1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อให้บุคลากรมีเป็นแนวทางปฏิบัติเรื่อง การปกปิดความลับของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นหน้าที่ของบุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐท.สส.

1.2 เป็นเครื่องมือในการกำกับให้ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ และจริยธรรมที่ดีงาม

2. ขอบข่าย

คลอบคลุมบุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐท.สส.

3. นิยาม

ข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ (personal health information) ข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย หรือข้อมูลสุขภาพ หมายความว่า ข้อมูลทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคมของผู้ที่ระบุตัวบุคคลได้ โดยเฉพาะข้อมูลเวชระเบียน ประวัติสุขภาพผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสาธารณสุข เช่น ข้อมูลทางคลินิก (clinical information) ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและตรวจรักษา ภาพถ่าย วิดีโอ เทปบันทึกเสียงหรือภาพอื่น ๆ ของผู้ป่วย หรือข้อมูลอื่นใดที่อาจถูกใช้และสามารถระบุตัวผู้ป่วยโดยตรงหรือโดยอ้อม

ความลับของผู้ป่วย หมายถึง ข้อมูลผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งถ้าข้อมูลนั้นถูกเปิดเผยไปยังผู้ไม่เกี่ยวข้อง อาจนำไปสู่อันตราย ความอับอาย หรือความเสื่อมเสียแก่ตน และครอบครัว เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคที่สังคมรังเกียจไม่ยอมรับ ผู้ป่วยจิตเวช หรือการมาโรงพยาบาลด้วยภาวะต่างๆ ทั้งนี้ขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วยในการปกปิดความลับเป็นต้น

บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และผู้ปฏิบัติงานที่ให้บริการสาธารณสุขหรือบริการสุขภาพที่มีกฎหมายรับรอง

4. ผู้รับผิดชอบ

บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐท.สส.

5. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

5.1 การจัดเก็บ การรักษาความปลอดภัย

5.1.1 แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยจัดเก็บที่ห้องเวชระเบียนซึ่งเป็นสถานที่เฉพาะและเป็นสัดส่วนจำกัดการเข้าถึงและให้สิทธิเฉพาะเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียนในการค้นหาและจัดเก็บแฟ้มเวชระเบียนเท่านั้นและห้ามบุคคลภายนอกเข้าไปโดยไม่ได้รับอนุญาต

5.1.2 เวชระเบียนผู้ป่วยนอก และใน จัดแยกเก็บตามปี พ.ศ.ตามลำดับหมายเลข HN เรียงจากน้อยไปหามาก โดยมีการแยกแถบสี ที่ OPD Card และในแต่ละชั้นเก็บของแต่ละปี จะระบุข่วงหมายเลข HN เรียงจากน้อยไปหามาก เพื่อป้องกันความสับสนในการค้นหา และจัดเก็บเวชระเบียน เอื้อต่อการค้นหา

5.1.3 การทำลายแฟ้มเวชระเบียนจะทำลายเมื่อขาดการติดต่อนานเกิน ๑๐ ปี

5.1.4 การทำลายเวชระเบียนในรูปแบบเอกสาร (Scan) จะทำลายเมื่อครบ ๕ ปี

5.1.5 มีห้องเก็บ Server แยกเก็บ HOSxP ของโรงพยาบาล ควบคุม และดูแลโดยแผนกสารสนเทศ

5.1.6 แฟ้มเวชระเบียนที่ได้รับการร้องขอหรือรับป่วยนำส่งโดยเจ้าหน้าที่เท่านั้น

5.2 การปกปิดความลับของผู้ป่วยที่จัดเก็บในคอมพิวเตอร์

5.2.1 จัดวางหน้าจอเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ให้อยู่ในตำแหน่งที่มองเห็นได้เฉพาะเจ้าหน้าที่เท่านั้น และไม่เปิดหน้าจอที่มีข้อมูลของผู้ป่วยค้างไว้

5.2.2 ปิดโปรแกรมทุกครั้งภายหลังการบันทึก หรือสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยสิ้นสุดลง

5.2.3 เจ้าหน้าที่ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วย มีหน้าที่รักษาความลับของผู้ป่วยโดยมี Username/Password ในการเข้าถึงข้อมูลแต่ละโปรแกรม

5.2.4 รหัส Username/Password ต้องเก็บรักษาเป็นความลับ ห้ามมิให้บุคคลอื่นนำไปใช้

5.2.5 ไม่สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของตนเอง

5.2.6 กำหนดสิทธิ์ของผู้เข้าถึงข้อมูลและมีการกำหนดชั้นความลับของข้อมูลในโปรแกรม ระบบโรงพยาบาล ดังนี้

* กำหนดสิทธิในการใช้งานโปรแกรม ระบบโรงพยาบาล (HOSxP)
* กำหนดสิทธิในการเข้าถึง/แก้ไข/เพิ่ม/ลบ พิมพ์ ข้อมูลทะเบียนประวัติส่วนตัวของผู้ป่วย
* กำหนดสิทธิในการเข้าถึง/แก้ไข/เพิ่ม/ลบ พิมพ์ ข้อมูลทะเบียนประวัติการเข้ารับบริการของผู้ป่วย
* กำหนดสิทธิในการเข้าถึง/แก้ไข/เพิ่ม/ลบ ข้อมูลงานเอกสาร

5.3 ระบบการเข้าถึง และการรักษาความลับ

5.3.1 การกำหนดผู้มีสิทธิและจัดลำดับชั้นการเข้าถึงข้อมูลได้สะดวกและรวดเร็ว

5.3.2 ผู้ที่มีสิทธิเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของงานเวชระเบียน แพทย์ และทีมดูแลผู้ป่วย ผู้บริหาร และผู้ประเมินคุณภาพโรงพยาบาล

5.3.3 เอกสารเวชระเบียน ปฏิบัติตามระเบียบการยืมคืนเอกสารเวชระเบียน (FM-MRS-008)

5.3.4 เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ปฏิบัติตามการเข้าถึงเวชระเบียน

5.3.5 การเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนให้รหัสเฉพาะแพทย์ และทีมผู้ทำการรักษา หากเป็นบุคคลอื่นต้องได้รับการอนุญาตจาก ผอ.รพ.ฯเป็นลายลักษณ์อักษร และระบุระยะเวลาในการเข้าถึง

5.4 การปกปิดความลับผู้ป่วยในระหว่างปฏิบัติงาน

5.4.1 ชี้แจงผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นในการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งหมดตามความเป็นจริงแก่ทีมผู้ดูแลรักษาเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการรักษา

5.4.2 แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าข้อมูลผู้ป่วยจะได้รับการปกปิดความลับ จะไม่นำข้อมูลผู้ป่วยไปเปิดเผยแก่บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล โดยปราศจากความยินยอมของผู้ป่วย เว้นแต่จะเป็นการปฏิบัติตามกฎหมาย

5.4.3 จะไม่นำข้อมูลของผู้ป่วยมาพูดคุยสนทนาทั้งในขณะทำงานและนอกเวลาทำงานซึ่งไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย

5.4.4 ไม่ให้ข้อมูลของผู้ป่วยแก่ผู้อื่นทางโทรศัพท์ เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม และควรตรวจสอบจนแน่ใจว่าเป็นบุคคลที่มีสิทธิ์ในการรับทราบข้อมูลผู้ป่วย

5.5 แนวทางการปกปิดข้อมูลเวชระเบียนที่มีความเสี่ยง

กำหนดข้อมูลเวชระเบียนที่ต้องการปกปิด ได้แก่

5.5.1 ผลการตรวจ HIV : ไม่มีการรายงานผลในเวชระเบียนอิเล็คทรอนิกส์ ผลตรวจใส่ซองปิดผนึก สามารถเปิดดูผลได้เฉพาะแพทย์/พยาบาลห้องตรวจ

5.5.2 ประวัติผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยอื่นๆ ที่ผู้ป่วยต้องการปกปิด หรือแพทย์ต้องการปกปิด :

* กรณีเป็นผู้ป่วยนอก

- บันทึกในคอมพิวเตอร์ในระบบ HOSxP ให้ปกปิดเฉพาะประวัติการตรวจร่างกาย และคำสั่งการรักษา แต่ชื่อยาในระบบคอมพิวเตอร์ (HOSxP) สามารถบันทึก และดูได้ปกติ
- บันทึกการตรวจร่ายกายในคอมพิวเตอร์ ระบบ HOSxP ระบุ **000**
- บันทึกการตรวจร่างกาย และคำสั่งการรักษาลงในบัตรบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วย และใบสั่งยา (FM-MRS-017) เมื่อเสร็จสิ้นการรักษาแล้วนำแบบบันทึกการตรวจรักษาและใบสั่งยาใส่ซองปิดผนึก หน้าซองระบุ “ประวัติแยกเก็บ” นำส่งแผนกเวชระเบียน
- แผนกเวชระเบียนจัดทำแฟ้มเวชระเบียนขึ้นใหม่ โดยแยกเก็บแฟ้มเวชระเบียนที่ปกปิดเข้าตู้แยกเก็บเวชระเบียน
- เมื่อได้รับการร้องขอประวัติ จนท.เวชระเบียนนำแฟ้มประวัติใส่ซองปิดผนึก นำส่งให้ผู้ที่ร้องขอแฟ้มประวัติโดยตรง

* กรณีเป็นผู้ป่วยใน

- เมื่อผู้ป่วยจำหน่าย หอผู้ป่วยดำเนินการตามขั้นตอนจำหน่ายเรียบร้อย ให้หอผู้ป่วยนำแฟ้มเวชระเบียนใส่ซองปิดผนึกนำส่งที่แผนกเวชระเบียน (ไม่ต้องนำส่งสำนักงานสิทธิประโยชน์)
- แผนกเวชระเบียนนำแฟ้มเวชระเบียนที่ปกปิดเข้าตู้แยกเก็บเวชระเบียน
- ถ้าในแฟ้มเวชระเบียนนั้นมีการรับป่วยหลายครั้ง แผนกเวชระเบียนทำใบคั่นสี สอดใส่แทนเมื่อนำเวชระเบียนแยกเก็บออก เพื่อสื่อสารให้ทราบว่ามีประวัติแยกเก็บ

5.6 การปกปิดความลับ กรณีนำเสนอข้อมูลต่อสาธารณะ

5.6.1 การนำข้อมูลหรือภาพของผู้ป่วยมาแสดงต่อสาธารณะ กรณีนำเสนอต่อที่ประชุม ใช้ประกอบการเขียนตำรา หนังสือ รายงาน หรือบทความ หรือใช้สำหรับการเรียนการสอน ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วย โดยต้องปกปิดชื่อ-สกุล ใบหน้า รวมถึงไม่นำเสนอข้อมูลในลักษณะที่สามารถสืบค้นไปถึงชื่อ-สกุล ของผู้ป่วยได้ในภายหลัง

5.6.2 การให้ข้อมูลหรือภาพของผู้ป่วยแก่สื่อมวลชน จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบธรรมจากผู้ป่วยเท่านั้น

5.6.3 กรณีต้องการผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย จะต้องขออนุญาตผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบธรรมก่อน นักวิจัยจึงสามารถเข้าพบกลุ่มตัวอย่างได้ โดยต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัยโดยอิสระ รวมทั้งมีสิทธิในการปกปิดชื่อ-สกุลและข้อมูลที่ไม่ต้องการให้เปิดเผย

5.6.4 การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ข้อมูลของผู้ป่วยจะต้องไม่นำเสนอในลักษณะที่สามารถสืบค้นถึงชื่อ-สกุล ของผู้ป่วยได้ในภายหลัง

5.7 การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลเวชระเบียน

5.7.1 เมื่อบุคคลภายนอกขอข้อมูลการตรวจรักษาของผู้ป่วย ต้องปฏิบัติตามแนวทางการขอประวัติการรักษา (PM-ADM-001) และต้องได้รับการอนุมัติการให้ข้อมูลจาก รอง ผอ.รพ.ฝ่ายการรักษา

5.7.2 บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วย เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องตรวจที่มีหน้าที่รักษาข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยเป็นความลับ ห้ามนำข้อมูลของผู้ป่วยไปให้แก่บุคคลอื่น แม้จะเป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วยก็ตาม ยกเว้นเมื่อได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยเท่านั้น

5.8 แนวทางการเปิดเผยข้อมูลในเวชระเบียนภายหลังการปกปิด

5.8.1 การกำหนดผู้มีสิทธิเปิดเผยข้อมูล : ผอ.รพ.ฯ หรือ รอง ผอ.รพ.ฯ ที่ได้รับการมอบหมาย หรือมอบอำนาจ

5.8.2 ในกรณีฉุกเฉินให้สิทธิในการเข้าถึงเฉพาะแพทย์ผู้ร้องขอให้เปิดประวัติเวชระเบียน

5.8.3 มีหมายเรียกจากศาลยุติธรรม ซึ่งโรงพยาบาลมีความจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูล

5.8.4 ผู้ป่วยเป็นผู้อนุญาตให้เปิดเผย

5.9 ข้อยกเว้นสำหรับการปกปิดความลับ

การเปิดเผยความลับสามารถกระทำได้โดยไม่ขัดต่อกฎหมายในกรณีที่ผู้ป่วยยินยอม และกรณีอื่นๆ ดังต่อไปนี้

5.9.1 ในภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน

5.9.2 ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะไร้ความสามารถ

5.9.3 เพื่อปกป้องผู้อื่นจากอันตราย หรือเพื่อประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวม

5.9.4 เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย เช่นการเปิดเผยให้บุคลากรในทีมสุขภาพ ที่มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

5.9.5 เมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย เช่น การรายงานโรคติดต่อ เป็นต้น

5.10 จำกัดตัวบุคคลหรือบุคลากรที่มีสิทธิในการรับรู้ข้อมูลหรือให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ

5.10.1 การจำกัดสิทธิในการรับรู้ข้อมูลหรือให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้รับบริการในแฟ้มเวชระเบียน

5.10.2 การขอข้อมูลประวัติในแฟ้มเวชระเบียน ให้ปฏิบัติตามแนวทางการขอประวัติการรักษา

5.10.3 ควรหลีกเลี่ยงการนำเรื่องผู้ป่วยเข้าประชุมปรึกษาหารือกับกลุ่มบุคคลอื่น ที่อยู่นอกวิชาชีพทางการแพทย์ ไม่ควรเปิดเผยชื่อ นามสกุล

5.10.4 การให้ข้อมูลหรือตอบคำถามเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น ประชาสัมพันธ์ ควรจะต้องระมัดระวัง และตรวจสอบผู้ที่ถามนั้นว่า เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไรก่อนให้ข้อมูลตามความจำเป็น และตามขอบเขตที่ได้รับอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย

5.10.5 เจ้าหน้าที่ของแผนกเวชระเบียนทุกคนมีสิทธิที่จะเข้าถึงแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในได้ โดยทุกคนจะได้รับการอบรมในเรื่องการรักษาข้อมูลผู้ป่วย จรรยาบรรณของเจ้าหน้าที่เวชระเบียน ในการเปิดเผยข้อมูล ไม่ว่าจะเป็นทางโทรศัพท์หรือการขอดู

5.10.6 ความรับผิดและปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางนี้ หรือจากการนำรหัสผู้ใช้งานและรหัสผ่านให้บุคคลอื่นไปใช้งาน ผู้ที่มีชื่อเจ้าของรหัสผู้ใช้งานและรหัสผ่านนั้นๆจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียว

6.เอกสารอ้างอิง

6.1.พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 7

“มาตรา 7 ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรง หรือมีกฎหมายเฉพาะ บัญญัติให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่ากรณีใดๆ ผู้ใดจะอาศัยอานาจหรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการหรือกฎหมายอื่นเพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่ของตนไม่ได้”

6.2 คำประกาศ "สิทธิ" และ "ข้อพึงปฏิบัติ" ของผู้ป่วย ออกโดย 6 สภาวิชาชีพ ประกาศ ณ วันที่ 12 สิงหาคม 2558 “ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย”

7.บันทึก

ชื่อบันทึก	รหัสเอกสาร	อายุจัดเก็บ	ผู้รับผิดชอบ	สถานที่เก็บเอกสาร