

**รายงานสรุปผลการจัดโครงการ ยกกระดับมาตรฐานระบบบริการสารสนเทศ
โรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา สู่มาตรฐานสากลปี ๒๕๖๗
ระหว่างวันที่ ๒๒-๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗
ณ ห้องประชุมยี่งอริंगा โรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา**

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ด้วยข้าพเจ้า นายชุลกีพลี สาหะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กลุ่มงานแผนยุทธศาสตร์ฯ โรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา **ได้จัดโครงการ** ยกกระดับมาตรฐานระบบบริการสารสนเทศโรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา สู่มาตรฐานสากลปี 2567 **กิจกรรมที่ 1** ประชุมชี้แจงนโยบายและมาตรการการดำเนินงานพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การป้องกันด้าน Cyber Security และ พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลให้กับบุคลากรโรงพยาบาล **ในวันที่** 22-23 กุมภาพันธ์ 2567 ณ ห้องประชุมยี่งอริंगा โรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

บัดนี้ การจัดกิจกรรม 1 ประชุมชี้แจงนโยบายและมาตรการการดำเนินงานพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การป้องกันด้าน Cyber Security และ พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลให้กับบุคลากรโรงพยาบาลเสร็จสิ้น จึงขอรายงานวัตถุประสงค์และสรุปเนื้อหาการประชุมดังนี้

1. เพื่อให้บุคลากรรับรู้และเข้าใจนโยบายและมาตรการความปลอดภัยของสารสนเทศโรงพยาบาล
2. เพื่อยกระดับความปลอดภัยของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล
3. เพื่อรับการประเมินมาตรฐานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล (HA-IT)

2. กลุ่มเป้าหมายโครงการ/กิจกรรมการดำเนินงาน

ลำดับที่	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนที่กำหนด	จำนวนเข้าร่วม	คิดเป็นร้อยละ
1.	เจ้าหน้าที่งานสารสนเทศและบุคลากรโรงพยาบาลยี่งอฯ	200 คน	200 คน	ร้อยละ 100

3. งบประมาณและค่าใช้จ่ายโครงการ/กิจกรรมการดำเนินงาน

งบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ไปพลางก่อน งบดำเนินงาน งวดที่ ๑ แผนงานยุทธศาสตร์ การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี โครงการพระราชดำริ และเฉลิมพระเกียรติ (๒๑๐๐๒๓๒๐๐๑๘๗๐๒๐๐๐๐๐๐) กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงานตามโครงการพระราชดำริและเฉลิมพระเกียรติ (๒๑๐๐๒๖๖๘๒๒๐๐๐๐๐๐) งบดำเนินงาน แหล่งของเงิน (๖๗๑๑๒XX) สนับสนุนการดำเนินงานตามโครงการพระราชดำริและเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จำนวน ๒๖,๐๐๐ บาท (สองหมื่นหกพันบาทถ้วน) มีรายละเอียดดังนี้

ลำดับที่	ค่าใช้จ่าย	รายละเอียด	เป็นเงิน
1.	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม	๒๕ บาท x ๒๐๐ คน x ๒ มื้อ	10,000
2.	ค่าอาหารกลางวัน	๘๐ บาท x ๒๐๐ คน x ๑ มื้อ	16,000
รวมเบิกจ่ายเป็นเงิน			26,000 บาท

หมายเหตุ : กลุ่มเป้าหมายและค่าใช้จ่ายทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยกันได้

4. สรุปการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมการดำเนินงาน (พร้อมรูปภาพประกอบ)

การประชุมชี้แจงนโยบายและมาตรการการดำเนินงานพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การป้องกันด้าน Cyber Security และ พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลให้กับบุคลากรโรงพยาบาล โดยวิทยากร นายแอนซอรี อาลี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เพื่อชี้แจงนโยบายการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลสู่การเป็นโรงพยาบาลดิจิทัล ภายใต้นโยบาย Quick win ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยงานสารสนเทศของโรงพยาบาลได้มีการประกาศนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านความปลอดภัยของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล โดยมีเนื้อหาสรุปดังนี้

1. โรงพยาบาลกำหนดแผนแม่บทเทคโนโลยีและสารสนเทศ (IT Master Plan) ของโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ และเข็มมุ่งของโรงพยาบาล มีการสื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติทุกระดับ ดำเนินการตามแผน และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

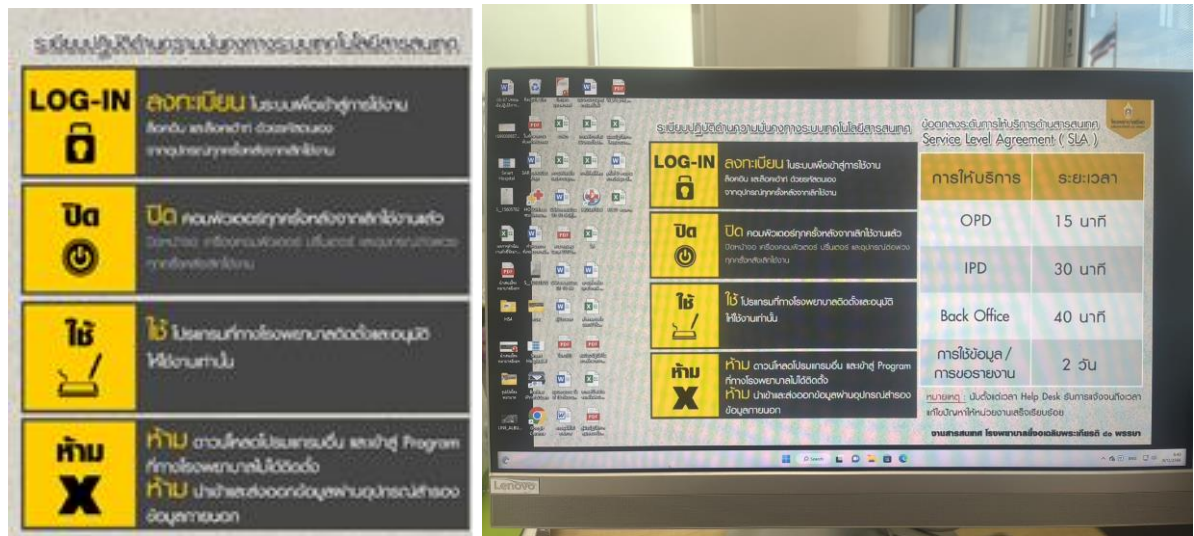
2. โรงพยาบาลจะดำเนินการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลระบบสารสนเทศตามแนวทางปฏิบัติ ลดความเสี่ยงด้านการถูกโจมตีจากสิ่งคุกคามภายนอก และเพื่อปกป้องและรักษาความลับของผู้ใช้งานรวมถึงข้อมูลผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

3. โรงพยาบาลกำกับ และควบคุมการใช้งานระบบสารสนเทศของบุคลากรในโรงพยาบาลให้เป็นไปอย่างเหมาะสม และจำกัดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลเท่าที่จำเป็น เพื่อลดโอกาสการนำข้อมูลของโรงพยาบาลไปใช้ในทางเสียหาย

4. โรงพยาบาลจะบริหารจัดการระบบสารสนเทศให้ทั่วถึงและเพียงพอต่อความต้องการใช้งานของบุคลากรและผู้รับบริการในโรงพยาบาล เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ และมีระเบียบปฏิบัติเพื่อช่วยให้ผู้ใช้บริการ ได้รับทราบถึงหน้าที่และความรับผิดชอบในการใช้ระบบคอมพิวเตอร์และระบบเครือข่าย รวมทั้งทำความเข้าใจตลอดจนปฏิบัติตามเพื่อเป็นการป้องกันทรัพยากรและข้อมูลของหน่วยงานให้มีความลับ ความถูกต้องและมีความพร้อมใช้งานอยู่เสมอ โรงพยาบาลยิ่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ได้กำหนดระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องลงทะเบียนในระบบเพื่อเข้าสู่การใช้งาน เช่น การเข้าหน้าจอคอมพิวเตอร์ และระบบโปรแกรมที่ทางโรงพยาบาลประกาศใช้ได้แก่ ระบบ HosXE, ระบบ Hos-office ระบบ ThaiRefer เป็นต้น รวมถึงการขอรหัสใน WIFI เพื่อการเข้าสู่การใช้งานระบบอินเทอร์เน็ต

2. รหัสผ่านให้ใช้เฉพาะตัวบุคคลเท่านั้น กรณีหน่วยงานที่ต้องมีรหัสเพื่อใช้ในหน่วยงาน ทางผู้ดูแลระบบจะทำการพิจารณาในการให้รหัสแต่ละหน่วยงานนั้นๆ
3. กรณีไม่ได้ใช้งานควรออกจากระบบโปรแกรมทุกครั้ง
4. คอมพิวเตอร์สำนักงานให้ใช้โปรแกรมที่ทางโรงพยาบาลติดตั้งและอนุมัติให้ใช้งานเท่านั้น ห้ามดาวน์โหลดโปรแกรมอื่นและเข้าสู่โปรแกรมที่ทางโรงพยาบาลไม่ได้ติดตั้ง
5. ไม่อนุญาตนำเข้าและส่งออกข้อมูลผ่านอุปกรณ์สำรองข้อมูลภายนอก เช่น Flash Drive, External Drive เป็นต้น โดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ดูแลระบบ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยระบบสารสนเทศ

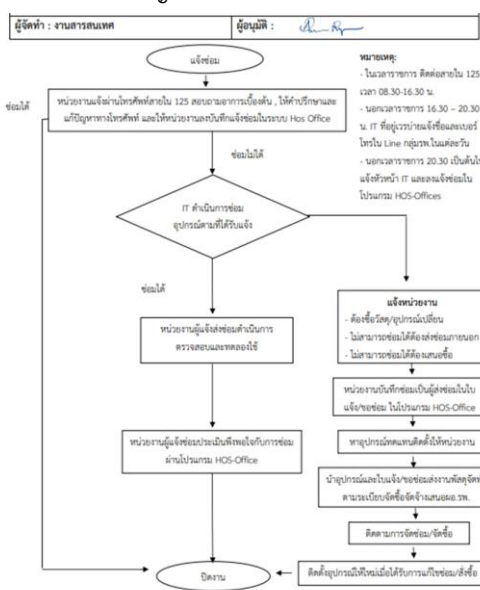
ด้านแนวทางปฏิบัติการให้คำปรึกษาทางไลน์ มีดังนี้

การให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยผ่านโปรแกรมไลน์ (Line) ในปัจจุบัน โรงพยาบาลเชียงใหม่พระเกียรติ ๘๐ พรรษา มีการให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยผ่านทางโปรแกรมไลน์ (line) และข้อมูลส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยนั้น เมื่อถูกส่งออกไปแล้วมีโอกาสที่จะถูกคัดลอกและเผยแพร่กันไป จะทำให้เกิดการเปิดเผยข้อมูลความลับผู้ป่วย ซึ่งอาจตามมาด้วยการฟ้องร้อง ดังนั้นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้โปรแกรมไลน์ในการให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและรักษาความลับผู้ป่วย ทางโรงพยาบาลเชียงใหม่พระเกียรติ ๘๐ พรรษา จึงมีแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรในการให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยผ่านโปรแกรมไลน์ (Line) ดังนี้

1. ส่งข้อมูลผู้ป่วยในการให้คำปรึกษาทางไลน์ (Line) ในลักษณะบุคคลต่อบุคคลหลีกเลี่ยงการใช้ไลน์กลุ่ม(Line group) ถ้าไม่จำเป็นเพื่อป้องกันข้อมูลรั่วไหล
2. กำหนดไลน์กลุ่ม (Group Line) ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสื่อสารและส่งข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การควบคุมของฝ่ายสารสนเทศและกรรมการความเสี่ยง เพื่อขึ้นทะเบียนและกำหนดผู้ดูแลและผู้ตรวจสอบที่ชัดเจน

3. การกำหนดสมาชิกในไลน์กลุ่ม (Group Line) ควรจำกัดเฉพาะกลุ่มวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหรือเป็นผู้ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลยิ่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษาเท่านั้น
4. สมาชิกในกลุ่มรับทราบข้อตกลงและแนวทางปฏิบัติในการรักษาข้อมูลความเป็นส่วนตัวและความลับของผู้ป่วย
5. เคารพและปกป้องความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยงดเว้นการถ่ายภาพที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรายงานหรือการขอคำปรึกษา
6. การถ่ายภาพ บันทึกภาพ ต้องได้รับอนุญาตจากบุคคลในภาพก่อนเสมอ การสื่อสารใด ๆ ที่เกิดขึ้นในระบบการให้คำปรึกษาห้ามนำไปเผยแพร่สู่สาธารณชน
8. การส่งข้อมูลทั้งภาพและข้อความที่เป็นการระบุตัวผู้ป่วย เมื่อได้รับการตอบสนองในการขอคำปรึกษาเรียบร้อยแล้วให้ลบข้อมูลให้เร็วที่สุดหรือภายใน 24 ชั่วโมงในไลน์กลุ่ม (Group Line) โดยผู้ดูแลระบบไม่ควรสำรองข้อมูลไว้ในหน่วยความจำ
9. มีการกำหนดรหัสผ่านการใช้โทรศัพท์มือถือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยของหน่วยงาน
10. แนวทางปฏิบัติที่กล่าวมาข้างต้น อยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ดูแลระบบและสมาชิกต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด
11. หากพบว่าข้อมูลข่าวสารอาจกระทบต่อภาพลักษณ์องค์กรหรือเกิดความเสียหายในลักษณะต่าง ๆ ผู้บังคับบัญชาดำเนินการทางวินัยตามความเหมาะสม

ด้านแนวทางการจัดการบริการ (Service Level Agreements : SLA) และข้อตกลง เมื่อระบบสารสนเทศโรงพยาบาลมีปัญหา



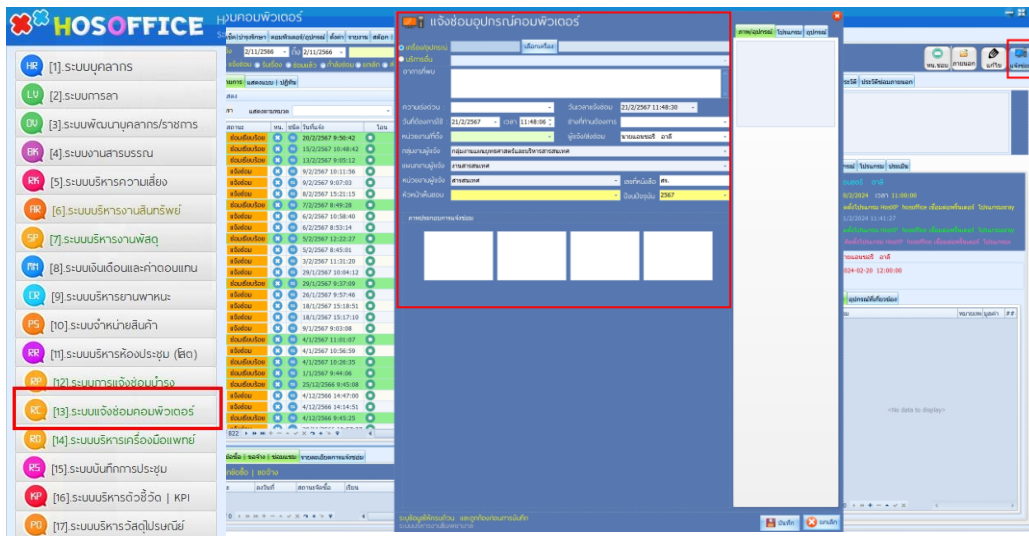
ข้อตกลงระดับการให้บริการด้านสารสนเทศ Service Level Agreement (SLA)	
การให้บริการ	ระยะเวลา
OPD	15 นาที
IPD	30 นาที
Back Office	40 นาที
การใช้ข้อมูล / การขอรายงาน	2 วัน

หมายเหตุ : นับตั้งแต่วิเวลา Help Desk รับการแจ้งจนถึงเวลาแก้ไขปัญหาให้หน่วยงานเสร็จเรียบร้อย

แผนภาพที่ 2 แสดงแนวทางการจัดการบริการ (Service Level Agreements : SLA) และข้อตกลง

การชี้แจง ระบบการแจ้งซ่อมอุปกรณ์เครื่องคอมพิวเตอร์ผ่าน โปรแกรม Hos Office

1. Log in โปรแกรม Hos Office ด้วยรหัสส่วนบุคคล
2. เลือก Function ที่ 13 เรื่องระบบแจ้งซ่อมเครื่องคอมพิวเตอร์
3. เลือกปุ่ม แจ้งซ่อม
4. กรอกข้อมูลและรายละเอียดให้ครบถ้วน ดังภาพแนบ



แผนภาพที่ 3 แสดงขั้นตอนการแจ้งซ่อมอุปกรณ์เครื่องคอมพิวเตอร์ผ่าน โปรแกรม Hos Office

และหลังจากสื่อสารให้บุคลากรของโรงพยาบาลได้รับทราบ จึงได้จัดทำแบบประเมินการรับรู้เรื่องนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ผ่านการประเมินแบบสอบถามผ่าน Google Form

แผนภาพที่ 4 แสดงแบบประเมินการรับรู้เรื่องนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ส่งผลให้บุคลากรของโรงพยาบาลมีการรับรู้นโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านความปลอดภัยของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ร้อยละ 100

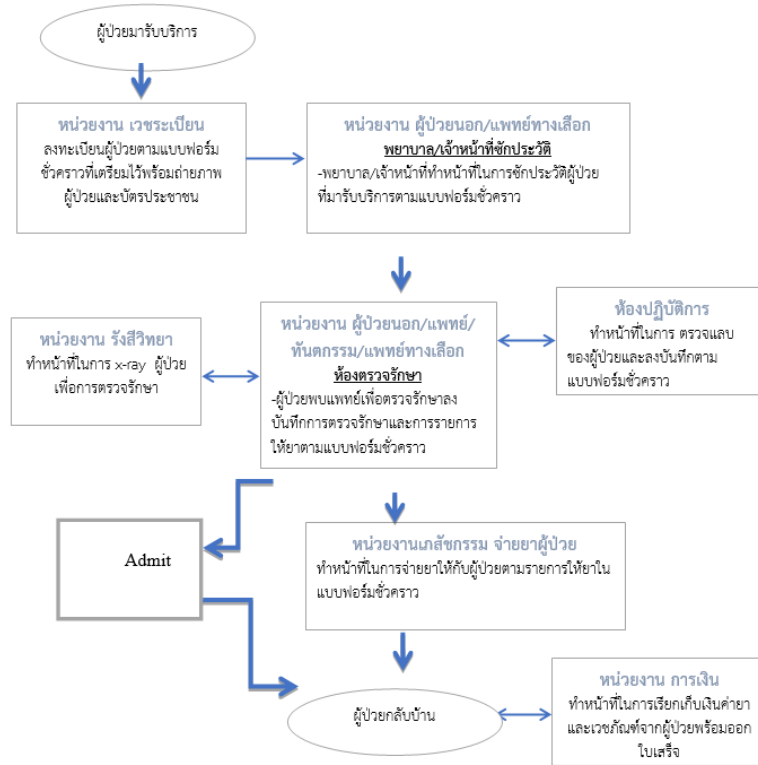
ด้านการนำเสนอแผนปฏิบัติการเมื่อเกิดระบบล้มหรือระบบคอมพิวเตอร์ใช้การไม่ได้ (Business Continuity Plan)

จากการที่โรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ได้มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการข้อมูลต่างๆ และสนับสนุนการปฏิบัติงานมากขึ้น ประกอบกับการพัฒนาโปรแกรมต่างๆ เพื่อลดการใช้กระดาษ เพื่อความสะดวกลดระยะเวลาในการทำงานและสร้างข้อมูลสารสนเทศ สร้างความโปร่งใสอันมีประโยชน์ต่อการบริการประชาชน และการปฏิบัติงานของบุคลากร ซึ่งข้อมูลสารสนเทศต่างๆ จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมี การเฝ้าระวัง การจัดเก็บและการดูแลรักษาข้อมูลสารสนเทศเพื่อให้เกิดความมั่นคงปลอดภัย

ดังนั้น องค์กรจำเป็นต้องมีแผนบริหารความต่อเนื่อง Business Continuity Plan (BCP) เพื่อใช้ในกรณีที่สภาวะวิกฤติหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่างๆ ทั้งที่เกิดจากจากการถูกโจมตี จากระบบเซิร์ฟเวอร์ ระบบเน็ตเวิร์กขัดข้อง ระบบล่มจากไวรัสคอมพิวเตอร์ จากบุคลากร จากปัญหาไฟฟ้า จากอัคคีภัย หรือจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอกต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และส่งผลกระทบต่อ การดำเนินงานของหน่วยงาน เพื่อให้หน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการตอบสนองและปฏิบัติงานในสภาวะวิกฤติหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่างๆ โดยไม่ให้สภาวะวิกฤติหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินดังกล่าว ส่งผลให้หน่วยงานอื่น ต้องหยุดการดำเนินงาน หรือไม่สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง การที่หน่วยงานศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศไม่มีกระบวนการรองรับให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลกระทบต่อหน่วยงานต่างๆ ในด้านต่าง ๆ เช่น การให้บริการผู้ป่วย เป็นต้น การจัดทำแผนบริหารความต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้หน่วยงานสามารถรับมือกับเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ไม่คาดคิด และทำให้กระบวนการที่สำคัญสามารถกลับมาดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง หรือตามระดับการให้บริการที่กำหนดไว้ ซึ่งจะช่วยให้สามารถลดระดับความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อหน่วยงานอื่นๆ ได้ ดังแผนผังการดำเนินงาน



Flow Chart ภาพรวมของการดำเนินของแผนสร้างความต่อเนื่องเมื่อประกาศแผน BCP



แผนภาพที่ 6 แสดง Flow Chart แผน BCP

ผลการประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นกับองค์กรในกรณีที่เกิดการหยุดชะงัก (Business Impact Analysis)

เป็นการวิเคราะห์ช่วงระยะเวลาของการหยุดชะงักเมื่อเกิด สภาวะวิกฤต/ภัยคุกคาม เริ่มส่งผลกระทบกับการดำเนินงานของหน่วยงาน จะมีการแจ้งสถานการณ์ทุกๆ 15 นาที ให้กับหน่วยงานที่ได้รับผลกระทบเมื่อเหตุการณ์ถึงระดับรุนแรงจึงจะดำเนินการประกาศใช้แผน BCP กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยสามารถพิจารณา ดังนี้

ระบบงาน	ระยะเวลาระบบหยุดทำงาน		
	ระยะเวลาน้อยกว่า 30 นาที	ระยะเวลา 30 - 60 นาที	ระยะเวลามากกว่า 60 นาที
ระบบ HOSxE	ปานกลาง	รุนแรง	รุนแรง
ระบบ LIS	ไม่รุนแรง	ปานกลาง	รุนแรง
ระบบเครือข่ายโรงพยาบาลทั้งระบบ	ปานกลาง	รุนแรง	รุนแรง
Internet	ไม่รุนแรง	ไม่รุนแรง	ปานกลาง
ระบบ Hosoffice	ไม่รุนแรง	ไม่รุนแรง	ไม่รุนแรง
ระบบ Y-time	ไม่รุนแรง	ไม่รุนแรง	ไม่รุนแรง

รายละเอียดของระดับเหตุการณ์ต่างๆ

ระดับของเหตุการณ์	รายละเอียด
ไม่รุนแรง	ระดับเหตุการณ์ ที่ไม่รุนแรง ซึ่งไม่มีผลต่อผู้รับบริการหรือระบบบริการ เป็นระดับที่สามารถยอมรับได้ หน่วยงานต่างๆ ยังสามารถรอได้
ปานกลาง	ระดับปานกลางเป็นระดับเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้รับบริการ ทีม BCP ต้องประชุมเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของสถานการณ์ เพื่อทำการพิจารณาการประกาศใช้แผน
รุนแรง	ระดับเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้รับบริการและระบบบริการรุนแรงระดับที่วิกฤต ต้องดำเนินการประกาศใช้แผน BCP ในการดำเนินงานทันที

ซึ่งแผนบริหารความต่อเนื่อง (BCP) ใช้รองรับสถานการณ์กรณีเกิดสภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉิน บริเวณพื้นที่โรงพยาบาลยิ่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ดังนี้

- เหตุการณ์อุทกภัย
- เหตุการณ์อัคคีภัย
- ระบบเครือข่าย / เครือข่ายสื่อสารขัดข้องใช้งานไม่ได้
- ไฟฟ้าดับและไฟฟ้าสำรองใช้งานไม่ได้

ภาพประกอบการจัดโครงการ รุ่นที่ 1



ภาพประกอบการจัดโครงการ รุ่นที่ 2



5. ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	หน่วยนับค่าเป้าหมาย	ผลลัพธ์
ตัวชี้วัดผลผลิต		
๑. ร้อยละของบุคลากรรับรู้และเข้าใจนโยบายและมาตรการด้าน ความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐
๒. บุคลากรสามารถใช้งานโปรแกรม Tele Health	ร้อยละ ๑๐๐	ระหว่างดำเนินการ
๓. มีระบบตรวจจัดการโจมตีทางไซเบอร์	๑ ระบบ	มีระบบ Fire wall
ตัวชี้วัดผลลัพธ์		
๑. อุบัติการณ์การถูกโจมตีทางไซเบอร์สำเร็จ	๐ ครั้ง	๐ ครั้ง
๒. อุบัติการณ์ข้อมูลผู้ป่วยถูกเผยแพร่ทุกช่องทาง	๐ ครั้ง	๐ ครั้ง
๓. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล (HA-IT)	ผ่านชั้น ๑	รอผลการประเมิน (๒๗ ก.พ. ๖๗)

6. ประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุม/อบรม/สัมมนา/โครงการ

ต่อตนเอง บุคลากรโรงพยาบาลมีการรับรู้นโยบายและระเบียบปฏิบัติการในป้องกันด้านความปลอดภัยของระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล และสามารถนำไปปฏิบัติและเฝ้าระวังภัยคุกคามที่อาจจะเกิดขึ้นต่อองค์กร และเมื่อมีระบบล้มบุคลากรผู้ให้บริการของโรงพยาบาลก็ยังสามารถให้บริการด้วยระบบ Analog ต่อไปได้ระหว่างที่ทีมสารสนเทศทำการกู้ระบบ

ต่อองค์กร ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลมีความปลอดภัย สามารถให้บริการทั้งในสถานการณ์ปกติและเมื่อมีการล้มของระบบ ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นในการมารับบริการ

7. การพัฒนาองค์ความรู้และกระบวนการจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ ระบบสารสนเทศส่งผลให้การบวนการทำงานมีความสะดวก รวดเร็ว แต่มีความไม่ปลอดภัยจากการถูกโจมตีทางไซเบอร์ ซึ่งจะส่งผลให้ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มารับบริการถูกเผยแพร่ได้ ดังนั้นบุคลากรผู้ใช้งานจึงต้องช่วยกันตรวจสอบ

8. ปัญหาและอุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการนำความรู้ และทักษะที่ได้รับไปปรับใช้ ในการปฏิบัติงาน ระบบไวรัสทางไซเบอร์ในปัจจุบันมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีความทันสมัย ซึ่งบุคลากรและทีมสารสนเทศจะต้องมีการสื่อสารความรู้ที่เป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง

9. ความต้องการการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา เพื่อส่งเสริมให้สามารถนำความรู้และทักษะ ที่ได้รับไปปรับใช้ในการปฏิบัติงานให้สัมฤทธิ์ผล การนำโปรแกรมที่มีลิขสิทธิ์มาใช้เพื่อลดความเสี่ยง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ).....ผู้สรุปเนื้อหา

(นายชุลกีพลี สาหะ)

นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

**รายงานสรุปผลการจัดโครงการ ยกระดับมาตรฐานระบบบริการสารสนเทศ
โรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา สู่มาตรฐานสากลปี ๒๕๖7
ระหว่างวันที่ 15 มีนาคม 2567
ณ ห้องประชุมยี่งอริ่งงา โรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา**

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ด้วยข้าพเจ้า นายชุลกีฟลี สาหะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กลุ่มงาน
แผนยุทธศาสตร์ฯ โรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ได้จัดโครงการ ยกระดับมาตรฐานระบบ
บริการสารสนเทศโรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา สู่มาตรฐานสากลปี 2567 กิจกรรมที่ 3
ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการใช้งานระบบสารสนเทศโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย
ในวันที่ 15 มีนาคม 2567 ณ ห้องประชุมยี่งอริ่งงา โรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

บัดนี้ การจัดกิจกรรมที่ 3 เรื่องประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการใช้งาน
ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย เสร็จสิ้นแล้ว จึงขอรายงานวัตถุประสงค์และสรุปเนื้อหาการ
ประชุมดังนี้

1. เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และสามารถใช้งานระบบเวชระเบียนสารสนเทศโรงพยาบาลได้อย่าง
ปลอดภัย
2. เพื่อยกระดับความปลอดภัยของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล
3. เพื่อรับการประเมินมาตรฐานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล (HA-IT)

2. กลุ่มเป้าหมายโครงการ/กิจกรรมการดำเนินงาน

ลำดับที่	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนที่กำหนด	จำนวนเข้าร่วม	คิดเป็นร้อยละ
1.	คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล	15 คน	15 คน	ร้อยละ 100
2.	บุคลากรผู้ที่เกี่ยวข้อง	38 คน	38 คน	ร้อยละ 100
3.	วิทยากรเจ้าหน้าที่สารสนเทศ โรงพยาบาลยี่งอฯ	1 คน	1 คน	ร้อยละ 100

3. งบประมาณและค่าใช้จ่ายโครงการ/กิจกรรมการดำเนินงาน

งบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2566 ไปพลางก่อน งบดำเนินงาน งวดที่ 1 แผนงานยุทธศาสตร์
การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดี โครงการพระราชดำริ และเฉลิมพระเกียรติ (21002320018702000000)
กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงานตามโครงการพระราชดำริและเฉลิมพระเกียรติ (2100266822000000) งบ

ดำเนินงาน แหล่งของเงิน (67112XX) สนับสนุนการดำเนินงานตามโครงการพระราชดำริและเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จำนวน 7,020 บาท (เจ็ดพันยี่สิบบาทถ้วน) มีรายละเอียดดังนี้

ลำดับที่	ค่าใช้จ่าย	รายละเอียด	เป็นเงิน
1.	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม	25 บาท x 45 คน x 2 มื้อ	2,700
2.	ค่าอาหารกลางวัน	80 บาท x 45 คน x 1 มื้อ	4,320
รวมเบิกจ่ายเป็นเงิน			7,020 บาท

หมายเหตุ : กลุ่มเป้าหมายและค่าใช้จ่ายทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยกันได้

4. สรุปการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมการดำเนินงาน (พร้อมรูปภาพประกอบ)

การควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา กล่าวคือเวชระเบียนทางการแพทย์เป็นเอกสารที่สำคัญนอกจากเป็นหลักฐานทางกฎหมายแล้ว ยังเป็นเอกสารและเครื่องมือสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลในเวชระเบียนสามารถประมวลผล เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และประเมินคุณภาพการบริการด้านสาธารณสุข อีกทั้งยังเป็นแหล่งรายได้ของโรงพยาบาล ประกอบกับปัจจุบันสถานการณ์โลกเปลี่ยนแปลงไปสู่ยุคแห่งสังคมข่าวสาร อีกทั้งประชาชน มีการร้องเรียนบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น และปัจจุบันจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ค่า CMI ปี 2565-2567(Q2) = 0.54, 0.53 และ 0.55 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลระดับ F2 ค่า CMI > 0.60 จากการประชุมการ มี ๓ กลุ่ม ดังนี้



ภาพที่ 1 คู่มือการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยเวชระเบียนสารสนเทศ

1. กลุ่มพยาบาล ต้องตรวจสอบแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลใบบันทึกการให้ยาของพยาบาล บันทึกการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย แผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นข้อมูลประกอบการตรวจสอบว่ามีการดำเนินการตามคำสั่งแพทย์หรือไม่ การประเมินสภาพผู้ป่วยระหว่างที่นอนในโรงพยาบาล เหตุการณ์ที่ไม่พึง

ประสงค์ต่างๆ เวลาการให้ยา กรณีที่ต้องตรวจสอบการให้ยาว่ามีกรให้ยากับผู้ป่วยจริงหรือไม่โดยตรวจสอบจากใบบันทึกการให้ยาและพบลายเซ็นของพยาบาลกำกับ เป็นต้น


2. กลุ่มแพทย์ แพทย์จำเป็นต้องสรุปโรคและเหตุการณ์เป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น และไม่ควรรใช้คำย่อที่ไม่สากล การสรุปโรคและเหตุการณ์รวมทั้งการบันทึกเวชระเบียนในส่วนต่างๆ ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถแปลผลได้ โดยผู้ตรวจสอบจะไม่นำข้อความนั้นมาประเมิน ถือว่าไม่มีบริการนั้นเกิดขึ้น กรณีหน่วยบริการใช้สัญลักษณ์อื่นๆ ข้อตกลงพิเศษ รหัสลับที่ใช้และเป็นที่ยอมรับเฉพาะในโรงพยาบาลอื่นๆ ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อการสรุปโรคหรือเหตุการณ์ได้ เพราะอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ เช่น UP B24 เป็นต้น

3. Coder การตรวจสอบจะใช้เอกสารเวชระเบียน ณ วันตรวจสอบ ซึ่งถือว่าเป็นเอกสารที่สมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสโรค รวมถึงการถอดรหัสนั้น เว้นแต่เอกสารออกรายงานหลังวันที่ทำการตรวจสอบ

ดังนั้นระบบควบคุมคุณภาพข้อมูล แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่ให้การรักษาผู้ป่วยบันทึกข้อมูลที่สำคัญ ใน OPD Card และเวชระเบียนผู้ป่วยในแบบอิเล็กทรอนิกส์ ให้ครบถ้วน ถูกต้อง มีรายละเอียดที่ดี และทันเวลา รวมถึงการบันทึกวินิจฉัยโรค และคุณภาพรหัส ICD ให้มีการตรวจสอบ เพื่อจัดการให้ระดับคุณภาพข้อมูลดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาทางพัฒนาคุณภาพการรักษาให้ดีขึ้น

**คณะกรรมการพัฒนาระบบเวช
ระเบียนและสารสนเทศ**

ระบบการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน



จำนวนการ ตรวจสอบ	• สุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เดือนละ 80 ฉบับ(20%ของผู้ป่วยจำหน่าย)
หลักเกณฑ์การ	• สุ่มเวชระเบียนให้ครอบคลุมแพทย์ทุกคน
การตรวจสอบ คุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	• กำหนดการตรวจสอบการบันทึกทุกเดือน ภายในโรงพยาบาล

ภาพที่ 2 คณะทำงานและระบบการตรวจสอบเวชระเบียนสารสนเทศ

สรุปประเด็นปัญหาที่พบบ่อยจากการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน เช่น

1. ลง diagnosis ไม่ครบ
2. ไม่มีใบ summary, ไม่ได้ระบุวิธีการรักษา, ไม่ได้ระบุข้อมูลสนับสนุนของปัญหาการพยาบาล
3. ใช้ตัวย่อไม่เป็นตามมาตรฐานสากล

4. ไบอินยอมไม่ได้ระบุความสัมพันธ์ของพยานผู้ป่วยที่ลงชื่อยินยอม, ไม่ได้ระบุมาคนเดียว, ไม่ได้ระบุชื่อผู้ให้คำอธิบาย, ไม่มีพยานด้าน จนท., ถายนิ้วมือของพยานไม่ได้ระบุว่า เป็นของใครและนิ้วข้างไหน, ไม่มีเอกสารเซ็นยินยอม

5. ไม่มี Nurse note จำหน่าย, ไม่ลง assessment, Nurse note กลับบ้านเซ็นยาไม่ครบ, ไม่มีการวางแผนการจำหน่ายก่อนกลับ (assessment)

สรุปประเด็นปัญหาที่พบบ่อยจากการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เช่น

1. ไม่มีประวัติการรักษาที่แล้วมาและการรักษาที่ผ่านมาและบันทึก CC ไม่ครบถ้วน
2. ไม่ลงประวัติแพ้ยาและหมู่เลือด
3. บันทึกร่างกายไม่ตรงกับประวัติ/วินิจฉัยไม่ครบถ้วน
4. ไม่มีคำแนะนำก่อนกลับบ้าน

การทบทวนและปรับปรุงแบบฟอร์มและการบันทึกข้อมูล

ปัญหาที่พบจากการดำเนินงาน	แนวทางการพัฒนา
1. การบันทึกการตรวจร่างกายแรกรับโดยแพทย์ ไม่ครบคลุม	ประชุมชี้แจงในหน่วยงานองค์กรแพทย์
2. การบันทึกปัญหาทางการพยาบาลไม่สอดคล้องกับอาการ	ประชุมชี้แจงในหน่วยงานองค์กรพยาบาล สื่อสารข้อบกพร่องที่พบผ่านทางไลน์ มีการตรวจนิเทศหน้างาน โดยหัวหน้างาน
3. การออกรายงานไม่ตรงตามบันทึกในเวชระเบียน	ทบทวนและปรับปรุงแบบฟอร์ม Admission note ร่วม กับสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง



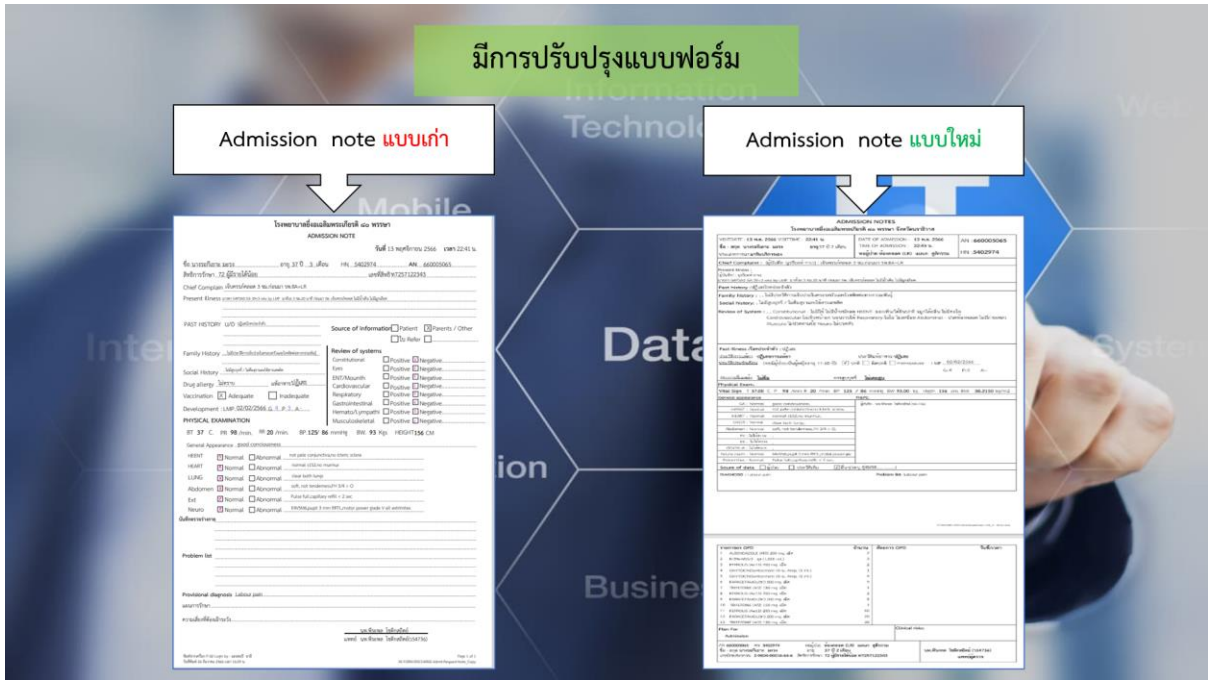
องค์กรแพทย์: ประชุมทบทวนผลการ Audit ทุกวันอังคาร



องค์กรพยาบาล: ประชุมทบทวนผลการ Audit เดือนละ 1 ครั้ง

ภาพที่ 3 กิจกรรมการทบทวนและปรับปรุงกระบวนการให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัย

ซึ่งจะส่งผลต่อการบริหารและจัดการข้อมูลเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางการเงิน (การจัดเก็บรายได้ค่าบริการทางการแพทย์ทุกสิทธิการรักษา) ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่าจากการที่บุคลากรบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์ครบถ้วนในเวชระเบียนการรับบริการของผู้ป่วย ส่งผลข้อมูลต่อความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเวชระเบียนนับว่าเป็นเอกสารที่สำคัญที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทาง การแพทย์ อื่นๆ เพื่อใช้ในการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยในแต่ละราย/แต่ละวัน



ภาพที่ 4 การพัฒนาและการปรับปรุงแบบฟอร์ม

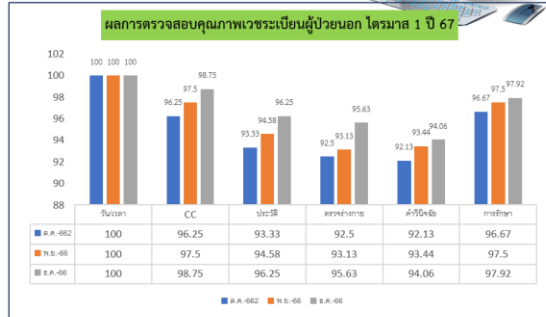
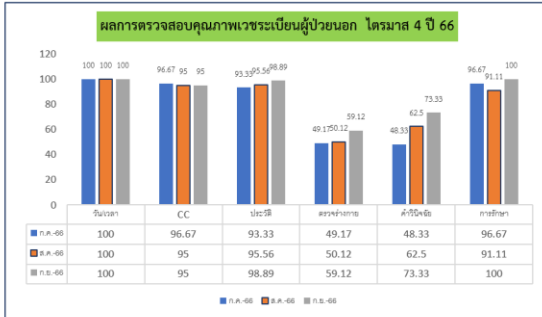
ตลอดจนใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายเพื่อปกป้องสิทธิผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ และที่สำคัญยังใช้ประโยชน์ในการบันทึก การสรุปและการให้รหัสโรค เนื่องจากมีการบันทึกเวชระเบียนไม่สอดคล้องกับการให้รหัสโรค ซึ่งจะส่งผลต่อการส่งข้อมูลเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม DRGs จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ไม่ครบตามจำนวน ซึ่งจากปัญหาที่กล่าวมาในขั้นต้นนั้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาล

5. ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	หน่วยนับค่าเป้าหมาย	ผลลัพธ์
ตัวชี้วัดผลผลิต		
๑. ร้อยละของบุคลากรรับรู้และเข้าใจนโยบายและมาตรการด้าน ความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐
๒. บุคลากรสามารถใช้งานโปรแกรม Tele Health	ร้อยละ ๑๐๐	ระหว่างดำเนินการ
๓. มีระบบตรวจจัดการโจมตีทางไซเบอร์	๑ ระบบ	มีระบบ Fire wall
ตัวชี้วัดผลลัพธ์		
๑. อุบัติการณ์การถูกโจมตีทางไซเบอร์สำเร็จ	๐ ครั้ง	๐ ครั้ง
๒. อุบัติการณ์ข้อมูลผู้ป่วยถูกเผยแพร่ทุกช่องทาง	๐ ครั้ง	๐ ครั้ง
๓. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล (HA-IT)	ผ่านชั้น ๑	รอผลการประเมิน (๒๗ ก.พ. ๖๗)

ซึ่งจากผลการประเมินประเมินมาตรฐานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล (HA-IT) พบว่า

คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

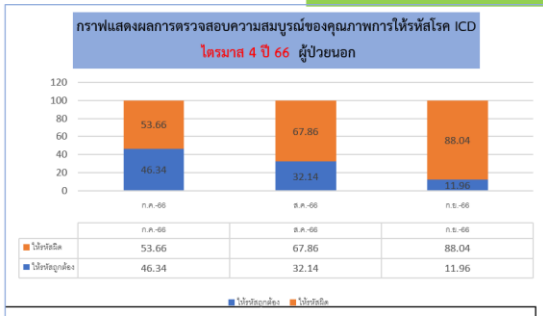


คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

จากการตรวจสอบเวชระเบียน ไตรมาสที่ 4 ปี 2566 กับไตรมาสที่ 1 ปี 2567 พบว่าคุณภาพข้อมูลดีขึ้น เนื่องจากมีการทบทวนแบบฟอร์มและสื่อสารกับผู้ปฏิบัติงานในการลงข้อมูลให้ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนดและนำไปรณรงค์ RCM มาตรฐานตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

ภาพที่ 5 แผนภูมิแสดงเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ไตรมาสที่ 4/2566 และ ไตรมาสที่ 1/2567

คุณภาพการให้รหัส ICD ผู้ป่วยนอก



คุณภาพการให้รหัส ICD ผู้ป่วยนอก

เปรียบเทียบการตรวจสอบการให้รหัสโรค ICD ไตรมาสที่ 4 ปี 2566 กับไตรมาสที่ 1 ปี 2567 พบว่าการให้รหัสโรคถูกต้องเพิ่มขึ้น เนื่องจาก มีจัดอบรมเพิ่มความชำนาญด้านการให้รหัส ICD สื่อสารไปยังผู้เกี่ยวข้องให้ทราบ และการลงข้อมูลผู้ป่วยและนำไปรณรงค์ RCM มาตรฐานตรวจสอบการให้รหัสโรค ทำให้พบความผิดพลาดในลักษณะ A, B,C,H ลดลง

ผลการตรวจสอบการให้รหัสโรค ICD ก.ย. 66

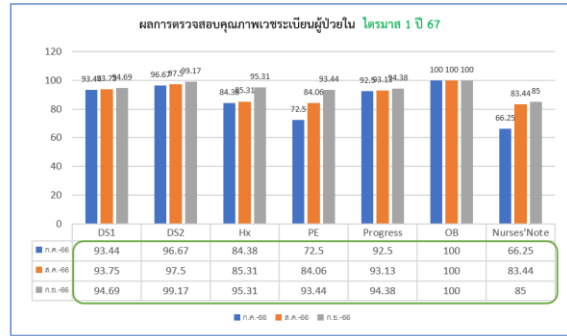
ไม่พร้อม	11.96%	
ไม่สมบูรณ์	88.04%	
ลักษณะความผิดพลาด		
A	ให้รหัสผิดพลาด	48.24%
B	มีรหัสโรคร่วมที่ ทูมมีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก	15.12%
C	รหัสโดยความกำกวม	4.89%
D	ให้รหัสไม่ครบถ้วน	0%
E	ใช้รหัสตามรายการเจ็บป่วยรหัสโรคร่วม	0%
F	รหัสมีตัวเลขภายในไป	0%
G	รหัสไม่ครบถ้วน	0%
H	ให้รหัสภายในไป	19.79%

ผลการตรวจสอบการให้รหัสโรค ICD ก.ย. 66

ไม่พร้อม	93.51%	
ไม่สมบูรณ์	6.49%	
ลักษณะความผิดพลาด		
A	ให้รหัสผิดพลาด	1.29%
B	มีรหัสโรคร่วมที่ ทูมมีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก	2.60%
C	รหัสโดยความกำกวม	1.30%
D	ให้รหัสไม่ครบถ้วน	0%
E	ใช้รหัสตามรายการเจ็บป่วยรหัสโรคร่วม	0%
F	รหัสมีตัวเลขภายในไป	0%
G	รหัสไม่ครบถ้วน	0%
H	ให้รหัสภายในไป	1.30%

ภาพที่ 6 แผนภูมิแสดงเปรียบเทียบคุณภาพการให้รหัส ICD 10 ผู้ป่วยนอก ไตรมาสที่ 4/2566 และ ไตรมาสที่ 1/2567

คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

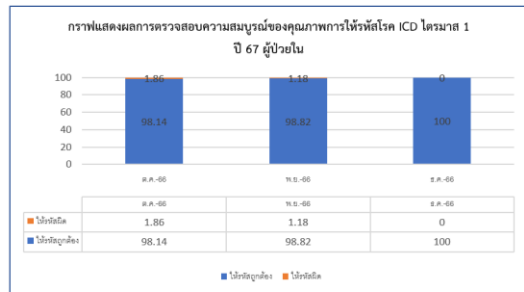
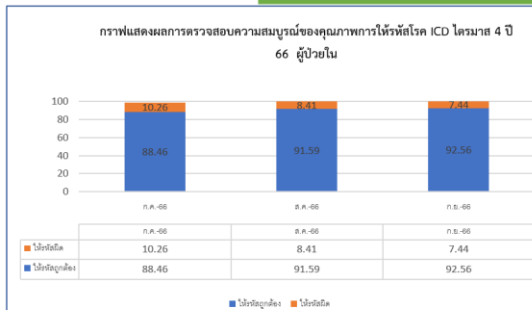


คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

จากการตรวจสอบเวชระเบียน ไตรมาสที่ 4 ปี 2566 กับไตรมาสที่ 1 ปี 2567 พบว่าคุณภาพข้อมูลดีขึ้น เนื่องจากมีการอบรมและทบทวนความรู้แก่เจ้าหน้าที่เรื่องการบันทึกประวัติให้ครบถ้วนและนำไปรณกรม RCM มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

ภาพที่ 7 แผนภูมิแสดงเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ไตรมาสที่ 4/2566 และ ไตรมาสที่ 1/2567

คุณภาพการให้รหัส ICD ผู้ป่วยใน



คุณภาพการให้รหัส ICD ผู้ป่วยใน

เปรียบเทียบการตรวจสอบการให้รหัสโรค ICD ไตรมาสที่ 4 ปี 2566 กับไตรมาสที่ 1 ปี 2567 พบว่าการให้รหัสถูกต้องเพิ่มขึ้น เนื่องจาก ส่งเสริมให้ Coder เข้าร่วมอบรมเพิ่มความรู้ความชำนาญด้านการให้รหัส ICD-10 ที่จัดทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ และการลงข้อมูลผู้ป่วยนำไปรณกรม RCM มาตรวจสอบการการให้รหัสโรค

ผลการตรวจสอบการให้รหัสโรค ICD		ก.ย. 66	ก.ธ. 66
ไม่พบข้อผิดพลาด	92.56%		100%
ไม่ครบถ้วน	7.44%		0%
ลักษณะความผิดพลาด			
A	ไม่รหัสเฉพาะเจาะจง	4.19%	0%
B	มีรหัสเฉพาะเจาะจง แต่มีตัวบ่งชี้โรคในบันทึก	3.25%	0%
C	รหัสไม่ตรงตามคำขาน	0%	0%
D	ไม่รหัสไม่ตรงตามคำขาน	0%	0%
E	ใช้รหัสเฉพาะเจาะจงเป็นรหัสหลัก	0%	0%
F	รหัสมีลักษณะซ้ำกัน	0%	0%
G	รหัสไม่ตรงตามคำขาน	0%	0%
H	ไม่รหัสเฉพาะเจาะจง	0%	0%

ภาพที่ 8 แผนภูมิแสดงเปรียบเทียบคุณภาพการให้รหัส ICD 10 ผู้ป่วยใน ไตรมาสที่ 4/2566 และ ไตรมาสที่ 1/2567

ภาพประกอบการอบรมโครงการ
ยกระดับมาตรฐานระบบบริการสารสนเทศ
โรงพยาบาลยิ่งเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา สู่
มาตรฐานสากล ปี 2567 วันที่ 15 มีนาคม 2567
ณ ห้องประชุมยี่ริ่ง
โรงพยาบาลยิ่งเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา



ตนเอง บุคลากรสามารถบันทึกข้อมูลการให้บริการสมบูรณ์ ครบถ้วนทั้งเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ส่งผลให้สามารถเป็นข้อมูลในการสื่อสารการดูแลผู้ป่วยให้กับทุกวิชาชีพ เช่นระหว่างแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทาง การแพทย์อื่นๆ และการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยในแต่ละราย/แต่ละวัน

ต่อองค์กร สามารถใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์และประเมินคุณภาพการบริการด้านการแพทย์ และ สาธารณสุข อีกทั้งยังเป็นแหล่งรายได้ของโรงพยาบาล

7. การพัฒนาองค์ความรู้และกระบวนการจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ ในแง่การตรวจสอบ ความถูกต้อง สมบูรณ์และครบถ้วนของข้อมูลในการให้บริการก่อนบันทึกลงระบบ จะช่วยให้ข้อมูลมีความ ถูกต้องมากขึ้น

8. ปัญหาและอุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการนำความรู้ และทักษะที่ได้รับไปปรับใช้ ในการ ปฏิบัติงาน การปรับโครงสร้างของดปรแกรมปฏิบัติการอาจส่งผลให้ตารางการบันทึกข้อมูลเปลี่ยนแปลงไป ด้วย

9. ความต้องการการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา เพื่อส่งเสริมให้สามารถนำความรู้และทักษะ ที่ ได้รับไปปรับใช้ในการปฏิบัติงานให้สัมฤทธิ์ผล การพัฒนาทีมตรวจสอบเวชระเบียน(เป็นรายวัน/สัปดาห์/ เดือน) หลังผู้ป่วยกลับบ้านให้เร็วที่สุด เพื่อเพิ่มเติมความสมบูรณ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



(ลงชื่อ).....ผู้สรุปเนื้อหา

(นายแอนซอรี อาลี)

นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ชำนาญการ

รายงานสรุปผลการจัดโครงการ ยกกระดับมาตรฐานระบบบริการสารสนเทศโรงพยาบาลยิ่งอ
ในวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗
ณ ห้องประชุมยี่อริ่ง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลยิ่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยิ่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ด้วยข้าพเจ้า นายชุลกีฟลี สาหะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กลุ่มงาน แผนยุทธศาสตร์ฯ โรงพยาบาลยิ่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ได้จัดโครงการ ยกกระดับมาตรฐานระบบบริการสารสนเทศ โรงพยาบาลยิ่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา สู่มาตรฐานสากลปี ๒๕๖๗ **กิจกรรมที่ ๔** พัฒนามาตรฐานสารสนเทศโรงพยาบาลตามแบบประเมินตนเอง ๗ ด้าน รับประเมินและรับรองมาตรฐาน HA-IT จากสมาคมเวชสารสนเทศไทย **หัวข้อ 4.1** ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนามาตรฐานสารสนเทศโรงพยาบาลตามแบบประเมินตนเอง 7 ด้าน **ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567** ณ ห้องประชุมยี่อริ่ง โรงพยาบาลยิ่งอเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

บัดนี้ การจัดกิจกรรม ๔ พัฒนามาตรฐานสารสนเทศโรงพยาบาลตามแบบประเมินตนเอง ๗ ด้าน รับประเมินและรับรองมาตรฐาน HA-IT จากสมาคมเวชสารสนเทศไทย **หัวข้อ 4.1** ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนามาตรฐานสารสนเทศโรงพยาบาลตามแบบประเมินตนเอง 7 ด้าน เสร็จสิ้น จึงขอรายงานวัตถุประสงค์ และสรุปเนื้อหาการประชุมดังนี้

1. เพื่อให้บุคลากรรับรู้และเข้าใจนโยบายและมาตรการความปลอดภัยของสารสนเทศโรงพยาบาล
2. เพื่อยกระดับความปลอดภัยของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล
3. เพื่อรับการประเมินมาตรฐานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล (HA-IT)

2. กลุ่มเป้าหมายโครงการ/กิจกรรมการดำเนินงาน

ลำดับที่	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนที่กำหนด	จำนวนเข้าร่วม	คิดเป็นร้อยละ
1.	เจ้าหน้าที่งานสารสนเทศและบุคลากร โรงพยาบาลยิ่งอฯ	200	123 คน	ร้อยละ 61.50

3. งบประมาณและค่าใช้จ่ายโครงการ/กิจกรรมการดำเนินงาน

งบเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๗๕,๘๘๐ บาท (เจ็ดหมื่นห้าพันแปดร้อยแปดสิบแปดบาทถ้วน) มีรายละเอียดดังนี้

ลำดับที่	ค่าใช้จ่าย	รายละเอียด	เป็นเงิน
1.	ค่าเดินทางสำหรับวิทยากร		32,475
2.	ค่าที่พักสำหรับวิทยากร	1,300บาท x 3 คน x 1 คืน	3,900
3.	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม	25 บาท x 2 มื้อ x 126 คน	6,300
4.	ค่าอาหารกลางวัน	80 บาท x 1 มื้อ x 123 คน	9,840
5.	ค่าอาหารจัดไม่ครบมื้อ	150 บาท x 1 มื้อ x 3 คน	450
6.	ค่าสมนาคุณวิทยากรบรรยาย	1200 บาท x 1 คน x 1 ชม	1,200
7.	ค่าสมนาคุณวิทยากรกลุ่ม	1200 บาท x 3 คน x 6 ชม	21,600
รวมเบิกจ่ายเป็นเงิน			75,765 บาท

หมายเหตุ : กลุ่มเป้าหมายและค่าใช้จ่ายทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยกันได้

4. สรุปการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมการดำเนินงาน (พร้อมรูปภาพประกอบ)

การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนามาตรฐานสารสนเทศโรงพยาบาลตามแบบประเมินตนเอง 7 ด้าน จากสมาคมเวชสารสนเทศ โดยมีเนื้อหาสรุปดังนี้

ด้านที่ 1 แผนแม่บทการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล

ด้านที่ 2 การจัดการความเสี่ยงในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล

ด้านที่ 3 การจัดการความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล

ด้านที่ 4 การจัดระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล

ด้านที่ 5 การกำกับดูแลควบคุมคุณภาพข้อมูลเวชระเบียน

ด้านที่ 6 การควบคุมคุณภาพการพัฒนาโปรแกรม

ด้านที่ 7 การจัดการศักยภาพของทรัพยากรในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

โดยแต่ละข้อจะได้รับข้อเสนอแนะการพัฒนาคุณภาพ ดังนี้

1. จัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

a. ประเมินผลการดำเนินการตามแผนในปี 2566 เพื่อนำผลการประเมินมาปรับแผนตาม หลักการ Plan-Do-Check-Act ในปี 2567

b. ประเมินคะแนนความเสี่ยงของปี 2567 จัดทำแผนกลยุทธ์ และ แผนปฏิบัติการจัดการ ความเสี่ยงของปี 2567 ให้เสร็จ

2. ปรับปรุงการจัดการความมั่นคงปลอดภัย

- ประเมินผลการรับรู้ ความเข้าใจระเบียบปฏิบัติของบุคลากรให้ครบทุกคน 100%
- ประเมินผลการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติให้ครบทุกคน 100%
- นำผลการประเมินมาหาทางพัฒนาในระยะต่อไป
- ดำเนินการเพิ่มเติมตามข้อกำหนด HAIT Plus ให้ครบถ้วนตาม รวมการจัดทำแผนกู้คืน และซ้อม

แผน

3. ปรับปรุง Data Center

- Label สายสัญญาณให้ครบทุกเส้น ไทหราบต้นทางปลายทาง สายต่าง ๆ ในระบบ Datacenter
- ปรับปรุงระบบลอคประตูห้อง Server
- พัฒนาคู่มือแนวทางดำเนินการสำรองข้อมูลและกู้คืนให้ชัดเจน

4. ปรับปรุงระบบ SLA

- เพิ่มเติมรายละเอียดการบันทึกข้อมูลใน SLA เช่น รายการปัญหา สาเหตุ การแก้ไข ผู้แจ้ง
- ปรับปรุงการสื่อสารเรื่องประกาศ SLA ให้เข้าใจตรงกันทุกฝ่าย เช่น ปัญหากรณีไหนเป็น เรื่อง

OPD หรือ Back Office แนวทางการจับเวลา

5. คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน

- ปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน หัวข้อ Review of System ต้องมีให้ครบทุก ระบบ
- Nurse Note ไม่ควร คัดลอกข้อมูลมาวางเหมือนกันทุกราย ควรบันทึกให้ตรงตาม เหตุการณ์และสถานะของผู้ป่วย มีการประเมินผลการพยาบาล
- ผู้ป่วยนอก การบันทึกตรวจร่างกายควรสัมพันธ์กับการวินิจฉัยโรค ตรวจสอบการใช้ค่า Default หรือ การใช้ Template ที่ทำให้ ข้อมูลไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง
- ปรับปรุง Diag Text ของผู้ป่วยนอก ให้หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อ และเพิ่ม ตำแหน่งโรค ให้ละเอียด
- แก้ไขรหัส ICD ที่เป็น External Cause แสดงรหัสซ้ำซ้อนในรายงานผู้ป่วยนอก

6. ปรับปรุงหัวข้อการเก็บ Incident และระบบการกำกับดูแลการเก็บข้อมูล Incident Report ให้มั่นใจว่าเก็บ Incident ได้ครบทุกรายการ นำผลการเก็บข้อมูลมาวิเคราะห์ทุกเดือน

7. ปรับปรุงระบบการเก็บข้อมูล Activity Reports ของเจ้าหน้าที่ฝ่าย IT ทุกคน โดยหัวหน้าต้อง กำกับดูแลการบันทึกทุกคน แล้ววิเคราะห์เวลาที่ใช่ไปในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ และเสนอการ ปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้น

8. ทบทวนการทำ Capacity Management

- จัดทำทะเบียนทรัพยากร IT ให้มีรายละเอียดครอบคลุม Hardware, Server, Software, Network etc.
- เพิ่มการวิเคราะห์ศักยภาพของ Server (CPU, RAM, SPACE) Network (Internet, Intranet) Bandwidth, Traffic, Software เพื่อจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพให้ดีขึ้น

c. แผนเพื่อจัดการอุปกรณ์ที่หมดอายุแผนการจัดการเพื่อในการพัฒนาไปในทิศทาง ยุทธศาสตร์ และ รวมถึงการจัดการ License Software ใหญ่ลิขสิทธิ์

ขอเสนอแนะการพัฒนาคุณภาพ

เพื่อการยกระดับคุณภาพขั้นสู่อันดับที่ 2

1. จัดทำแผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลโสมบูรณโดย

a. วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินการตามเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ของ โรงพยาบาล ไทครบทุกยุทธศาสตร์ โดยต้องค้นหาปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งออกมาให้ได้

b. นำผลการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จมาเชื่อมโยงและปรับปรุงยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้จัดทำรายงาน

ภาพประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ



ภาพประกอบการตรวจประเมินมาตรฐานตามหน่วยงาน



5. ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	หน่วยนับค่าเป้าหมาย	ผลลัพธ์
ตัวชี้วัดผลผลิต ๑. รพ.ได้รับการนิเทศติดตามงานตามมาตรฐาน	ครั้ง/ปี	๑
ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ๑. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล (HAITX	ผ่านชั้น ๑	ดำเนินการส่งเอกสารตามข้อเสนอแนะภายใน ๓ เดือน

6. ประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุม/อบรม/สัมมนา/โครงการ

ตนเอง ได้รับความรู้และทราบถึงเกณฑ์การประเมินในแต่ละหัวข้อที่ยังไม่ผ่านคุณภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ต่อองค์กร โรงพยาบาลได้รับการตรวจเยี่ยมประเมินคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และดำเนินการส่งเอกสารตามข้อเสนอแนะการพัฒนาคุณภาพ ในระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน มีนาคม - พฤษภาคม 2567

7. การพัฒนาองค์ความรู้และกระบวนการจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้นำข้อเสนอแนะการพัฒนาคุณภาพมาปรับปรุงแก้ไขให้ได้มาตรฐาน เพื่อให้โรงพยาบาลผ่านการประเมินรับรองมาตรฐาน HA-IT จากสมาคมเวชสารสนเทศไทย

8. ปัญหาและอุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการนำความรู้ และทักษะที่ได้รับไปปรับใช้ ในการปฏิบัติงาน การมาตรวจเยี่ยมจากสมาคมเวชสารสนเทศไทย ทำให้โรงพยาบาลทราบถึงประเด็นที่ยังไม่ครบถ้วนและยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

9. ความต้องการการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา เพื่อส่งเสริมให้สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปรับใช้ในการปฏิบัติงานให้สัมฤทธิ์ผล การกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนตั้งแต่ต้นปีงบประมาณเพื่อให้พื้นที่เตรียมความพร้อมและจัดทำแผนการพัฒนาที่ชัดเจนและเหมาะสม และการสนับสนุนทั้งงบประมาณและทรัพยากรในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเพื่อให้ผลงานมีคุณภาพ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ).....ผู้สรุปเนื้อหา

(นายชุลกีพลี สาหะ)

นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ