


แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๓๐๓./๗๒๔๙.....ลงวันที่.....๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๗.....
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ..นางสาวสาริน.....นามสกุล คหะแก้ว.....
ตำแหน่ง...นายแพทย์ชำนาญการ.....สังกัด / งาน / ฝ่าย / โรงเรียน..วิชาการและแผนงาน.....
กอง. โรงพยาบาลสิรินธร.....สำนัก / สำนักงานเขต..การแพทย์.....
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ
หลักสูตร. การประชุมวิชาการระดับชาติด้านเวชศาสตร์สารสนเทศครั้งที่ ๑๓ เรื่อง ปัญญาประดิษฐ์ในระบบสุขภาพ:
สถานพลังเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพ.....
ระหว่างวันที่. ๒๐-๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ จัดโดย..สมาคมเวชสารสนเทศไทย
เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น๔,๙๕๐.....บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว
เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น
(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน
(นางสาว สาริน คหะแก้ว)

หมายเหตุ ผู้รายงาน คือ ข้าราชการที่ได้รับอนุมัติไปฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ

รายงานการศึกษา ผีกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาวสาริน คหะแก้ว

อายุ ๓๙ ปี การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

๑.๒ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ.....

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงาน : ดูแลงานเวชระเบียน เวชนิทัศน์ งานผีกรอบม
งานวิจัย งานแผนยุทธศาสตร์ และระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลสิรินธร.....

อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ: ดูแลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีความเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคติดเชื้อ วัณโรค
เอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคติดเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อใน
โรงพยาบาล งานควบคุมการใช้จ่ายด้านจุลชีพและส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผล

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร การประชุมวิชาการระดับชาติด้านเวชศาสตร์สารสนเทศครั้งที่ ๑๓ เรื่อง
ปัญญาประดิษฐ์ในระบบสุขภาพ: สานพลังเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพ AI in Healthcare: Harnessing
the Power of Digital Technology for Health

สาขา -

เพื่อ ศึกษา ผีกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๔,๙๕๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๒๐-๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

สถานที่ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ ไม่มี

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ผีกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรู้ด้านเวชสารสนเทศ พัฒนาข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ เพิ่มพูนความรู้
ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีดิจิทัลด้านเวชสารสนเทศ ศึกษากรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศ
โรงพยาบาล และแนวทางในการประเมินคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลเพื่อรองรับบริบท
ในปัจจุบันที่มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการปรับปรุงบริการในโรงพยาบาลมากขึ้น

๒.๒ เนื้อหา

- **มาตรฐาน HAIT (Hospital Accreditation Information Technology)** หมายถึง คุณภาพสถานพยาบาลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล ตามกรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล Hospital IT Quality Improvement Framework (HITQIF v๒, Feb.๒๐๒๑) และฉบับเพิ่มเติม (HAIT plus) ซึ่งเป็นมาตรฐานที่พัฒนาโดยสมาคมเวชสารสนเทศไทย (TMI) มี ๔ Level มาตรฐาน HAIT เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาลที่ต้องการพัฒนาระบบ IT ให้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และเชื่อถือได้ การนำมาตรฐาน HAIT มาใช้ ช่วยให้โรงพยาบาลยกระดับคุณภาพมาตรฐานการบริการด้านสุขภาพ และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย โรงพยาบาลที่ต้องการขอรับรองมาตรฐาน HAIT จะต้องผ่านการประเมินจากคณะผู้ประเมินของ TMI

- **คุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล (HA IT)**

ประกอบด้วย การประเมิน ๗ ด้าน ได้แก่

๑. แผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT Master Plan)

หมายถึง แผนที่จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร ประกอบด้วยวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ต่อด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จตามเป้าประสงค์และเข็มมุ่งของยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ถอดออกมาเป็นแผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่แยกออกเป็นยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศที่ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลทุกด้าน และแผนปฏิบัติการที่กำหนด ระยะเวลาที่จะดำเนินการตามแผนในช่วง ๓-๕ ปี

แนวทางดำเนินการ : มีการจัดทำแผนแม่บท IT ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

๒. การจัดการความเสี่ยงในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT Risk Management System)

หมายถึง ระบบการจัดการความเสี่ยงที่เริ่มจากการประเมินความเสี่ยงทุกด้านที่จะเกิดขึ้นต่อระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล ให้คะแนนความเสี่ยงและจัดลำดับความสำคัญ จัดทำแผนการจัดการความเสี่ยงเป็นลายลักษณ์อักษร มีเลขหน้ากำกับ ประกอบด้วยผลการประเมินความเสี่ยง ยุทธศาสตร์การจัดการความเสี่ยง และแผนปฏิบัติการที่กำหนดระยะเวลาที่จะดำเนินการตามแผนในช่วง ๑ ปี เมื่อจบการดำเนินการตามแผนต้องมีการประเมินผลการดำเนินงานและนำผลการประเมินมาปรับปรุงเป็นแผนในรอบปีต่อไป รวมทั้งการจัดการความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้วย

แนวทางดำเนินการ : จัดทำลำดับความเสี่ยง ด้าน Hardware, Software, People ware เช่น ความปลอดภัยของห้อง Server จัดทำห้อง Server แยกเป็นสัดส่วน มีระบบแจ้งเตือนไฟไหม้ วัตถุอันตรายห้อง กล้องวงจรปิด มีระบบรองรับการทำงานกรณีไฟดับ ระบบป้องกัน Hacker ระบบติดต่อสื่อสาร เช่น Internet ล่ม

๓. การจัดการความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Security Management)

หมายถึง ระบบการจัดการความมั่นคงปลอดภัยที่เริ่มจากการกำหนดนโยบายด้านความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล การจัดทำระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยที่ผู้ใช้ระบบทุกคนต้องปฏิบัติตาม การสร้างความตระหนัก การประชาสัมพันธ์ นโยบายและจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบ รวมถึงการตรวจสอบว่าบุคลากรได้รับทราบ เข้าใจ ยอมรับ และปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติด้านความ

มั่นคงปลอดภัยอย่างเคร่งครัด รวมถึงการจัดการ Data Center ของโรงพยาบาลให้มั่นคง ปลอดภัย ได้มาตรฐานทางกายภาพตามแนวทางการปฏิบัติที่ดี

แนวทางดำเนินการ :

๑. มีการจัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยในระบบ IT เช่น การใช้งานโปรแกรม การเก็บรักษาความลับผู้ป่วย ในระบบคอมพิวเตอร์ การป้องกันไวรัส
๒. นโยบายและระเบียบปฏิบัติที่อนุญาตให้เฉพาะผู้ที่รับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วยในช่วงเวลา ปัจจุบันเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยรายนั้นได้
๓. มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่ป้องกันความลับผู้ป่วยมิให้รั่วไหลทุกช่องทาง รวมทั้งช่องทาง Social media ทุกด้าน
๔. มีการประชาสัมพันธ์นโยบายและระเบียบปฏิบัติให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบ
๕. มีการจัดการ Data Center ของโรงพยาบาลจนมั่นคงปลอดภัย ได้มาตรฐานทางกายภาพ ตามกรอบการพัฒนาคุณภาพ (HITQIF)

๔. การจัดระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศ (Service Desk Service Level Agreement)

หมายถึง มีการจัดจุดรับแจ้งบริการ (Service Desk) มีการประชุมร่วมกับผู้ใช้งานระบบเพื่อกำหนด Service Level Agreement –SLA ด้านที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการใช้งานระบบของผู้ใช้ส่วนใหญ่ แล้วประกาศรับประกันระยะเวลาการให้บริการให้รับทราบทั่วกัน มีระบบเก็บข้อมูลอุบัติการณ์ ระบบเก็บข้อมูลกิจกรรมการทำงานของเจ้าหน้าที่ฝ่าย IT ทุกคน มีการวิเคราะห์ SLA, อุบัติการณ์และกิจกรรมเพื่อนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

แนวทางดำเนินงาน :

๑. มีการจัดระบบ Service Desk เพื่อเพิ่มความสะดวกของผู้ใช้งานระบบในการติดต่อหน่วย IT
๒. มีการกำหนด Service Level Agreement -SLA ในเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ใช้งานระบบ IT เช่น ซ่อมปรินเตอร์ภายใน ๑๕ นาที ซ่อมอินเทอร์เน็ตภายใน ๑ ชม เขียนโปรแกรมภายใน ๓ เดือน
๓. มีการติดตามผลการดำเนินการตาม Service Level Agreement และนำผลการดำเนินการ มาวิเคราะห์เพื่อหาทางปรับปรุงการบริการให้เป็นไปตามข้อตกลง

๕. ระบบควบคุมคุณภาพข้อมูลการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยและคุณภาพรหัส ICD (Clinical Data Quality Control)

หมายถึง ระบบควบคุมคุณภาพข้อมูลต้องมีการจัดการให้แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ให้การ รักษาผู้ป่วยบันทึกข้อมูลที่สำคัญใน OPD Cards และเวชระเบียนผู้ป่วยใน ได้ครบถ้วน ถูกต้อง มีรายละเอียดที่ดี และทันเวลา ต้องไม่ละเว้นการบันทึกคำวินิจฉัยโรคใน OPD Cards หรือ Discharge Summary ต้องไม่นำเอา ICD มาใช้แทนคำวินิจฉัยโรค มีระบบตรวจสอบคุณภาพ เวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และคุณภาพรหัส ICD ที่ตรวจสอบเป็นประจำไม่น้อยกว่าปี ละ ๒ ครั้ง มีการจัดการให้ระดับคุณภาพข้อมูลดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อหาทางพัฒนาคุณภาพการรักษาให้ดีขึ้น

แนวทางดำเนินการ : ดำเนินการตามมาตรฐานการ Audit ผู้ป่วยนอกกระทรวงสาธารณสุข

**๖. การควบคุมคุณภาพการพัฒนาโปรแกรม (ประเมินเฉพาะโรงพยาบาลที่เขียนโปรแกรมใช้เอง)
(Software Development Quality Control)**

หมายถึง ระบบควบคุมคุณภาพการพัฒนาโปรแกรม ต้องมีการวิเคราะห์ระบบก่อนลงมือเขียนโปรแกรมทุกครั้ง มีการจัดการความต้องการของผู้ใช้ (Requirement management) มีการจัดทำเอกสารการวิเคราะห์ระบบ และเอกสารการออกแบบระบบ มีการบันทึกคำอธิบายในโปรแกรมทุกส่วนที่สำคัญ มีระบบ version control มีการทดสอบโปรแกรม มีการจัดทำคู่มือของโปรแกรมทุกโปรแกรมที่พัฒนาใช้เอง

แนวทางดำเนินการ : เมื่อมีการพัฒนาโปรแกรมใช้งานเองต้องมีเอกสารผลการวิเคราะห์และออกแบบระบบขั้นพื้นฐาน ER Diagram Context Diagram, Data Flow Diagram

๗. การจัดการศักยภาพของทรัพยากรในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Capacity Management)

หมายถึง การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของทรัพยากรด้าน Hardware, software, network และบุคลากรด้าน IT การทำการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap analysis) การจัดทำแผนเพิ่มศักยภาพของทรัพยากร IT การกำหนดสมรรถนะ การประเมินสมรรถนะ และการดำเนินการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในฝ่าย IT เพื่อให้มั่นใจว่าศักยภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีเพียงพอต่อการดำเนินงานตามแผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศ

แนวทางดำเนินการ :

๑. มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและ Gap Analysis ของทรัพยากรด้าน Hardware, Software, Network, บุคลากร

๒. มีการจัดทำแผนเพิ่มหรือจัดการศักยภาพของทรัพยากรด้าน Hardware, Software, Network

๓. มีการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็น (Functional Competency) ของ CIO และ บุคลากรด้าน IT ทุกคน ประเมินสมรรถนะ และจัดทำแผนเพิ่มสมรรถนะรายบุคคล

- โดยทั้ง ๗ ด้านที่กล่าวมา แต่ละด้านมีการประเมินเบื้องต้นแบ่งเป็น ๓ ระดับ หรือเรียกว่า TMI Hospital IT Maturity Model (ฉบับล่าสุด มีนาคม ๒๐๑๖) ดังแสดงในตาราง

System	Level ๑	Level ๒	Level ๓
๐. General status	เริ่มมีทีมงานและกระบวนการจัดการให้เกิดคุณภาพ โดยเริ่มเห็นผลบางส่วน	ทีมงานจากฝ่ายต่างๆ (ฝ่ายบริหาร ผู้ปฏิบัติงานและฝ่าย IT) ร่วมกัน ดำเนินการ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยง ในสาขาต่างๆ เกิดระบบการ พัฒนาคุณภาพด้าน IT	มีการพัฒนาคุณภาพอย่าง กว้างขวางทั้ง องค์กร เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยง มี ผู้รับผิดชอบในประเด็น สำคัญ และเริ่มเกิด วัฒนธรรม คุณภาพด้าน IT
๑. IT Master Plan	แผน IT สอดคล้อง กับแผนโรงพยาบาล ตอบสนอง ยุทธศาสตร์หลักของ โรงพยาบาล มี กระบวนการพัฒนา แผนที่ได้มาตรฐาน	มีการดำเนินการตาม แผน IT ที่สอดคล้องกับ แผนโรงพยาบาล เกิด ผลสำเร็จในบาง โครงการ	มีการดำเนินการตามแผน IT ที่สอดคล้อง กับแผน โรงพยาบาล เกิดผลสำเร็จ โดย IT เป็นเครื่องมือหลัก ในการผลักดันยุทธศาสตร์ สำคัญของโรงพยาบาล
๒. IT Risk Management System	มีการประเมินความเสี่ยงในระบบ IT ดำเนินการจัดการ ความเสี่ยงจน ประเมินได้ว่าความ เสี่ยงลดลง	นำผลการจัดการความ เสี่ยงในรอบปีที่ผ่านมา ใช้ปรับแผนการ จัดการความเสี่ยงในปี ต่อไป ทำให้ความ เสี่ยงลดลงได้ต่อเนื่อง	มีกลไกการจัดการความ เสี่ยงที่ดำเนิน ครบ วงจร PDCA อย่างต่อเนื่อง ไม่พบ ความ เสี่ยงที่จัดการได้และ ครอบคลุมความเสี่ยงที่มี ผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย
๓. Information Security Management	มีนโยบายและ ระเบียบปฏิบัติด้าน ความ มั่นคงในระบบ IT ผู้ที่เกี่ยวข้อง รับทราบ เข้าใจ และ ปฏิบัติตามระเบียบ ปฏิบัติ อย่าง เคร่งครัด มีการ จัดการ Data Center จน มั่นคง ปลอดภัยทุกด้าน	มีการจัดการการเข้าถึง ข้อมูลผู้ป่วยให้เข้าถึง ได้เฉพาะผู้ที่รับผิดชอบ ดูแลรักษาผู้ป่วย ในช่วง ดังกล่าวเท่านั้น ไม่มี การใช้ช่องทางที่ไม่ มั่นคง (LINE, Social Media) ในการรับส่ง ข้อมูลผู้ป่วย และ สอดคล้องกับกฎหมาย ที่เกี่ยวข้อง	มีกลไกการจัดการความ มั่นคงที่ดำเนินครบวงจร PDCA อย่างต่อเนื่อง มี ความสามารถ ในการ ตรวจสอบการละเมิด ความ มั่นคง แก่ไข และกู้คืนระบบ ที่เสียหายได้อย่างรวดเร็ว

<p>๔. Service desk, Service level agreement (SLA), Incident and Problem Management</p>	<p>มีการจัด service desk มีการประกาศ SLA ในเรื่องที่สำคัญ อย่างยิ่งสำหรับผู้ใช้ ระบบ IT มีระบบเก็บ ข้อมูล IT Activity and Incident Report and Monitoring</p>	<p>ประกาศ SLA ที่สำคัญ ได้ครบทุกด้านการ บริการ (Hardware, Software, Network, Data Service, New Requirement) มี ข้อมูล ในระบบ Incident และ Activity Monitoring มากกว่า ๙๕% ของ เหตุการณ์ เริ่มมี กระบวนการจัดการ Incident และ Problem Management</p>	<p>มี SLA ที่สอดคล้องกับ กิจการหลัก มีกลไก การ ประเมิน การให้บริการ Service Desk และผลการ ให้บริการตาม SLA นำผล การ ประเมิน มาใช้ปรับ คุณภาพบริการ ที่ดำเนิน ควบวงจร PDCA อย่าง ต่อเนื่อง ผู้ใช้ระบบมีความ พึงพอใจมาก</p>
<p>๕. Clinical Data Quality Control</p>	<p>มีการเก็บข้อมูล ประวัติผลการตรวจ ร่างกาย ค่า วินิจฉัยโรค การทำ หัตถการ การให้ยา การรักษา และรหัส ICD ของผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยในทุกราย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ มีระบบ ตรวจสอบคุณภาพ ความครบถ้วน และ ความถูกต้องของ ข้อมูล OPD, IPD</p>	<p>มีการเก็บข้อมูลประวัติ ผลการตรวจร่างกาย ค่าวินิจฉัยโรค การทำ หัตถการ การให้ยา การรักษา และรหัส ICD ของผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยในทุกราย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ เริ่มมีการจัดเก็บข้อมูล อยู่ในรูปแบบ Structured Data in database (Not Scanned Record)</p>	<p>มีข้อมูลที่สามารถนำมา วิเคราะห์เพื่อเพิ่มคุณภาพ ด้าน Quality and Safety of Care, Improve Clinical Outcomes</p>

๖. Software Development Quality Control	มีกระบวนการและเอกสารการวิเคราะห์และออกแบบระบบที่สำคัญในโปรแกรมที่พัฒนาเอง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	มีกระบวนการและเอกสารการวิเคราะห์และ ออกแบบระบบที่สำคัญในโปรแกรมที่พัฒนาเอง ทุกโปรแกรม มีการทำ Software Version Control มีการ Comment Source codes เริ่มมีกระบวนการตรวจสอบและ ทบทวนคุณภาพของโปรแกรม	มีกลไก Requirement Management, Project Management, Software Quality Assurance ในการพัฒนาโปรแกรมหลักทุก ๆ โปรแกรม
๗. Capacity Management and Change Management	มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน และ Gap Analysis, มีการจัดทำแผนเพิ่มศักยภาพด้าน Hardware, Software, Network, People ware มีการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากรสำคัญในฝ่าย IT	มีการดำเนินการพัฒนา ศักยภาพตามแผน เกิดผลสำเร็จในบางด้าน ใช้ข้อมูลตามสภาพ การปฏิบัติจริงมาจัดทำแผนเพิ่มศักยภาพ เริ่มมีระบบ Change Management	มีกลไกการพัฒนา ศักยภาพครบทุกด้าน ดำเนินครบวงจร PDCA อย่างต่อเนื่อง พบความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง มีระบบ Change Management ที่มีประสิทธิภาพ

Figure 1 TMI Hospital IT Maturity Model

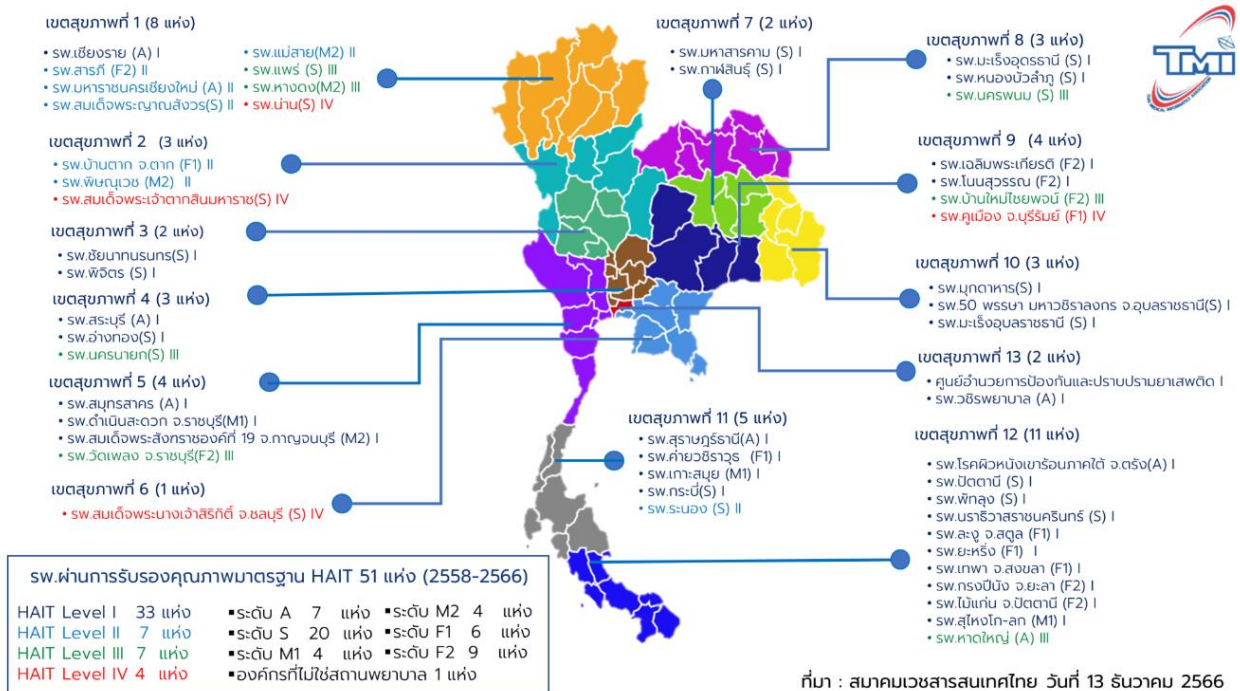


Figure 2 แสดงโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน HAIT

- ขั้นตอนการขอรับรอง HAIT ของโรงพยาบาล มีดังนี้
 ๑. ศึกษาเกณฑ์มาตรฐาน HAIT และประเมินตนเอง
 - [๑] สร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของผู้บริหารและบุคลากรทุกระดับ
 - [๒] ประเมินสถานะปัจจุบันของระบบ IT เทียบกับเกณฑ์ HAIT
 - [๓] จัดทำแผนพัฒนาระบบ IT ให้สอดคล้องกับเกณฑ์ HAIT
 - [๔] พัฒนาศักยภาพให้มีความรู้และทักษะด้าน IT ที่จำเป็น
 - [๕] ปรับปรุงกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับมาตรฐาน HAIT
 ๒. สมัครขอรับการตรวจประเมินกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
 - [๑] ให้ติดต่อประสานมายังสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th โดยแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย ๒ เดือน ก่อนกำหนดการที่คาดว่าจะขอรับการตรวจเยี่ยมฯ
 - [๒] ผู้ประสานงานของสมาคม TMI ส่งมอบแนวทางการนำเสนอการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ
 ๓. จัดเตรียมเอกสารและหลักฐานตามเกณฑ์การประเมิน
 - [๑] โรงพยาบาลจัดส่งเอกสารนำเสนอตามแนวทางการนำเสนอฯ แก่ทีมผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th และอีเมลที่ได้รับแจ้งจากผู้ประสานงานของสมาคม TMI ก่อนวันตรวจเยี่ยมอย่างน้อย ๑-๒ วัน
 - [๒] โรงพยาบาลเตรียมเอกสารจำนวน ๓ ชุด (Paper) ในวันตรวจเยี่ยม เพื่อประกอบการนำเสนอและการตรวจสอบสำหรับทีมตรวจเยี่ยมสมาคม TMI
 ๔. รับการตรวจประเมินจากผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI
 ๕. ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ (ถ้ามี)
 ๖. รับการรับรองคุณภาพ HAIT

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

๑. เพิ่มความรู้เกี่ยวกับมาตรฐาน HAIT และแนวทางในการตรวจประเมินคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ

๒. มีความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นในเรื่องความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

๓. มีความรู้ความเข้าใจในบทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล

๔. เกิดความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน HAIT

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

ฝ่ายวิชาการและแผนงานมีหน้าที่ให้การดำเนินงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลโดยตรง จึงมีความจำเป็นที่จะพัฒนาให้บุคลากรในหน่วยงานมีความรู้ความเข้าใจในมาตรฐานด้าน HAIT เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ลดความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของข้อมูลและระบบสารสนเทศ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน IT อย่างเป็นระบบ

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ)

ได้ขอเข้าร่วมกับสำนักงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์เพื่อผลักดันให้เกิดการพัฒนา ระบบข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ เพื่อให้ได้มาตรฐาน HAIT โดยขอให้โรงพยาบาลสิรินธรเป็นโรงพยาบาลนำร่องควบคู่ไปกับโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง


ระยะเวลาในการอบรมมีน้อยแต่เนื้อหาจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถบรรยายรายละเอียด และยกตัวอย่างการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการทำเทคโนโลยีสารสนเทศมาพัฒนากระบวนการทำงานได้ครบถ้วนทุกหัวข้อ

๓.๒ การพัฒนา

สามารถพัฒนารูปแบบการอบรมเป็นการอบรมออนไลน์ หรือการอัดวิดีโอ เพื่อเพิ่มช่องทางให้บุคลากรได้เรียนรู้ย้อนหลัง และสามารถเรียนของห้องย่อยอื่น ๆ ที่น่าสนใจได้ด้วย

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

..... เป็นหลักสูตรที่เล็งเห็นว่ามีควมจำเป็นกับบุคลากรในสาขาอื่นนอกเหนือจากนักวิชาการคอมพิวเตอร์ จึงควรที่จะสามารถบรรจุหลักสูตรอบรมนี้ไว้ในโครงสร้างอบรมประจำปีของบุคลากรโรงพยาบาล ทั้งสายวิชาชีพและสายสนับสนุน หรืออย่างน้อยผลักดันให้บุคลากรบางกลุ่มที่เกี่ยวข้องหรือใกล้ชิดกับงานเทคโนโลยีสารสนเทศได้มีโอกาสเรียนรู้ก่อนเพื่อนำมาถ่ายทอดให้กับบุคลากรในหน่วยงานอื่น ๆ ของโรงพยาบาลต่อไป

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน

(นางสาวสาริน คหะแก้ว)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป ผู้ใต้บังคับบัญชา นายแพทย์ สอนก นันต์ นาย สตีเฟ่น นาย ธีรวัฒน์
นาย สอนก นันต์ นาย ธีรวัฒน์ นาย สตีเฟ่น

ลงชื่อ..... ว.หัวหน้าส่วนราชการ
(นายอดิศร วิจารณ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร

การประชุมวิชาการระดับชาติด้านเวช
ศาสตร์สารสนเทศครั้งที่ 13 เรื่อง
ปัญญาประดิษฐ์ในระบบสุขภาพ:
สานพลังเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพ

HAIT คืออะไร?

- HAIT ย่อมาจาก Hospital IT Accreditation (การรับรองคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล)
- เป็นมาตรฐานที่พัฒนาขึ้นโดยสมาคมเวชสารสนเทศไทย (TMI) ร่วมกับ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สพว.)
- เพื่อยกระดับมาตรฐานด้าน IT ของโรงพยาบาลไทยให้ทัดเทียมระดับสากล

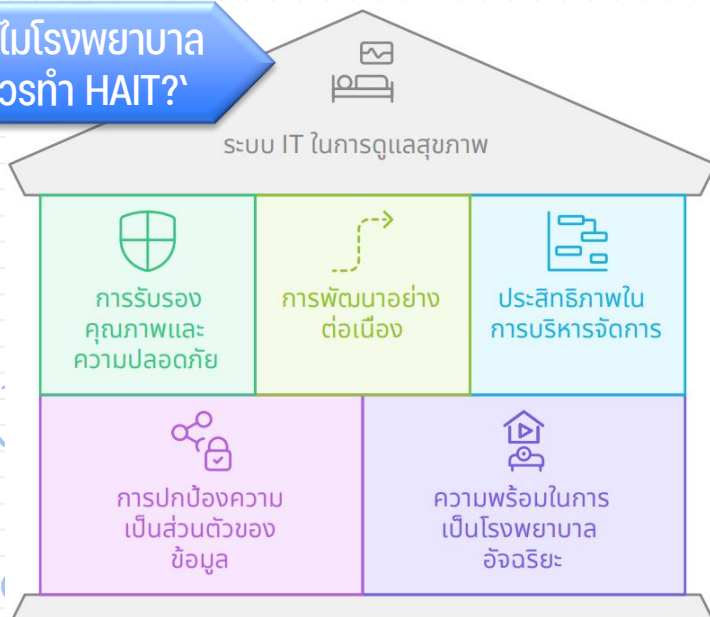
จัดทำโดย
พญ. สาริน คหะแก้ว
นายแพทย์ชำนาญการ

ลงทะเบียน
เพื่อร่วมทีม
กับเรานะ ☺



HAIT ประเมินมาตรฐานทั้งหมด 7 ด้าน
ดังต่อไปนี้

ทำไมโรงพยาบาล
ควรทำ HAIT?



การขอรับรอง HAIT มีขั้นตอนอะไรบ้าง?



HAIT



การนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน: ฝ่ายวิชาการและแผนงานของโรงพยาบาลมีหน้าที่จัดทำแผนเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบฐานข้อมูล ดำเนินการด้านสารสนเทศและสถิติของโรงพยาบาล สนับสนุนกิจกรรมการบริการและกิจกรรมวิชาการของโรงพยาบาล รวมถึงการจัดทำแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาลด้วย หลังจากได้เข้าร่วมประชุมวิชาการในครั้งนี้ ทำให้ได้รับทราบว่าการประเมินมาตรฐานด้าน IT ของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ และทราบแนวทางปฏิบัติที่จะทำให้โรงพยาบาลได้รับการรับรองมาตรฐานอย่างไรบ้าง