



เรื่องเล่า...

การพัฒนาระบบเทคโนโลยี
สารสนเทศโรงพยาบาลเลย





การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล

vision

เป็นเลิศด้านบริการ **โรงพยาบาลทันสมัย** ใส่ใจสิ่งแวดล้อม ประชาชนพร้อมใจ

MISSION

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวม
2. พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายสถานบริการให้ครอบคลุมระบบบริการที่สำคัญ
3. พัฒนาศักยภาพและส่งเสริมบรรยากาศที่ดีในการทำงาน
4. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ

กรอบดำเนินการพัฒนา

แผนแม่บท IT (HAIT+)

โครงสร้างพื้นฐาน

การบริหารจัดการ

การบริการ

ความมั่นคงปลอดภัย

Cyber security & PDPA



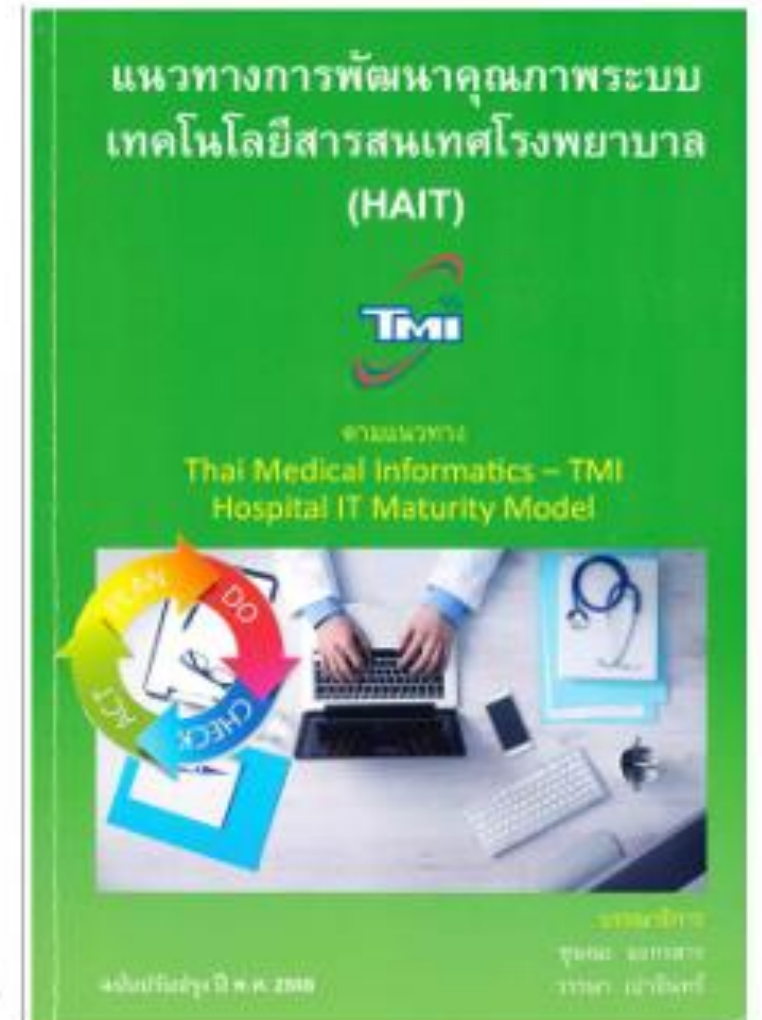
กรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล

Hospital IT Quality Improvement Framework

(HITQIF v1.20)



Level 1,2,3



องค์ประกอบของ HAIT

มาตรฐาน HAIT ทั้ง 7 หมวด

1. แผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศ
(สอดคล้องกับแผน รพ. ต่อยุทธศาสตร์หลัก)
2. การจัดการความเสี่ยง
(ประเมินและจัดการความเสี่ยงจนลดลง)
3. การจัดการความมั่นคงปลอดภัย
(มีนโยบาย แนวทางปฏิบัติด้านมั่นคงปลอดภัย)
4. การจัดระบบบริการ
(จัดบริการและประกาศ SLA)
5. ระบบควบคุมคุณภาพข้อมูลสุขภาพ
(คุณภาพการบันทึกเวชระเบียน OPD, IPD)
6. การควบคุมคุณภาพการพัฒนาโปรแกรม
(วิเคราะห์และออกแบบระบบก่อนพัฒนาโปรแกรม)
7. การจัดการศักยภาพของทรัพยากร
(พัฒนาศักยภาพ Hardware Software Peopleware Network)

ทีมขับเคลื่อน HAIT



บุคลากร

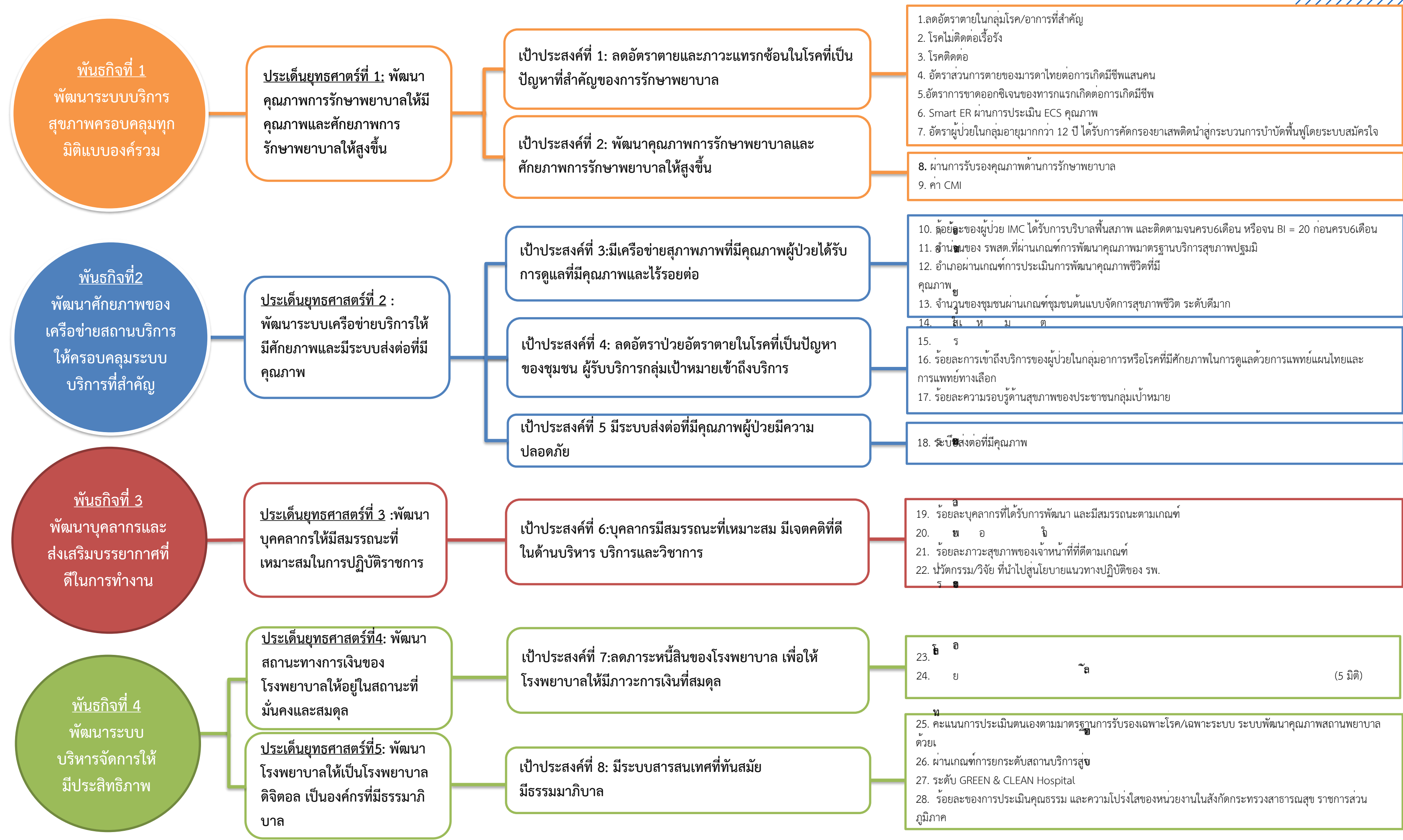
ทุกคน



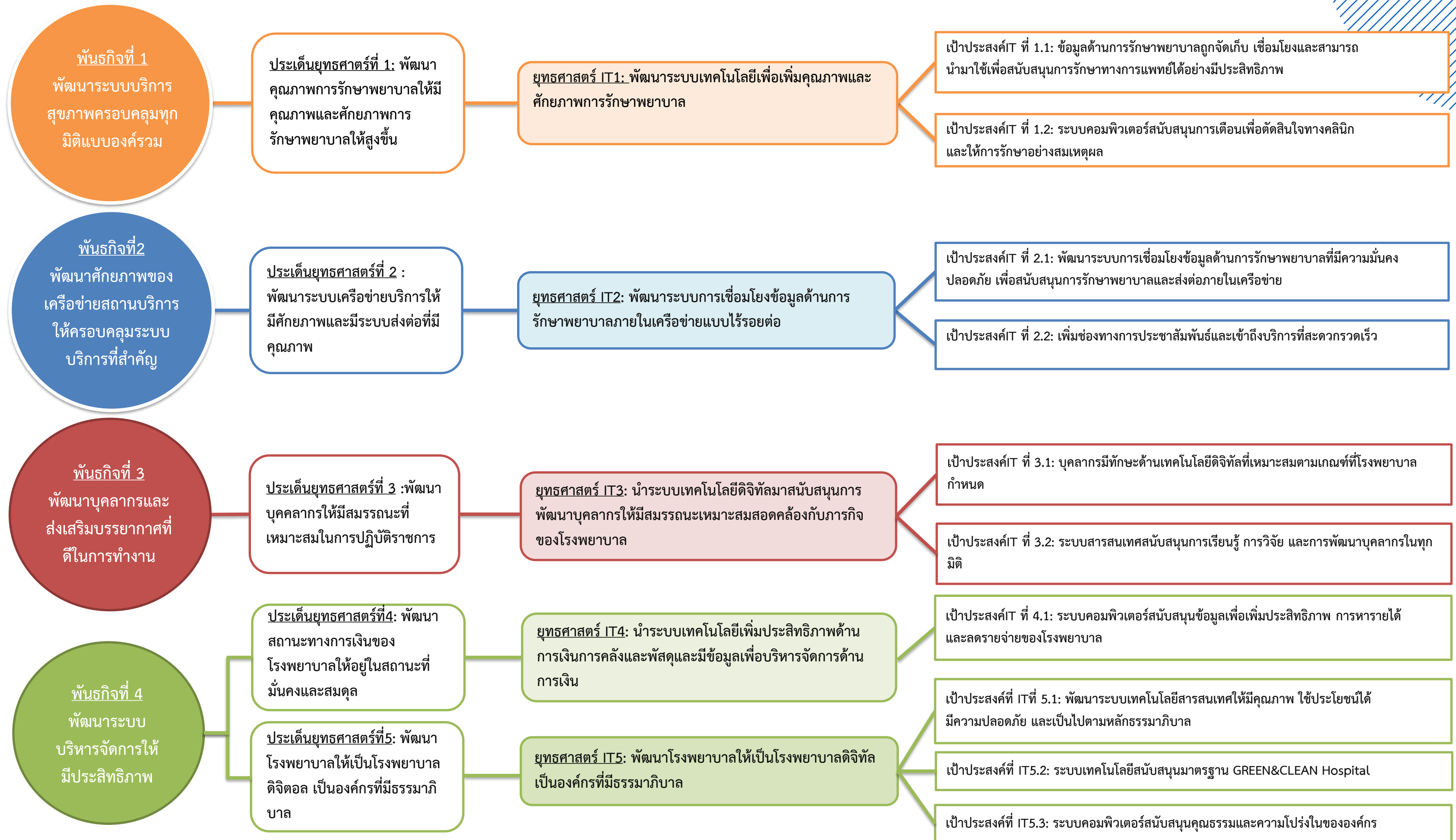
การดำเนินงานแผนแม่บท IT

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเลย (ปี 2566 - 2570)

28 กลยุทธ์



แผนแม่บท IT (ปี 2566 - 2570)



การจัดทำแผนแม่บท IT



วิเคราะห์ข้อมูล
ค้นหาปัจจัย
ที่ส่งผลสำเร็จต่อ
แผนยุทธศาสตร์



จัดทำกลยุทธ์
แผนแม่บท IT

ระบุผู้ที่เกี่ยวข้อง
กำหนดผู้รับผิดชอบ



ถ่ายทอดแผน

คกก.ขับเคลื่อน รพ.
คกก.ติดตามและประเมินผล



ดำเนินการ
ตามแผน

รายงานการดำเนินงานในที่
ประชุม คกก.พัฒนาระบบ
สารสนเทศ ทุกเดือน



ประเมินผล
การดำเนิน
โครงการ

SWOT

จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weaknesses)
- ผู้บริหารเห็นความสำคัญและความเป็นเอกภาพในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาองค์กร - มีผู้บริหารระดับสูงสนใจและให้ความสำคัญกับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ - โรงพยาบาลมีคณะกรรมการที่กำกับดูแลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโดยเฉพาะ - โรงพยาบาลมีความก้าวหน้าในการทำศูนย์บริการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นศูนย์นำร่อง - โรงพยาบาลมีความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้เป็นศูนย์นำร่อง - คณะกรรมการระดับเทคโนโลยีสารสนเทศมีความเชี่ยวชาญวิชาชีพ	- แผนยุทธศาสตร์ IT ยังไม่ชัดเจน และยังไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์โรงพยาบาล - บุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมีไม่เพียงพอ - ขาดแผนพัฒนาบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ชัดเจน - โรงพยาบาลขาดบุคลากรเฉพาะทาง
โอกาส (Opportunities)	ภัยคุกคาม (Threats)
- การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างรวดเร็วและการนำ COVID19 - นโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลดิจิทัลของกระทรวงสาธารณสุข - การสนับสนุนจาก รพ. 8 (R8-CDO) และเครือข่ายพันธมิตรในภูมิภาค	- การขาดงบประมาณในการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ - การขาดบุคลากรที่มีความรู้ในเทคโนโลยีสารสนเทศ - ระบบ IT ยังไม่มีความเสถียร



ผลการประเมินโครงการที่ยังไม่ผ่านตามตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ 2565

ลำดับ	ชื่อโครงการ	ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน	หมายเหตุ
1	โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ	1.1 การพัฒนาระบบสารสนเทศ	ไม่ผ่าน	
2	โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ	1.2 การพัฒนาระบบสารสนเทศ	ไม่ผ่าน	
3	โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ	1.3 การพัฒนาระบบสารสนเทศ	ไม่ผ่าน	
4	โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ	1.4 การพัฒนาระบบสารสนเทศ	ไม่ผ่าน	
5	โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ	1.5 การพัฒนาระบบสารสนเทศ	ไม่ผ่าน	
6	โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ	1.6 การพัฒนาระบบสารสนเทศ	ไม่ผ่าน	
7	โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ	1.7 การพัฒนาระบบสารสนเทศ	ไม่ผ่าน	
8	โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ	1.8 การพัฒนาระบบสารสนเทศ	ไม่ผ่าน	
9	โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ	1.9 การพัฒนาระบบสารสนเทศ	ไม่ผ่าน	
10	โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ	1.10 การพัฒนาระบบสารสนเทศ	ไม่ผ่าน	

เอกสารแนบ 3



(ปรับปรุง) แผนแม่บท
IT Master Plan
2566-2570

พัฒนาระบบ EMR เต็มรูปแบบในงานบริการผู้ป่วยนอก

เป้าหมาย: พัฒนาระบบ EMR ให้แพทย์บันทึกข้อมูลสำคัญครบถ้วนการผ่านระบบคอมพิวเตอร์ในงานผู้ป่วยนอก เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการทางการแพทย์และข้อมูลสำคัญได้อย่างรวดเร็ว

ตัวชี้วัด:

- อัตราการใช้งาน EMR ของแพทย์ในงานผู้ป่วยนอก มากกว่า 80%

กิจกรรม:

- ทบทวนการตอบรับจากแพทย์ที่ใช้งาน EMR
- ลงเชิงรุก เพื่อชี้แจงนโยบาย และรับฟังปัญหาเพื่อกำหนดวิธีการสนับสนุน
- พัฒนาโปรแกรมในการ Feed back เพื่อพัฒนา

แผนงานพัฒนาทักษะดิจิทัลเพื่อการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากร

เป้าหมาย: พัฒนาระบบงานด้านดิจิทัลของบุคลากรให้สอดคล้องกับนโยบายและงานบริการของโรงพยาบาล

โครงการ: 1. การพัฒนาระบบงานด้านดิจิทัลของบุคลากร (ITM) ปีงบประมาณ 2565

ตัวชี้วัด:

- ร้อยละของบุคลากรที่ใช้งาน ITM อย่างน้อยร้อยละ 80%
- คะแนนความพึงพอใจ ITM อย่างน้อยร้อยละ 90%
- การปฏิบัติงานด้านงานด้านดิจิทัลของบุคลากรมากกว่า 90%
- คะแนนการประเมินการปฏิบัติงานด้านงานด้านดิจิทัลของบุคลากรมากกว่า 90%

กิจกรรม:

- อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ ITM: นโยบายและงานด้านดิจิทัลของ รพ. และ SLA และ cyber security
- จัดตั้งกลุ่ม LH_ITM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- ประเมินผลโครงการ ปีงบประมาณ 2565
- ตัวชี้วัดความสำเร็จ: ร้อยละ 100
- คะแนนความพึงพอใจมากกว่า ร้อยละ 80

ประเมินยุทธศาสตร์ IT	จำนวนโครงการ (๓๒ โครงการ)
ดำเนินการแล้ว	ดำเนินการแล้ว
๓๔ โครงการ	๗ โครงการ
๑ โครงการ	๑ โครงการ

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานพัฒนาระบบสารสนเทศ โทร. ๐-๕๕๖๖ ๒๕๖๖ ต่อ ๒๕๖๖

ที่ สย.๐๖๓๒๐๖๖/๕๖๖๖ วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง สรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน/ฝ่าย/ศึกษา และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน

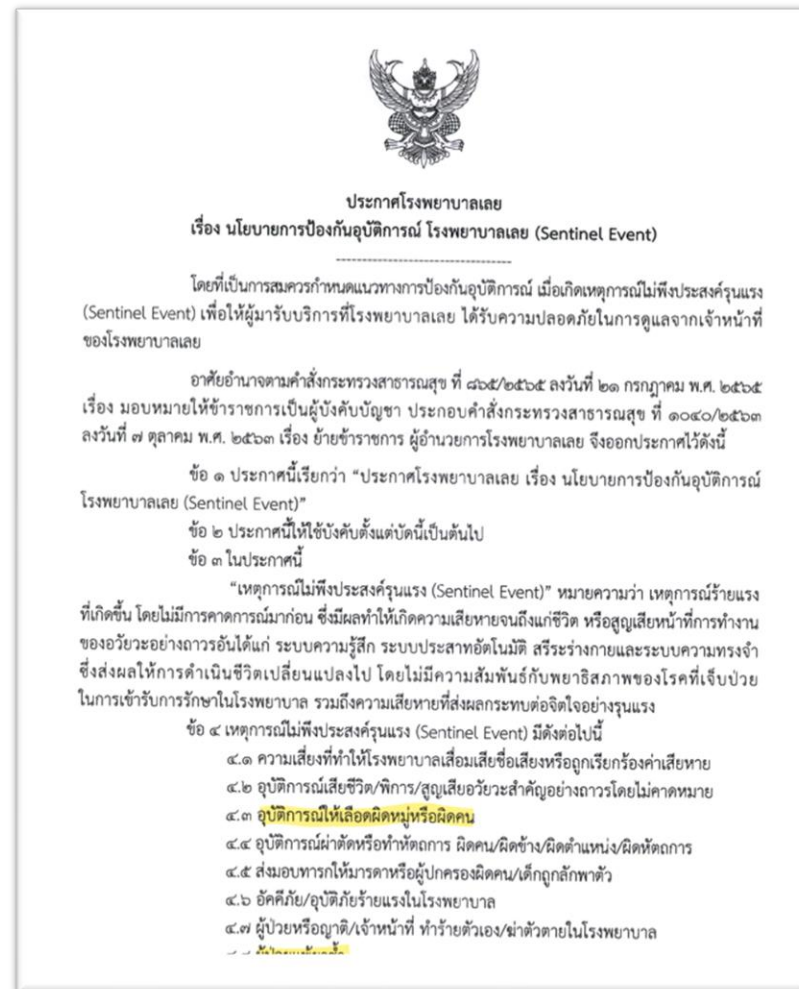
กลุ่มงานพัฒนาระบบสารสนเทศและสุขภาพ ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๖๗ เพื่อเป็นกรอบในการดำเนินงานพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลให้สนับสนุนภารกิจของโรงพยาบาลในทุกด้าน

เพื่อสื่อสารให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบผลการดำเนินงาน จึงได้จัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ซึ่งสามารถดาวน์โหลดในระบบ intranet หมายเลขเอกสาร <http://๑๙๑.๑๙๑.๑๙๑.๑๙๑/intranet/index.php?news/read&id=๕๖๖>

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายแพทย์ พิชญพงษ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

Sentinel Events เกิดุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิดผิด



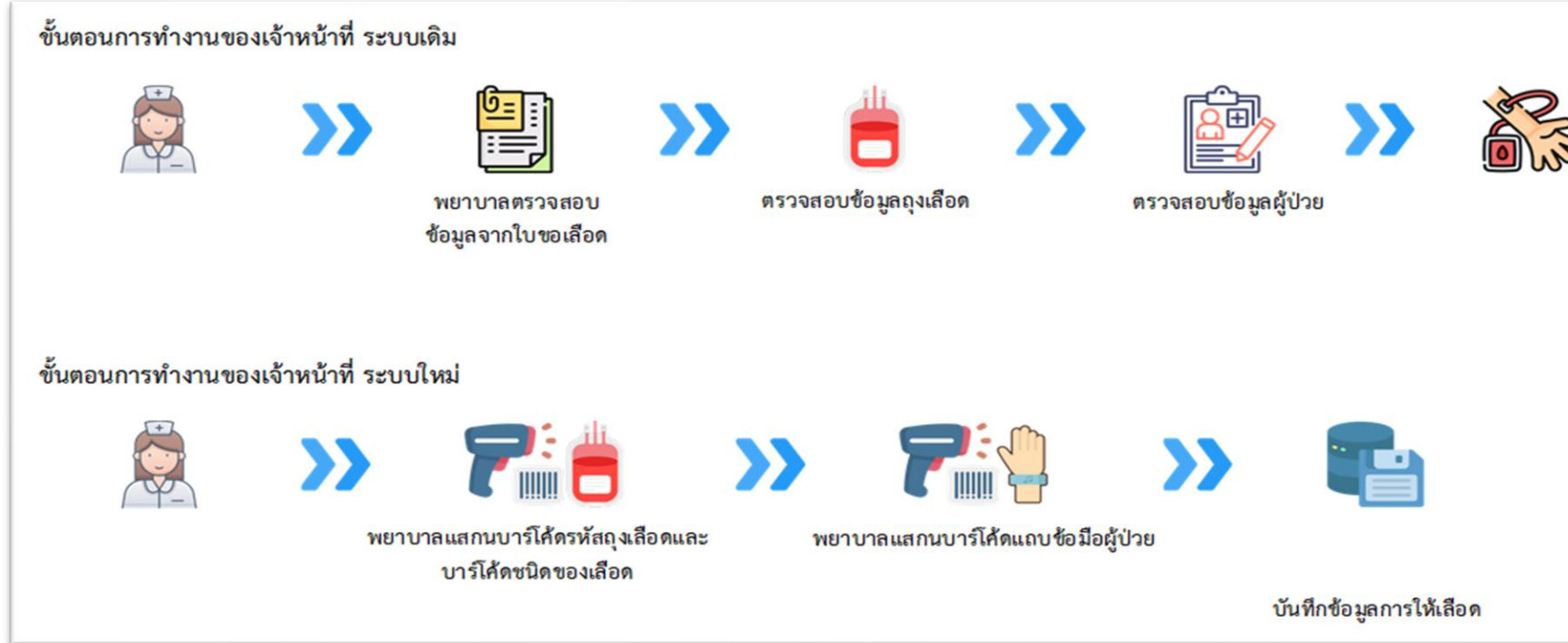
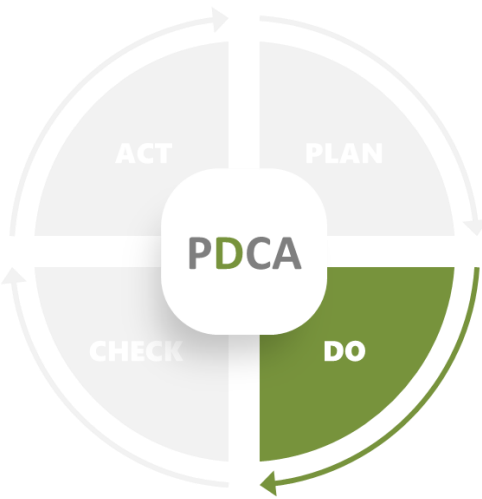
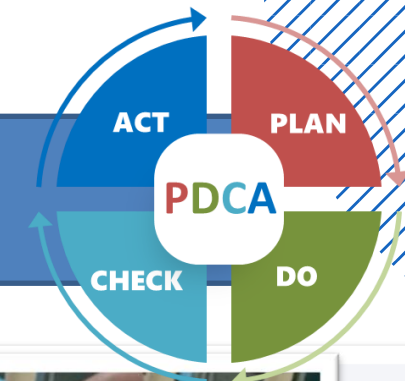
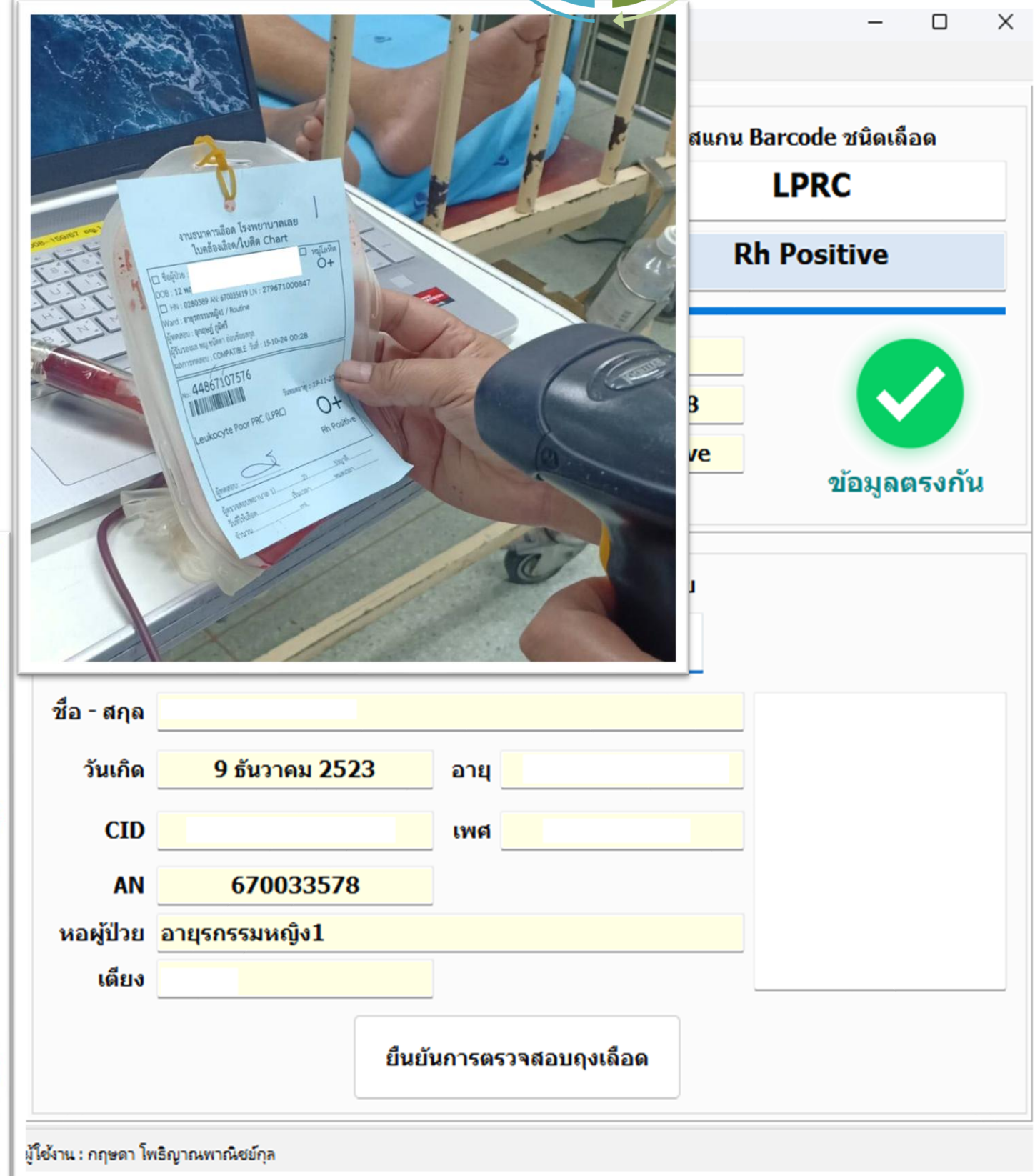
ปีงบประมาณ	อุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด(ราย)
2564	1
2565	2
2566 ก่อนการปรับปรุง แนวทางล่าสุด	2



กลุ่มการพยาบาล->ปรับปรุงแนวทางระเบียบการการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด

กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ->พัฒนาโปรแกรมตรวจสอบถุงเลือดก่อนให้เลือด

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์->ประสานงานกับบริษัทที่จัดทำระบบธนาคารเลือด รวมถึงช่วยประสานหน่วยงานต่าง ๆ

สแกน Barcode ชนิดเลือด

LPRC

Rh Positive

ข้อมูลตรงกัน

ชื่อ - สกุล

วันเกิด 9 ธันวาคม 2523

อายุ

CID

AN 670033578

หอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง 1

เตียง

ยืนยันการตรวจสอบถุงเลือด

ผู้ใช้งาน : กฤษฎา โพธิ์ภูากพาศินย์กุล



COP การให้เลือดปลอดภัยของ
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาล
โรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะผิดพลาดจากการให้เลือด และส่วนประกอบของเลือด
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตามแนวทางปฏิบัติการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดของโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

KPI

- 100% การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด
- 100% การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด
- 100% การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด

แผนการดำเนินงานและผลการดำเนินงานที่ได้ดำเนินการแล้ว (ต่อ)

- จัดทำแบบทดสอบความรู้เรื่องระบบปฏิบัติการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด
- กำหนดให้มีการประเมินผลความรู้เรื่องระบบปฏิบัติการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด

ผลลัพธ์

- ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ 9 ตุลาคม 2566
- ผลการประเมินความรู้เรื่องระบบปฏิบัติการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด 89.40%
- ผลการประเมินความรู้เรื่องระบบปฏิบัติการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด 97.27%
- ผลการประเมินความรู้เรื่องระบบปฏิบัติการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด 99.11%

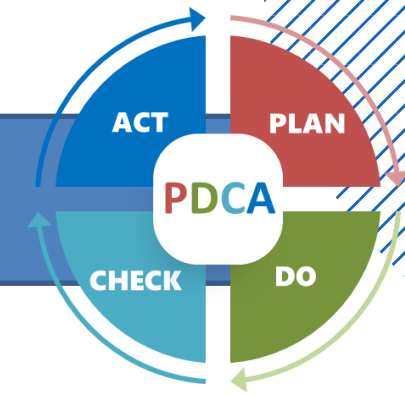
แผนการดำเนินงานที่จะอยู่ระหว่างดำเนินการ และกำลังจะดำเนินการ

- จัดทำแบบทดสอบความรู้เรื่องระบบปฏิบัติการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด
- ผลการประเมินความรู้เรื่องระบบปฏิบัติการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด 89.40%
- ผลการประเมินความรู้เรื่องระบบปฏิบัติการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด 97.27%
- ผลการประเมินความรู้เรื่องระบบปฏิบัติการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด 99.11%

กำลังจะดำเนินการ

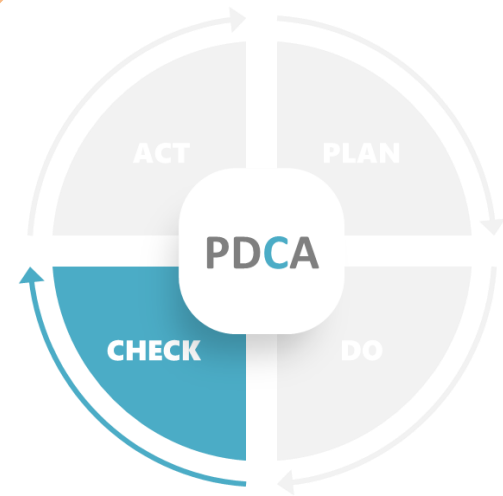
- จัดทำ VDO แนวทางปฏิบัติการให้เลือดปลอดภัย
- ประเมินสมรรถนะโดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ
- ผลการประเมินความรู้เรื่องระบบปฏิบัติการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด 100%

จุดประสงค์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

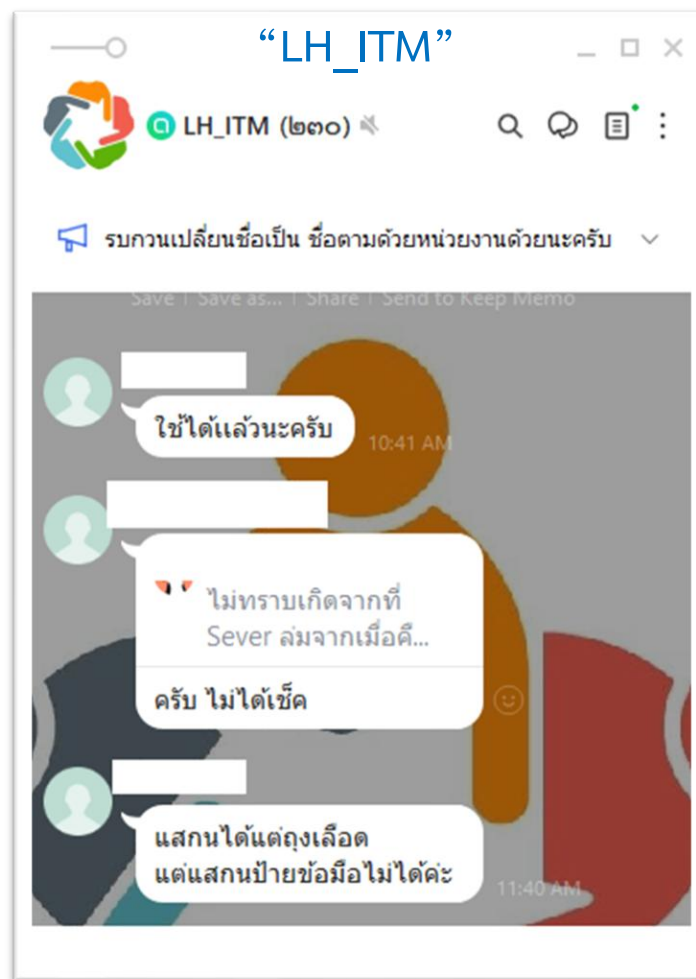


อุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ขณะการพัฒนา

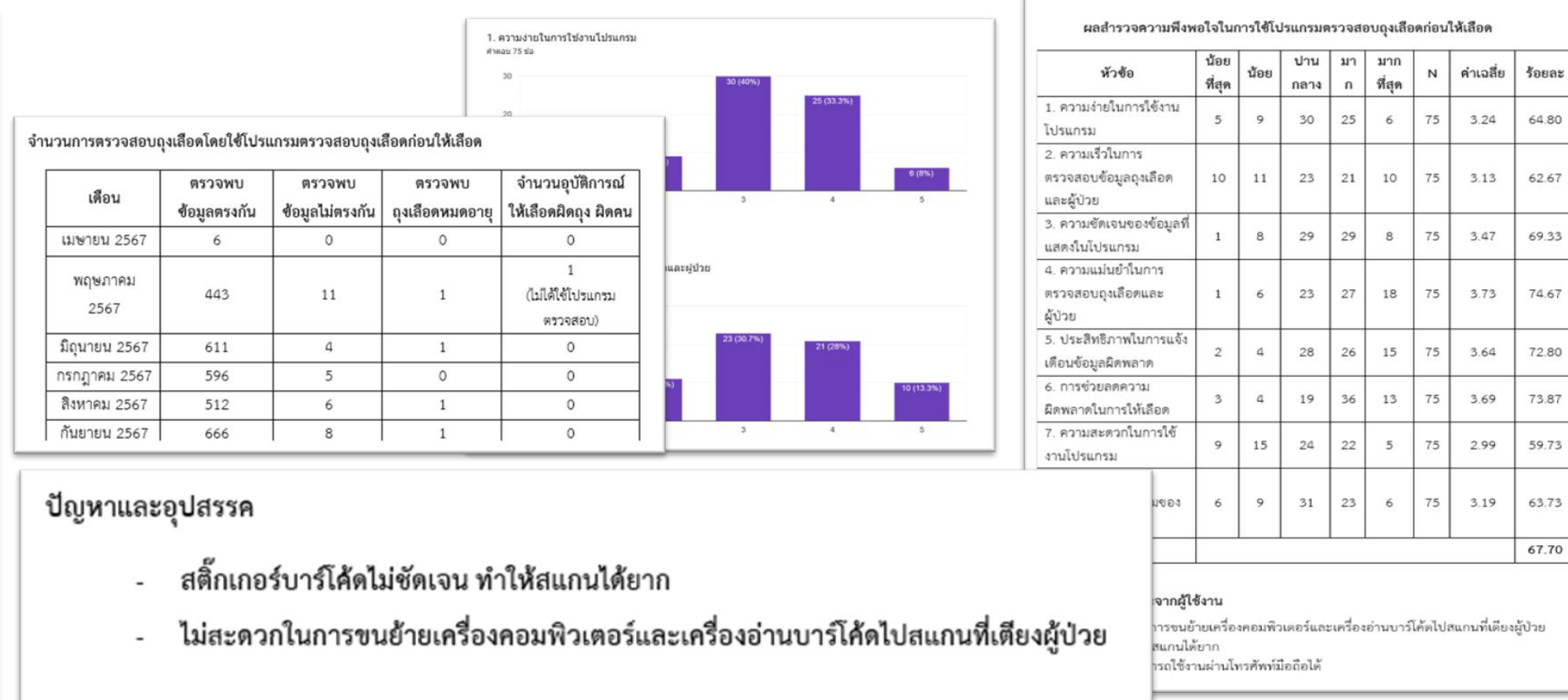
KPI	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
	2566			2567								
อุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
อุบัติการณ์การให้เลือดผิดหมู่	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
อุบัติการณ์การให้เลือดผิดชนิด	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ไม่มีorderให้เลือดแต่ได้เลือด	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



แจ้งปัญหาผ่าน LINE Open Chat

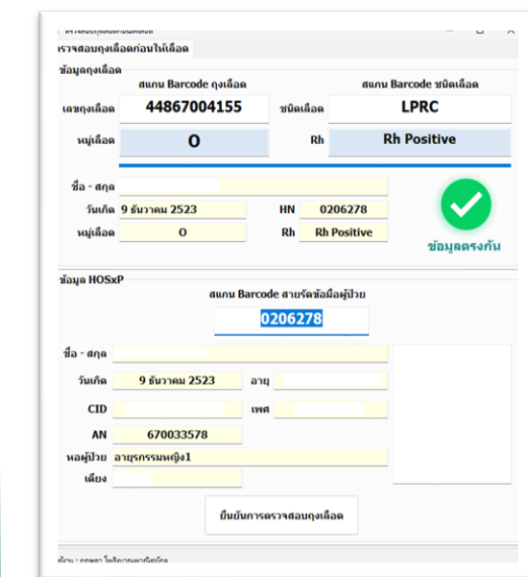


รวบรวมปัญหา ข้อเสนอแนะ ความพึงพอใจ



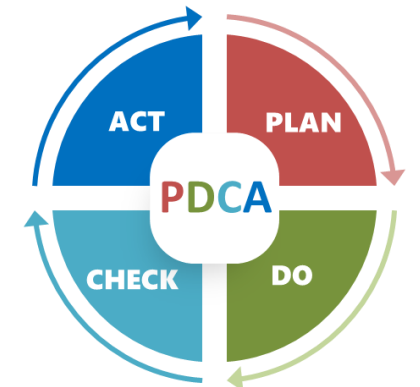
แผนพัฒนาในปี 2568

ปรับปรุงให้สามารถใช้งานได้ง่ายและเร็ว
ยิ่งขึ้นผ่านมือถือ



สรุปผลการดำเนินโครงการ/กิจกรรมตามแผนปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

ประเด็นยุทธศาสตร์ IT๑	จำนวนโครงการ (๓๒ โครงการ)		
	ดำเนินการแล้ว	กำลังดำเนินการ	ยังไม่ได้ดำเนินการ
IT๑. พัฒนาระบบเทคโนโลยีเพื่อเพิ่มคุณภาพและศักยภาพการรักษาพยาบาล IT๒. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล ภายในเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ IT๓. นำระบบเทคโนโลยีดิจิทัลมาสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะเหมาะสมสอดคล้องกับภารกิจของโรงพยาบาล IT๔. นำระบบเทคโนโลยีเพิ่มประสิทธิภาพด้านการเงินการคลังและพัสดุ และมีข้อมูลเพื่อบริหารจัดการด้านการเงิน IT๕. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีคุณภาพ และเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล	๒๔ โครงการ	๗ โครงการ	๑ โครงการ
		๑. จัดทำข้อมูลตัวชี้วัด ระบบงานสำคัญ ๒. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลจากอุปกรณ์การแพทย์เข้าระบบ HIS ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Smart IoT) ๓. Smart EOS/Smart Refer ๔. พัฒนาโปรแกรมในการสำรวจข้อคิดเห็นส่วนบุคคลเพื่อใช้ในการพัฒนาบุคลากร ๕. พัฒนาระบบนัดหมายออนไลน์ ๖. โครงการเตรียมความพร้อมรับการประเมิน HAIT ๗. พัฒนาระบบธรรมาภิบาลข้อมูล	พัฒนาทักษะดิจิทัลพื้นฐานสำหรับบุคลากรแต่ละระดับตามเกณฑ์



แผนพัฒนา 2568

- ทบทวนผลการดำเนินโครงการ/กิจกรรมร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อจัดกลุ่มกิจกรรม ปรับแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่ปรับเปลี่ยน
- กำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินโครงการให้สามารถติดตามและวัดผลได้ เพื่อพัฒนา



การจัดการความเสี่ยง

การจัดการความเสี่ยงในระบบสารสนเทศ

ลำดับ	ความเสี่ยง	คะแนน	กลยุทธ์จัดการความเสี่ยง
1	ความเสี่ยงบริษัทภายนอกไม่มีสัญญาส่งคืนข้อมูลเมื่อสัญญาสิ้นสุด (8.1 Vendor Stop Support)	25	ลดความเสี่ยง
2	ความเสี่ยงจากการถูกบุกรุก ระบบเครือข่าย (9 IT- Hacking Unauthorized Intrusions)	25	ลดความเสี่ยง
3	ความเสี่ยงจากไฟไหม้ในโรงพยาบาลที่มีผลกระทบต่อทรัพย์สิน IT (10.3 Fire – Internal)	20	ลดความเสี่ยง
4	ความเสี่ยงไฟไหม้ทรัพย์สิน IT (10.4 Fire – External)	20	ลดความเสี่ยง
5	ความเสี่ยงคำvikฤตที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (11. Patient Risk due to IT Error/Misuse)	20	ลดความเสี่ยง
6	ความเสี่ยงระบบปฏิบัติการแม่ข่ายไม่ถูกลิขสิทธิ์ (2.1 Operating System Failure)	15	ลดความเสี่ยง
7	ความเสี่ยงที่ผู้บันทึกข้อมูลเกิดความผิดพลาด (5.2 Data Loss Error)	15	ลดความเสี่ยง
8	ความเสี่ยงการปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (6.3 PDPA Implementation)	15	หลีกเลี่ยงความเสี่ยง
9	ความเสี่ยงโปรแกรม HIS หยุดชะงักไม่สามารถใช้งานได้ (3.1 Front Offices)	12	ลดความเสี่ยง
10	ความเสี่ยงจากอุปกรณ์เครือข่าย (Switch) ไม่สามารถใช้งานได้ (1.2 Network Switches Crash or Failure)	12	ลดความเสี่ยง
11	ความเสี่ยงห้องแม่ข่ายและสวิตช์ไม่สามารถใช้งานได้ (1.1 Servers and Main Switches Crash or Failure)	10	ลดความเสี่ยง
12	ความเสี่ยงจากเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วงไม่สามารถใช้งานได้ (1.3 Workstations and Printers)	10	ลดความเสี่ยง
13	ความเสี่ยงจากการสำรองข้อมูลเกิดความผิดพลาด (5.1 Backup Error)	10	ลดความเสี่ยง
14	ความเสี่ยงจากข้อมูลสำรองสูญหาย (6.1 Data Backup)	10	ลดความเสี่ยง
15	ความเสี่ยงจากการป้องกันความลับ และความเป็นส่วนตัว (6.2 Data Protection Policy and Regulations)	10	ลดความเสี่ยง
16	ความเสี่ยงจากน้ำรั่วในสำนักงานที่มีผลกระทบต่อทรัพย์สิน IT (10.1 Flooding –Internal)	10	ลดความเสี่ยง
17	ความเสี่ยงจากถูกโจรกรรมทรัพย์สิน IT (10.6 Criminal – Theft)	10	ลดความเสี่ยง
18	ความเสี่ยงจากถูกจี้ดแะ หรือย่องเบาทรัพย์สิน IT (10.7 Criminal - Break – ins)	10	ลดความเสี่ยง
19	ความเสี่ยงไม่มีพจนานุกรมข้อมูล (7.1 No Data Dictionary)	10	หลีกเลี่ยงความเสี่ยง
20	ความเสี่ยงไม่มีแบบจำลองระบบ (7.2 ความเสี่ยงจาก No System Blueprint)	10	หลีกเลี่ยงความเสี่ยง
21	ความเสี่ยงการควบคุมเวอร์ชันและการคอมเมนต์โค้ด (7.3 No Program Document or Comments)	10	หลีกเลี่ยงความเสี่ยง
22	ความเสี่ยงจากระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตขาดการเชื่อมต่อ (4.2 Internet)	8	หลีกเลี่ยงความเสี่ยง
23	ความเสี่ยงจากระบบหลังบ้านหยุดชะงักไม่สามารถใช้งานได้ (3.2 Back Offices)	6	ลดความเสี่ยง
24	ความเสี่ยงจากอุทกภัยที่มีผลกระทบต่อทรัพย์สิน IT 10.2 Flooding –External	5	ลดความเสี่ยง
25	ความเสี่ยงระบบเครือข่ายภายในโรงพยาบาล (4.1 Intranet)	2	ยอมรับความเสี่ยง
26	ความเสี่ยงไฟฟ้าตกหรือไฟกระชาก (10.5 Utilities – Electricity)	2	ยอมรับความเสี่ยง
27	ความเสี่ยงเหตุจลาจลว้ยุ่นทะเลาะกัน 10.8 (Civil Unrest – Protest, Mob)	2	ยอมรับความเสี่ยง



การจัดการด้านความมั่นคงปลอดภัย

ระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยและการสร้างความตระหนักรู้



จัดทำเอกสารสื่อสาร
และถ่ายทอดแผน



ประเมินผลการรับรู้ เข้าใจ
และการปฏิบัติ



ระเบียบปฏิบัติเทคโนโลยีสารสนเทศ

โรงพยาบาลเลย พ.ศ.2566 ปรับปรุงครั้งที่ 4 (ตุลาคม 2567)

3Do

- 1.รหัสผ่าน ตั้งให้ยาว ซับซ้อน และไม่ซ้ำ เช่น Ab@9784!
- 2.ออกจากระบบ ทุกครั้ง เมื่อใช้คอมพิวเตอร์เสร็จ
- 3.ขออนุญาต ปกปิดใบหน้า ลบภาพใน ไลน์ ทันทีเมื่อ Consult เสร็จ

สอบถามเพิ่มเติม
กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ
Ins. 2444 , 2410

5DON'T

- 1.ห้ามเคลื่อนย้ายเครื่องคอมพิวเตอร์ หรือนำอุปกรณ์มาเชื่อมต่อระบบเครือข่าย โดยไม่ได้รับอนุญาต
- 2.ห้ามนำ แฟลชไดรฟ์ มาเชื่อมต่อ กับเครื่องคอมพิวเตอร์
- 3.ห้ามติดตั้งโปรแกรม โดยไม่ได้รับอนุญาต
- 4.ห้ามมิให้แสดงรูปภาพ หรือข้อมูลที่ระบุตัวตน อันเป็นการเปิดเผยความลับ หรือ แสร้งไฟล์ที่มีข้อมูลส่วนบุคคลในพื้นที่สาธารณะ เช่น กลุ่มไลน์
- 5.ห้ามเข้าเว็บไซต์ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน

ระบบคอมพิวเตอร์

← ย้อนกลับ

อุบลรัตน์ เหวรัมย์
แบบสอบถาม การรับรู้และเข้าใจในระเบียบปฏิบัติด้านสารสนเทศ ปี 2567

1.1 ระเบียบข้อที่ 1 : Password เข้าระบบ ต้องตั้งให้มีตัวอักษรไม่ซ้ำ มีความยาวและคำซับซ้อนตามมาตรฐาน

- ☒ รู้
☐ ไม่รู้

1.2 ระเบียบข้อที่ 1 : Password เข้าระบบ ต้องตั้งให้มีตัวอักษรไม่ซ้ำ มีความยาวและคำซับซ้อนตามมาตรฐาน

- ☒ เข้าใจ
☐ ไม่เข้าใจ

2.1 ระเบียบข้อที่ 2 : ต้อง log out ออกจากระบบ

- ☒ รู้
☐ ไม่รู้

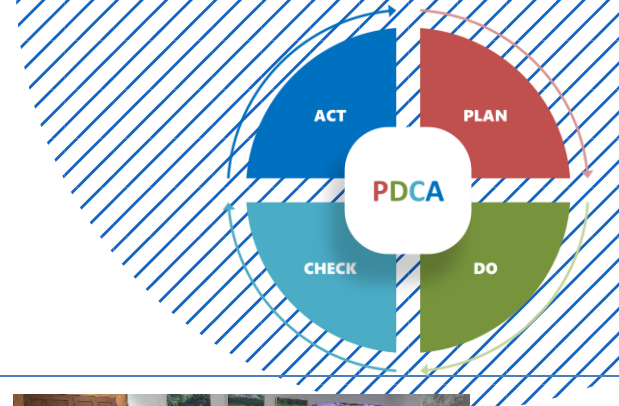


IM Walk Round (Day1)

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ



แผนดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (BCP)



ประชุมจัดทำ แผนดำเนินการเมื่อระบบ HOSxP ล่ม

เชิญตัวแทน/ผู้ได้รับมอบหมาย

เข้าร่วมประชุมวันนี้

พุธที่ 26 มกราคม 2565

13.30-16.30

ห้องประชุมกลุ่มการพยาบาล

ลำดับการนำเสนอแผน

1. ศูนย์คอมพิวเตอร์
2. งานเวชระเบียน
3. กลุ่มงานประกันสุขภาพ
4. งานผู้ป่วยนอก
5. งานผู้ป่วยและอุบัติเหตุฉุกเฉิน
6. กลุ่มการพยาบาล (งานหอผู้ป่วย)
7. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
8. กลุ่มงานรังสีวิทยา
9. กลุ่มงานเภสัชกรรม
- (ห้องยาผู้ป่วยนอก และห้องยาผู้ป่วยใน)
10. กลุ่มงานการเงิน

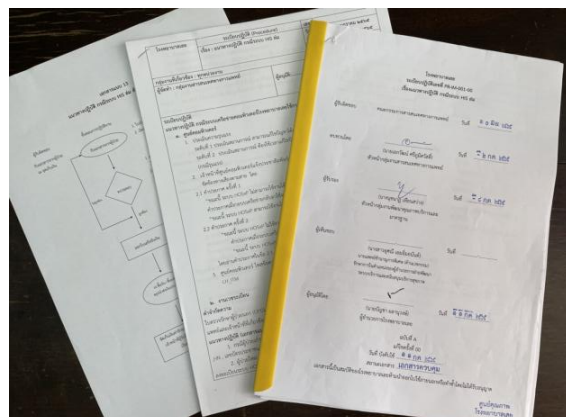


สรุปประเด็นทบทวนแผนเผชิญเหตุ กรณี HOSxP ล่ม

วันที่ 10 เม.ย. 66 13.30 - 16.30 น. ห้องประชุมภูกระดึง ผู้เข้าร่วมประชุม รวม 33 คน



หน่วยงาน	กระบวนการ	ปัญหาที่พบ	ข้อเสนอแนะทางแก้ไข
IT	-ประเมินสถานการณ์ความรุนแรง	-ใช้เวลาประเมินเกิน 15 นาที	- ให้ปฏิบัติตามแนวทางกำหนดเพียง 15 นาที หากเกินเวลาให้ประกาศใช้แผนทันที เพื่อให้ user รับทราบสถานการณ์
ประชาสัมพันธ์	-รับแจ้งเหตุ และประสานจาก IT เพื่อประกาศ แจ้งระบบล่มผ่านเสียงตามสายและกลุ่มไลน์	- ได้รับแจ้งจาก จนท. อีกรายหลายทั้งที่ได้แจ้งเหตุผ่านเสียงตามสายแล้ว - ได้รับโทรศัพท์แจ้งเหตุต่อเนื่อง ทั้งที่ประกาศเรื่องระบบ ล่มแล้ว - ได้รับคำถามเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติของแผนว่าต้องทำอะไร	- หน่วยบริการจัดการทำงานช่องทางโทร ทักพบว่าผิดปกติให้แจ้ง ปชส.ทันทีเพื่อแจ้งช่างแก้ไข - IM รวบรวม BOP+ราคาค่ารักษาในทุกหมวด ไว้ใน intranet
ห้องบัตร	-การออกvisit	- พบว่าไม่มีการสำรองแบบฟอร์ม OPD (กระดาษ) ไว้ที่หน่วยบริการ - พบว่ามี การส่งผู้ป่วยมาออก visit ทันทีที่ระบบใช้งานไม่ได้ เกิดความเสี่ยงในการออก visit ชำซ้อน	- กรณีที่ผู้ป่วยพบแพทย์แล้วให้ทุกส่วนดำเนินการต่อด้วยระบบ manual จนถึงห้องยาหรือจ่ายเงิน - กรณีที่ยังไม่เข้าพบแพทย์ หากระบบกลับมาใช้งานได้ ให้ส่งผู้ป่วยพร้อม OPD



2. สรุปประเด็นการถอดบทเรียนการซ้อมแผนเผชิญเหตุ ปีงบประมาณ 2566 ครั้งที่ 2 กรณี ระบบ HIS ใช้งานไม่ได้ (ซ้อมเสมือนจริง)

เอกสารแนบ ๒

ถอดบทเรียนการซ้อมแผนเผชิญเหตุ กรณี HOSxP ใช้งานไม่ได้ (ซ้อมเสมือนจริง)

วันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๓๐ น. - ๑๕.๓๐ น. ณ ห้องประชุมภูกระดึง

ลำดับ	หน่วยงาน	ปัญหาที่พบ	ข้อเสนอแนะ
๑.	ประชาสัมพันธ์	รพ.ภูบึงและรพ.ศาลากลางไม่มีระบบเสียงตามสายจึงไม่รู้ข้อมูลเรื่อง HOSxP ล่ม	ให้ประชาสัมพันธ์หรือแจ้งโดยจะมีบอร์ดโทรกลางของหน่วยงาน
๒.	ห้องบัตร	๑.ห้องบัตรออกบัตรโดยวิธีการพิมพ์ใช้ทำให้ห้องบัตรจำ ๒.ห้องคลอด ในกรณีที่เป็นผู้รับบริการรายใหม่จะมี HIN ๓.เมื่อระบบ HOSxP กลับมาใช้งานได้ตามปกติห้องบัตรต้องการใบ OPD card (CPD Ax) เพื่อนำมาทดแทนแบบว่า หน่วยงานยังไม่สามารถคืน (รับกลับจากห้องยานอก) ๔.ในกรณี Admit จาก ER จนท.ER สามารถ Admit ได้ไม่พบปัญหา	๑.แนะนำให้ใช้วิธีการเขียน ๒.ศูนย์คอมพิวเตอร์และขอไปปรึกษาทีมเรื่องการออกเลข HIN ว่าจะเริ่มต้นลำดับเลขอย่างไรเพื่อให้เข้ากับผู้รับบริการเดิม ๓.เนื่องจากจนท.ห้องยามียกหลายจุดมาปฏิบัติงานที่ห้องยานอกทำให้การสื่อสารอาจไม่ครบถ้วน หลังจากได้โทรสอบถามกับจนท.ประจำห้องจึงแจ้งให้ส่งกลับคืนห้องบัตรได้ตามแนวทาง
๓.	ห้องยานอก	๑.ถ้าเกิดเหตุเกิดในเวลาจะแจ้งเอกสารเพื่อเตรียมคนครบแต่ถ้าในกรณีคาบเกี่ยวในเวลาและคนเวลาจะมีจนท.ขึ้นปฏิบัติงานน้อยและจนท.ที่มีปฏิบัติงานมาจากหลายจุดจึงทำให้การสื่อสารไม่ครบถ้วน ๓.ในกรณีห้องเวชระเบียนมาเก็บ OPD card เพื่อไปส่งจนท. แต่ไม่ได้รับเอกสารเนื่องจากเข้าใจว่าเอกสารจะหาย ขอให้ห้องยาได้ยึดข้อมูลลงระบบก่อนแล้วค่อยส่งคืน	จนท.ห้องยานอกได้สื่อสารเรื่องเวชระเบียนกับทีมโดยใช้วิธีการถ่ายรูปเก็บข้อมูลและจะนำมาคืนลงในระบบ HOSxP หลังจากทีมระบบใช้งานได้ตามปกติ จึงสามารถส่ง OPD card คืนห้องเวชระเบียนได้ตามแนวทางที่กำหนดไว้
๔.	OPD	๑.ไม่ได้ติดคำบริการบางส่วน เช่นค่าบริการทั่วไป ๕๐ บาท ๒.ไม่สามารถดูประวัติใน KPHS ได้เนื่องจากเปิด KPHS ผิดโปรแกรมและเข้า Username , password ไม่ได้	๑.ขอความร่วมมือจากจนท.การเงิน double check เรื่องค่าใช้จ่ายหากไม่ทราบให้ผู้ป่วยหรือญาติไปเอกสารกลับไปห้องตรวจ OPD อีกรอบ ๒.เมื่อ HOSxP ล่มจนท.ศูนย์คอมพิวเตอร์จะติดโปรแกรม KPHS สำรองที่ intranet เพียงโปรแกรมเดียวเพื่อลดการเลือกโปรแกรมผิด





Service level Agreement

ข้อตกลงระดับบริการ

ปรับปรุงครั้งที่ 2 (11 พฤศจิกายน 2565)

SERVICE LEVEL AGREEMENT : SLA

มาตรฐานการให้บริการ/นาที

เครื่องคอมพิวเตอร์ขัดข้อง

Front Office 15 นาที / Back Office 30 นาที

เครื่องพิมพ์เอกสารขัดข้อง

Front Office 15 นาที / Back Office 30 นาที

ระบบเครือข่ายขัดข้อง

Front Office 30 นาที / Back Office 60 นาที

แจ้งปัญหา

กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ

2444 2410

หมายเหตุ : เริ่มประกันเวลาตั้งแต่แจ้งซ่อมออนไลน์

ตุลาคม 2566 – สิงหาคม 2567

ปัญหา	Front Office							Back Office						
	เวลา (นาที)				จำนวน (ครั้ง)		ทันเวลา (ร้อยละ)	เวลา (นาที)				จำนวน (ครั้ง)		ทันเวลา (ร้อยละ)
	ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย	ประกัน	ทั้งหมด	ทันเวลา		ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย	ประกัน	ทั้งหมด	ทันเวลา	
เครื่องคอมพิวเตอร์ขัดข้อง	2	44780	668.48	15	329	93	28.27	1	342812	3448.81	30	407	232	57
เครื่องพิมพ์เอกสารขัดข้อง	4	344550	1825.69	15	287	71	24.74	4	291166	3246.67	30	238	117	49.16
ระบบเครือข่ายขัดข้อง	2	1464	99.64	30	25	18	72	3	1593	159.42	60	33	25	75.76
อื่นๆ	1	462666	5033.11	-	288	-	-	3	361408	5954.41	-	341	-	-

ผลการดำเนินงาน SLA ทันเวลา ร้อยละ 42.15



การควบคุมคุณภาพข้อมูล



มีการสะท้อนข้อมูลผ่าน Dashboard ในแต่ละหัวข้อ

ศูนย์ข้อมูล

MAIN

Dashboard

IPD Dashboard

KPI

ทะเบียน Software

REPORT

Telemed

คุณภาพเวชระเบียน

1. สรุปคะแนนคุณภาพเวชระเบียน

2. คะแนนคุณภาพเวชระเบียน (ผู้ป่วยนอก)

2.1 คะแนนคุณภาพ (แยกแผนก)

2.2 คะแนนคุณภาพ (แยกห้องตรวจ)

3. การบันทึกใน HOSxP (ผู้ป่วยนอก)

3.1 อัตราการบันทึก (แยกห้องตรวจ)



ผู้เข้าชมเว็บไซต์วันนี้ 4 คน

รายงานตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

เลือกช่วงวันที่

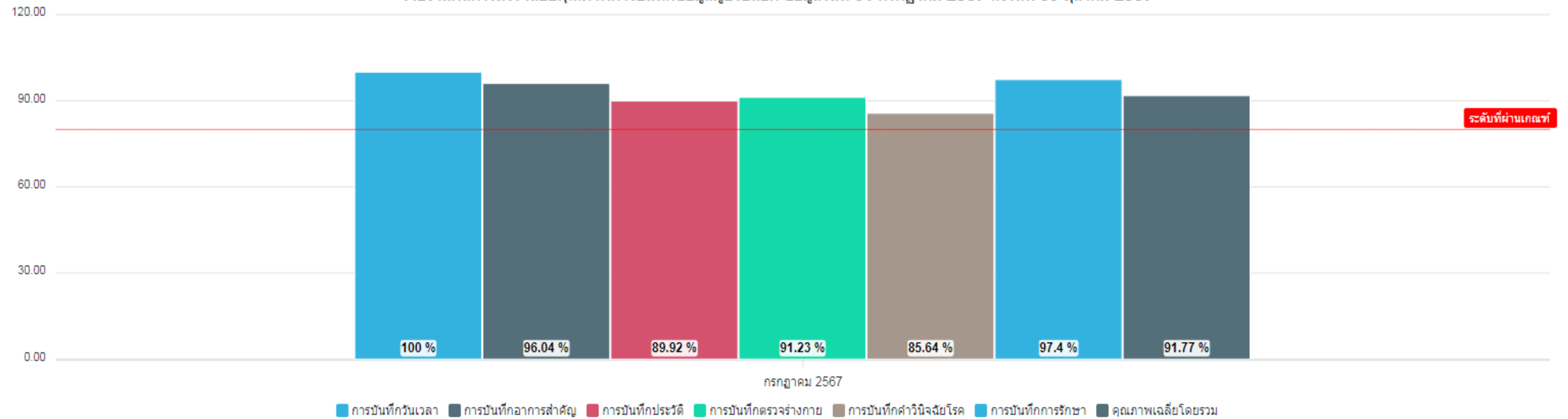
2024-07-01

ถึง

2024-10-09

แสดงผล

รายงานผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก ข้อมูลวันที่ 01 กรกฎาคม 2567 ถึงวันที่ 09 ตุลาคม 2567



ภาพกิจกรรม การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

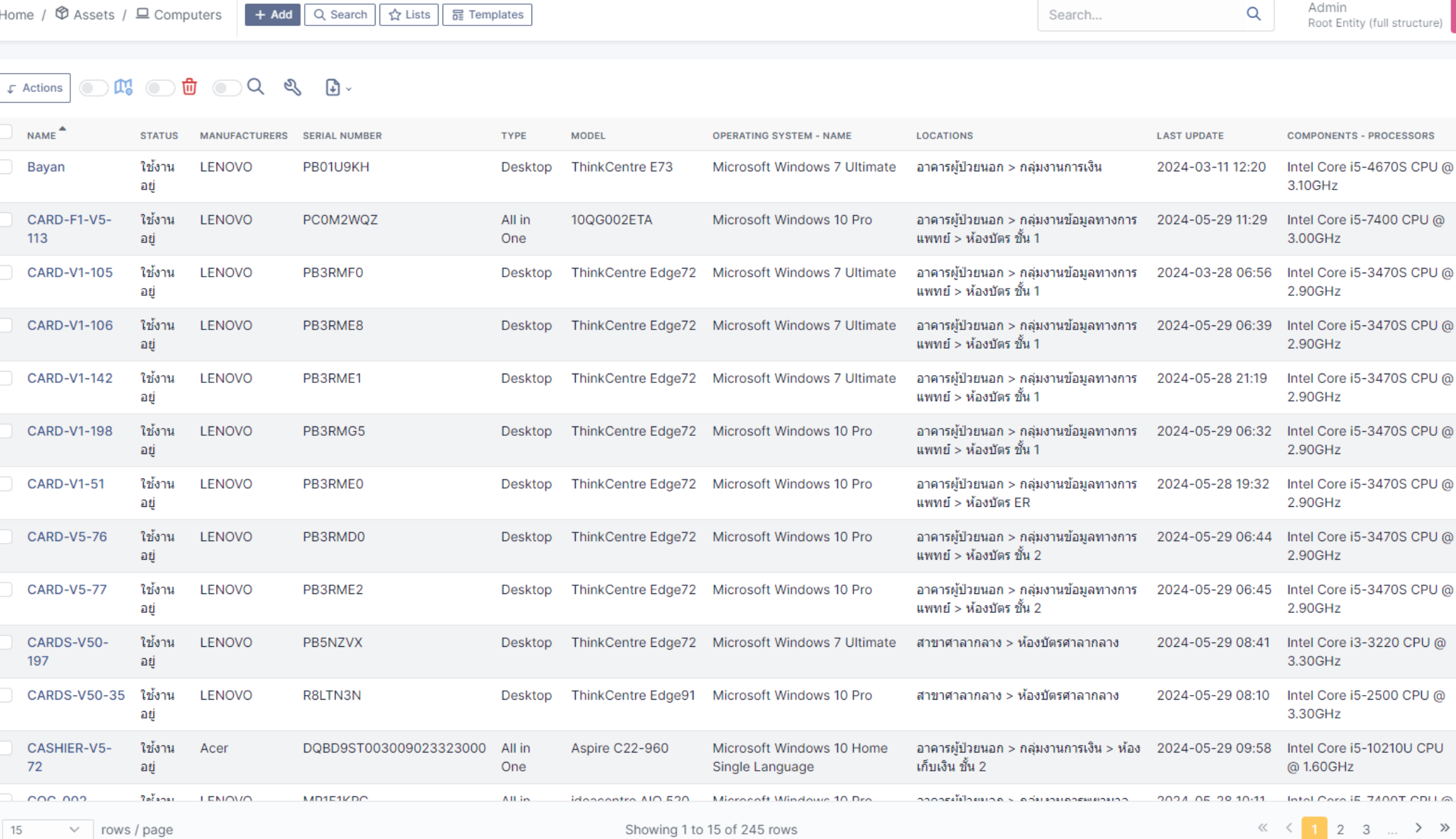




การจัดการศักยภาพทรัพยากร



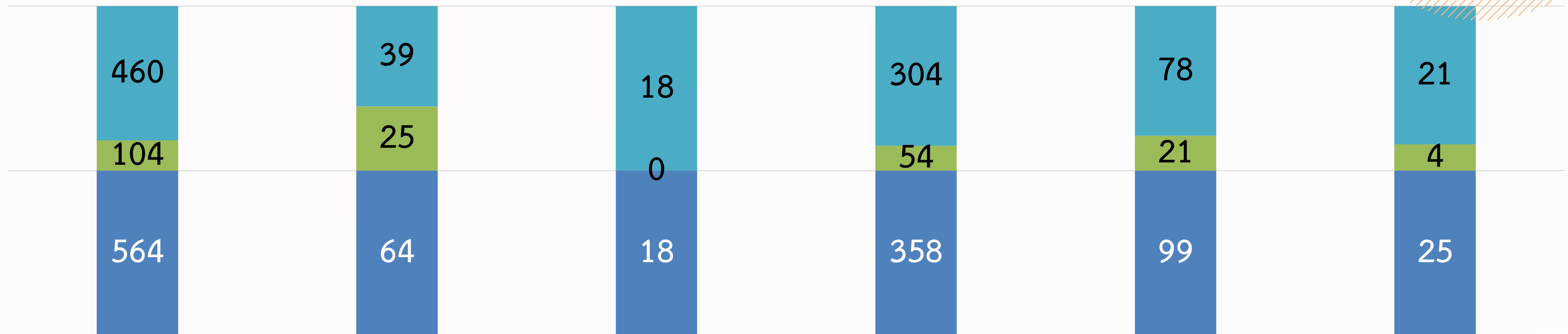
สำรวจ, ลงทะเบียน คอมพิวเตอร์ อุปกรณ์ต่อพ่วง



ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์

สำรอง 5%
ของอายุ>5Y
แผน +28 (3)

เครื่องพิมพ์



เครื่องพิมพ์

- All-in-one

- Inkjet

- LaserJet

- Thermal

- Dot matrix

■ จำนวน ■ 0-5 ปี ■ > 5 ปี

81% >5Y (90%>10Y)

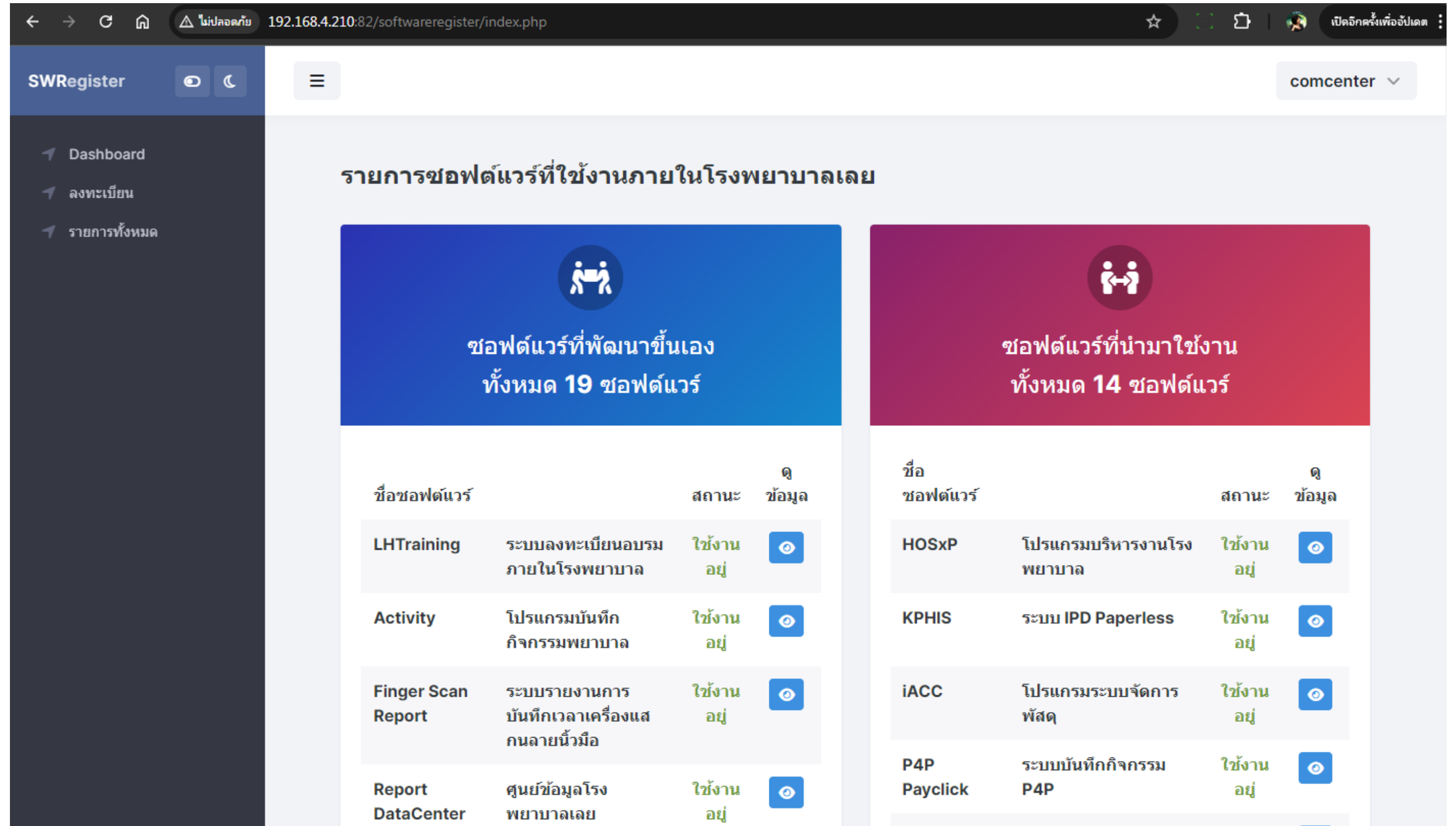
ทรัพยากรด้าน Software

- GLPI

เก็บข้อมูลโปรแกรมที่
ติดตั้งในแต่ละเครื่อง

- SWRegister

- นโยบายการนำ
software มาใช้ใน
หน่วยงาน



The screenshot shows the SWRegister web application interface. The browser address bar displays the URL `192.168.4.210:82/softwareregister/index.php`. The application has a dark blue sidebar with the title "SWRegister" and navigation links: "Dashboard", "ลงทะเบียน", and "รายการทั้งหมด". The main content area is titled "รายการซอฟต์แวร์ที่ใช้งานภายในโรงพยาบาลเลย" (Software usage list in Loei Hospital). It features two summary cards: a blue card for "ซอฟต์แวร์ที่พัฒนาขึ้นเอง" (Self-developed software) with 19 items, and a red card for "ซอฟต์แวร์ที่นำมาใช้งาน" (Software brought in for use) with 14 items. Below these are two tables listing software details.

ชื่อซอฟต์แวร์	สถานะ	ดูข้อมูล
LHTraining	ระบบลงทะเบียนอบรมภายในโรงพยาบาล	ใช้งานอยู่
Activity	โปรแกรมบันทึกกิจกรรมพยาบาล	ใช้งานอยู่
Finger Scan Report	ระบบรายงานการบันทึกเวลาเครื่องสแกนลายนิ้วมือ	ใช้งานอยู่
Report DataCenter	ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลเลย	ใช้งานอยู่

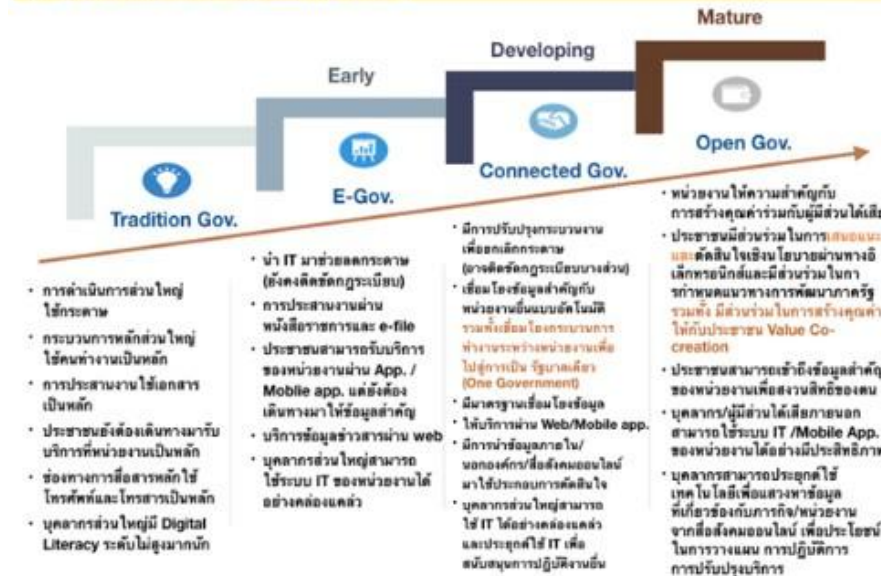
ชื่อซอฟต์แวร์	สถานะ	ดูข้อมูล
HOSxP	โปรแกรมบริหารงานโรงพยาบาล	ใช้งานอยู่
KPHIS	ระบบ IPD Paperless	ใช้งานอยู่
iACC	โปรแกรมระบบจัดการพัสดุ	ใช้งานอยู่
P4P Payclick	ระบบบันทึกกิจกรรม P4P	ใช้งานอยู่



การเตรียมบุคคลากร

แผนพัฒนาสมรรถนะทักษะดิจิทัล 2568

พัฒนาการด้านดิจิทัลของหน่วยงานภาครัฐ (Digital Government Maturity Model)

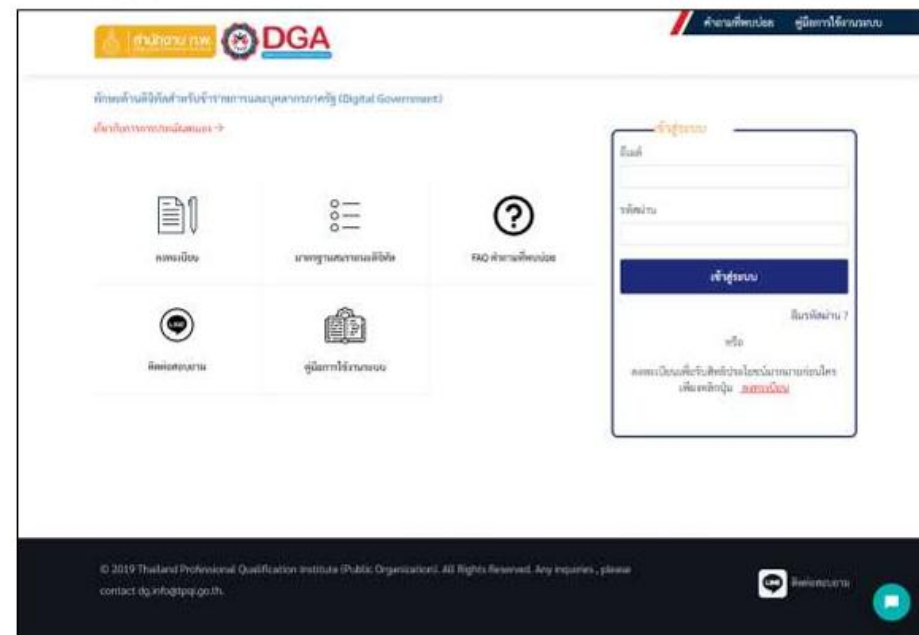


ระบบประเมินตนเอง Self Assessment

การลงทะเบียน

สำหรับการลงทะเบียนสามารถทำตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เปิดเว็บเบราว์เซอร์ กรอก URL <http://dg-sa2.tpqi.go.th> จากนั้นกดปุ่ม Enter ระบบจะแสดงหน้าจอหลัก



The screenshot shows the login page of the Digital Government Maturity Model Self Assessment system. It includes the DGA logo, a header with the system name, and a main area with a login form. The form has fields for 'ชื่อผู้ใช้งาน' (Username) and 'รหัสผ่าน' (Password), a 'เข้าสู่ระบบ' (Login) button, and a 'ลืมรหัสผ่าน?' (Forgot password?) link. There are also links for 'ลงทะเบียน' (Register), 'รายงานผลการประเมิน' (Report assessment results), and 'คู่มือการใช้งาน' (User manual). The footer contains copyright information for the Thailand Professional Qualification Institute (TPQI) and contact details.

สรุป

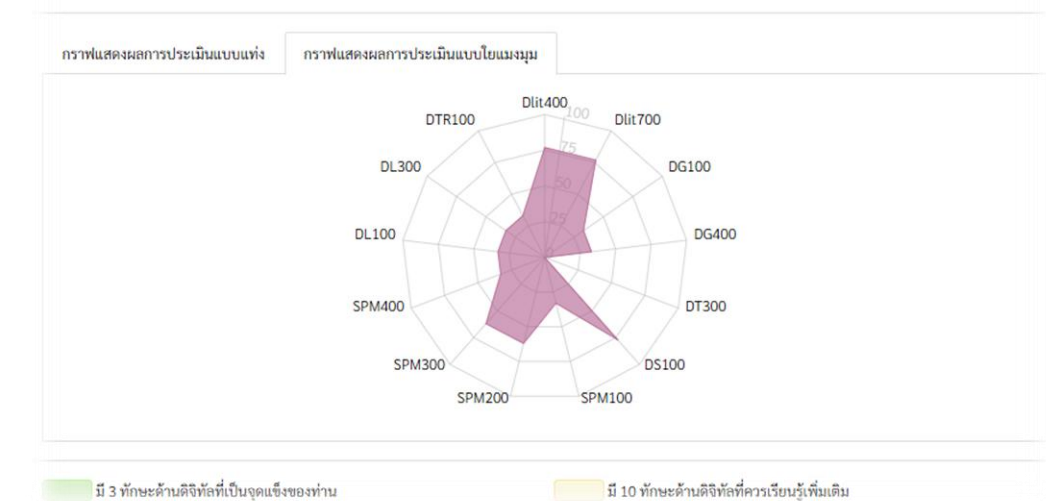
มาตรฐานทักษะด้านดิจิทัลของข้าราชการและบุคลากรภาครัฐ

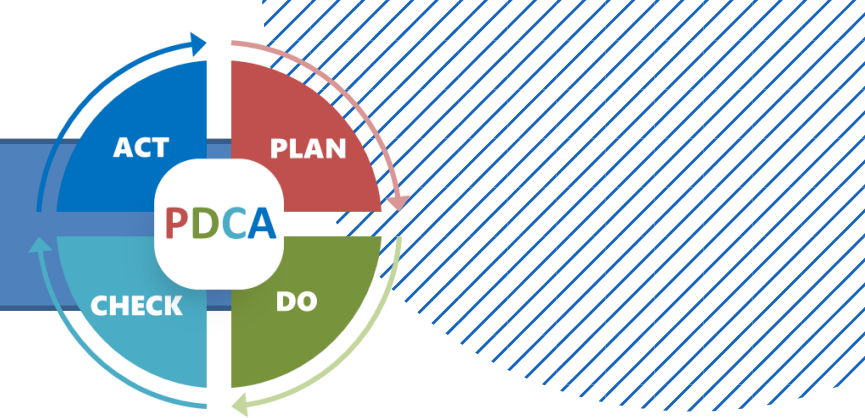
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ภาครัฐมีกำลังคนที่มีทักษะด้านดิจิทัลที่เหมาะสมที่จะเป็นกลไกขับเคลื่อนที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนภาครัฐเป็นรัฐบาลดิจิทัล เพื่อให้ข้าราชการและบุคลากรภาครัฐสามารถปรับตัวให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี มีความพร้อมที่จะปฏิบัติงานตามบทบาทและพฤติกรรมที่คาดหวังในบริบทของปรับเปลี่ยนเป็นรัฐบาลดิจิทัลและสามารถนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้

บทบาทและพฤติกรรมที่คาดหวัง จำนวน 18 กลุ่ม (E,M,A,S,T,O) x (Early, Develop, Maturity)

Early	Develop	Maturity
5. Technologist “ผู้พัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลของหน่วยงาน” ที่สามารถบริหารโครงการ หรือเลือกเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาพัฒนา	11. Technologist “ผู้ปรับเปลี่ยนเทคโนโลยีขององค์กร” ที่สามารถบริหารโครงการ หรือเลือกเทคโนโลยีที่เหมาะสม	17. Technologist “ผู้สร้างองค์กรอัจฉริยะ” ที่มีความรอบรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของ
2. Management “ผู้ปรับเปลี่ยนกระบวนการงานด้านดิจิทัลในกระบวนการทำงานหรือการให้บริการ” สามารถ	8. Management “ผู้บริหารการเปลี่ยนแปลงด้านดิจิทัลระดับองค์กร” ที่สามารถสื่อสารนโยบายขององค์กรมาสู่ระดับ	14. Management “ผู้ขับเคลื่อนองค์กรแห่งดิจิทัล” ที่
4. Service “ผู้ให้บริการดิจิทัลภาครัฐ” ที่สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการให้บริการ ให้ความช่วยเหลือ หรืออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชน หรือผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ทั้งที่เป็นบริการหลักของหน่วยงาน และการบริการของหน่วยงานอื่นที่มีการเชื่อมโยงข้ามหน่วยงาน รวมทั้งสามารถให้ข้อคิดเห็นในการพัฒนาคุณภาพการบริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางด้วยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้	10. Service “ผู้อำนวยการความสะดวกด้านดิจิทัลภาครัฐ” ที่สามารถให้บริการ ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก หรือให้คำแนะนำในรูปแบบดิจิทัล ที่สร้างความประทับใจให้แก่ประชาชนและผู้รับบริการ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน รวมทั้งสามารถให้ข้อมูลความต้องการบริการ สร้างสรรค์นวัตกรรม ออกแบบและปรับปรุงการบริการภาครัฐที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง รวมถึงสนับสนุนการสร้างเชื่อมโยงการบริการข้ามหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และระหว่างภาครัฐกับประชาชนในรูปแบบดิจิทัล และการเป็นรัฐบาลที่เปิดให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม	16. Service “ผู้นำด้านการบริการภาครัฐ” ที่ร่วมสร้างสรรค์และพัฒนาการบริการภาครัฐที่ให้ความสำคัญกับการสร้างคุณค่าร่วมกันระหว่างภาครัฐด้วยกันเอง และภาครัฐกับประชาชน มีการเชื่อมโยงและบูรณาการการบริการภาครัฐเสมือนเป็นองค์กรเดียวกัน ไม่ถูกจำกัดด้วยเวลา สถานที่ ภาษา มีความโปร่งใสเป็นธรรม และเปิดให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มรูปแบบ ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล

ระดับทักษะที่ตรงกับความสามารถของท่าน





อบรมความรู้ไซเบอร์พื้นฐานสำหรับผู้ใช้งาน

ปี 2567 อบรม 3 รุ่นๆ ละ 150 คน



อบรมความรู้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Excel สำหรับ IT ประจำหน่วยงาน



ระดับความพึงพอใจภาพรวมการจัดประชุม:

- พึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 91.92
- ผลทดสอบการส่ง link: มีผู้คลิกลิงก์ 6 คน

ปัญหาอุปสรรค:

- ยังไม่สามารถแยกกลุ่มผู้เข้าอบรมตามพื้นฐานทักษะพื้นฐานของแต่ละคนได้
- ข้อจำกัดเรื่องเวลา จึงไม่สามารถจัดอบรมให้บุคลากรได้ครบ 100% ภายในปีงบประมาณ 2567

วัดผล:

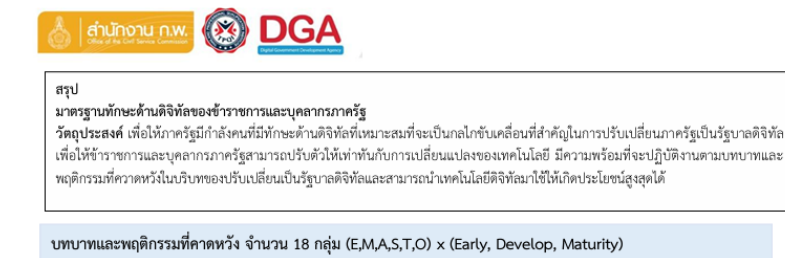
- ผู้เข้าร่วม 72 คน
- ค่าคะแนนความรู้เฉลี่ย ร้อยละ 75.55
- ความพึงพอใจระดับดี ร้อยละ 72.25

ปัญหาอุปสรรค:

- ผู้เข้าอบรมบางท่านยังไม่มีพื้นฐาน Excel เบื้องต้น
- ระยะเวลาอบรมน้อยเกินไป

แผนพัฒนา 2568

พัฒนาทักษะดิจิทัลพื้นฐานสำหรับบุคลากรแต่ละระดับตามเกณฑ์

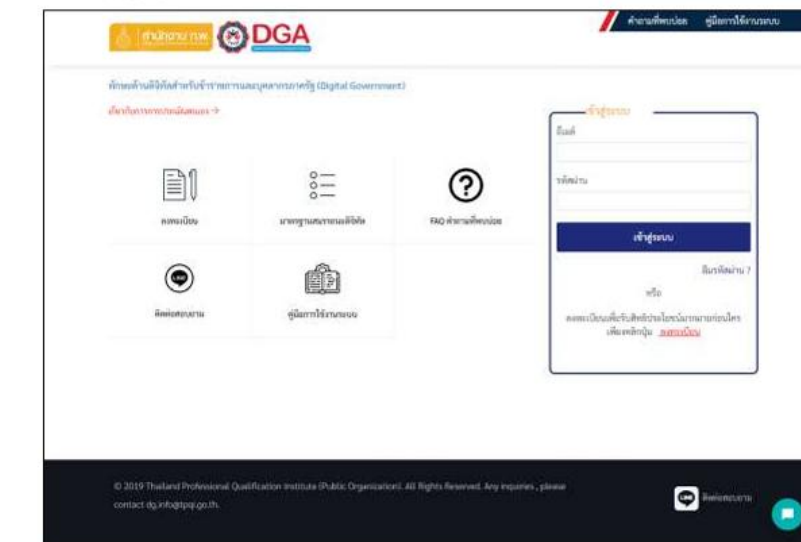


ระบบประเมินตนเอง Self Assessment

การลงทะเบียน

สำหรับการลงทะเบียนสามารถทำตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เปิดเว็บเบราว์เซอร์ กรอก URL <http://dg-sa2.tpqi.go.th> จากนั้นกดปุ่ม Enter ระบบจะแสดงหน้าจอหลัก





Level 1 , 2 , 3



TMI Hospital IT Maturity Model (March 2016)

System	Level 1	Level 2	Level 3
0. General Status	เริ่มมีทีมงานและกระบวนการจัดการให้เกิดคุณภาพ โดยเริ่มเห็นผลบางส่วน	ทีมงานจากฝ่ายต่างๆ (ฝ่ายบริหาร ผู้ปฏิบัติงานและฝ่าย IT) ร่วมกันดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยง ในสาขาต่างๆ เกิดระบบการพัฒนาคุณภาพด้าน IT	มีการพัฒนาคุณภาพอย่างกว้างขวางทั้งองค์กร เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยง มีผู้รับผิดชอบในประเด็นสำคัญต่างโดยเฉพาะ เริ่มเกิดวัฒนธรรมคุณภาพ IT
1. IT Master Plan	<u>แผน IT สอดคล้องกับแผนโรงพยาบาล</u> ตอบสนองยุทธศาสตร์หลักของโรงพยาบาล มีกระบวนการพัฒนาแผนที่ได้มาตรฐาน	มีการดำเนินการตามแผน IT ที่สอดคล้องกับแผนโรงพยาบาล เกิดผลสำเร็จในบางโครงการ	มีการดำเนินการตามแผน IT ที่สอดคล้องกับแผนโรงพยาบาล เกิดผลสำเร็จ โดย IT เป็นเครื่องมือหลักในการผลักดันยุทธศาสตร์สำคัญของโรงพยาบาล
2. IT Risk Management System	มีการประเมินความเสี่ยงในระบบ IT ดำเนินการจัดการความเสี่ยงจนประเมินได้ว่าความเสี่ยงลดลง	นำผลการจัดการความเสี่ยงในรอบปีที่ผ่านมา มาใช้ปรับแผนการจัดการความเสี่ยงในปีต่อไป ทำให้ความเสี่ยงลดลงได้ต่อเนื่อง	มีกลไกการจัดการความเสี่ยงที่ดำเนินครบวงจร PDCA อย่างต่อเนื่อง ไม่พบความเสี่ยงที่จัดการได้และ ครอบคลุมความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย
3. Information Security Management	<u>มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงในระบบ IT</u> ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบเข้าใจ และปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติอย่างเคร่งครัด มีการจัดการ Data Center จนมั่นคงปลอดภัยทุกด้าน	มีการจัดการการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยให้เข้าถึงได้เฉพาะผู้ที่รับผิดชอบการดูแลรักษาผู้ป่วย ในช่วงดังกล่าวเท่านั้น ไม่มีการใช้ช่องทางที่ไม่มั่นคง (LINE, Social Media) ในการรับส่งข้อมูลผู้ป่วย และสอดคล้องกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	มีกลไกการจัดการความมั่นคงที่ดำเนินครบวงจร PDCA อย่างต่อเนื่อง มีความสามารถในการตรวจจับการละเมิดความมั่นคง แก้ไขและกู้คืนระบบที่เสียหายได้อย่างรวดเร็ว



Level 1 , 2 , 3



TMI Hospital IT Maturity Model (continue)

System	Level 1	Level 2	Level 3
4. Service Desk, Service Level Agreement, Incident and Problem Management	มีการจัด <u>service desk</u> มีการประกาศ SLA ในเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ใช้งาน IT มีระบบเก็บข้อมูล IT Activity and Incident Report and Monitoring	ประกาศ SLA ที่สำคัญได้ครบทุกด้านการบริการ (Hardware, Software, Network, Data Service, New Requirement) มีข้อมูลในระบบ Incident และ Activity Monitoring มากกว่า 95% ของเหตุการณ์ เริ่มมีกระบวนการจัดการ Incident และ Problem Management	มี SLA ที่สอดคล้องกับกิจการหลัก มีกลไกการประเมินการให้บริการ Service Desk และผลการให้บริการตาม SLA นำผลการประเมิน มาใช้ปรับปรุงคุณภาพบริการ ที่ดำเนินครบวงจร PDCA อย่างต่อเนื่องผู้ใช้งานมีความพึงพอใจมาก
5. Clinical Data Quality Control	มีการเก็บข้อมูลประวัติ ผลการตรวจร่างกาย คำวินิจฉัยโรค การทำหัตถการ การให้ยา การรักษา และรหัส ICD ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกราย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 มีระบบตรวจสอบคุณภาพความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูล OPD, IPD	มีการเก็บข้อมูลประวัติ ผลการตรวจร่างกาย คำวินิจฉัยโรค การทำหัตถการ การให้ยา การรักษา และรหัส ICD ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกราย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 เริ่มมีการจัดเก็บข้อมูลอยู่ในรูปแบบ Structured Data in database (Not Scanned Record)	มีข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อเพิ่มคุณภาพด้าน <u>Quality and Safety of Care</u> , <u>Improve Clinical Outcomes</u>
6. Software Development Quality Control (if available)	มีกระบวนการและ เอกสารการวิเคราะห์และออกแบบระบบที่สำคัญในโปรแกรมที่พัฒนาเอง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	มีกระบวนการและเอกสารการวิเคราะห์และออกแบบระบบที่สำคัญในโปรแกรมที่พัฒนาเอง ทุกโปรแกรม มีการทำ Software Version Control มีการ Comment Source codes เริ่มมีกระบวนการตรวจสอบและ ทบทวนคุณภาพของโปรแกรม	มีกลไก Requirement Management, Project Management, Software Quality Assurance ในการพัฒนาโปรแกรมหลัก ทุก ๆ โปรแกรม



Level 1 , 2 , 3

TMI Hospital IT Maturity Model (continue)

7. Capacity Management and Change Management	มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและ Gap Analysis, มีการจัดทำแผนเพิ่มศักยภาพด้าน Hardware, Software, Network, People ware มีการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากรสำคัญในฝ่าย IT	มีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพตามแผน เกิดผลสำเร็จในบางด้าน ใช้ข้อมูลตามสภาพการปฏิบัติงานจริงมาจัดทำแผนเพิ่มศักยภาพ เริ่มมีระบบ <u>Change Management</u>	มีกลไกการพัฒนาศักยภาพครบทุกด้าน ดำเนินวงจร PDCA อย่างต่อเนื่องพบความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง มีระบบ Change Management ที่มีประสิทธิภาพ
--	--	---	--



รายชื่อโรงพยาบาลประเมิน ปี2567

ระดับ 1 plus จำนวน 45 รพ



- | | | |
|---|--|---|
| ☐ รพ.ยี่งอเฉลิมพระเกียรติ จ.นราธิวาส | ☐ รพ.หลวงพ่อบึง จ.นครปฐม | ☐ รพ.อุดรดิตถ์ จ. อุดรดิตถ์ |
| ☐ รพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จ.สุพรรณบุรี | ☐ รพ.บางช้าง จ.อยุธยา | ☐ รพ.รามัน จ.นราธิวาส |
| ☐ รพ.นภลัย จ. สมุทรสงคราม | ☐ รพ.เพชรบูรณ์ จ.เพชรบูรณ์ | ☐ รพ.พระนารายณ์มหาราช จ.ลพบุรี |
| ☐ รพ.ศุภศิริศรีสวัสดิ์ จ.กาญจนบุรี | ☐ รพ.สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จ.สระแก้ว | ☐ รพ.สงขลา จ.สงขลา |
| ☐ รพ.สมเด็จพระยุพราชยะลา จ.ยะลา | ☐ รพ.หัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์ | ☐ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| ☐ รพ.ยะลา จ.ยะลา | ☐ รพ.ทองผาภูมิ จ.กาญจนบุรี | ☐ รพ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์ |
| ☐ รพ.สมเด็จพระยุพราชสายบุรี จ.ปัตตานี | ☐ รพ.เลย จ.เลย | ☐ รพ.แก่งกระจาน จ.เพชรบุรี |
| ☐ รพ.ราชบุรี จ.ราชบุรี | ☐ รพ.เจ็ดเสมียน จ.ราชบุรี | ☐ รพ.สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จ.สมุทรสงคราม |
| ☐ รพ.นครปฐม จ.นครปฐม | ☐ รพ.ชะอำ จ.เพชรบุรี | ☐ รพ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสงคราม |
| ☐ รพ.สมเด็จพระยุพราชจอมบึง จ.ราชบุรี | ☐ รพ.สามพราน จ.นครปฐม | ☐ รพ.นครชัยศรี จ.นราธิวาส |
| ☐ รพ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี | ☐ รพ.ทุ่งสง จ.นครศรีธรรมราช | ☐ รพ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม |
| ☐ รพ.ท่าแพ จ.สตูล | ☐ รพ.แม่จัน จ.เชียงราย | ☐ รพ.บางสะพานน้อย จ.ประจวบคีรีขันธ์ |
| ☐ รพ.สตูล จ.สตูล | ☐ รพ.สุโขทัย-โลก จ.นราธิวาส | ☐ รพ.สวนปรุง จ.เชียงใหม่ |
| ☐ รพ.ควนโดน จ.สตูล | ☐ รพ.ตากใบ จ.นราธิวาส | ☐ รพ.กะเปอร์ จ.ระนอง |
| ☐ รพ.ค่ายสุรสีห์ จ.กาญจนบุรี | ☐ รพ.ทุ่งยางแดง จ.ปัตตานี | ☐ รพ.วชิระภูเก็ต จ. ภูเก็ต |



Insanity is doing the
same thing, over
and over again, but
expecting different
results.

-Albert Einstein

For more cartoons by Jim Hunt, go to facebook.com/huntcartoons

➤ ตัวชี้วัดของโรงพยาบาลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย:

ตัวชี้วัดด้านการรักษาโรคสำคัญไม่ผ่าน

โรงพยาบาลมีปัญหาด้านการเงินติดลบ

ปัญหาคุณภาพด้านการรักษา: รอนาน ร้องเรียน

➤ ทีมทำงานแยกส่วน:

IT ไม่เชื่อมโยง/ไม่สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการที่ชัดเจน

ทีม IT ขาดผู้นำ ไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ตนเอง

➤ สภาพการทำงานขององค์กรที่คนทำงานแบบไร้เป้าหมาย



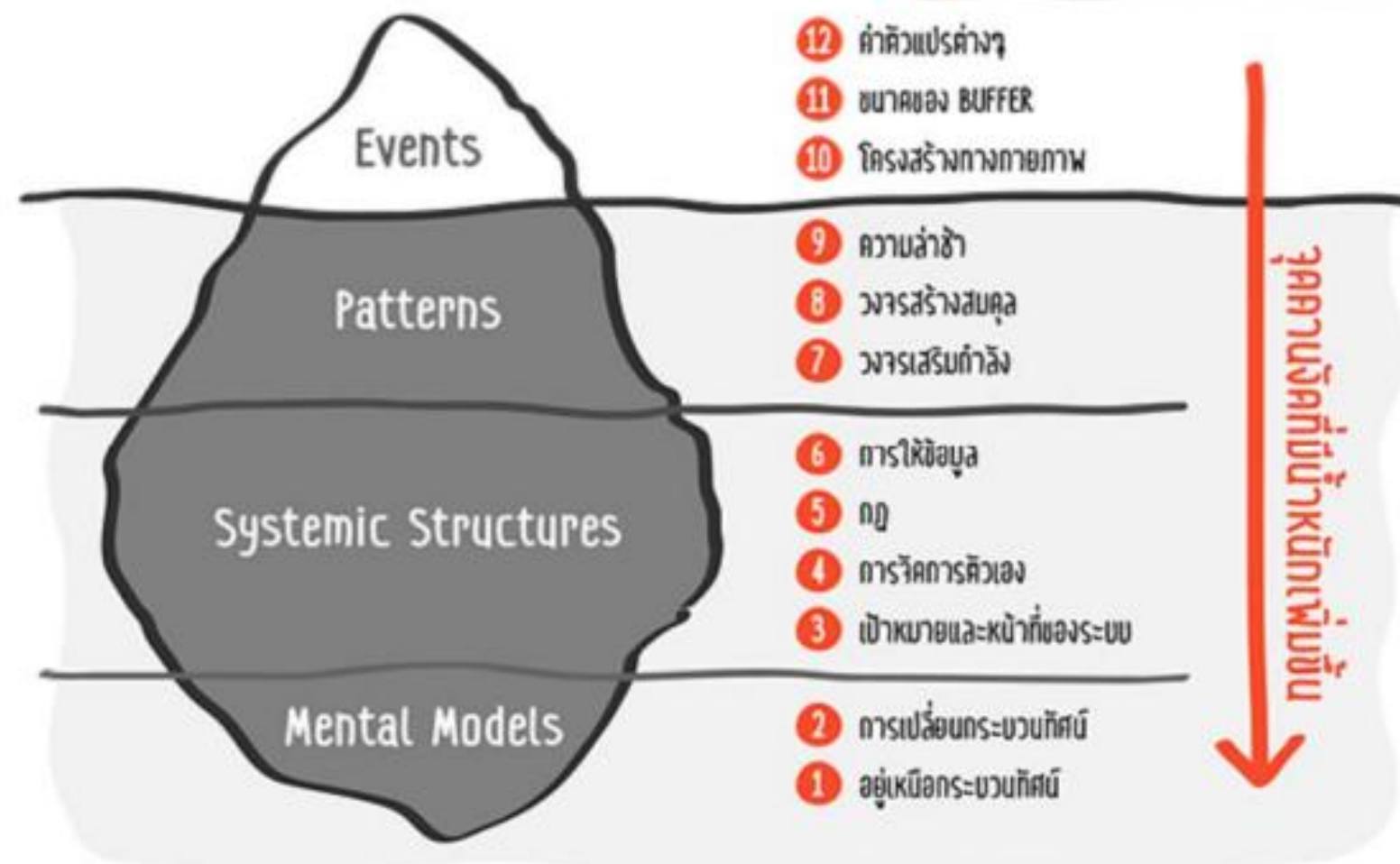
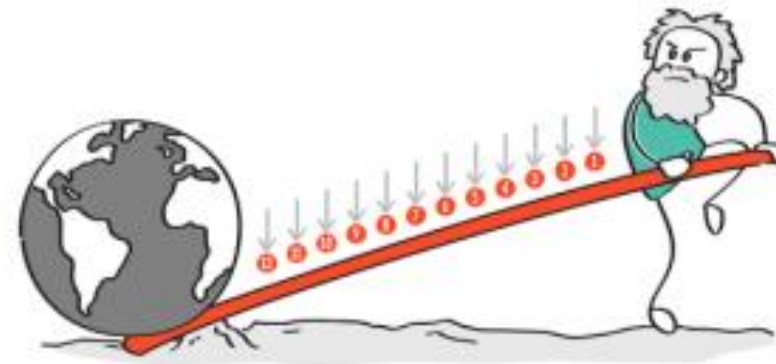
สิ่งที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 2 ปี (กำหนดเป้าหมาย)

- ทุกทีมมีส่วนร่วมในการกำหนดยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
- IT มีแผนพัฒนาที่ชัดเจนในการสนับสนุนเป้าหมายของโรงพยาบาล
 - สนับสนุนคุณภาพการรักษา
 - สนับสนุนการบริหารจัดการ
 - สนับสนุนการเรียนรู้ของบุคลากร
- พัฒนาระบบสารสนเทศตามแนวทาง **HAIT**

สิ่งที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 2 ปี

(การดำเนินการ)

หาจุดกานังค (Leverage Point)
แก้ปัญหาระบบได้อย่างยั่งยืน



ข้อสังเกตที่พบในการขับเคลื่อน:

1. ปรับวิธีคิดบุคลากร
2. สะท้อนข้อเท็จจริงด้วยข้อมูล
(management by fact)
3. ออกแบบระบบใหม่ ด้วยวิธีคิดใหม่ด้วย LEAN concept & design thinking process

วันที่ 25 สิงหาคม 2565

รพ.เลย รับการเยี่ยมชมสำรวจความพร้อม การตรวจรับรอง การพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศ จากสมาคมเวชสารสนเทศไทย (TMI)



วันที่ 25 สิงหาคม 2565 เวลา 9.00-15.30 น. โรงพยาบาลเลย รับการเยี่ยมชมสำรวจความพร้อม
 การตรวจรับรอง การพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศ จากสมาคมเวชสารสนเทศไทย (TMI)
 ณ ห้องประชุมน้ำเลย ชั้น 4 ตึกผู้ป่วยนอก โดยมี นพ.บัญชา ผลานุกษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย
 กล่าวต้อนรับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ นพ.ชัชวาลย์ มะกรสาร ที่ปรึกษาสมาคมเวชสารสนเทศไทย,
 รศ.ดร.นพ.วรวิภา เปาอินทร์ เลขาธิการสมาคมเวชสารสนเทศไทย และ ดร.มะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ
 นายทะเบียนสมาคมเวชสารสนเทศไทย
 ซึ่งในภาคเช้านำเสนอผลการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลเลย โดย นพ.เอกวัฒน์
 ศรีภูมิสวัสดิ์ นายแพทย์ชำนาญการโรงพยาบาลเลย ส่วนในช่วงบ่ายเป็นการลงเยี่ยมสำรวจหน่วยงาน
 ศูนย์คอมพิวเตอร์ งานเวชระเบียน และหน่วยงานอื่น ๆ เช่น งานผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องตรวจ OPD
 คลยกรรม ห้องยาผู้ป่วยนอก งานประกันสุขภาพ ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ โดยมีเจ้าหน้าที่
 เข้าร่วมกว่า 60 คน



ชื่อสัตย์ รับผิดชอบ บริการด้วยใจ



นพ.บพดล พิชญวงษ์
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย

ข่าวประชาสัมพันธ์ LOEI

วันที่ 30 ตุลาคม 2567

โรงพยาบาลเลย รับการตรวจรับรองคุณภาพมาตรฐาน ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (HAIT)



วันที่ 30 ตุลาคม 2567 เวลา 08.30 น. ณ ห้องประชุมน้ำเลย ชั้น 4 ตึกผู้ป่วยนอก รพ.เลย จ.เลย
 โรงพยาบาลเลย รับการตรวจรับรองคุณภาพมาตรฐานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (HAIT)
 โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจากสมาคมเวชสารสนเทศแห่งประเทศไทย นำโดย รศ.ดร.นพ.วรวิภา เปาอินทร์,
 ดร.มะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ และ นพ.บดินทร์ ทรัพย์สมบูรณ์ ร่วมประเมินการนำเสนอการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลเลย พร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการตรวจรับรอง
 คุณภาพมาตรฐานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (HAIT) ทั้ง 7 หมวด
 พร้อมลงเยี่ยมหน่วยงานบริการและสนับสนุน, ศูนย์คอมพิวเตอร์ และงานเวชระเบียน โรงพยาบาลเลย
 ซึ่งมี นพ.ชาญชัย บุญอยู่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลยและนพ.บพดล พิชญวงษ์ ผู้อำนวยการ-
 โรงพยาบาลเลย พร้อมคณะผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเลยร่วมต้อนรับ

Winners
are not people
who never fail,
but people
who
never
quit

