รายงานการประชุมคณะกรรมการทีมนำโรงพยาบาลตราด
ครั้งที่ ๒๒/๒๕๖๖
วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๒๐ – ๑๔.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมชัยพฤกษ์ ชั้น ๓ อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลตราด

.....

คณะกรรมการมาประชุม ๑๑ คน(ทั้งหมด ๑๔ คน)

๑.นายสุชาติ	ตันตินิรามัย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด
๒.นายวิทยา	สุริโย	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
๓.นายสุเมธ	เถาหมอ	รองผู้อำนวยการด้านการเงินการคลัง
๔.นายพีรพัชร	รัตนสุนทร	รองผู้อำนวยการด้านพรส.
๕.นายนิวัฒน์	ดีหลาย	รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ
๖.นางทัศนีย์	จินตกานนท์	รองผู้อำนวยการด้านวิชาการและการวิจัย/ประธานองค์กรแพทย์
๗.นายธวัชชัย	ไตรมิตรวิทยากุล	รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพ
๘.นายภาสกร	กุลรัตน์	รองผู้อำนวยการด้านยุทธศาสตร์
๙.นายบุญเย็น	หนูเล็ก	รองผู้อำนวยการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
๑๐.น.ส.นิสาลักษณ์	ศิริมงคลกิจ	รองผู้อำนวยการด้านกิจกรรมพิเศษ/เลขานุการ
๑๑.นางศรีวรรณ	สังวราภรณ์	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยคลอด/ผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้ไม่มาประชุม จำนวน ๓ คน

๑.นางอันธิกา	คะระวานิช	ติดราชการ
๒.นายชยพล	คุปติชญานนท์	ติดราชการ
๓.นายนพพล	อรุณขจรศักดิ์	ติดราชการ

ผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน ๑ คน

๑.น.ส.กุลนันทน์	สำราญใจ	สถาปนิกปฏิบัติการ กองแบบแผน

เริ่มประชุมเวลา ๑๐.๒๐ น. นายสุชาติ ตันตินิรามัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด ประธานในที่ประชุมกล่าวเปิดประชุม ตามระเบียบวาระ ดังนี้

ระเบียบวาระที่ ๑ ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

๑.๑เชิญคณะกรรมการทีมนำเข้าร่วมประชุม VDO conference ร่วมกับ นพ.โอภาส การกวินทร์พงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกวันอังคาร เวลา ๐๘.๐๐ - ๐๙.๐๐ น. ณ ห้องประชุมชัยพฤกษ์ การประชุมในวันนี้ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข แจ้งเรื่อง

- Quick win ๑๓ นโยบาย

- การจัดสรรงบประมาณให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพิ่มขึ้น

- จัดให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะปี ๒ - ๓ อยู่ประจำแผนกที่สนใจ เพื่อเตรียมตัวในการเรียนต่อเฉพาะทางในสาขาที่สนใจ

- ติดตามงบก่อสร้าง

- การถ่ายโอนรพ.สต.

- มาตรการ Happy Money สำหรับเจ้าหน้าที่

มติที่ประชุม รับทราบ

๑.๒ การคิดอัตราค่าตอบแทนในการเป็นสถานที่ฝึกงานของนักศึกษา ถ้าเป็นสถานศึกษาของรัฐฯ ในจังหวัด ถือว่าให้การสนับสนุนเกื้อกูลกัน .

นางศรีวรรณให้ข้อมูลว่า สำหรับองค์กรเอกชน โรงพยาบาลตราดคิดค่าตอบแทน ในอัตรา ๑,๐๐๐ บาท/ คน/ วัน

ประธานให้ความเห็นว่า ควรกำหนดหลักเกณฑ์สำหรับในส่วนของโรงพยาบาล และให้กับวิทยากรเนื่องจากเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากงานประจำ

มติที่ประชุม มอบหมายกลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลหาข้อมูลจากสถานบริการอื่น ๆ มานำเสนอในที่ประชุมครั้งต่อไป

๑.๓ การวางแผนปรับอาคารผู้ป่วยใน ๘ ชั้น

ชั้น ๑ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม

ชั้น ๒ ICU ๒๔ เตียง(จัดวาง ICU ที่เดิมด้วยเพื่อให้อยู่ใกล้ห้องผ่าตัด)

ชั้น ๓ ไตเทียม ต้องการ ๓๐ เตียงเป็นอย่างน้อย(ย้ายไตเทียมที่เก่าไปที่ใหม่ทั้งหมด)

ชั้น ๔ - ๗ หอผู้ป่วยสามัญ ๒๔๐ เตียง

ชั้น ๘ ห้องประชุม

มติที่ประชุม มอบหมายนายพีรพัชรพิจารณารายละเอียดการวางแบบของห้องไตเทียม

๑.๔ การปรับ master plan โรงพยาบาล

- เว้นพื้นที่หลังกลุ่มงานโภชนศาสตร์ ให้เป็นถนนสำหรับรถคนภายนอก โดยเว้นระยะห่างกับอาคารเภสัชกรรมให้รถวิ่งได้ ส่วนด้านหลังของอาคารดังกล่าวให้เป็นถนนของรถเจ้าหน้าที่

- ถนนด้านข้างร้านสะดวกซื้อจากด้านหน้าโรงพยาบาล ให้วิ่งสวนเลนได้ เพื่อเป็นเส้นทางวิ่งออก และให้คนนอกวิ่งเข้ามาเก็บขยะและรับศพ

มติที่ประชุม มอบหมายนายวิทยา วัดระยะถนนจากพื้นที่จริงแจ้งเจ้าหน้าที่จากกองแบบแผนทราบอีกครั้ง

๑.๕ ลำรางสาธารณะ มีการปรับแบบจากที่เคยมีมติที่ประชุมให้ขุดคลองกว้าง ๔ เมตรตลอดแนว เพื่อประโยชน์ในการระบายน้ำ เป็นมีช่วงที่เป็น ๒ เมตร

มติที่ประชุม มอบหมายกลุ่มงานโครงสร้างฯ พิจารณาทบทวนแบบที่ได้รับจากสำนักงานโยธาจังหวัดตราดอีกครั้ง

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องจากรองผู้อำนวยการด้านต่าง ๆ

๒.๑ นายภาสกรนำเสนอประเด็น การปรับปรุงถนนหน้าโรงพยาบาล ขณะนี้มีการประเมินราคากลางใหม่ในงบประมาณ ๕,๐๐๐,๐๐๐ บาท

มติที่ประชุม รับทราบ

๒.๒ นายสุเมธนำเสนอ ความก้าวหน้าการจัดทำหลังคาพลังงานแสงอาทิตย์ ขนาด ๓๐๐ กิโลวัตต์ งบประมาณ ๙.๙ ล้านบาท ลงที่อาคารเอกซเรย์และอาคารอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้รับการสนับสนุนจากการไฟฟ้าฝ่ายผลิต ขณะนี้อยู่ระหว่างการจัดทำร่าง TOR

สำหรับหลังคาพลังงานแสงอาทิตย์ของอาคารเฉลิมพระเกียรติ ขนาด ๖๕ กิโลวัตต์ ได้ผู้ชนะแล้ว แต่มีการยื่นอุธรณ์ เรื่องอยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

มติที่ประชุม รับทราบ

๒.๓ นายพีรพัชรนำเสนอ การปรับปรุงพื้นที่ไตเทียม โดยทุบผนังห้องพักแพทย์และกั้นผนังขยายห้องออกมาด้านหน้าเพิ่ม โดยจะสามารถวางเพิ่มได้อีก ๖ เครื่อง เดิมมี ๑๔ เครื่อง รวมเป็น ๒๐ เครื่อง รองรับผู้ใช้บริการได้สูงสุดถึง ๗๐ ราย/ วัน

ในส่วนของห้องศูนย์เครื่องมือแพทย์ จะใช้วางเครื่อง Exercise stress test ของงานอายุรกรรมโรคหัวใจ

มติที่ประชุม รับทราบ

๒.๔ นายบุญเย็น นำเสนอ

๒.๔.๑ การแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการความมั่นคงปลอดภัยงานสารสนเทศระดับสูงประจำโรงพยาบาลตราด เป็นผู้แทนปลัดกระทรวงให้ประสานงานด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์(ตามเอกสารแนบหมายเลข ๑)

มติที่ประชุม ให้แต่งตั้งคณะทำงาน ดังนี้

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นประธานคณะทำงาน
- รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร รองผู้อำนวยการด้านพรส. ผู้แทนจากกลุ่มการพยาบาล รอง IT เป็นเลขา
- นางจิตรลดา วรรณบุตร เป็นผู้ช่วยเลขา
- บุคคลภายนอก มอบหมายนายบุญเย็นประสานหาผู้มีความเหมาะสมและผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด
- นายธวัชชัย เสนอตัวแทนจากศูนย์คุณภาพ เป็นผู้ช่วยเลขาเพิ่ม ๑ คน
- นายวิทยา เสนอตัวแทนจากกลุ่มงานทันตกรรม กลุ่มงานพยาธิและนิติกร อย่างละ ๑ คน
- มอบหมายนายบุญเย็น รวบรวมรายชื่อคณะทำงานมานำเสนอในที่ประชุมอีกครั้ง

๒.๔.๒ ทีมงาน Health Link ขอใช้พื้นที่ตั้งโต๊ะ และใช้เครื่องเสียงเพื่อประชาสัมพันธ์ระบบให้กลุ่มเป้าหมาย(แพทย์และประชาชน/ คนไข้) โดยจะกำหนดวัน เวลา เมื่อได้รับอนุญาตแล้วอีกครั้ง

มติที่ประชุม รับทราบ และอนุมัติให้เข้ามาประชาสัมพันธ์ได้ โดยใช้พื้นที่บริเวณห้องยาและห้องตรวจอายุรกรรม

๒.๔.๓ คะแนนการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ประกอบด้วย ๔ หัวข้อหลัก คือโครงสร้างพื้นฐาน ด้านบริหารจัดการ ด้านบริการ ด้านความปลอดภัย(เอกสารแนบหมายเลข ๑)

มีการจัดทำทะเบียนครุภัณฑ์ แต่ไม่ปัจจุบัน

โรงพยาบาลตราดยังไม่มีการจัดทำทะเบียน Software รวมถึง line official ที่แต่ละฝ่ายจัดทำขึ้นในการติดต่อคนไข้ ซึ่งปัจจุบันศูนย์เทคโนโลยีฯ ไม่มีข้อมูลจากหน่วยงานใด ๆ

การส่งข้อมูลเข้า PHR ไม่มีการส่งข้อมูลเข้าระบบ เนื่องจากไม่มีเจ้าภาพในการจัดส่งข้อมูลที่ผ่านมาเป็นการจัดส่งแบบอัตโนมัติแต่พบว่าข้อมูลหายไป ไม่ครบถ้วน

มติที่ประชุม มอบหมายให้ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นผู้รับผิดชอบจัดส่งข้อมูลทุกวัน

ด้านบริการระบบการแพทย์ทางไกล มีหลายหน่วยงานเริ่มใช้งานแต่ไม่มีการส่งเข้าระบบบันทึก เช่นกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

มติที่ประชุม ประสานกลุ่มงานที่มีการใช้งานระบบการแพทย์ทางไกลให้ลงบันทึกข้อมูลในระบบ

สรุปประเด็นความปลอดภัยได้คะแนนน้อยที่สุด ต้องมีแผนดำเนินการ มอบหมายนายบุญเย็นดำเนินการแก้ไข ในประเด็นต่าง ๆ และส่งคะแนน

๒.๕ นายนพพล นำเสนอ

๒.๕.๑ ความก้าวหน้าในการจัดซื้อจัดจ้าง บ.เอ็มพี จำกัด และ บ.พีซีแอล จำกัด อยู่ระหว่างการติดตามแฟ้ม

ประธานแจ้งว่า เนื่องจากเลยปีงบประมาณ จึงต้องกลับมาทำเรื่องใหม่ เป็นการใช้งบประมาณของปี ๒๕๖๗ แทน

มติที่ประชุม รับทราบ

๒.๕.๒ เรื่องจากคณะกรรมการด่านหน้า มีปัญหาเรื่องของการเบิกตลับหมึกสำหรับเครื่องพิมพ์เอกสารไม่ได้ ฝากศูนย์เทคโนโลยีฯ ดำเนินการแก้ไขปัญหาในเรื่องของการจัดซื้อฯ

มติที่ประชุม รับทราบ

๒.๕.๓ การให้บริการกรณีผู้รับบริการที่ให้ความอนุเคราะห์โรงพยาบาล ซึ่งเกิดเป็นประเด็นปัญหาเรื่องการแซงคิว ในส่วนของเจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินมีปัญหาเรื่องการมารับบริการกะทันหัน ไม่ได้มีการเตรียมตัวก่อน ขอทราบแนวทางปฏิบัติในการรองรับคนไข้กลุ่มดังกล่าว

มติที่ประชุม ติดตามตามข้อมูลจากกลุ่มงานการเงิน เพื่อให้ส่งข้อมูลใส่เข้าระบบให้แจ้งเตือนในโปรแกรมพระมงกุฎ และมอบหมายน.ส.นิสาลักษณ์ จัดทำแนวทางปฏิบัติในการให้บริการคนไข้กลุ่มผู้มีอุปการะคุณและแจ้งเวียนให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ

๒.๕.๔ ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลตราดปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๐ ซึ่งต้องมีการพัฒนาระบบบริการแบบ one stop service ปัจจุบันทำได้ที่กลุ่มงานแพทย์แผนไทย กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และมีแผนดำเนินการที่ห้องตรวจตา

การผิดนัดของคนไข้ในแต่ละคลินิกเฉพาะทาง ควรให้บริหารจัดการในคลินิกนั้น ๆ เองโดยไม่ต้องผ่านห้องตรวจโรคทั่วไป

มติที่ประชุม รับทราบ

นัดหมายการประชุมครั้งต่อไปวันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๖ เวลา ๙.๐๐ น.

เลิกประชุมเวลา ๑๔.๐๐ น.

(น.ส.นิสาลักษณ์ ศิริมงคลกิจ)
ผู้จดรายงานการประชุม

(นายสุชาติ ตันตินิรามัย)
ประธานการประชุม

ที่ สธ ๐๒๑๒/ว ๓๑๓๗๗

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง การจัดทำคำสั่งผู้บริหารความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศระดับสูง และคณะทำงาน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง/ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ – ๑๓/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปทุกแห่ง

LT 22/2566

เอกสารแนบหมายเลข 1

ป พ.ร.บ. 2566

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงขอให้หน่วยงานแต่งตั้งผู้บริหารความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศระดับสูงประจำหน่วยงาน และแต่งตั้งคณะทำงานบริหารความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ โดยได้แนบรางตัวอย่างการจัดทำคำสั่ง เพื่อให้หน่วยงานได้นำไปปรับใช้หรือปรับปรุงคณะทำงานที่มีอยู่เดิมให้มีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจไม่น้อยไปกว่าตัวอย่าง ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย และเมื่อคำสั่งดังกล่าวได้รับการลงนามแต่งตั้งแล้ว โปรดส่งสำเนาคำสั่ง ไปยังศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ที่ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ictmoph@moph.go.th เพื่อรวบรวมสรุปรายงานเสนอปลัดกระทรวงสาธารณสุขทราบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตาม .....หรือข้อความอื่นๆ ตามที่สำนักงานเขตสุขภาพเคยดำเนินการ... นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป..... จึงมีคำสั่งดังต่อไปนี้

๑. ให้ ..... ตำแหน่ง.....เป็นผู้บริหารความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศระดับสูงประจำ.....

๒. หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ เป็นผู้แทนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในการประสานงานด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ภายใน.....

๒.๒ เสนอแนะเป้าหมายและแนวทางการรักษาความปลอดภัยไซเบอร์ระดับ....(เขต/จังหวัด/โรงพยาบาล)....กำกับการจัดทำแผนงาน โครงการ และงบประมาณเพื่อการรักษาความปลอดภัยไซเบอร์ของ.....

๒.๓ ส่งเสริมและกำกับดูแลการพัฒนาและบริหารจัดการข้อมูลที่อยู่ในความดูแลของ..... ให้มีความมั่นคงปลอดภัย โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนบุคคล รวมทั้งเชื่อมโยง และนำข้อมูลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

๒.๔ กำกับดูแลความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Security) และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Data Privacy) รวมทั้งแก้ไขกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

๒.๕ กำกับ ให้คำปรึกษาแนะนำ และส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรให้มีทักษะด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Security) และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Data Privacy) ในการปฏิบัติงาน

๒.๖ ปฏิบัติภารกิจอื่นตามที่กำหนดหรือตามที่ได้รับมอบหมาย

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตาม .....หรือข้อความอื่นๆ ตามที่สำนักงานเขตสุขภาพเคยดำเนินการ... นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป..... จึงแต่งตั้งคณะทำงานบริหารจัดการ ความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศระดับสูงประจำ.....โดยมีองค์ประกอบหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ (ควรมีจำนวนไม่เกิน ๑๒ คน)

๑.๑ ผู้บริหารความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศระดับสูงประจำ.....	ประธานคณะทำงาน
๑.๒ ผู้ที่มีความรู้ความสามารถด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ จากหน่วยงานภายนอก (มหาวิทยาลัย กระทรวงอื่นๆ)	กรรมการ
๑.๓ ผู้บริหารความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศระดับสูง ประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	คณะทำงาน
๑.๔ ผู้บริหารความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศระดับสูง ประจำโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	คณะทำงาน
๑.๕ สาธารณสุขอำเภอ หรือผู้แทน (ที่มีความรู้ความสามารถด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์)	คณะทำงาน
๑.๖ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชุม หรือผู้แทน (ที่มีความรู้ความสามารถด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์)	คณะทำงาน
๑.๗ รองหัวหน้าหน่วยงาน.... (ที่หัวหน้าหน่วยงานคัดเลือก)	คณะทำงาน และเลขานุการ
๑.๘ หัวหน้างานด้านไอทีของหน่วยงาน.....	ผู้ช่วยเลขานุการ

๒. หน้าที่และอำนาจ (*ประกอบด้วยข้อเหล่านี้เป็นอย่างน้อย*)

๒.๑ นำนโยบายจากส่วนกลางไปสู่การปฏิบัติ และกำกับติดตามการดำเนินงานด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Security)

๒.๒ กำหนดแนวทางและกำกับติดตามด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ เพื่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพร่วมกันได้อย่างไร้รอยต่อ ให้สอดคล้องกับแนวทางจากกระทรวงสาธารณสุขและประเทศ รวมทั้งภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๒.๓ ให้ความเห็น ข้อเสนอแนะ กำกับดูแล การดำเนินงานด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยคุกคามไซเบอร์และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความมั่นคงปลอดภัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

๒.๔ ให้คำปรึกษาแนะนำ ช่วยเหลือและแก้ปัญหาการดำเนินงานด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Security) ให้แก่หน่วยงานภายในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งประสานการดำเนินการกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อติดตามกำกับดูแลและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม

คะแนนประเมิน รพ.อัจฉริยะ	โครงสร้างพื้นฐาน	บริหารจัดการ	บริการ	ความปลอดภัย ▼
คะแนนเต็ม	250	250	250	250
จำเป็นต้องดำเนินการ	160	160	160	160
คะแนนที่ได้	180	230	140	80

โครงการ	กิจกรรม	Quick win 3 เดือน
- บัตร ปชช. ใบเดียว รักษาได้ทุกที - ประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิค - รพ.อัจฉริยะ - Virtual Hospital - e-service • บัตร ปชช. ใบเดียว รักษาได้ทุกที 4 เขตสุขภาพ • 200 รพ.อัจฉริยะ ทั่วประเทศ • Virtual Hospital 1 แห่ง	**เป้าหมาย ปี 2567** 1) ประชาชนใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพตนเอง ในการรับบริการสุขภาพด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (รพ. สังกัด สธ.ทุกแห่งภายในเขต) 2) จำนวนโรงพยาบาลอัจฉริยะ (รพ.แม่ข่ายทุกแห่ง)	1) ประชาชนใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพตนเอง ในการรับบริการสุขภาพด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (เขตสุขภาพที่ 1 4 9 12) 2) 100 วัน 100 รพ.อัจฉริยะ (รพร.ทุกแห่ง และจังหวัดละ 1 แห่ง)

1	ด้านโครงสร้าง (infrastructure)	250	160	180
1.1.1.2	มีระบบการควบคุมการเข้าออก (กุญแจ, bio pass) และบันทึกการเข้าออก	5	5	0
1.1.3.2	RPO ไม่เกิน 24 ชม.	5		
1.1.3.3	RTO ไม่เกิน 24 ชม.	5		
1.4.1.1	มีการจัดทำทะเบียนครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์	10	10	
1.4.1.2	มีการจัดทำทะเบียน software/application	10		

1.6	**การเชื่อมต่อ Communication Technology**	**20**		**0**
1.6.1	มีการสื่อสารกับผู้มารับบริการผ่านช่องทาง Platform digital	10	10	
1.6.2	มีการพัฒนาระบบสื่อสาร Real time ภายในองค์กรที่สามารถสื่อสารได้แบบ 1 ต่อ 1	10		
1.7.2	การนำข้อมูลในรูปแบบ Digital platform มาใช้งาน	10		

1.8.1	มีระบบฐานข้อมูลปัจจุบันของเจ้าหน้าที่ เพื่อใช้ยืนยันตัวตนเจ้าหน้าที่	10	10	
1.9	มีระบบยืนยันตัวตนผู้รับบริการต่างด้าวด้วย Biometric	5		

2	management	250	160	230
2.1.2	เชื่อมการส่งข้อมูลได้	20	20	

3	3. service	250	160	140
3.1	**มีจุดให้ประชาชนสามารถบริการได้ตัวตนเอง (Kiosk)**	20	20	
3.2.2	มีระบบแจ้งเตือนคิวออนไลน์	10		
3.7.2	มีการให้บริการไม่ต่ำกว่า 30 ครั้ง/เดือน	20	20	
3.8.1	มีการใช้ platform ให้บริการ Home ward แบบ paperless	10		
3.8.3	มีระบบติดตามอาการผู้ป่วยอย่างเหมาะสม	10		

3.1	มีการใช้ clinical decision support อย่างน้อย 1 ระบบ	10		
3.11	ใบรับรองแพทย์อิเล็กทรอนิกส์ หรือใบรับรองความพิการอิเล็กทรอนิกส์	10	10	

4	security	250	160	90

4.1.4.1	ระบุประเด็นความเสี่ยงได้ครบ ทั้งความสี่ยงต่อระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และความเสี่ยงที่การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศจะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	4		
4.1.4.2	มีการทบทวนประเด็นความเสี่ยง การประเมินคะแนนความเสี่ยง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	2		
4.1.4.3	มีการจัดทำแผนกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงใหม่ ปีละ 1 ครั้ง	2		
4.1.4.4	สามารถยกระดับการพัฒนาการจัดการความเสี่ยง ได้โดยประเมินจากความเสี่ยงทุกด้านลดลงอย่าง ต่อเนื่องในระยะเวลา 2-3 ปี	2		

4.1.5.3	มีการบันทึก Log ในการเข้าใช้งานระบบสารสนเทศโรงพยาบาลอย่างน้อย 90 วัน ตาม พรบ. Cyber crime	5	5	
4.2.1	ระบบมีบัญชีรายชื่อผู้ใช้งาน และรหัสผ่าน (username and password) และกลไกการยืนยันตัวบุคคล	10	10	
4.3.2	มีข้อตกลงระดับการให้บริการ (Service Level Agreement -SLA)	10	10	
4.3.3	มีระบบการจัดการอุบัติการณ์ (Incident Management) และการจัดการปัญหา (Problem Management)	10	10	
4.3.4	มีการจัดทำสถิติการให้บริการ สถิติอุบัติการณ์ และการรายงานการวิเคราะห์ปัญหา	5		

4.3.5	4.3.5 มีการจัดการและจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ เพื่อให้การดำเนินงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับปริมาณงาน (Capacity Management)	5		
4.3.6	มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานเมื่อระบบล่ม (Business Continuity Plan -BCP) และแผนกู้คืน (Disaster Recovery Plan - DRP)	10	10	
4.4.2	การจัดสร้าง/ต่อเติม software/website รพ. ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งกำกับดูแล source code/version ของ software	10		

4.5	**ธรรมาภิบาล**	**75**		**0**
4.5.1	ระบบควบคุมด้านความมั่น คง ปลอดภัยสารสนเทศ (Information Security Management) มีกระบวนการควบคุมที่ทำให้แน่ใจได้ว่า ระบบและข้อมูลได้รับการปกป้องจากการเข้าถึงหรือโจมตีโดยผู้ไม่ประสงค์ดี การใช้งานที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ได้รับอนุญาต ประกอบไปด้วย (PDPA ม. 37)	30		0
4.5.1.1	มีทะบียนผู้ใช้งานการควบคุมการเข้าถึง (Access Control) การจัดการการเข้าถึงของผู้ใช้งาน (User access management) รวมถึงการทำบัญชีรายชื่อผู้ใช้งาน การกำหนดสิทธิผู้ใช้งานการรักษาความลับรหัสผ่านของผู้ใช้แต่ละบุคคล รวมถึงยืนยันตัวบุคคล (Authentication) (PDPA ม. 24)	5	5	

4.5.1.2	การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ใช้งาน (User responsibilities) (PDPA ม. 24)	5	5	
4.5.1.3	มีระบบการควบคุมการเข้าถึงระบบงาน หรือโปรแกรม (System and application access control)	5	5	
4.5.1.4	การบริหารจัดการช่องโหว่ทางเทคนิค (Technical Vulnerability Management)	5		
4.5.1.5	การป้องกันการบุกรุกเครือข่าย จากการเชื่อมโยง Internet	5	5	
4.5.1.6	การบำรุงรักษาระบบโดยบุคคลภายนอก มีมาตรการควบคุม	5		

4.5.2	มีระบบควบคุมด้วย application (Application control) เพื่อให้แน่ใจว่า ข้อมูลสารสนเทศที่มีอยู่ในระบบเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน เชื่อถือได้ ทันเวลา โดยมีระบบควบคุมตรวจสอบดังนี้	10	
4.5.2.1	การตรวจสอบความครบถ้วน (completeness check) มีระบบที่ทำให้แน่ใจว่ามีการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการทุกรายที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลอย่างครบถ้วน	2	
4.5.2.2	ข้อมูลผู้รับบริการทุกคนที่มารับบริการ ถูกบันทึกข้อมูลไว้ในระบบอย่างเป็นระบบแบบแผน(input control)	2	

4.5.2.3	การตรวจสอบความถูกต้อง (validity check) มีระบบที่ทำให้แน่ใจว่าข้อมูลต่างๆ ที่นำเข้าระบบสารสนเทศ มีความถูกต้อง เที่ยงตรง รวมทั้งมีระบบการเรียกดูข้อมูลผู้รับบริการและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ โดยการเรียกดูแบบสุ่มตัวอย่าง ดำเนินการโดยแพทย์ พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องที่มีอำนาจหน้าที่ในการนำข้อมูลเข้า หรือเรียกดูข้อมูลได้ การเรียกดูข้อมูลผู้รับบริการเน้นไปที่ความตรงต่อเวลา ความครบถ้วนของข้อมูล การเรียกดูข้อมูลครอบคลุมทั้งผู้ที่กำลังรับบริการอยู่และที่กลับไปแล้ว	2		

4.5.2.5	การระบุตัวผู้เข้าใช้ระบบ และควบคุมให้ผู้มีสิทธิเท่านั้นที่เข้าใช้งานระบบได้ตามสิทธิ มีการบันทึกข้อมูลการเข้าใช้งาน	2		
4.5.3	มีระบบควบคุมคุณภาพข้อมูล ให้แน่ใจว่า ข้อมูลสำคัญที่บันทึก และจัดเก็บไว้ในระบบ มีคุณภาพที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง	10	10	
4.5.4	มีประกาศ Privacy Policy ปฏิบัติตาม พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลฯ ตามประกาศ ศทส. ที่ สธ.0212/ว 410 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม 2565	10	10	
4.5.5	มีประกาศ Privacy Noticeปฏิบัติตามประกาศ ศทส. แนวปฏิบัติการคุ้มครองฯ ที่ สธ. 0212/ว 11424 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม และที่ สธ. 0212/ว 14039 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2565	5		

4.5.6	หน่วยงานจัดทำรายการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล (ROPA) ปฏิบัติตาม พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลฯ ในการจัดทำ ROPA ตามหนังสือ ศทส. ที่ สธ. 0212.07/ว 2823 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566	5		
4.5.7	มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ประสานงานคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (DPO) ของหน่วยบริการ	5		

4.7	จัดตั้งคณะกรรมการความปลอดภัยทางไซเบอร์ระดับโรงพยาบาล	10	10	