

Information governance: A case study of Fort Surasi Hospital

Patipol Karnsomjai

Fort Surasi Hospital, Kanchanaburi

Abstract

Fort Surasi Hospital has implemented Information Governance (IG) as a means to organize its data assets, assess and manage information-related risks, and enhance data quality to ensure accuracy, completeness, and readiness for use. The initiative was conducted as a Proof of Concept (PoC) covering 27 hospital departments, following seven key steps: developing a data catalog, reviewing data processes, assessing and managing risks, improving data systems, promoting data utilization, classifying and retrieving data, and monitoring data quality. The findings revealed that the hospital successfully developed a data catalog comprising 410 items, with improvements made by reducing duplication and addressing incomplete records across departments. A risk management plan was also established, identifying high-risk areas such as data errors, data corruption/

duplication, and data breaches, with corresponding mitigation strategies introduced. Implementation of IG has provided the hospital with a more systematic database, clearer risk control measures, and higher-quality data ready for use. Nonetheless, further development is required to ensure sustainability, guided by the PDCA (Plan–Do–Check–Act) cycle, in order to achieve continuous improvement and long-term quality in hospital information management.

Keywords: *Information governance; Personal data protection act; Data catalog*

Received: 29 September 2025, Revised: 25 October 2025, Accepted: 30 November 2025

Correspondence: Correspondence: Patipol Karnsomjai, Fort Surasi Hospital, 281, Tambon Lat Ya, Mueang Kanchanaburi, Kanchanaburi 71190, Thailand, Tel.: 034-589233, email: g.patipol@gmail.com

การอภิบาลสารสนเทศ กรณีศึกษาโรงพยาบาลค่ายสุรสีห์

ปฏิพล การสมใจ

โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์ กาญจนบุรี

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์ได้จัดทำการอภิบาลสารสนเทศ Information Governance เพื่อจัดระเบียบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลค่ายสุรสีห์ ประเมินและจัดการความเสี่ยงด้านข้อมูล และปรับปรุงคุณภาพข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และพร้อมใช้งานการดำเนินงาน ดำเนินในลักษณะ Proof of Concept (PoC) ครอบคลุม 27 หน่วยงาน โดยทำตาม 7 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การจัดทำบัญชีข้อมูล การทบทวนกระบวนการ การประเมินและจัดการความเสี่ยง การปรับปรุงระบบ การนำข้อมูลไปใช้ การจัดหมวดหมู่และสืบค้น และการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า โรงพยาบาลสามารถจัดทำบัญชีข้อมูล(Data Catalog) รวมข้อมูล 410 รายการโดยปรับปรุงโดยลดความซ้ำซ้อนและความไม่ครบถ้วนของข้อมูลสำคัญในแต่ละหน่วย พร้อมจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง โดยพบระดับความเสี่ยงสูงในด้าน ข้อมูล

ผิดพลาด,ข้อมูลซ้ำซ้อน/ซ้ำซ้อน และการรั่วไหลของข้อมูล โดยได้มีการวางแผนเพื่อลดความเสี่ยงต่างๆ การดำเนินงานบริหารสารสนเทศ ช่วยให้โรงพยาบาลมีฐานข้อมูลที่เป็นระบบ มีมาตรการควบคุมความเสี่ยงที่ชัดเจน และข้อมูลคุณภาพพร้อมใช้งาน แต่ยังจำเป็นต้องมีการพัฒนาต่อยอดอย่างต่อเนื่องภายใต้กรอบ PDCA(Plan-Do-Check-Act) เพื่อสร้างความยั่งยืนและมีคุณภาพ

คำสำคัญ: การอภิบาลสารสนเทศ; พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล; บัญชีข้อมูล

วันที่รับต้นฉบับ: 29 กันยายน 2568, วันที่แก้ไข: 25 ตุลาคม 2568, วันที่ตอบรับ: 30 พฤศจิกายน 2568

บทนำ

โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์ จังหวัดกาญจนบุรี มีการจัดเก็บข้อมูลที่หลากหลาย ครอบคลุมทั้งข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ข้อมูลสนับสนุนการรักษา ตลอดจนข้อมูลด้านการบริหารจัดการ อย่างไรก็ตาม แต่ละหน่วยงานยังมีข้อมูลและรูปแบบการจัดเก็บที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ไม่สามารถรวบรวมและเชื่อมโยงข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ การใช้ประโยชน์จากข้อมูลจึงมีข้อจำกัด และเนื่องจากไม่มีคนดูแลทำให้ยังมีความเสี่ยงด้านข้อมูล เช่น ความไม่ครบถ้วน,ความคลาดเคลื่อนในการบันทึก, การเข้าถึงโดยไม่ได้รับอนุญาต รวมถึงความเสี่ยงต่อการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

การดำเนินการด้านอภิบาลสารสนเทศ (Information Governance) จะช่วยสร้างกรอบการกำกับดูแลที่ชัดเจน ครอบคลุมตั้งแต่การจัดเก็บ,การเข้าถึง,การใช้งาน ไปจนถึงการทำลายข้อมูลอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ ถูกต้อง ครบถ้วน และเชื่อถือได้ อีกทั้งยังช่วยลดและควบคุมความเสี่ยงด้านข้อมูล คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย การพัฒนาคุณภาพบริการ และเพิ่มประสิทธิภาพรวมถึงความน่าเชื่อถือขององค์กรในภาพรวม อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนอภิบาลสารสนเทศในโรงพยาบาลยังคงมีความท้าทาย ทั้งในด้านปริมาณและความซับซ้อนของข้อมูล ตลอดจนการประสานงานระหว่างหลายหน่วยงาน ดังนั้น การดำเนินการในลักษณะโครงการนำร่อง Proof of Concept (PoC) จึงถือเป็นจุดเริ่มต้นที่เหมาะสม เพื่อพิสูจน์ให้เห็นถึงประโยชน์และความเป็นไปได้ของการนำอภิบาลข้อมูลมาประยุกต์ใช้ ซึ่งจะช่วยขยับไปสู่การขยายผลในอนาคต และสามารถเป็นต้นแบบที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กรอื่นได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพิสูจน์อภิบาลสารสนเทศโรงพยาบาลค่ายสุรสีห์
2. เพื่อจัดระเบียบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลให้เป็นระบบ พร้อมทั้งกำหนดแนวทางและแผนการพัฒนาในอนาคต
3. เพื่อประเมินความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับข้อมูล และกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงอย่างเหมาะสม
4. เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูลในด้านความถูกต้อง ความซ้ำซ้อน ความทันสมัย และความพร้อมในการนำไปใช้งาน

ผู้พิมพ์ประสานงาน: ปฏิพล การสมใจ โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์ 281 หมู่ 1 ต.ลาดหญ้า อ.เมือง จ.กาญจนบุรี 71190, โทร.: 034-589233, email: g.patipol@gmail.com

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการในโรงพยาบาลค่ายสุรสีห์ จังหวัดกาญจนบุรี โดยครอบคลุมหน่วยงานทั้งหมด 27 หน่วยงาน ซึ่งประกอบด้วยกองและแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นกรอบในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ฐานข้อมูลที่มีการจัดระเบียบอย่างเป็นระบบ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. มีแนวทางการประเมินและจัดการความเสี่ยงด้านข้อมูล ที่ชัดเจน ลดความเสี่ยงต่อการรั่วไหลและการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล
3. ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันสมัย และพร้อมใช้งานสนับสนุนการตัดสินใจ

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Smallwood (2020) [1] อธิบายว่า Information Governance หมายถึง กรอบแนวทางในการกำกับ ดูแล และจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านนโยบาย แผนการดำเนินงาน และกระบวนการปฏิบัติจริง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้อง ความเชื่อถือได้ และเป็นไปตามข้อกำหนดทางกฎหมาย เมื่อประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาล แนวคิดดังกล่าวมุ่งเน้นความปลอดภัยของข้อมูล ความถูกต้องของการบันทึก และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการทางการแพทย์ในส่วนของประเทศไทย สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (2562) [2] ได้ออกแนวทาง "อภิบาลข้อมูลภาครัฐ" ขึ้นมา เพื่อใช้เป็นมาตรฐานกลางสำหรับหน่วยงานรัฐ แนวทางนี้จะเน้นความโปร่งใส การเปิดเผยข้อมูลที่เหมาะสม และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับกฎหมาย PDPA ที่ทุกหน่วยงาน รวมถึงโรงพยาบาลต้องปฏิบัติตาม ส่วนในวงการแพทย์ สมาคมเวชสารสนเทศไทย (ชุมชน มะกรสาร และ วรธชา เปาอินทร์, 2568) [3] ได้เสนอ HAIT Maturity Model เอาไว้ เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความพร้อมของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล เน้นเรื่องการบูรณาการข้อมูล การดูแลคุณภาพ และการรักษาความปลอดภัยของระบบ ขณะเดียวกัน Askham (2016) [4] อภิปรายว่าการมี Data Governance Framework เป็นเรื่องจำเป็นมาก เพราะช่วยยกระดับคุณภาพของข้อมูล โดยเฉพาะการแก้ปัญหาซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างข้อมูลซ้ำซ้อน ข้อมูลไม่ครบ หรือข้อมูลผิดพลาด

งานวิจัยระดับสากลให้ความสำคัญกับ Health Information Governance (HIG) ทั้งในเชิงกรอบแนวคิดและการประยุกต์ใช้จริงในองค์กรสุขภาพ Heshajin และคณะ (2024) [5] นำเสนอกรอบองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน ได้แก่ เป้าหมายของการกำกับ

ดูแลข้อมูล, ข้อดีและการประยุกต์ใช้, หลักการพื้นฐาน, องค์ประกอบ/องค์ประกอบย่อย, บทบาทและความรับผิดชอบ, และกระบวนการของ HIG ที่ช่วยยกระดับคุณภาพข้อมูลและสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก ขณะที่ Powell (2017) [6] ศึกษาในบริบทโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่าการบูรณาการ Electronic Health Record กับ IG ช่วยเพิ่มคุณภาพการรักษาและประสิทธิภาพการทำงาน แต่ยังมีความท้าทายจากข้อมูลที่ซับซ้อนและการเปลี่ยนแปลงของกฎระเบียบ

Boadu และคณะ (2025) [7] เน้นบทบาทของ Data Stewardship, การรักษาคุณภาพข้อมูล และการคุ้มครองความเป็นส่วนตัวว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของ IG ส่วน Oktaviana และคณะ (2025) [8] ซึ่งประเมินมุมมองของผู้บริหารโรงพยาบาลต่อการกำกับดูแลข้อมูลสุขภาพชี้ว่าระดับความพร้อม (readiness) และความสมบูรณ์ของระบบ (maturity) มีผลโดยตรงต่อคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย ขณะที่ Mohammed และ Salifu (2022) [9] ชี้ให้เห็นอุปสรรคสำคัญที่พบ ได้แก่ ความไม่สอดคล้องกันของข้อมูลจากหลายแหล่ง (เช่น รูปแบบข้อมูลและโครงสร้างข้อมูลที่แตกต่างกันระหว่างระบบต่างๆ ทำให้ยากต่อการรวมข้อมูล), การขาดมาตรฐานกลางในการจัดการข้อมูล ซึ่งนำไปสู่ความยากลำบากในการแลกเปลี่ยนและใช้ข้อมูลร่วมกัน, และข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะของบุคลากร ในการกำกับดูแลข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกเหนือจากงานวิจัย ยังมีการพัฒนาเครื่องมือและแนวทาง Information Governance Toolkit 3.0 ของ American Health Information Management Association (AHIMA, 2017) [10] สามารถประเมินระดับ ความพร้อม และ ความของการกำกับดูแลข้อมูล ภายในองค์กรของตนได้อย่างเป็นระบบและได้กำหนดกรอบสมรรถนะ 10 ด้าน ภายใต้ Information Governance Adoption Model (IGAM) เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการวัดระดับความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IG ขององค์กรสุขภาพ แต่ละด้านครอบคลุมหัวข้อสำคัญ

วิธีวิจัย

ภายหลังการแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับดูแลข้อมูล โรงพยาบาลได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

- ขั้นตอนที่ 1 การจัดทำบัญชีรายการข้อมูลสำคัญทั้งหมด
- ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนกระบวนการจัดการข้อมูล รวมถึงความสอดคล้องกับกฎหมาย
- ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาและประเมินความเสี่ยง
- ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงระบบเพื่อลดความเสี่ยง
- ขั้นตอนที่ 5 การนำข้อมูลไปใช้
- ขั้นตอนที่ 6 วางระบบการคัดกรอง จัดหมวดหมู่ และสืบค้นสารสนเทศ

ขั้นตอนที่ 7 การตรวจสอบและติดตามคุณภาพข้อมูล

อ้างอิงจาก Frameworks จากหนังสือ Information Governance: Concepts, Strategies, and Best Practices, 2nd ed [1]

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การจัดทำบัญชีรายการข้อมูลสำคัญทั้งหมด

โรงพยาบาลได้กำหนดให้ทุกหน่วยงานภายในองค์กรทำการสำรวจและจัดทำบัญชีข้อมูล (Data Inventory) เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลกลางสำหรับการวางแผนและกำกับดูแลตามหลักการอภิบาลสารสนเทศ โดยมีการแบ่งกลุ่มการทำงานของหน่วยงานออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่การดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinic) และการสนับสนุนงานโรงพยาบาล (Non-clinic) จากการสำรวจพบว่า มีหน่วยงานทั้งหมด 27 หน่วย โดยรวบรวมจากเอกสารเดิมจำนวน 369 รายการ โดยพบปัญหาข้อมูลหน่วยงานไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะกลุ่ม Non-clinic ทำให้ข้อมูลรวมไม่ครอบคลุม

ตารางที่ 1 ตัวอย่างฐานข้อมูล Data catalog

ลำดับ	หน่วยงาน	ID	ชื่อเอกสาร	ข้อมูล	Clinic/non Clinic	หมวดหมู่	สถานที่เก็บ	ประเภทเอกสาร	วันที่เก็บ	วันที่ปรับปรุง
1	เวชระเบียน	"เวชระเบียน" I	แผนการรักษาผู้ป่วยรายวัน	เอกสารบันทึกประวัติผู้ป่วยรายวัน แผนการรักษาแผนการตรวจต่างๆ ของผู้ป่วยรายวัน	Clinic	ม	แผนกเวชระเบียน	1.กระดาษ 2. Text file 3. ภาพแผน	1/1/2560	ปัจจุบัน
2	เวชระเบียน	"เวชระเบียน" II	แผนการรักษาผู้ป่วยรายวัน	8 story บทบาทการกำกับดูแล "โรคระบบประสาทและกล้ามเนื้อ"	Clinic	ม	แผนกเวชระเบียน	1.กระดาษ 2. Text file 3. ภาพแผน	1/1/2560	ปัจจุบัน
3	เวชระเบียน	"เวชระเบียน" III	รายงานผลการตรวจวินิจฉัยและผลการรักษา	รายงานผลการตรวจวินิจฉัยและผลการรักษา	Clinic	ม	แผนกเวชระเบียน	1.กระดาษ 2. Text file 3. ภาพแผน	22/8/2566	ปัจจุบัน
4	เอกสารแพทย์	M ED - # 1001	การปฏิบัติงานของแพทย์	แนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์ การออกใบคำปรึกษาทางคลินิก "ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับผลการตรวจวินิจฉัย"	Clinic	ม	แผนกแพทย์	1.กระดาษ 2. Word File	1/1/2560	30/6/2021
5	M ED - PR - 001	ระบบการดูแลผู้ป่วย	เอกสารทางการแพทย์	เอกสารทางการแพทย์เกี่ยวกับประวัติการรักษาผู้ป่วย แผนปฏิบัติการทางการแพทย์	Clinic	ม	แผนกแพทย์	1.กระดาษ 2. Word File	1/1/2563	8/1/2024

จากการเก็บข้อมูลครั้งแรก พบข้อสังเกตดังนี้

1. มีความหลากหลายในการจัดเก็บข้อมูล โดยใช้หลายรูปแบบ เช่น เอกสารกระดาษ สมุดบันทึก ไฟล์ Word ไฟล์ Excel ไฟล์ข้อความ (Text file) ไฟล์สแกน PDF และแอปพลิเคชันต่างๆ
2. รายละเอียดของข้อมูลไม่ครบถ้วน และขาดข้อมูลสำคัญบางประการ เช่น วันที่เริ่มจัดเก็บหรือวันที่ปรับปรุงล่าสุด รวมถึงการระบุสถานะของข้อมูลว่าเป็นข้อมูลส่วนบุคคลหรือไม่
3. พบการซ้ำซ้อนของข้อมูลในเอกสารบางประเภท เช่น เอกสารแนวทางการปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) และเอกสาร Work Instruction ในหมวดที่เกี่ยวข้องกับงานควบคุมการติดเชื้อ (IC) และสิ่งแวดล้อม (ENV) ซึ่งถูกจัดเก็บซ้ำในหลายหน่วยงาน
4. ข้อมูลบางส่วนยังไม่ได้รับการจัดเก็บอย่างเป็นระบบ เช่น ข้อมูล Service Profile ของแต่ละหน่วยงาน หรือเอกสาร Work Instruction ในบางแผนก
5. ระบบรหัสประจำข้อมูล (Code/ID) ยังไม่มีมาตรฐาน โดยบางหน่วยงานใช้รหัสที่แตกต่างกัน หรือไม่มีการกำหนดรหัสเลย ส่งผลให้การเชื่อมโยงและการอ้างอิงข้อมูลทำได้ยาก

จากการสำรวจข้อมูลทั้งหมดใหม่และปรับแก้ไข (Data cleaning) โดยตัดข้อมูลที่ซ้ำซ้อนกันและข้อมูลที่ไม่มีข้อมูล พบว่ามีเอกสารและไฟล์รวมทั้งหมด 410 รายการ โดยมีลักษณะการจัดเก็บที่หลากหลาย ทั้งในรูปแบบเอกสารกระดาษ ไฟล์ดิจิทัล และแพลตฟอร์มออนไลน์ เมื่อวิเคราะห์เชิงปริมาณ พบว่า เอกสารกระดาษยังคงเป็นสัดส่วนหลัก จำนวน 281 รายการ คิดเป็นประมาณสองในสามของทั้งหมด ขณะที่รูปแบบไฟล์ดิจิทัลมีความหลากหลาย เช่น Word file จำนวน 212 รายการ, Google Form จำนวน 44 รายการ, Picture scan จำนวน 41 รายการ, PDF จำนวน 25 รายการ และ Text file 4 รายการ

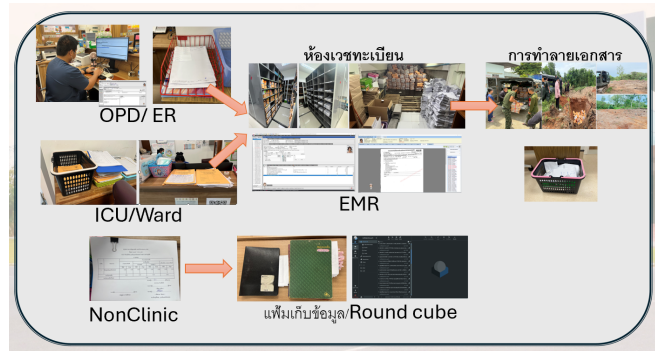
เมื่อจำแนกตามประเภทของข้อมูล พบว่า กลุ่ม Clinic มีจำนวนรวม 288 รายการ โดยส่วนใหญ่เป็นเอกสารที่ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยส่วนบุคคล คิดเป็น 271 รายการ และมีเพียง 17 รายการที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลผู้ป่วยโดยตรง ในขณะที่ กลุ่ม Non-Clinic แม้จะมีจำนวนรวมเพียง 114 รายการ แต่กลับพบว่า 22 รายการมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นประเด็นที่สำคัญและต้องให้ความสนใจ เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) โดยพบว่า มีเอกสารข้อมูลส่วนบุคคลอ่อนไหว (Sensitive Personal Data) 17 รายการ โดยได้มีการแจ้งหน่วยงานต่างๆ ในการดูแลข้อมูล PDPA และได้จัดทำวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ของข้อมูล (Data architecture) และระบบ Electronic medical record ที่บูรณาการกับ ระบบ Hospital Information System โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์



รูปที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มข้อมูลกับกลุ่มกระบวนการปฏิบัติงาน (Data architecture) ของโรงพยาบาลค่ายสุรสีห์

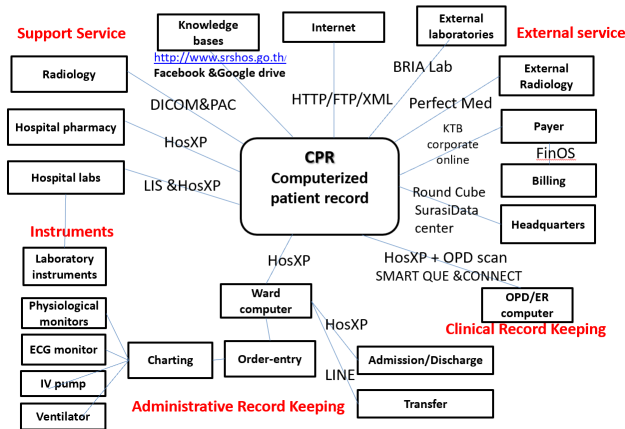
ตารางที่ 2 ข้อมูลการปรับเข้าสู่ดิจิทัลด้านเอกสาร
ของหน่วยสายแพทย์ ทบ. ประจำปีงบประมาณ 2568 รอบ 12 เดือน

ลำดับ	หมวด	งานกระบวนการ	ลักษณะงาน ใช้ข้อมูลในการผลิต บริการสุขภาพ	แบบฉบับเอกสาร เดิม	เดิม	ข้อมูล เดิม	ข้อมูล ใหม่	ข้อมูล ใหม่	ข้อมูล ใหม่	ข้อมูล ใหม่	บันทึกเพิ่มเติม
1		การวินิจฉัยเอกสาร Round cube	✓	กระดาษ	64	✓	✓	✓	✓	✓	Round cube
2		ตรวจเอกสารผู้ป่วยใน/นอก	✓	กระดาษ	64	✓	✓	✓	✓	✓	Smart Connect
3		ตรวจเอกสารผู้ป่วยนอก/ใน	✓	กระดาษ	64	✓	✓	✓	✓	✓	Smart Connect
4		ตรวจเอกสารผู้ป่วยใน/นอก	✓	กระดาษ	64	✓	✓	✓	✓	✓	Smart Connect
5		ตรวจเอกสารผู้ป่วยใน/นอก	✓	กระดาษ	64	✓	✓	✓	✓	✓	Smart Connect
6		ตรวจเอกสารผู้ป่วยใน/นอก	✓	กระดาษ	64	✓	✓	✓	✓	✓	Smart Connect
7		ตรวจเอกสารผู้ป่วยใน/นอก	✓	กระดาษ	64	✓	✓	✓	✓	✓	Smart Connect
8		ตรวจเอกสารผู้ป่วยใน/นอก	✓	กระดาษ	64	✓	✓	✓	✓	✓	Smart Connect
9		ตรวจเอกสารผู้ป่วยใน/นอก	✓	กระดาษ	64	✓	✓	✓	✓	✓	Smart Connect
10		ตรวจเอกสารผู้ป่วยใน/นอก	✓	กระดาษ	64	✓	✓	✓	✓	✓	Smart Connect
11		ตรวจเอกสารผู้ป่วยใน/นอก	✓	กระดาษ	64	✓	✓	✓	✓	✓	Smart Connect
12		ตรวจเอกสารผู้ป่วยใน/นอก	✓	กระดาษ	64	✓	✓	✓	✓	✓	Smart Connect
13		ตรวจเอกสารผู้ป่วยใน/นอก	✓	กระดาษ	64	✓	✓	✓	✓	✓	Smart Connect
14		ตรวจเอกสารผู้ป่วยใน/นอก	✓	กระดาษ	64	✓	✓	✓	✓	✓	Smart Connect
15		ตรวจเอกสารผู้ป่วยใน/นอก	✓	กระดาษ	64	✓	✓	✓	✓	✓	Smart Connect
16		ตรวจเอกสารผู้ป่วยใน/นอก	✓	กระดาษ	64	✓	✓	✓	✓	✓	Smart Connect



รูปที่ 3 วงจรชีวิตของข้อมูล (Data life cycle) ของข้อมูล
ในโรงพยาบาลค่ายสุรสีห์

Integrated HIS โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์



รูปที่ 2 การบูรณาการระบบ Hospital Information System
โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์

ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนกระบวนการจัดการข้อมูลตั้งแต่ต้นทาง จนถึงปลายทาง รวมถึงความสอดคล้องกับกฎหมาย

โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์ได้ดำเนินการศึกษา วงจรชีวิตของข้อมูล (Data Life Cycle) โดยจำแนกข้อมูลออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ ข้อมูลด้าน Clinic ซึ่งครอบคลุมเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD Card) ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยนอก และเวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD File) สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน อีกกลุ่มคือข้อมูลด้าน Non-Clinic ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนงานด้านการบริหารและระบบงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ลงพื้นที่สำรวจและสอบถามผู้ปฏิบัติงานในแต่ละแผนก เพื่อตรวจสอบกระบวนการเก็บข้อมูลและมาตรฐานการควบคุมคุณภาพของข้อมูลดังนี้

ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาและประเมินความเสี่ยง

จากการประเมินความเสี่ยงด้านข้อมูลของโรงพยาบาล พบประเด็นสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ คุณภาพข้อมูล (Data Quality) ที่อาจผิดพลาดหรือไม่ครบถ้วน, ความเสี่ยงจากการสูญหายและความชำรุดของข้อมูล (Data Loss & Corruption) ซึ่งกระทบต่อความต่อเนื่องและการตรวจสอบคุณภาพ และการรั่วไหลของข้อมูล (Data Breach) ที่อาจส่งผลเสียต่อกฎหมาย การเงิน ชื่อเสียง และความเชื่อมั่นของสังคม

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงระบบเพื่อลดความเสี่ยง

จัดทำ แผนการจัดการความเสี่ยง (Risk Management Plan) และแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อระบุและควบคุมความเสี่ยงด้านข้อมูล พร้อมกำหนดมาตรการแก้ไขและผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน โดยทำตารางเพิ่มให้เห็นภาพที่ง่ายขึ้น ตัวอย่างความเสี่ยงที่พบ ได้แก่

1. การทำลายข้อมูลไม่ถูกต้อง เนื่องจากบุคลากรขาดการทบทวนระเบียบการทำลายข้อมูล และอุปกรณ์ทำลายเอกสารชำรุด ส่งผลให้เกิดการทิ้งเอกสารที่มีข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโดยไม่ปลอดภัย
2. การจัดเก็บเวชระเบียนไม่มีมาตรฐาน เนื่องจากการซ่อมบำรุงอาคารจึงต้องย้ายการเก็บ ทำให้เอกสารเสี่ยงต่อความเสียหายจากสัตว์หรือแมลง
3. ความเสี่ยงจากการสูญหายของเวชระเบียน เนื่องจากแพทย์บางส่วนมีการนำแฟ้มเวชระเบียนไปสรุปผลนอกโรงพยาบาล โรงพยาบาลได้จัดทำตารางวิเคราะห์ความเสี่ยง พร้อมแผนการปรับปรุงระบบงานเพื่อควบคุมความเสี่ยง

ตารางที่ 3 แผนการจัดการความเสี่ยง (Risk ManagementPlan) และแผนปฏิบัติ (Action Plan)

วาระเริ่มต้น1 : แพบ วาระเริ่มต้นผู้ป่วยนอก	ลักษณะความ เสี่ยง	รายละเอียดที่พบความเสี่ยง	การปรับปรุงระบบงานเพื่อ ควบคุมความเสี่ยง
1. การซักถามและการ บันทึกข้อมูล 1.1 โดยเจ้าหน้าที่ห้อง บัตร ถ้าเป็นผู้ป่วยใหม่ → ลงทะเบียนใหม่ (สร้าง HN, กรอกข้อมูลส่วนตัว, สิทธิการรักษา) ถ้าเป็นผู้ป่วยเก่า → ตั้ง ข้อมูลวาระเริ่มในระบบ HOSp / EMR	ได้ข้อมูลสำคัญ ผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ข้อมูลไม่ ถูกต้อง	ก. ในกรณีผู้ป่วยใหม่ ขาดข้อมูล รูปถ่ายในบางราย บ้านเลขที่ ถนน ตำบลเบอร์โทรศัพท์ ข. ในกรณีผู้ป่วยเก่า ขาดข้อมูล และข้อมูลไม่ปัจจุบัน เช่น เบอร์โทรศัพท์	ก. ทำกำหนดช่องบังคับกรอก และ สร้างระบบ แจ้งเตือนการอัปเดตข้อมูล สำหรับผู้ดูแลระบบที่ขาดตรวจ
1.2 โดยพยาบาลคัด กรอง	ได้ ข้อมูลสำคัญ ผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ข้อมูลไม่ ถูกต้อง	ก. ในหน้าขอชั่งปรอทคัดกรอง ข้อมูลสำคัญ เช่น เวลาถามไข้ ไม่ระบุโรคที่ชัดเจน อาการไข้ ไม่แสดงช่วงเวลาของเวลา ข. พิมพ์ข้อมูลผิด เช่น Vital signs	ก. แจ้งพยาบาลเรื่องการบันทึก ข้อมูลที่ต้องระบุ และมีการ ติดตามจากคณะกรรมการ
1.3 โดยแพทย์ผู้ตรวจ รักษา	ได้ ข้อมูลสำคัญ ผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ข้อมูลไม่ ถูกต้อง ได้ ข้อมูลไม่ครบ ขาดรายละเอียด สำคัญ	ก. แพทย์ไม่ได้บันทึกผลการ ตรวจร่างกาย และคำวินิจฉัยโรค (Diagnostic text) ไม่ครบถ้วนของ ผู้ป่วยบางราย ข. ข้อมูลในเอกสาร เช่น แพทย์จะ ลงข้อมูลโรคหัวใจหัวใจใหญ่ แต่ ระบบเป็นโรคหัวใจ ค. แพทย์ลงวินิจฉัยไม่ครบ	ก. คณะกรรมการวาระเริ่มมีหน้าที่ ควบคุมดูแลและแนวทางความ สมบูรณ์ของวาระเริ่ม โดยประสานกับ บันทึกMSO NSO และผู้บริหาร เพื่อ ทำการแก้ไขเป็นงานมาตรฐานที่มี ประสิทธิภาพ ข. คณะกรรมการวาระเริ่ม (MRA) ตรวจสอบคุณภาพวาระเริ่ม โดย ใช้เกณฑ์ที่สสช. และสสส. จากนั้น นำคะแนนของและสรุปในที่ ประชุม MRA ทุก 1 เดือน และสรุป เป็นรายงานการประชุม
2.การเก็บข้อมูล		ก. แพทย์วาระเริ่มกระตือรือร้น โอกาสสูญหายระหว่างขั้นตอน การเขียนและการค้น ข. การจัดเรียงบันทึกข้อมูลหรือ สำเนา HN ทำผิดพลาดเอกสาร ไม่พบ HN ทำผิดพลาดเอกสาร ไม่พบ	ก. มีการจัดเรียงข้อมูลที่ดี มีต้น สำหรับการบันทึก PE และ Dx ใน HOSp/EMR และทำ review โดย หัวหน้ากลุ่มงานแพทย์ประจำเดือน
2.1รูปแบบการถาม	ได้ข้อมูลสูญหาย	ก. แพทย์กระตือรือร้นเลือกจาก การใช้งาน เช่น เบี่ยงนำหรือ บันทึกผิด ข. แพทย์เลือกเอกสารจากการ จัดเก็บ เช่น จากแหล่งหรือหนู	ก. จัดเก็บในตู้ล็อกและควบคุม ความชื้น ข. จัดที่จัดเก็บให้ไม่มีแมลงหรือหนู
	ได้ข้อมูลขาด	ก. มีความเสี่ยงที่ข้อมูลจะไม่ เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงแฟ้มเวช ระเบียนได้	ก. กำหนด สิทธิ์เข้าถึงห้องเก็บแฟ้ม เฉพาะเจ้าหน้าที่วาระเริ่ม
2.2 รูปแบบ EMR-OPD scan & Mail program	ได้ข้อมูลสูญหาย ข้อมูลไม่ครบ ขาดรายละเอียด สำคัญ	ก. แพทย์เลือกเอกสารเข้าสู่ระบบ EMR บางครั้งไม่ครบถ้วน ทำให้ หน้างานไม่ต่อเนื่องวาระเริ่ม กระตือรือร้น ข. คุณภาพของไฟล์สแกนไม่ ชัดเจน ส่งผลให้ไม่สามารถอ่าน ข้อมูลได้ ค. ระบบ EMR ชีตข้อมูลหรือล้ม ทำ ให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ทันที	ก. มีการกำหนด จัดทำ มาตรฐานการ สแกนเอกสาร ข. กำหนดให้มีการตรวจสอบและ feedback ค. การตรวจสอบความ ครบถ้วนก่อนบันทึกเข้า EMR, ติดตั้ง ระบบสำรองข้อมูล (Auto-backup) และใช้ Firewall + Log monitoring
	การรั่วไหล ความลับของ ข้อมูล	ก. ระบบ EMR มีความเสี่ยงจาก การโจมตีทางไซเบอร์ เช่น ransomware หรือการเจาะระบบ	ก. การตรวจสอบความครบถ้วนก่อน บันทึกเข้า EMR, ติดตั้ง ระบบสำรอง ข้อมูล (Auto-backup) และใช้ Firewall + Log monitoring

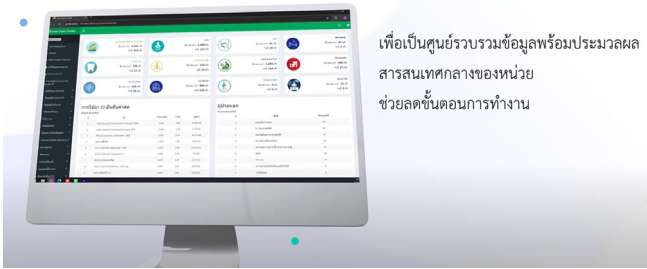
ตารางที่ 4 แผนการจัดการความเสี่ยง (Risk Management Plan) และแผนปฏิบัติ (Action Plan) (ต่อ)

3.การทำลาย	ได้การรั่วไหล ความลับของ ข้อมูล	ก. มีข้อมูลหลุดที่ไม่ทำลายตาม วงรอบ ส่วนใหญ่เป็นข้อมูล กระดาษที่แพทย์แก้ไขข้อมูล	ก. จัดทำนโยบาย การทำลายตาม วงเวลา (Retention schedule), ใช้ เครื่องทำลายเอกสารมาตรฐาน, และออก ใบรับรองการทำลาย (Certificate of destruction)
วาระเริ่มต้น2 : แพบ วาระเริ่มต้นผู้ป่วยใน			
ขั้นตอนการจัดการ	ลักษณะความ เสี่ยง	รายละเอียดที่พบความเสี่ยง	การปรับปรุงระบบงานเพื่อ ควบคุมความเสี่ยง
1.การบันทึกข้อมูล			
1.1 โดยแพทย์ผู้ตรวจ รักษา	ได้ข้อมูลสำคัญ ผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ข้อมูลไม่ ถูกต้อง	ก. แพทย์เขียนรายละเอียดไม่ ครบ ใน admission note หรือ ข้อมูล discharge summary ไม่ครบ ข. แพทย์ไม่ลงข้อมูล Progress note ค. ข้อมูลสูญหาย จากแพทย์เอา แฟ้มไปสรุปเอกสาร	ก. ใช้ Clinical note template ใน EMR, จัด การอบรมขั้นตอนการ บันทึกวาระเริ่ม, และทำ Audit chart review รายเดือน
1.2 โดยพยาบาลผู้ดูแล	ได้ ข้อมูลสำคัญ ผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ข้อมูลไม่ ถูกต้อง	ก. กรอกข้อมูลไม่ครบ ในส่วน nurse note ข. บันทึก ข้อมูลผิด เช่น vital signs	ก. จัดทำ Nursing checklist สำหรับ บันทึก และให้ หัวหน้ากลุ่มผู้ดูแล ตรวจสอบภาพวาระเริ่มบันทึกผู้ดูแล
1.3 โดยผู้ช่วยพยาบาล	ได้ ข้อมูลสำคัญ ผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ข้อมูลไม่ ถูกต้อง	ก. บันทึกข้อมูลไม่บันทึกข้อมูล และบันทึกข้อมูลผิดเช่นข้อมูล สารปัสสาวะ (IO) คนไข้ นำค่าปัสสาวะ นี้	ก. จัดอบรมเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล และกำหนดให้พยาบาลประเมินความ สอดคล้องก่อนเซ็นชื่อ
2.การเก็บข้อมูล			
2.1แผนกศูนย์บริการสิทธิ เชิงเอกสาร	ได้ข้อมูลสูญหาย	ก. ส่งต่อวาระเริ่มผิดขั้นตอน ทำให้เอกสารบางส่วนขาด	ก. กำหนด การตรวจสอบสองชั้น (Double check) ก่อนส่งต่อ วาระเริ่มไปยังหน่วยถัดไป
2.2 นักเวชสถิติบันทึกรหัส โรค/เหตุการณ์	ได้ข้อมูลสูญหาย ข้อมูลไม่ ถูกต้อง	ก. ลงรหัสโรคหรือเหตุการณ์การ ไม่ถูกต้อง ส่งผลกระทบต่อการ เบิกจ่าย DRG	ก. จัดทำ Coding Clinic รายเดือน, ใช้ ระบบ Auto-check ICD/DRG ก่อนบันทึกเข้าระบบ
2.3 แผนกศูนย์บริการสิทธิ ทางการแพทย์หรือข้อมูลเพื่อ เบิกค่าใช้จ่าย	ได้ข้อมูลสูญหาย ข้อมูลไม่ ถูกต้อง	ก. บันทึกข้อมูล claim ไม่ถูกต้อง ทำให้การเบิกค่าใช้จ่ายล่าช้า หรือผิดพลาด	ก. ใช้การตรวจสอบข้อมูล ระบบ Cross-check อัตโนมัติ ระหว่าง ระบบกับ Claim ก่อนส่งเบิก ก. ติดตั้ง ระบบติดตามแฟ้ม (Tracking system) และทำ สำเนา วาระเริ่มเป็นเอกสารแบบดิจิทัล
2.4 แผนกเวชระเบียนเพื่อ จัดเก็บ และทำสำเนา	ได้ข้อมูลสูญหาย	ก. มีข้อมูลส่วนต้นของฉบับใช้ ใช้กระดาษที่ใช้เดิมมาเคลือบ ผู้ป่วยระหว่างส่ง	ก. ก. จัดทำนโยบาย การทำลายตาม วงเวลา (Retention schedule), ใช้ เครื่องทำลายเอกสารมาตรฐาน, และออก ใบรับรองการทำลาย (Certificate of destruction) ทุก ครั้ง
3.การทำลาย	ได้การรั่วไหล ความลับของ ข้อมูล		

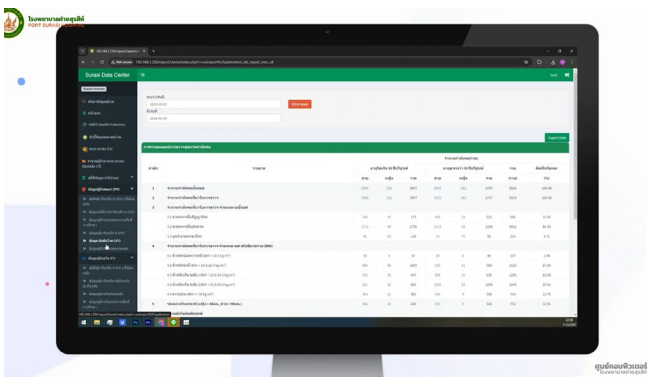
โรงพยาบาลได้วางแผนการดูแลข้อมูลผู้ป่วยและความปลอดภัยของระบบ EMR ตามมาตรฐาน HAIT Plus โดยมีการทบทวนมาตรการด้านความปลอดภัยอยู่เสมอ เช่น การกำหนดแนวทางส่งข้อมูลผ่าน LINE ให้รัดกุมมากขึ้น, ทบทวนการทำลายเอกสารที่มีข้อมูลส่วนบุคคลตามกำหนดเวลาเก็บ (Retention Schedule) รวมถึง จัดทำแนวทางรับมือหากเกิดเหตุละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA Breach Response Flow) เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วทั้งที่และลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การนำข้อมูลไปใช้

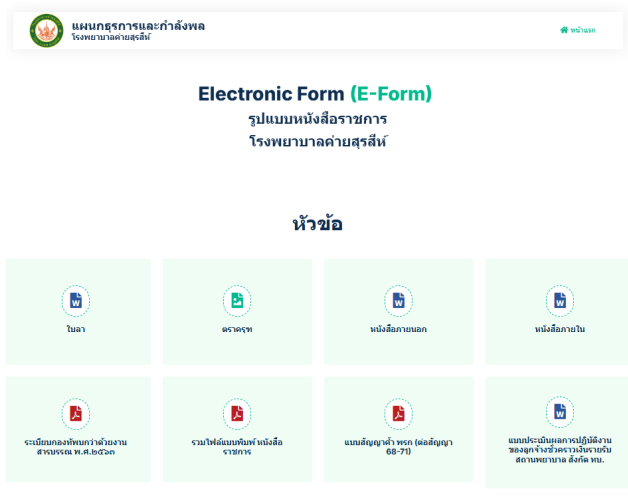
คลังข้อมูล (Data Warehouse)
โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์ได้พัฒนาระบบ Surasi data center ซึ่งทำหน้าที่เป็นซอฟต์แวร์สำหรับรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลหลักของโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถติดตามและรายงานผลได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และแม่นยำ โดยแสดงผลในรูปแบบ Data Visualization ที่เข้าใจง่าย เช่น สถิติยอดผู้ใช้บริการ รายได้ ค่าใช้จ่าย และตัวชี้วัดสำคัญอื่น ๆ และในส่วนของการจัดการที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงและใช้งานข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



เพื่อเป็นศูนย์รวบรวมข้อมูลพร้อมประมวลผลสารสนเทศกลางของหน่วย ช่วยลดขั้นตอนการทำงาน



รูปที่ 4 แสดงตัวอย่างระบบ Surasi data center



รูปที่ 5 แสดงตัวอย่างระบบ Electronic Form

การจัดการความรู้ (Knowledge Management)

- ข้อมูลประชาชนและความรู้ด้านสุขภาพ: โรงพยาบาลเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงข้อมูลประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางออนไลน์ ได้แก่ Facebook, LINE Official Account และ TikTok เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก
- ข้อมูลเอกสารภายใน: แต่ละหน่วยงานและกลุ่มงานพัฒนาการเก็บและแลกเปลี่ยนเอกสารผ่าน Google Drive และระบบเครือข่ายของโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนการทำงานและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 6 การคัดกรอง จัดหมวดหมู่ และสืบค้น

ภายหลังการจัดทำฐานข้อมูล Data Catalog โดยมีการกำหนดหมวดหมู่ตามมาตรฐานและปรับปรุงเพิ่มเติมจาก อภิบาลข้อมูลภาครัฐ ของสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (2562) [2] ส่งผลให้การสืบค้นและเข้าถึงข้อมูลมีความสะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น ทั้งนี้ได้มีการพัฒนาแนวทางการจัดเก็บเพิ่มเติมในรูปแบบ Google Drive เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการข้อมูล อีกทั้งกำหนดให้มีการทบทวนข้อมูลเป็นประจำทุกปี โดยมอบหมายความรับผิดชอบแก่หัวหน้ากองและหัวหน้าแผนกในการดูแลข้อมูลของแต่ละหน่วยงานกำกับด้วยคณะกรรมการข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลมีความได้มีการอภิบาล หากข้อมูลหมดความจำเป็นต้องใช้งาน จะต้องดำเนินการทำลายอย่างปลอดภัยตามหลักการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและมาตรฐานการรักษาความปลอดภัยสารสนเทศ

ขั้นตอนที่ 7 การตรวจสอบและติดตามคุณภาพข้อมูล

ในด้านคุณภาพของข้อมูล โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์ได้พัฒนาการควบคุมคุณภาพข้อมูล Clinic ตามแนวทาง HAIT บทที่ 5 โดยเริ่มจากการปรับปรุงแบบฟอร์มเวชระเบียนผู้ป่วยนอกให้สอดคล้องกับมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข การจัดอบรมบุคลากรด้านการบันทึกและการให้รหัสโรค (ICD) ปีละ 2 ครั้ง และการจัดตั้งระบบตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยมีคณะทำงานสหสาขาวิชาชีพและใช้คู่มือตรวจสอบมาตรฐาน พร้อมตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ได้ความถูกต้องไม่ต่ำกว่า 95%

นอกจากนี้ การควบคุมคุณภาพข้อมูลยังครอบคลุม Non-Clinic Data เช่น เอกสารการเงิน, รุรการ และบุคลากร โดยกำหนดมาตรการในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การสร้าง การใช้งาน ไปจนถึงการเก็บรักษาและการทำลาย เช่น การใช้แบบฟอร์มและรหัสมาตรฐาน การเข้ารหัสข้อมูลระหว่างส่งต่อ การบันทึกการยืม-คืน การจัดทำตารางเก็บรักษา (Retention Schedule) และการทำลายเอกสารตามหลัก PDPA รวมถึงการสำรองและทดสอบการกู้คืนข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งหมดนี้มีการตรวจสอบและทบทวนเป็นประจำทุกปีเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพ ความปลอดภัย และความถูกต้องของข้อมูลในทุกมิติ

ในด้านความเสี่ยง มีแผนจะทำการติดตามเทียบความเสี่ยงหลังจากการอภิบาลสารสนเทศ โดยติดตามโดยการประเมินความเสี่ยงใหม่และติดตามอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อใช้ในการปรับปรุงให้ดีขึ้น

กรณีศึกษา

ผลการดำเนินโครงการอภิบาลสารสนเทศของโรงพยาบาลค่ายสุรสีห์ แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้และคุณค่าของกระบวนการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยโครงการนำร่อง (Proof of Concept) ช่วยให้เห็นภาพรวมของข้อมูลที่จะจัดกระจาย, ช่วยแก้ไขข้อบกพร่องด้านคุณภาพข้อมูล และช่วยเสริมมาตรการควบคุมความเสี่ยง ทำให้โรงพยาบาลมีฐานข้อมูลที่สามารถเป็นระบบ สามารถใช้งานเพื่อสนับสนุนการรักษาและการบริหารได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้สอดคล้องกับงานของ Smallwood (2020) และ Boadu et al. (2025) ที่ชี้ว่าการอภิบาลข้อมูลเป็นโครงสร้างสำคัญในการสร้างข้อมูลที่มีคุณภาพ เชื่อถือได้ และปลอดภัย

การจัดทำฐานข้อมูลเผยให้เห็นปัญหาความซ้ำซ้อน ข้อมูลไม่ครบ และการจัดเก็บหลายรูปแบบ ซึ่งตรงกับงานของ Oktaviana et al. (2025) และ Askham (2016) ที่เน้นว่าการกำกับดูแลข้อมูลต้องดูแลคุณภาพและลดความผิดพลาด การสำรวจข้อมูลยังพบข้อมูลส่วนบุคคลยังมีความตระหนักรู้การดูแลน้อยเนื่องจากการขาดความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ทำให้เกิดความเสี่ยงได้ถ้าไม่ดูแล ในส่วนของฐานข้อมูลยังต้องมีการปรับปรุงตลอดเพื่อให้การอภิบาลสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง

การประเมินวัฏจักรข้อมูลและความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสุรสีห์ มีระดับความเสี่ยงสูงในด้าน ข้อมูลผิดพลาด,ข้อมูลซ้ำรูด/ซ้ำซ้อน และการรั่วไหลของข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับกรอบ HIG ของ Heshajin et al. (2024) และรายงานของ Mohammed & Salifu (2022) ที่เน้นถึงความท้าทายด้านมาตรฐานและการบูรณาการข้อมูล ทั้งนี้โรงพยาบาลได้ตอบสนองการมีมาตรการช่วยลดความเสี่ยง เช่น มีระบบเช็คความถูกต้องของข้อมูล, มีการจัดเก็บที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น และส่งเสริมการทำลายข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อการรั่วไหลของข้อมูล ในความเห็นผู้ทำคิดว่าความเสี่ยงต้องคุ้ยกับทีมคณะบริหารเพื่อช่วยแก้ไขในระดับองค์กรจึงจะเกิดผลลัพธ์ที่ควรสุดท้าย การดำเนินงานทั้ง 7 ขั้นตอน สามารถทำให้เกิดการอภิบาลสารสนเทศได้ ครอบคลุมหลายมิติของ IGAM (AHIMA) เช่น การวางโครงสร้าง, มาตรการด้านคุณภาพ, การคุ้มครองความเป็นส่วนตัว และการจัดการวงจรชีวิตข้อมูล ผลที่ได้คือโรงพยาบาลสามารถลดความเสี่ยง, ปรับปรุงคุณภาพข้อมูล และเสริมศักยภาพการใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาการบริการอย่างยั่งยืน ซึ่งสะท้อนว่าการเริ่มต้นอภิบาลข้อมูลแม้ในลักษณะ PoC ก็สามารถสร้างผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม และเป็นกรณีศึกษาที่นำไปประยุกต์ใช้ได้ ในองค์กรสุขภาพอื่น ๆ

การดำเนินงานด้านธรรมาภิบาลสารสนเทศในโรงพยาบาลค่ายสุรสีห์พบอุปสรรคหลายประการ โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นของการดำเนินงาน เนื่องจากระบบการจัดเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลยังคงอยู่ในรูปแบบเอกสาร แม้บางหน่วยงานจะเริ่มมีการจัดเก็บข้อมูลในระบบอิเล็กทรอนิกส์แล้วก็ตาม ปัญหาหลักที่พบคือด้านบุคลากร ทั้งในเรื่องการเก็บรวบรวมข้อมูล การให้ความร่วมมือ ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของโครงการ และความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการชี้แจง อธิบาย และกำกับดูแลอย่างต่อเนื่อง

อนาคต

การดำเนินโครงการด้านธรรมาภิบาลสารสนเทศของโรงพยาบาลค่ายสุรสีห์พิสูจน์การจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ ช่วยให้เกิดฐานข้อมูลที่มีมาตรฐานและมีคุณภาพ, มีมาตรการจัดการความเสี่ยง และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ทั้งการรักษาและสนับสนุนการรักษา อย่างไรก็ตาม แม้โครงการนำร่องครั้งนี้จะสะท้อนให้เห็นถึงประโยชน์ แต่การสร้างอภิบาลข้อมูลที่ยั่งยืนยังจำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณะอาจารย์ในโครงการอบรม Young IT Doctor รุ่นที่ 9 ที่ได้มอบความรู้ คำแนะนำ และแรงบันดาลใจอันมีคุณค่า ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพและความสมบูรณ์ของงานวิจัยฉบับนี้ และขอขอบคุณเครื่องมือที่ใช้ปัญญาประดิษฐ์ (เช่น ChatGPT, Grammarly) ซึ่งช่วยในการปรับปรุงด้านไวยากรณ์และความชัดเจนของต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

- [1] R. F. Smallwood, Information Governance: Concepts, Strategies, and Best Practices, 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc., 2020.
- [2] คณะกรรมการศึกษากระบวนการอภิบาลและการเปิดเผยข้อมูลดิจิทัล, อภิบาลข้อมูลภาครัฐ (Data Governance for Government), เวอร์ชัน 1.0, กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน), พ.ย. 2562.
- [3] ชูษณะ มะกรสาร และ วรรัช ปาอินทร์, แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล (HAIT): ตามเกณฑ์ Thai Medical Informatics Association TMI Maturity Model. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชสารสนเทศไทย, 2568.
- [4] N. Askham, "Squaring the circle: Using a data governance framework to support data quality," Experian Information Solutions, Inc., 2016.
- [5] S. G. Heshajin, A. H. Shamsabadi, F. R. Aghdam, M. A. Hasankhani, and M. R. Rezapour, "A framework for health information governance: a scoping review," Health Research Policy and Systems, vol. 22, no. 1, 2024. [Online]. Available: BioMed Central.
- [6] T. Powell, "Information Governance in an Academic Medical Center," in Proc. Int. Conf. Information Quality (ICIQ), UA Little Rock, 2017. [Online]. Available: UA Little Rock Repository.
- [7] R. O. Boadu, M. A. Adzovie, and J. Y. Quansah, "Examine frameworks, policies and strategies for effective information governance in healthcare," PLOS ONE, vol. 20, no. 3, 2025. [Online]. Available: PLOS.
- [8] S. Oktaviana, H. R. Prabowo, and N. S. Dewi, "Health care data governance assessment based on hospital management perspectives," Health Technology and Informatics Journal, vol. 12, 2025. [Online]. Available: ScienceDirect.
- [9] A. M. Mohammed and H. Y. Salifu, "Health Data Governance Issues in Healthcare Facilities: Perspective of Hospital Management," International Journal of Healthcare Management, 2022. [Online]. Available: ResearchGate.
- [10] American Health Information Management Association (AHIMA), Information Governance Toolkit 3.0, AHIMA, 2017. [Online]. Available: AHIMA.org.