา

มาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาขึ้นเพื่อประโยชน์ในการบันทึก และการจัดเก็บข้อมูลบริการสุขภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในหน่วยบริการทุกระดับ เพื่อใช้ทดแทนระบบเดิมรายงานแบบเดิม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา ตามนโยบายการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงสร้างข้อมูลด้านสุขภาพ ในรูปแบบ 43 แฟ้มมาตรฐาน และแฟ้มโครงสร้างข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยในรูปแบบ 7 แฟ้มมาตรฐาน เป้าหมาย เพื่อให้หน่วยบริการทุกระดับสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพร่วมกันได้ ลดภาระการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการ โดยมุ่งหวังให้เจ้าหน้าที่มีเวลาและให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึง และมีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็นเพื่อใช้ในการเฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์ภาระสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ รวมถึงมีข้อมูลที่มีคุณภาพใช้ในการกำหนดนโยบาย และวางแผนการจัดการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการประกาศโครงสร้างเพื่อการใช้งาน ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา ด้วยการกำหนดชุดข้อมูลมาตรฐาน (Minimum data set) ที่หน่วยงานระดับกระทรวง ระดับกรม และระดับจังหวัด ใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ รวมถึง กำหนดระบบข้อมูลและระบบรายงาน ที่ผ่านการเห็นชอบ และสั่งการโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้หน่วยบริการจัดเก็บและใช้ประโยชน์ร่วมกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อน และลดภาระในการจัดเก็บข้อมูล จนกระทั่งพบปัญหาจากการบันทึกและการจัดเก็บข้อมูล 2 ประเด็น คือ 1) ไม่สามารถแก้ไขข้อมูลในแฟ้มที่มีการบันทึกได้ และ 2) ไม่มีข้อมูลที่สนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายเร่งด่วน จึงมีการเพิ่มแฟ้มมาตรฐานเพื่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าว อีก 2 แฟ้ม ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 เป็นต้นมา ประกอบด้วย

1.) แฟ้ม DATA CORRECT เป็นแฟ้มมาตรฐานเพื่อการแก้ไขข้อมูล

2.) แฟ้ม POLICY เป็นแฟ้มมาตรฐานเพื่อการจัดเก็บข้อมูลเพิ่มเติมตามนโยบาย

เพื่อให้การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูล ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเป็นมาตรฐานเดียวกัน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งจัดตั้งหัวหน้าคุณภาพระดับอำเภอ และ ระดับจังหวัด ให้มีการประสานงานกันในระดับเขตสุขภาพ โดยมีเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพในคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ดังนี้

1. มีข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง และความทันเวลา
2. มีทีมในระดับอำเภอ/จังหวัด สำหรับการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกข้อมูลการให้รหัสโรคและหัตถการ และการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อใช้ประโยชน์ในระดับพื้นที่
3. มีเครื่องมือหรือโปรแกรมที่ใช้สำหรับการตรวจสอบข้อมูลทั้งในระดับอำเภอ จังหวัด และส่วนกลาง
4. มีการคืนข้อมูลกลับให้หน่วยงานในพื้นที่ ได้ใช้ประโยชน์
5. ชุดข้อมูลสุขภาพต้องเป็นชุดเดียวกัน ไม่ว่าจะจัดเก็บ/จัดส่งที่ไหน
6. ดำเนินการตามแนวทางมาตรฐานการบันทึก การจัดเก็บ การส่งออกข้อมูลตามแฟ้มมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูล การจัดทำสถิติ และการป้องกันการรั่วไหลหรือเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย

คำอธิบายคอลัมน์ตารางโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ความหมายคอลัมน์ตารางโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

รายการ	ความหมาย
No (1)	ลำดับที่
CAPTION (2)	หัวข้อ
DESCRIPTION (3)	คำอธิบาย
ควรบันทึก (4)	การบันทึกข้อมูลเพื่อออกรายงานที่สมบูรณ์ ใช้ในการค้นหาสอบสวน หรืออ้างอิงในกรณีต่าง ๆ
NAME (5)	ชื่อฟิลด์
PK (6)	Primary Key (ฟิลด์ที่ระบุความไม่ซ้ำกันของข้อมูล) ระบุความไม่ว่างสถานะ Y / ว่างไม่ระบุสถานะ
TYPE (7)	ชนิดข้อมูล (D = Date, DT = Date time, C = Character, N = Number)
WIDTH (8)	ความกว้างของฟิลด์
NOT NULL (9)	ฟิลด์ที่ระบุความไม่ว่าง (สถานะY) / ว่าง (ไม่ระบุสถานะ)

ประเภทของแฟ้มข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ลักษณะการจัดเก็บ หรือประเภทของข้อมูลที่จัดเก็บในฐานข้อมูลของแต่ละหน่วยบริการ สามารถแบ่งเป็น 5 ลักษณะ ได้แก่ แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ แฟ้มตามนโยบาย และแฟ้มแก้ไข ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แฟ้มสะสม กำหนดให้จัดเก็บข้อมูลโดยการสำรวจปีละครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคมของทุกปี กรณีที่มีผู้มารับบริการที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิมให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติม และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น มีจำนวน 10 แฟ้ม

2. แฟ้มบริการ กำหนดให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น มีจำนวน 25 แฟ้ม

3. แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ กำหนดให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ พร้อมทั้งให้มีการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่นและบันทึกข้อมูล และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น มีจำนวน 15 แฟ้ม

4. แฟ้มตามนโยบาย เป็นการเก็บข้อมูลตามนโยบาย มีจำนวน 1 แฟ้ม

5. แฟ้มแก้ไข เป็นแฟ้มที่บันทึกการแก้ไขในรายละเอียดของแต่ละแฟ้ม เช่น กรณีพบข้อมูลผิดพลาดต้องการแก้ไขข้อมูล มีจำนวน 1 แฟ้ม

ประเภทแฟ้มข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

แฟ้มสะสม	แฟ้มบริการ	แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ	แฟ้มตามนโยบาย	แฟ้มแก้ไข
1.PERSON	1.FUNCTIONAL	1.ADDRESS	1. POLICY	1.DATA_CORRECT
2.CHRONIC	2.ICF	2.DEATH		
3.CARD	3.SERVICE	3.LABFU		
4.HOME	4.DIAGNOSIS_OPD	4.CHRONICFU		
5.VILLAGE	5.DRUG_OPD	5.REHABILITATION		
6.DISABILITY	6.PROCEDURE_OPD	6.NCDSCREEN		
7.PROVIDER	7.CHARGE_OPD	7.FP		
8.WOMEN	8.SURVEILLANCE	8.ANC		
9. DRUGALLERGY	9.ACCIDENT	9.LABOR		
10. PRENATAL	10.ADMISSION	10.POSTNATAL		
	11.DIAGNOSIS_IPD	11.NEWBORN		
	12.DRUG_IPD	12.NEWBORNCARE		
	13.PROCEDURE_IPD	13.EPI		
	14.CHARGE_IPD	14.NUTRITION		
	15.APPOINTMENT*	15.SPECIALPP		
	16.DENTAL			
	17.COMMUNITY_ACTIVITY			
	18.COMMUNITY_SERVICE			
	19.CARE_REFER			
	20.CLINICAL_REFER			
	21.DRUG_REFER			
	22.INVESTIGATION_REFER			
	23.PROCEDURE_REFER			
	24.REFER_HISTORY			
	25.REFER_RESULT			

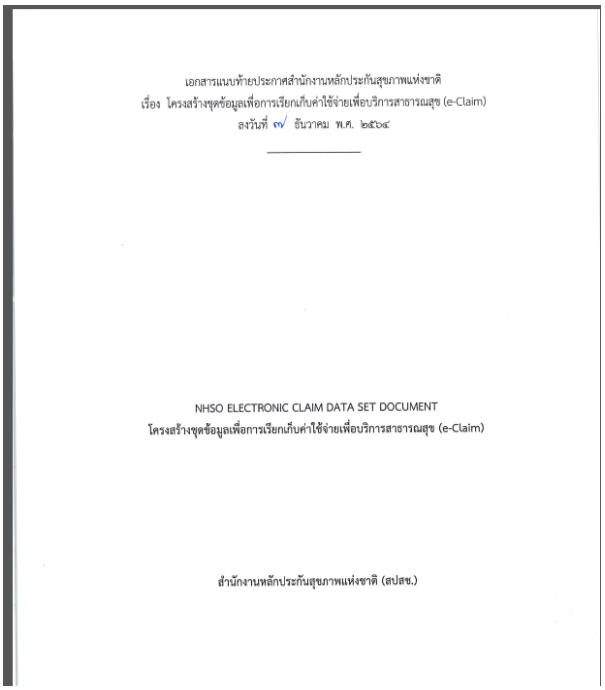
หมายเหตุ: *แฟ้มที่ส่วนกลางไม่ได้ใช้ในการประมวลผล

รหัสมาตรฐาน ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

รหัสมาตรฐานในแฟ้มสะสม

แฟ้มสะสม	รหัสมาตรฐาน
1-PERSON	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสคำนำหน้าชื่อ • รหัสเพศ • รหัสสถานภาพสมรส • รหัสอาชีพ (เก่า) • รหัสอาชีพ (ใหม่)

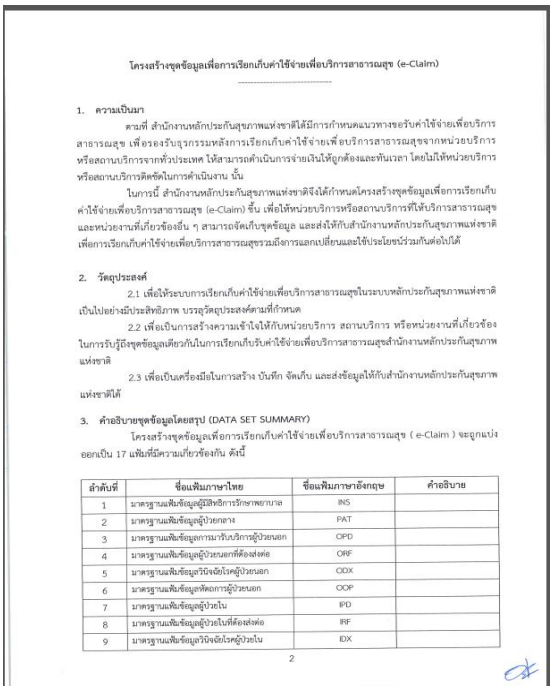
1.5.2 มาตรฐานโครงสร้างชุดข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) รพ.ค่ายสุรศักดิ์มนตรี



เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง โครงสร้างชุดข้อมูลเพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim)
ลงวันที่ ๑๗/ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

NHSO ELECTRONIC CLAIM DATA SET DOCUMENT
โครงสร้างชุดข้อมูลเพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)



โครงสร้างชุดข้อมูลเพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim)

1. ความเป็นมา

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการกำหนดแนวทางของรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เพื่อรองรับจุรกรรมหลังการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการหรือสถานบริการจากทั่วประเทศ ให้สามารถดำเนินการจ่ายเงินให้ถูกต้องและทันเวลา โดยไม่ให้หน่วยบริการหรือสถานบริการติดขัดในการดำเนินงาน นั้น

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้กำหนดโครงสร้างชุดข้อมูลเพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) ขึ้น เพื่อให้หน่วยบริการหรือสถานบริการที่ให้บริการสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ สามารถจัดเก็บชุดข้อมูล และส่งให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วมมือการแลกเปลี่ยนและใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไปได้

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ระบบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนด

2.2 เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจให้กับหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการรับรู้ถึงชุดข้อมูลเดียวกันในการเรียกเก็บรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.3 เพื่อเป็นเครื่องมือในการสร้าง บันทึก จัดเก็บ และส่งข้อมูลให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

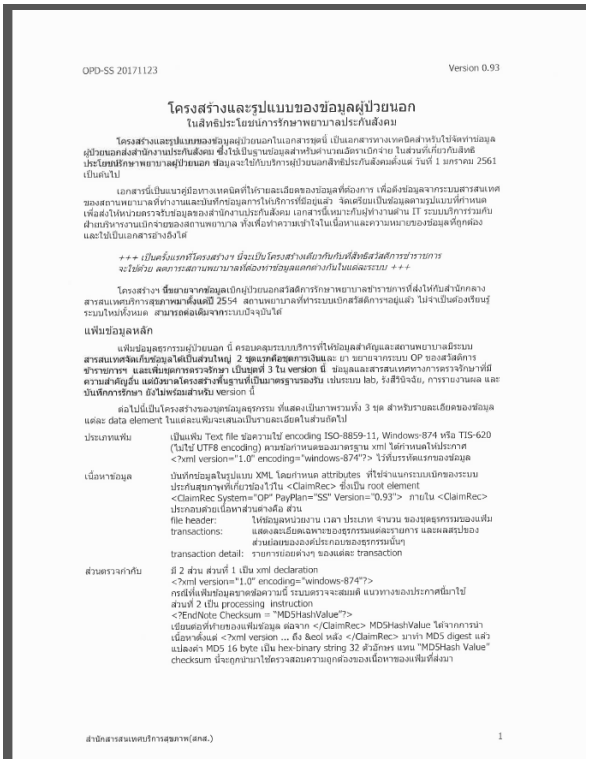
3. คำอธิบายชุดข้อมูลโดยสรุป (DATA SET SUMMARY)

โครงสร้างชุดข้อมูลเพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) จะถูกแบ่งออกเป็น 17 แฟ้มที่มีความเกี่ยวข้องกัน ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อแฟ้มภาษาไทย	ชื่อแฟ้มภาษาอังกฤษ	คำอธิบาย
1	มาตรฐานแฟ้มข้อมูลผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาล	INS	
2	มาตรฐานแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยกลาง	PAT	
3	มาตรฐานแฟ้มข้อมูลการมารับบริการผู้ป่วยนอก	OPD	
4	มาตรฐานแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยนอกที่ต้องส่งต่อ	ORF	
5	มาตรฐานแฟ้มข้อมูลวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอก	ODX	
6	มาตรฐานแฟ้มข้อมูลหัตถการผู้ป่วยนอก	OOP	
7	มาตรฐานแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยใน	IPD	
8	มาตรฐานแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยในที่ต้องส่งต่อ	IRF	
9	มาตรฐานแฟ้มข้อมูลวินิจฉัยโรคผู้ป่วยใน	IDX	

2

1.5.3 มาตรฐานโครงสร้างข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยนอก รพ.ค่ายสุรศักดิ์มนตรี



OPD-SS 20171123 Version 0.93

โครงสร้างและรูปแบบของข้อมูลผู้ป่วยนอก
ในสังกัดประโยชน์การรักษาพยาบาลประกันสังคม

โครงสร้างและรูปแบบของข้อมูลผู้ป่วยนอกในเอกสารชุดนี้ เป็นเอกสารทางเทคนิคสำหรับใช้จัดทำข้อมูล**ผู้ป่วยนอกส่งสำนักงานประกันสังคม** ซึ่งใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับด้านจะเบิกจ่าย ในส่วนที่เกี่ยวกับสิทธิ**ประโยชน์รักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก** ข้อมูลจะใช้กับบริการผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคมตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2561 เป็นต้นไป

เอกสารนี้เป็นเนาคู่มือทางเทคนิคที่ให้รายละเอียดของข้อมูลที่ส่งทาง เพื่อที่ข้อมูลจากระบบสารสนเทศของสถานพยาบาลที่ทำงานและประสานกับการให้บริการที่ยังอยู่แล้ว จัดเตรียมเป็นข้อมูลตามรูปแบบที่ทางแพลเพื่อส่งให้หน่วยตรวจรับข้อมูลของสำนักงานประกันสังคม เอกสารนี้เหมาะกับผู้ทำงานด้าน IT ระบบบริการร่วมกับฝ่ายบริหารงานบัญชีรายของสถานพยาบาล ทั้งเพื่อทำความเข้าใจในเนื้อหาและความหมายของข้อมูลที่ถูกต้อง และใช้เป็นเอกสารอ้างอิงได้

+++ เป็นครั้งแรกที่โครงสร้างฯ นี้จะเป็นโครงสร้างเดียวกันกับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ จะใช้ด้วย ลดการสถานพยาบาลที่ต้องทำข้อมูลแยกต่างกันในแต่ละระบบ +++

โครงสร้างฯ **นี้ขยายจากข้อมูล**เบิกผู้ป่วยนอกสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการที่ส่งให้กับสำนักกลางสารสนเทศบริการ**สุขภาพหมาตั้งแต่ปี** 2554 สถานพยาบาลที่ทำระบบเบิกสวัสดิการอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องเรียนรู้ระบบใหม่ทั้งหมด สามารถต่อเติมจากระบบปัจจุบันได้

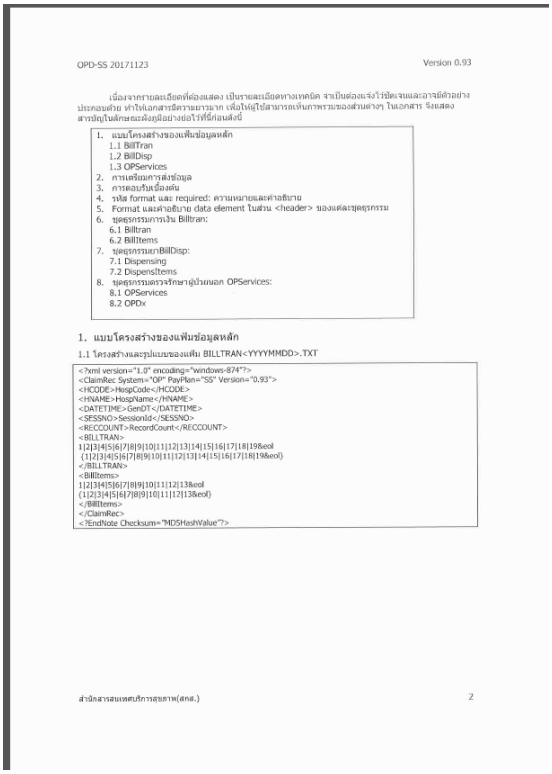
แฟ้มข้อมูลหลัก

แฟ้มข้อมูลธุรกรรมผู้ป่วยนอก นี้ ครอบคลุมระบบบริการที่ให้ข้อมูลสำคัญและสถานพยาบาลมีระบบ**สารสนเทศจัดเก็บข้อมูลได้เป็นส่วนใหญ่ 2 ชุดแรกคือชุดการเงินและ** ยา ขยายจากระบบ OP ของสวัสดิการข้าราชการ **และเพิ่มชุดการตรวจรักษา เป็นชุดที่ 3 ใน version นี้** ข้อมูลและสารสนเทศทางการตรวจรักษาที่มี**ความสำคัญนั้น และมีขยายโครงสร้างที่เป็นมาตรฐานรองรับ** เช่นระบบ lab, ริงสีวินิจฉัย, การทำงานผล และ**บันทึกการรักษา** ยังไม่พร้อมสำหรับ version นี้

ต่อไปนี้เป็นโครงสร้างของชุดข้อมูลธุรกรรม ที่แสดงเป็นภาพรวมทั้ง 3 ชุด สำหรับรายละเอียดของข้อมูลแต่ละ data element ในแต่ละแฟ้มจะเสนอเป็นรายละเอียดในส่วนถัดไป

ประเภทแฟ้ม	เป็นแฟ้ม Text file ชุดความใช้ encoding ISO-8859-11, Windows-874 หรือ TIS-620 (ไม่ใช้ UTF8 encoding) ตามข้อกำหนดของมาตรฐาน xml ได้กำหนดไฟล์ประกาศ <?xml version="1.0" encoding="windows-874"?> ไว้ที่บรรทัดแรกของข้อมูล
เนื้อหาข้อมูล	บันทึกข้อมูลในรูปแบบ XML โดยกำหนด attributes ที่ใช้จำแนกระบบย่อยระบบประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องไว้ใน <ClaimRec> ซึ่งเป็น root element <ClaimRec System="OP" PayPlan="SS" Version="0.93"> ภายใน <ClaimRec> ประกอบด้วยเนื้อหาส่วนต่างดัง ต่อ file header: ให้ข้อมูลหน่วยงาน เวลา ประเภท จำนวน ของชุดธุรกรรมของแฟ้ม transactions: แสดงละเอียดเฉพาะของธุรกรรมแต่ละรายการ และผลสรุปของส่วนย่อยขององค์ประกอบของธุรกรรมนั้นๆ transaction detail: รายการย่อยต่างๆ ของแต่ละ transaction
ส่วนตรวจคำกับ	มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็น xml declaration <?xml version="1.0" encoding="windows-874"?> กรณีที่จะเพิ่มข้อมูลรายชื่อความนี้ รวมบตรวจระสมแต่ แนวทางของประการที่มาใช้ ส่วนที่ 2 เป็น processing instruction <?EndNote Checksum = "MD5HashValue"?> เขียนต่อท้ายของแฟ้มข้อมูล ต่อจาก </ClaimRec> MD5HashValue ได้จากการนำเนื้อหาตั้งแต่ <?xml version ... ถึง &eol หลัง </ClaimRec> มาทำ MD5 digest แล้วแปลงจาก MD5 16 byte เป็น hex-binary string 32 ตำแหน่ง แทน "MD5Hash Value" checksum นี้จะถูกนำมาใช้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาของแฟ้มที่ส่งมา

สำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ(สสส.) 1



OPD-SS 20171123 Version 0.93

เนื่องจากรายละเอียดที่ต้องแสดง เป็นรายละเอียดทางเทคนิค จะเป็นต้องแจ้งไว้มีตัวอย่างประกอบด้วย ทำให้เอกสารมีความยาวมาก เพื่อให้ผู้ใช้สามารถเห็นภาพรวมของส่วนต่างๆ ในเอกสาร จึงแสดงสารบัญในลักษณะต้องดูมีอย่างย่อไว้ที่ก่อนดังนี้

1. แบบโครงสร้างของแฟ้มข้อมูลหลัก
   1.1 BillTran
   1.2 BillDisp
   1.3 OPServices
2. การเตรียมการส่งข้อมูล
3. การตอบรับเบื้องต้น
4. รหัส format และ required: ความหมายและค่าอธิบาย
5. Format และค่าอธิบาย data element ในส่วน <header> ของแต่ละชุดธุรกรรม
6. ชุดธุรกรรมการเงิน BillTran:
   6.1 BillTran
   6.2 BillItems
7. ชุดธุรกรรมยาBillDisp:
   7.1 Dispensing
   7.2 DispensItems
8. ชุดธุรกรรมตรวจรักษาผู้ป่วยนอก OPServices:
   8.1 OPServices
   8.2 OPDx

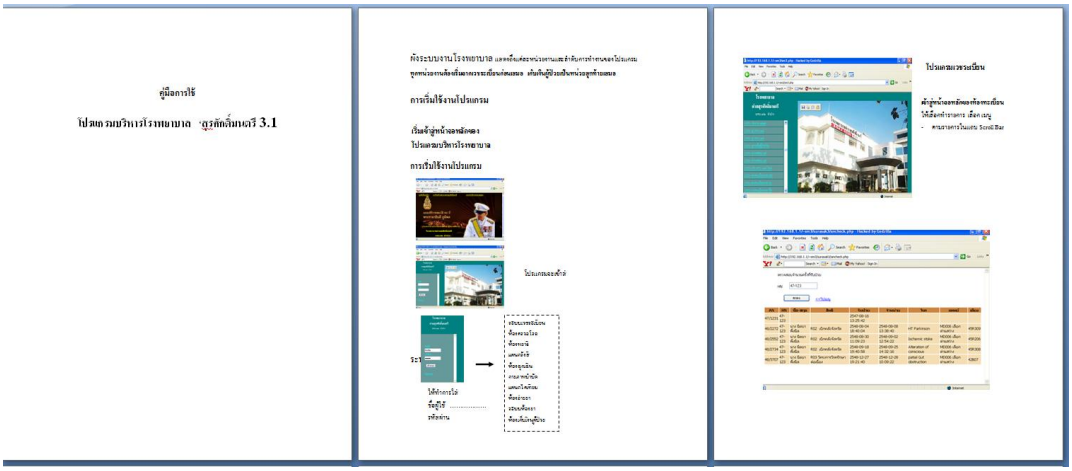
1. แบบโครงสร้างของแฟ้มข้อมูลหลัก

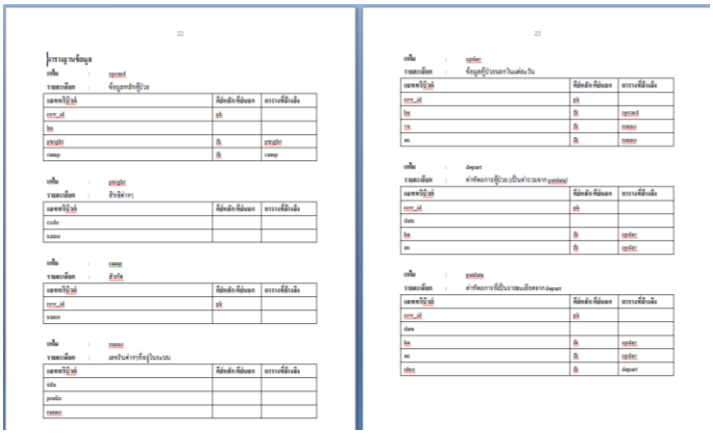
1.1 โครงสร้างและรูปแบบของแฟ้ม BILLTRAN<YYYYMMDD>.TXT

```
<?xml version="1.0" encoding="windows-874"?>
<ClaimRec System="OP" PayPlan="SS" Version="0.93">
<HCODE>HospCode</HCODE>
<HNAME>HospName</HNAME>
<DATETIME>GenDT</DATETIME>
<SESSNO>SessionId</SESSNO>
<RECCOUNT>RecordCount</RECCOUNT>
<BILLTRAN>
1|2|3|4|5|6|7|8|9|10|11|12|13|14|15|16|17|18|19&eol
{1|2|3|4|5|6|7|8|9|10|11|12|13|14|15|16|17|18|19&eol}
</BILLTRAN>
<BillItems>
1|2|3|4|5|6|7|8|9|10|11|12|13&eol
{1|2|3|4|5|6|7|8|9|10|11|12|13&eol}
</BillItems>
</ClaimRec>
<?EndNote Checksum="MD5HashValue"?>
```

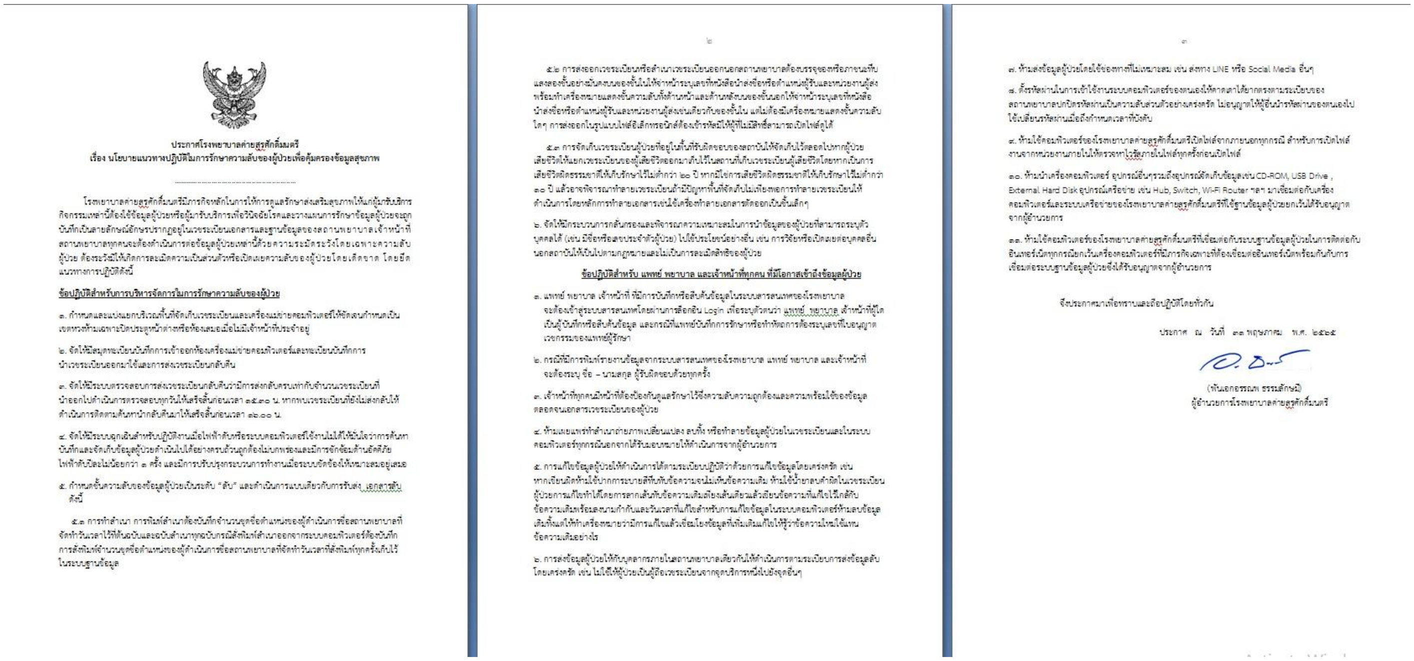
สำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ(สสส.) 2

1.5.4 มาตรฐานการปฏิบัติงานคู่มือการการใช้งานโปรแกรมบริหาร รพ.ค่ายสุรศักดิ์มนตรี





1.5.5 มาตรฐานความปลอดภัยและความลับของผู้ป่วยคำสั่งเรื่องการรักษาความลับของผู้ป่วย รพ.ค่ายสุรศักดิ์มนตรี



ประกาศโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี
เรื่อง นโยบายแนวทางปฏิบัติในการรักษาความลับของผู้ป่วยเพื่อคุ้มครองข้อมูลสุขภาพ

....

โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีมีภารกิจหลักในการให้การดูแลรักษาส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้มารับบริการ กิจกรรมเหล่านี้ต้องใช้ข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการเพื่อวินิจฉัยโรคและวางแผนการรักษาข้อมูลผู้ป่วยจะถูกบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรปรากฏอยู่ในเวชระเบียนเอกสารและฐานข้อมูลของสถานพยาบาลเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลทุกคนจะต้องดำเนินการต่อข้อมูลผู้ป่วยเหล่านี้ด้วยความระมัดระวังโดยเฉพาะความลับผู้ป่วย ต้องระวังมิให้เกิดการละเมิดความเป็นส่วนตัวหรือเปิดเผยความลับของผู้ป่วยโดยเด็ดขาด โดยยึดแนวทางการปฏิบัติดังนี้

ข้อปฏิบัติสำหรับการบริหารจัดการในการรักษาความลับของผู้ป่วย

๑. กำหนดและแบ่งแยกบริเวณพื้นที่จัดเก็บเวชระเบียนและเครื่องแม่ข่ายคอมพิวเตอร์ให้ชัดเจนกำหนดเป็นเขตหวงห้ามเฉพาะปิดประตูหน้าต่างหรือห้องเสมอเมื่อไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำอยู่

๒. จัดให้มีสมุดทะเบียนบันทึกการเข้าออกห้องเครื่องแม่ข่ายคอมพิวเตอร์และทะเบียนบันทึกการนำเวชระเบียนออกมาใช้และการส่งเวชระเบียนกลับคืน

๓. จัดให้มีระบบตรวจสอบการส่งเวชระเบียนกลับคืนว่ามีการส่งกลับครบเท่ากับจำนวนเวชระเบียนที่นำออกไปดำเนินการตรวจสอบทุกวันให้เสร็จสิ้นก่อนเวลา ๑๕.๓๐ น. หากพบเวชระเบียนที่ยังไม่ส่งกลับให้ดำเนินการติดตามค้นหานำกลับคืนมาให้เสร็จสิ้นก่อนเวลา ๑๖.๐๐ น.

๔. จัดให้มีระบบฉุกเฉินสำหรับปฏิบัติงานเมื่อไฟฟ้าดับหรือระบบคอมพิวเตอร์ใช้งานไม่ได้ให้มั่นใจว่าการค้นหาบันทึกและจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยดำเนินไปได้อย่างครบถ้วนถูกต้องไม่บกพร่องและมีการซักซ้อมด้านอัคคีภัยไฟฟ้าดับปีละไม่น้อยกว่า ๑ ครั้ง และมีการปรับปรุงกระบวนการทำงานเมื่อระบบขัดข้องให้เหมาะสมอยู่เสมอ

๕. กำหนดชั้นความลับของข้อมูลผู้ป่วยเป็นระดับ "ลับ" และดำเนินการแบบเดียวกับการรับส่ง เอกสารลับ ดังนี้

๕.๑ การทำสำเนา การพิมพ์สำเนาต้องบันทึกจำนวนชุดชื่อตำแหน่งของผู้ดำเนินการชื่อสถานพยาบาลที่จัดทำวันเวลาไว้ที่ต้นฉบับและฉบับสำเนาทุกฉบับกรณีสั่งพิมพ์สำเนาออกจากระบบคอมพิวเตอร์ต้องบันทึกการสั่งพิมพ์จำนวนชุดชื่อตำแหน่งของผู้ดำเนินการชื่อสถานพยาบาลที่จัดทำวันเวลาที่สั่งพิมพ์ทุกครั้งเก็บไว้ในระบบฐานข้อมูล

๒

๕.๒ การส่งออกเวชระเบียนหรือสำเนาเวชระเบียนออกนอกสถานพยาบาลต้องบรรจุซองหรือภาชนะทึบแสงสองชั้นอย่างมั่นคงบนซองชั้นในให้จ่าหน้าระบุเลขที่หนังสือนำส่งชื่อหรือตำแหน่งผู้รับและหน่วยงานผู้ส่งพร้อมทำเครื่องหมายแสดงชั้นความลับทั้งด้านหน้าและด้านหลังบนซองชั้นนอกให้จ่าหน้าระบุเลขที่หนังสือนำส่งชื่อหรือตำแหน่งผู้รับและหน่วยงานผู้ส่งเช่นเดียวกับซองชั้นใน แต่ไม่ต้องมีเครื่องหมายแสดงชั้นความลับใดๆ การส่งออกในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้องเข้ารหัสมิให้ผู้ที่ไม่มีสิทธิ์สามารถเปิดไฟล์ดูได้

๕.๓ การจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถาบันให้จัดเก็บไว้ตลอดไปหากผู้ป่วยเสียชีวิตให้แยกเวชระเบียนของผู้เสียชีวิตออกมาเก็บไว้ในสถานที่เก็บเวชระเบียนผู้เสียชีวิตโดยหากเป็นการเสียชีวิตผิดธรรมชาติให้เก็บรักษาไว้ไม่ต่ำกว่า ๒๐ ปี หากมิใช่การเสียชีวิตผิดธรรมชาติให้เก็บรักษาไว้ไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปี แล้วอาจพิจารณาทำลายเวชระเบียนถ้ามีปัญหาพื้นที่จัดเก็บไม่เพียงพอการทำลายเวชระเบียนให้ดำเนินการโดยหลักการทำลายเอกสารเช่นใช้เครื่องทำลายเอกสารตัดออกเป็นชิ้นเล็กๆ

๖. จัดให้มีกระบวนการกลั่นกรองและพิจารณาความเหมาะสมในการนำข้อมูลของผู้ป่วยที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ (เช่น มีชื่อหรือเลขประจำตัวผู้ป่วย) ไปใช้ประโยชน์อย่างอื่น เช่น การวิจัยหรือเปิดเผยต่อบุคคลอื่นนอกสถาบันให้เป็นไปตามกฎหมายและไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย

ข้อปฏิบัติสำหรับ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกคน ที่มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

๑. แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ที่มีการบันทึกหรือสืบค้นข้อมูลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล จะต้องเข้าสู่ระบบสารสนเทศโดยผ่านการล็อกอิน Login เพื่อระบุตัวตนว่า แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้ใดเป็นผู้บันทึกหรือสืบค้นข้อมูล และกรณีที่แพทย์บันทึกการรักษาหรือทำหัตถการต้องระบุเลขที่ใบอนุญาตเวชกรรมของแพทย์ผู้รักษา

๒. กรณีที่มีการพิมพ์รายงานข้อมูลจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่จะต้องระบุ ชื่อ – นามสกุล ผู้รับผิดชอบด้วยทุกครั้ง

๓. เจ้าหน้าที่ทุกคนมีหน้าที่ต้องป้องกันดูแลรักษาไว้ซึ่งความลับความถูกต้องและความพร้อมใช้ของข้อมูลตลอดจนเอกสารเวชระเบียนของผู้ป่วย

๔. ห้ามเผยแพร่ทำสำเนาถ่ายภาพเปลี่ยนแปลง ลบทิ้ง หรือทำลายข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียนและในระบบคอมพิวเตอร์ทุกกรณีนอกจากได้รับมอบหมายให้ดำเนินการจากผู้อำนวยการ

๕. การแก้ไขข้อมูลผู้ป่วยให้ดำเนินการได้ตามระเบียบปฏิบัติว่าด้วยการแก้ไขข้อมูลโดยเคร่งครัด เช่น หากเขียนผิดห้ามใช้ปากการะบายสีทึบทับข้อความจนไม่เห็นข้อความเดิม ห้ามใช้น้ำยาลบคำผิดในเวชระเบียนผู้ป่วยการแก้ไขทำได้โดยการลากเส้นทับข้อความเดิมเพียงเส้นเดียวแล้วเขียนข้อความที่แก้ไขไว้ใกล้กับข้อความเดิมพร้อมลงนามกำกับและวันเวลาที่แก้ไขสำหรับการแก้ไขข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ห้ามลบข้อมูลเดิมทิ้งแต่ให้ทำเครื่องหมายว่ามีการแก้ไขแล้วเชื่อมโยงข้อมูลที่เพิ่มเติมแก้ไขให้รู้ว่าข้อความใหม่ใช้แทนข้อความเดิมอย่างไร

๖. การส่งข้อมูลผู้ป่วยให้กับบุคลากรภายในสถานพยาบาลเดียวกันให้ดำเนินการตามระเบียบการส่งข้อมูลลับโดยเคร่งครัด เช่น ไม่ใช้ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ถือเวชระเบียนจากจุดบริการหนึ่งไปยังจุดอื่นๆ

๓

๗. ห้ามส่งข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้ช่องทางที่ไม่เหมาะสม เช่น ส่งทาง LINE หรือ Social Media อื่นๆ

๘. ตั้งรหัสผ่านในการเข้าใช้งานระบบคอมพิวเตอร์ของตนเองให้คาดเดาได้ยากตรงตามระเบียบของสถานพยาบาลปกปิดรหัสผ่านเป็นความลับส่วนตัวอย่างเคร่งครัด ไม่อนุญาตให้ผู้อื่นนำรหัสผ่านของตนเองไปใช้เปลี่ยนรหัสผ่านเมื่อถึงกำหนดเวลาที่บังคับ

๙. ห้ามใช้คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีเปิดไฟล์จากภายนอกทุกกรณี สำหรับการเปิดไฟล์งานจากหน่วยงานภายในให้ตรวจหาไวรัสภายในไฟล์ทุกครั้งก่อนเปิดไฟล์

๑๐. ห้ามนำเครื่องคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์อื่นๆรวมถึงอุปกรณ์จัดเก็บข้อมูลเช่น CD-ROM, USB Drive , External Hard Disk อุปกรณ์เครือข่าย เช่น Hub, Switch, Wi-Fi Router ฯลฯ มาเชื่อมต่อกับเครื่องคอมพิวเตอร์และระบบเครือข่ายของโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีที่ใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยยกเว้นได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ

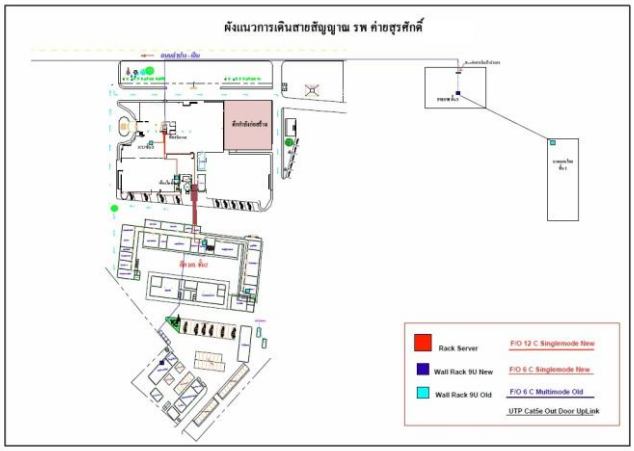
๑๑. ห้ามใช้คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีที่เชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยในการติดต่อกับอินเทอร์เน็ตทุกกรณียกเว้นเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีภารกิจเฉพาะที่ต้องเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตพร้อมกันกับการเชื่อมต่อระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยซึ่งได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ

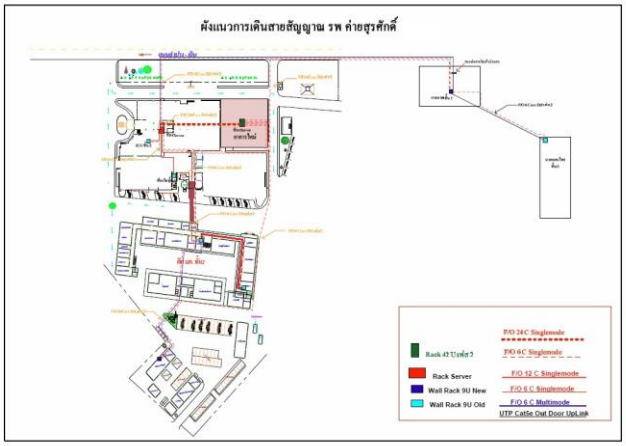
จึงประกาศมาเพื่อทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน

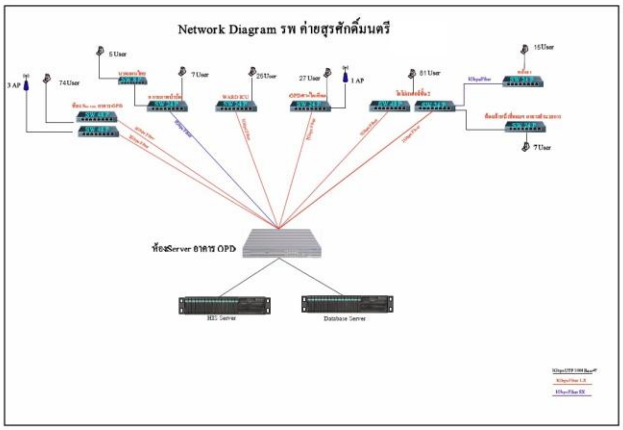
ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

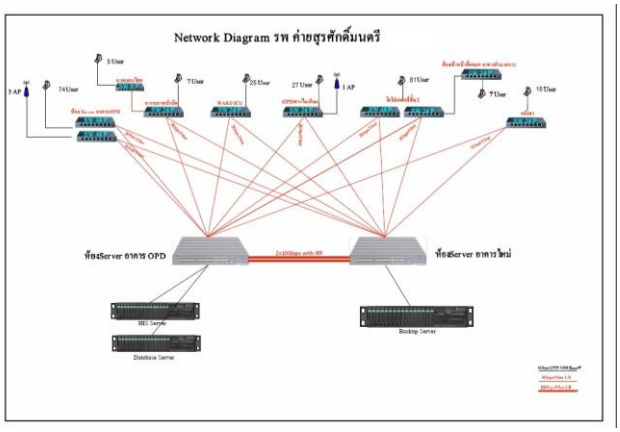
(พันเอกอรรณพ ธรรมลักษมี)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี

1.5.6 มาตรฐานระบบเครือข่าย เอกสารผังเครือข่าย รพ.ค่ายสุรศักดิ์มนตรี



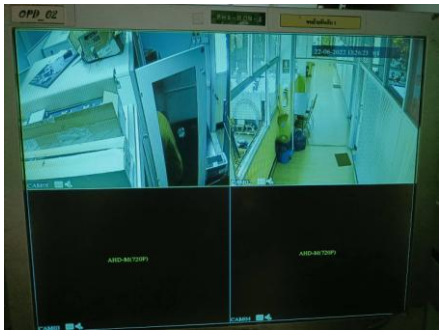






1.5.7 มาตรฐานทางกายภาพและสภาพแวดล้อม รพ.ค่ายสุรศักดิ์มนตรี

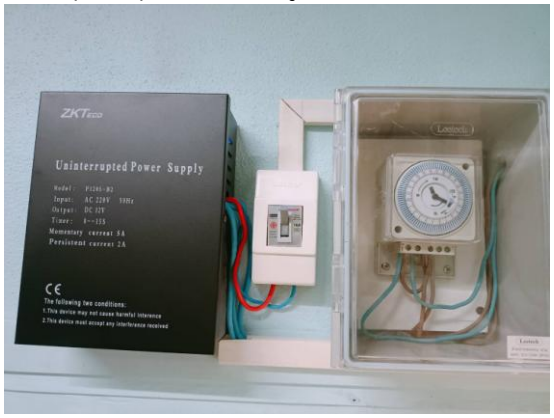
1. อุปกรณ์รักษาความปลอดภัยใน - นอกห้อง datacenter กล้องวงจรปิด CCTV จำนวน 2 ตัว

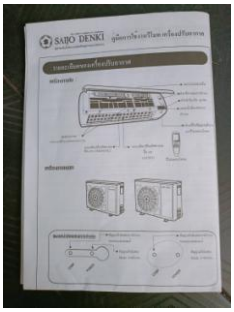


2. อุปกรณ์ดับเพลิงแบบ Manual ติดตั้งด้านนอกห้องจำนวน 1 ถัง
พร้อมคู่มือการใช้งาน

3. ระบบรักษาความปลอดภัยการเข้าออกห้อง Datacenter
ด้วย 2 วิธีการ1.การสแกนลายนิ้วมือ 2 การป้อนรหัสลับ

4. อุปกรณ์วัดความเย็นและความชื้นจำนวน 1 อัน
เครื่องปรับอากาศ Air conditioner จำนวน 2 เครื่องทำงานสลับกัน
ด้วยชุดควบคุมอัตโนมัติพร้อมคู่มือการใช้งาน





5. พัดลมระบายอากาศ จำนวน 1 ตัว

6. ชุดอุปกรณ์ควบคุมไฟฟ้า Breaker

7. สภาพโดยทั่วไปของห้อง Datacenter