



การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการศึกษา

ภาควิชาการบริหารการศึกษา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

การบริหารการพัฒนางานवेशระเบียนในประเทศไทย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการศึกษา

ภาควิชาการบริหารการศึกษา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

DEVELOPMENT ADMINISTRATION OF MEDICAL RECORD IN THAILAND



By

Mrs. Noppamas Kruasuwan

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree

Doctor of Philosophy Program in Educational Administration

Department of Educational Administration

Graduate School, Silpakorn University

Academic Year 2016

Copyright of Graduate School, Silpakorn University

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้วิทยานิพนธ์เรื่อง “การบริหารการพัฒนา
งานवेशะเบียนในประเทศไทย” เสนอโดย นางนพมาส เครือสุวรรณ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

1. รองศาสตราจารย์ ดร.ชุมศักดิ์ อินทร์รักษา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประเสริฐ อินทร์รักษา

คณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มีทนา วัฒนอมศักดิ์)

...../...../.....

..... กรรมการ
(ดร.กฤษดา แสงดี)

...../...../.....

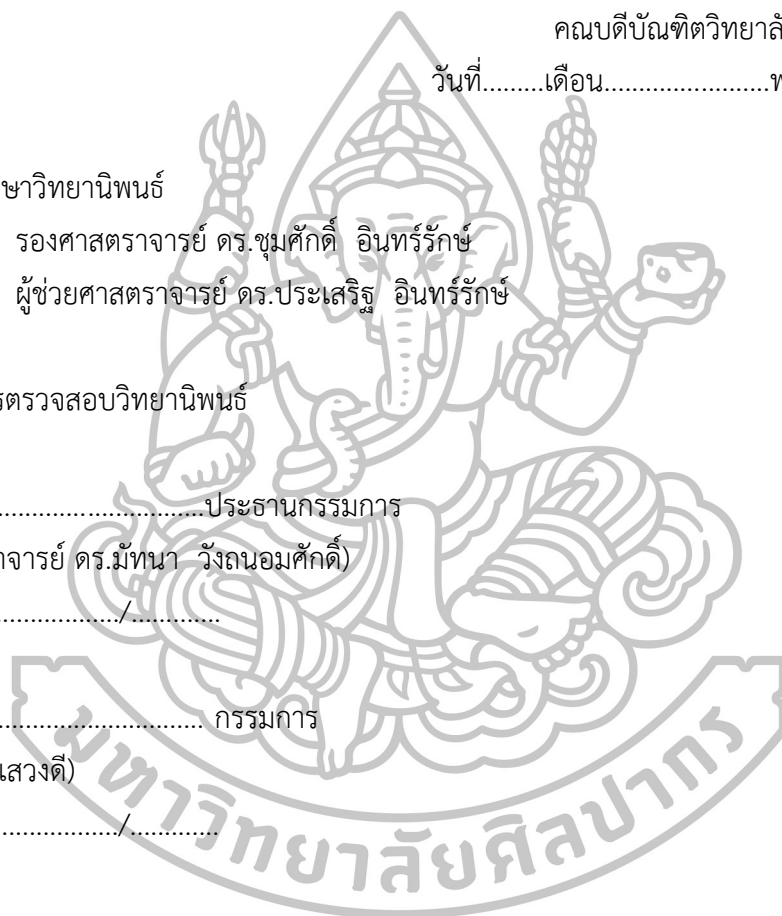
..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชุมศักดิ์ อินทร์รักษา)

...../...../.....

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประเสริฐ อินทร์รักษา)

...../...../.....



56252911: สาขาวิชาการบริหารการศึกษา

คำสำคัญ: การบริหารการพัฒนา / เวชระเบียน

นพมาส เครือสุวรรณ: การบริหารพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย. อาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์: รศ.ดร.ชุมศักดิ์ อินทร์รักษ์ และ ผศ.ดร.ประเสริฐ อินทร์รักษ์. 286 หน้า.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อ 1) สร้างความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับพัฒนาการงาน
เวชระเบียนในประเทศไทย 2) กำหนดทิศทางการบริหารพัฒนางานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย
การดำเนินการวิจัยมี 2 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์เนื้อหาพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย เครื่องมือที่ใช้เก็บ
ข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง จากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน 2) วิเคราะห์ทิศทางการบริหารการ
พัฒนางานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ใช้เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคต แบบ EDFR เครื่องมือที่ใช้เก็บ
ข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถามความคิดเห็น จากผู้เชี่ยวชาญ 21 คน สถิติที่ใช้วิเคราะห์
ข้อมูล คือ ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ผลการวิจัยพบว่า

1. พัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย ระยะแรก ประเทศไทยพบหลักฐานการบันทึกทาง
การแพทย์ตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา ในปี พ.ศ. 2229 พบการบันทึกการทำศัลยกรรมทหารฝรั่งเศสที่ถูกแทง ต่อมา
กรุงรัตนโกสินทร์ ใน ปี พ.ศ. 2380 พบสถิติทางการแพทย์ และการบันทึกการผ่าตัดครั้งแรกในประเทศไทย ระยะที่
สอง เมื่อประเทศไทยเปิดโรงพยาบาลและโรงเรียนแพทย์ เริ่มมีการอบรมให้ความรู้กับผูปฏิบัติงานเวชระเบียนโดย
ได้รับความร่วมมือจากองค์การอนามัยโลก หลักสูตรอบรมหลักสูตรแรกจัดขึ้น ในปี พ.ศ. 2507 เป็นหลักสูตร 1 ปี
ระยะที่สาม เป็นระยะการจัดการศึกษา ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย หลักสูตร
การศึกษาหลักสูตรแรก ในปี พ.ศ. 2518 ชื่อหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติ โดยกรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข ต่อมาในปี พ.ศ. 2534 เปิดหลักสูตรระดับปริญญาตรีต่อเนื่อง ชื่อหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาเวชระเบียน โดยมหาวิทยาลัยมหิดล และในปี พ.ศ. 2555 เปิดหลักสูตรระดับปริญญาตรี ชื่อหลักสูตร
ศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน โดยกระทรวงสาธารณสุข ระบบงานเวชระเบียนในประเทศไทยเริ่ม
นำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในงานเวชระเบียนตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2502 และมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง

2. ทิศทางการบริหารพัฒนางานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยประกอบด้วย
13 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านอนาคตของงานเวชระเบียน 2) ด้านโครงสร้างการบริหารการพัฒนา 3) ด้านยุทธศาสตร์และ
การลงทุน 4) ด้านการบริหารกิจการและภาวะผู้นำ 5) ด้านการสร้างความร่วมมือ 6) ด้านการบริการและการนำไปใช้
ประโยชน์ 7) ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี 8) ด้านมาตรฐานและความสามารถในการทำงานร่วมกัน 9) ด้าน
การออกกฎหมาย นโยบาย การปฏิบัติ 10) ด้านการพัฒนาบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง ควรมีสมรรถนะหลักคือความรู้
ความเข้าใจทางเวชระเบียน โรค รหัสทางการแพทย์ มีสมรรถนะเฉพาะเพื่อรองรับระบบระบบเวชระเบียน
อิเล็กทรอนิกส์ มีการประสานงานที่ดี มีทัศนคติที่ดี มีใจรักในวิชาชีพ มีจรรยาบรรณวิชาชีพ ความรับผิดชอบ ความ
ซื่อสัตย์ และความคิดสร้างสรรค์ 11) ด้านองค์การวิชาชีพ 12) ด้านการจัดการศึกษา มีเครือข่ายและประสานความ
ร่วมมือ การจัดการศึกษาค่าเน้นถึง เรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศในระดับสามารถประยุกต์ในการดำเนินงานเวชระเบียน
มีสมรรถนะในการวิเคราะห์ระบบ วิเคราะห์ข้อมูล การบริหารข้อมูลแบบมืออาชีพ การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล
และการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรม ในการจัดหลักสูตรควรจัดเป็นวิชาเอก และ 13) ด้านการขับเคลื่อน

ภาควิชาการบริหารการศึกษา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ลายมือชื่อนักศึกษา.....

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 1. 2

56252911: MAJOR: EDUCATIONAL ADMINISTRATION

KEYWORDS: DEVELOPMENT ADMINISTRATION / MEDICAL RECORD

NOPPAMAS KRUSUWAN: DEVELOPMENT ADMINISTRATION OF MEDICAL RECORD IN THAILAND. THESIS ADVISORS: ASSOC.PROF.CHOOMSAK INTARAK, Ed.D., AND ASST.PROF.PRASERT INTARAK, Ed.D., 286 pp.

The purposes of this study were: 1) to get the deep understanding on the development of medical record in Thailand and 2) to set up the direction of the development administration for suitable medical record for Thailand. There were 2 steps of research methodology; 1) analyzing the content of medical record development in Thailand. This step the research used the semi-structured interview form for collecting the data from 6 experts 2) for set up the direction for development administration for suitable medical record in Thailand which applied the Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) and the semi-structured interview form and opinionnaire were used for collecting the data from 21 experts. Analytical statistics were median, mode and interquartile range.

The findings of this research were as follows:

1. The study of medical record development in Thailand revealed that; firstly, in Ayutthaya period , the first medical record of a surgery on stabbed French soldier was found while in Rattanakosin , medical statistic and surgery records were firstly found. Secondly, in B.E. 2507 when Thai hospital and medical school were first opened, the first training, a one-year course, for medical record staff was performed with a support of WHO. Thirdly, the first medical record curriculum, namely Certificate in Medical Statistics in B.E. 2518 by Ministry of Public Health. In B.E. 2534, a higher degree, a Bachelor of Science in Medical record, was established by Mahidol University following by a Bachelor of Public Health in Medical Record by ministry of public Health in B.E. 2555. It was also found that computer system has been applied in medical record works in Thailand since B.E. 2502.

2. A suitable direction for development administration of medical record in Thailand consists of 13 areas namely; 1) future of medical record 2) structure of development administration 3) strategy and investment 4) leadership and governance 5) cooperation 6) service and application 7) infrastructure 8) standardization and interoperability 9) legislation, policy and implementation 10) workforce development in order to develop an understanding of medical record, disease and coding which were the key competencies to serve electronic medical record and to develop cooperating skills as well as positive professional attitude, professional ethics, responsibility, loyalty and creativity 11) professional organization 12) education which required network and collaboration in education development especially for learners should have IT skills which could be applied in medical record work. The capabilities in system analysis, data analysis, professional data management, and data quality assurance and moral must be included in the curriculum as major subjects and 13) Propulsion.

Department of Educational Administration

Graduate School, Silpakorn University

Student's signature.....

Academic Year 2016

Thesis Advisors' signature 1. 2

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดีโดยได้รับความกรุณาและเมตตาอย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่พันตรี ดร.นพดล เจนอักษร และรองศาสตราจารย์ ดร.ชุมศักดิ์ อินทร์รักษา ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ต่อผู้วิจัย รวมทั้ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มัทนา วัฒนอมศักดิ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประเสริฐ อินทร์รักษา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ดร.กฤษดา แสงดี ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย ส่งผลให้ วิทยานิพนธ์เล่มนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาไว้เป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ พร้อมทั้งขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ในภาควิชาการบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้แก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ แนวคิด แนวทางในการศึกษาวิจัย ตลอดจนให้ความอนุเคราะห์การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาผู้ซึ่งล่วงลับไปแล้ว ที่ได้ถ่ายทอด ปลูกฝังความอดทน ความพากเพียรพยายาม ใฝ่รู้ ใฝ่เรียน ขอขอบคุณนายแพทย์ไกรสร อัมมวรรณ บุตร ผู้บริหาร อาจารย์ เจ้าหน้าที่วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เพื่อนๆ และทุกท่าน ที่คอยให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและเป็นกำลังแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการศึกษาและการดำเนินการวิจัย

ประโยชน์และคุณค่าอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอน้อมบูชาพระคุณบิดามารดา ครู อาจารย์ บุคลากรในวิชาชีพเวชระเบียน ตลอดจนผู้มีคุณูปการต่อผู้วิจัยทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และเป็นกำลังใจอันมีค่ายิ่งตลอดมา

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญตาราง..... | ณ |
| สารบัญภาพ..... | ญ |
| บทที่ | |
| 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| ปัญหาการวิจัย..... | 3 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... | 5 |
| ข้อคำถามในการวิจัย..... | 5 |
| สมมติฐานของการวิจัย..... | 5 |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 5 |
| นิยามศัพท์เฉพาะ..... | 10 |
| 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง..... | 11 |
| แนวคิดการบริหารการพัฒนา..... | 11 |
| แนวคิดเกี่ยวกับงานवेशระเบียน..... | 25 |
| พัฒนาการของงานवेशระเบียนในประเทศไทย..... | 40 |
| แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาด้านवेशระเบียน..... | 48 |
| พัฒนาการงานवेशระเบียนในต่างประเทศ..... | 59 |
| เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDRF..... | 69 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 72 |
| 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 83 |
| ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย..... | 83 |
| ระเบียบวิธีวิจัย..... | 87 |
| แผนแบบของการวิจัย..... | 87 |
| ผู้ให้ข้อมูล..... | 88 |
| ตัวแปรที่ศึกษา..... | 89 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 89 |
| การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย..... | 89 |

| บทที่ | หน้า |
|---|------|
| การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... | 90 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 91 |
| การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย..... | 92 |
| 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 94 |
| ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย..... | 94 |
| ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย..... | 110 |
| EDFR รอบที่ 1..... | 110 |
| EDFR รอบที่ 2..... | 118 |
| EDFR รอบที่ 3..... | 156 |
| 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... | 196 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 196 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 205 |
| ข้อเสนอแนะในการวิจัย..... | 217 |
| ข้อเสนอแนะทั่วไป..... | 217 |
| ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ..... | 218 |
| ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป..... | 220 |
| รายการอ้างอิง..... | 221 |
| ภาคผนวก..... | 228 |
| ภาคผนวก ก หนังสือขอสัมภาษณ์งานวิจัย รายชื่อผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ..... | 229 |
| ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ..... | 232 |
| ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ..... | 234 |
| ภาคผนวก ง แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ แบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ..... | 239 |
| ภาคผนวก จ ค่าสถิติในการวิจัย..... | 278 |
| ประวัติผู้วิจัย..... | 286 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | | หน้า |
|----------|--|------|
| 1 | ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านงานเวชระเบียนในอนาคต | 119 |
| 2 | ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านโครงสร้างการบริหารการพัฒนา | 122 |
| 3 | ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านยุทธศาสตร์และการลงทุน | 123 |
| 4 | ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการบริหารกิจการและภาวะผู้นำ | 126 |
| 5 | ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการสร้างความร่วมมือ | 128 |
| 6 | ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านบริการและการนำไปใช้ | 129 |
| 7 | ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี | 131 |
| 8 | ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านมาตรฐานและความสามารถในการทำงานร่วมกัน | 135 |
| 9 | ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการออกกฎหมาย นโยบาย และการปฏิบัติ | 137 |
| 10 | ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการพัฒนาบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง | 139 |
| 11 | ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านองค์กรวิชาชีพ | 141 |
| 12 | ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการจัดการศึกษา | 145 |
| 13 | ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการขับเคลื่อน | 150 |
| 14 | ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านงานเวชระเบียนในอนาคต | 156 |
| 15 | ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านโครงสร้างการบริหารการพัฒนา | 160 |

| ตารางที่ | หน้า |
|---|------|
| 16 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านยุทธศาสตร์และการลงทุน | 162 |
| 17 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการบริหารกิจการและภาวะผู้นำ | 164 |
| 18 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการสร้างความร่วมมือ | 166 |
| 19 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านบริการและการนำไปใช้ | 168 |
| 20 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี | 169 |
| 21 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านมาตรฐานและความสามารถในการทำงานร่วมกัน | 174 |
| 22 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการออกกฎหมาย นโยบาย และการปฏิบัติ | 176 |
| 23 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการพัฒนาบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง | 178 |
| 24 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านองค์กรวิชาชีพ | 180 |
| 25 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการจัดการศึกษา | 184 |
| 26 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการขับเคลื่อน | 189 |

สารบัญภาพ

| ภาพที่ | | หน้า |
|--------|--|------|
| 1 | ภาพบัตรตรวจโรคผู้ป่วย..... | 97 |
| 2 | ภาพบัตรสำหรับใช้กับเครื่องเจาะบัตรในการประมวลผลจัดทำสถิติ | 97 |
| 3 | รายงานสถิติเล่มแรก ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ส่งให้กับองค์การอนามัยโลก (WHO)..... | 99 |
| 4 | ตัวอย่างสถิติการคลอด ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เด็กแรกเกิด..... | 100 |
| 5 | เวชระเบียนเล่มแรกของโรงพยาบาลรามารัติน..... | 102 |



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

การพัฒนาาระบบสุขภาพในอดีตที่ผ่านมา มีการผลักดันให้เกิดการปฏิรูปที่สำคัญในด้าน การศึกษาเพื่อผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเปลี่ยนแปลงจากการเรียนรู้ที่อยู่บนฐานของ ประสบการณ์ สู่การเรียนรู้บนฐานของวิทยาศาสตร์ มีความท้าทายของระบบจากการเปลี่ยนแปลงไป ของบริบท เช่น การใช้เทคโนโลยีราคาแพงที่ต้องคำนึงถึงความคุ้มค่าให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการ รักษาพยาบาล การเน้นงานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการจัดการปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ ที่กระทบต่อสุขภาพ ในศตวรรษที่ 21 ได้มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ทั้งทาง เศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม และระบาดวิทยา เช่น การเกิดขึ้นของโรคติดต่ออุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำ โรคไม่ติดต่อมีความชุกเพิ่มขึ้น โรคซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยง ต่อสุขภาพ ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น รวมถึงการ เปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพและสังคม การเกิดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการปฏิรูป ระบบการเงินการคลังเพื่อสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของระบบบริหารจัดการของหน่วยบริการสุขภาพ

การพัฒนาาระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีระบบข้อมูลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งระบบข้อมูล สุขภาพที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องเริ่มต้นจากระบบการจัดทำ จัดเก็บและบริหารจัดการข้อมูลเพื่อการ ใช้ประโยชน์สำหรับการบริการข้อมูลสุขภาพและการบริหารสำหรับผู้บริหารในระดับต่างๆ เพื่อการ บริการสุขภาพของประชาชนตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงการวางแผนด้านสุขภาพในระดับประเทศอีก ด้วย รัฐบาลนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการวางแผนเพื่อจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกและโปรแกรมเพื่อ ดูแลสุขภาพ การบริหารจัดการและการเงินการบัญชีเช่นเดียวกับการวิจัยทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS) ที่ใช้คอมพิวเตอร์ยังไม่ได้ รับการพัฒนาในอีกหลายประเทศ ดังนั้นการบริหารจัดการโดยระบบเดิมที่มีประสิทธิภาพจึงยังม ีความจำเป็นในการรวบรวมข้อมูลให้สมบูรณ์ ถูกต้องและทันสมัย¹ ทั้งนี้ประเทศไทยก็พยายามที่จะ พัฒนาระบบมาตรฐานข้อมูลทางสุขภาพของประเทศ โดยจัดตั้งศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูล สุขภาพไทย เพื่อ 1) พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศให้ระบบข้อมูลสุขภาพต่าง ระบบสามารถแลกเปลี่ยนกันได้ในทุกระดับ 2) พัฒนาแนวปฏิบัติด้านมาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพ สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบข้อมูลสุขภาพ 3) ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการสร้างองค์ความรู้ การ จัดการความรู้ด้านระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (Health Informatics) โดยเฉพาะ อย่างยิ่งความรู้ด้านมาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศ รวมถึงการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ และความชำนาญด้านระบบข้อมูลและเทคโนโลยี สารสนเทศสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และ 4) สร้างและ ขยายภาคีเครือข่ายเพื่อการพัฒนาาระบบข้อมูลและเทคโนโลยี สารสนเทศสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

¹World Health Organization, *Medical Records Manual: A guide for Developing Countries* (Geneva: World Health Organization, 2006), 4.

มาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพให้กว้างขวางทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ² สำหรับประเทศไทยได้ส่งเสริมให้นำระบบเทคโนโลยีมาใช้ในโรงพยาบาล ซึ่งจากสำรวจระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลที่ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สมบูรณ์ แพทย์ร้อยละ 90 ใช้คอมพิวเตอร์ในการบันทึกข้อมูลการรักษา³ จะเห็นว่าประเทศไทยมีแนวโน้มนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ในระบบสารสนเทศสุขภาพมากขึ้นเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการผู้ป่วย และสะดวกในการบริหารจัดการข้อมูลเพื่อการบริหาร ดังนั้นงานด้านเวชระเบียนควรได้รับการบริหารพัฒนาให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นในประเทศไทยรวมถึงการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านเวชระเบียนควรได้รับการพัฒนาให้มีสมรรถนะสอดคล้องกับระบบสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต

หากกล่าวถึงงานเวชระเบียน ในประเทศไทยมีพัฒนาการอย่างเป็นระบบเมื่อปี พ.ศ. 2518 โดยจัดเป็นการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรเวชสถิติ เพื่อผลิตบุคลากรทำหน้าที่จัดทำเวชระเบียนผู้ป่วย และการจัดทำสถิติทางการแพทย์ ซึ่งงานข้อมูลทางการแพทย์หรืองานเวชระเบียนในโรงพยาบาลได้เริ่มอย่างเป็นระบบเมื่อมีการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนขึ้นอย่างเป็นระบบผลิตบุคลากรเพื่อไปปฏิบัติงานงานเวชระเบียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴ จะเห็นได้ว่าพื้นฐานสำคัญของงานเวชระเบียนของโรงพยาบาลในประเทศไทยเริ่มจากการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนอย่างเป็นระบบและเรียกบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรนี้ว่าเจ้าพนักงานเวชสถิติ โดยปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดทำ จัดเก็บเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยและผู้มารับบริการสุขภาพต่างๆ การให้รหัสทางการแพทย์ การจัดทำสถิติ รายงาน เพื่อการบริหารในระบบบริการสุขภาพ⁵ และในปัจจุบันยังเกี่ยวข้องกับระบบการจ่ายเงินชดเชยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นแบบเหมาจ่ายต่อครั้งของการรักษาด้วยเกณฑ์การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและค่านำหนักสัมพัทธ์⁶ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก (WHO) กล่าวว่า เวชระเบียนหรือแบบบันทึกทางสุขภาพเป็นส่วนสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทั้งปัจจุบันและอนาคต การเก็บรวบรวมข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาผู้ป่วย มีความจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันและต่อเนื่อง นอกจากนี้ เวชระเบียนยังนำมาใช้

²บุญชัย กิจสนาโยธิน, **มาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย**, เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2558, เข้าถึงได้จาก www.this.or.th

³Nawanan Theera-Ampornpunt, “Thai Hospitals’ Adoption of Information Technology: A Theory Development and Nationwide Survey” (Ph.D. dissertation, Faculty of The Graduate School, University of Minnesota, 2011), 6.

⁴สมศักดิ์ เจริญชัยปิยกุล, **50 ปีโรงพยาบาลราชวิถี** (กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด, 2544), 35.

⁵คณะกรรมการพัฒนาข้าราชการพลเรือน, **มาตรฐานกำหนดตำแหน่ง(สายงานประเภททั่วไป)**, เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2557, เข้าถึงได้จาก www.ocsc.go.th/jop/specification/operation

⁶สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, **แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** (กรุงเทพฯ: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด, 2553), 1.

ในการบริหารจัดการ การวางแผน การอำนวยความสะดวกและการบริการด้านการดูแลสุขภาพ สำหรับการวิจัยและสถิติการดูแลสุขภาพ การบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ที่ผ่านมาของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรในวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ จะเป็นประโยชน์เมื่อผู้ป่วยกลับมาที่สถานพยาบาล นี่คือนโยบายของผู้ปฏิบัติงานเวชระเบียน ถ้าเวชระเบียนไม่อยู่ในที่เก็บผู้ป่วยจะเสียหายเพราะข้อมูลที่มีความจำเป็นต่อชีวิตเพื่อการดูแลต่อเนื่องไม่มี ถ้าไม่สามารถนำเวชระเบียนหรือบันทึกทางสุขภาพมาแสดงได้เมื่อต้องการเพื่อการดูแลผู้ป่วย และระบบเวชระเบียนไม่ถูกต้องไม่น่าเชื่อถือ ย่อมส่งผลต่อการให้บริการเวชระเบียนหรือการบริการสุขภาพ⁷

ปัญหาการวิจัย

การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพของประเทศเพื่อให้บริการประชาชนมีสุขภาพดี จำเป็นต้องมีการวางแผนและพัฒนาในระบบการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของประชาชน สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งในการวางแผนและพัฒนาคือสารสนเทศสุขภาพที่มีคุณภาพ ซึ่งจะเกิดความต่อเนื่องในการให้บริการสุขภาพ เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลรักษา การส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนถึงการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดในการให้บริการผู้รับบริการในระบบบริการสุขภาพมีบุคลากรด้านเวชระเบียนเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำสถิติรายงานวิเคราะห์นำเสนอผู้บริหารเพื่อตัดสินใจวางแผนในการดำเนินงานให้บริการในระบบบริการสุขภาพทุกระดับของประเทศ การวิจัยของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับองค์การอนามัยโลก พบจุดอ่อนสารสนเทศสุขภาพของประเทศไทยว่าพัฒนาแพร่หลายแต่กระจุกกระจาย ขาดการบูรณาการ การพัฒนาร่วมกันของหน่วยงานต่างๆ และขาดการพัฒนาในระดับพื้นฐานของระบบอย่างรุนแรง⁸ นอกจากนี้จากการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาด้านระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พบว่า กลไกนโยบายและทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานยังไม่เพียงพอและขาดความต่อเนื่อง ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพยังขาดคุณภาพ ไม่ครอบคลุม และยังมี ความซ้ำซ้อน ขาดกระบวนการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล ขาดระบบการจัดเก็บที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูลและการใช้ประโยชน์เพื่อการตัดสินใจ⁹

จากสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยมีแนวโน้มนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ในระบบสารสนเทศสุขภาพมากขึ้นเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการผู้ป่วยและสะดวกในการบริหารจัดการข้อมูลเพื่อการบริหาร ที่ผ่านมา

⁷World Health Organization, **Medical Records Manual: A guide for Developing Countries** (Geneva: World Health Organization, 2006), 1.

⁸Kijsanayotin B., Kasitipradith N., and Pannarunothai S., **Health in Thailand: the current status**, accessed July 1, 2016, available from europopmc.org/abstract/med/20841712

⁹“แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559),” **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม 128, ตอนพิเศษ 152 (14 ธันวาคม 2554): 31.

พบว่าโรงพยาบาลในประเทศไทยยังมีความขาดแคลนระบบสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์อย่างมาก จึงมีความท้าทายอย่างยิ่งในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับเรื่องระบบสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการนี้¹⁰ แม้มีความพยายามในการกระทำระบบสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ในประเทศไทยมีอยู่อย่างกระจัดกระจายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการปิดช่องว่างของพื้นฐานที่จำเป็นของระบบ เพื่อให้ภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบ¹¹ อีกทั้งองค์กรวิชาชีพไม่มีความเข้มแข็ง ไม่สามารถเป็นศูนย์กลางการพัฒนาบุคลากรด้านเวชระเบียน และไม่สามารถสร้างเครือข่ายวิชาชีพให้มากขึ้น แนวทางการพัฒนางานเวชระเบียนที่สำคัญ คือ การผลิตบุคลากรให้เพียงพอ และพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนารูปแบบเวชระเบียนในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ที่สมบูรณ์และเป็นมาตรฐานและจัดให้มีชุดข้อมูลมาตรฐาน (Standard Data Set) ให้เหมือนกันทั่วประเทศ¹² ดังนั้นงานด้านเวชระเบียนควรได้รับการบริหารการพัฒนาให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นในประเทศไทย เนื่องจากพื้นฐานสำคัญของงานเวชระเบียนในประเทศไทยมาจากจัดการศึกษาด้านเวชระเบียน ซึ่งการจะพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทยจะสำเร็จหรือไม่ ย่อมเกี่ยวข้องกับการบริหารการศึกษาด้านเวชระเบียน และการสร้างความร่วมมือในการพัฒนาโดยไม่รอภาครัฐเพียงอย่างเดียว¹³ ซึ่งในต่างประเทศ องค์กรวิชาชีพมีส่วนร่วมในการเข้ามาร่วมในการพัฒนามาตรฐานงานและวิชาชีพด้านเวชระเบียนของประเทศและระดับสากล¹⁴ ดังนั้น เพื่อไปสร้างงานเวชระเบียนอย่างเป็นระบบในสถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาด้านการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย เพื่อให้มีความเข้าใจพัฒนาการด้านเวชระเบียน และกำหนดทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทยในอนาคต สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ในประเด็นการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยี

¹⁰ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์, ระบบสารสนเทศแบบคอมพิวเตอร์ ในโรงพยาบาลและคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2548), 4.

¹¹ Kijisanayotin B., Kasitipradith N., and Pannarunothai S., **Health in Thailand : the current satatus**, accessed July 1, 2016, available from europopmc.org/abstract/med/20841712

¹² แสงเทียน อยู่เถา, “ปัญหาและแนวทางการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย” (เอกสารประชุมวิชาการคณะสังคมศาสตร์ ประจำปี 2555 คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม).

¹³ George F. Gant, **Development Administration: Concepts, Goals, Methods** (England: The University of Wisconsin Press, 1979), 19.

¹⁴ Jennifer Cofer, **Health Information Management**, 10th ed. (Illinois: Physicians' Record Copany, 1994), 44.

สุขภาพแห่งชาติ พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมดิจิทัล¹⁵ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการศึกษา และงานเวชระเบียนของประเทศไทยตลอดจนบุคลากรด้านเวชระเบียนของประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย
2. เพื่อกำหนดทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

ข้อคำถามของการวิจัย

1. พัฒนาการและสถานะของงานเวชระเบียนในประเทศไทยเป็นอย่างไร
2. การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนที่เหมาะสมในอนาคตสำหรับประเทศไทยควรมี ทิศทางเป็นอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. พัฒนาการและสถานะของงานเวชระเบียนในประเทศไทยมีพัฒนาการสอดคล้องกับ สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพ โดยมีการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนที่ต่อเนื่อง นำไปสู่การ พัฒนางานเวชระเบียนของประเทศไทย
2. การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทยมีทิศทางภายใต้กรอบการพัฒนา ที่เป็นพหุองค์ประกอบ

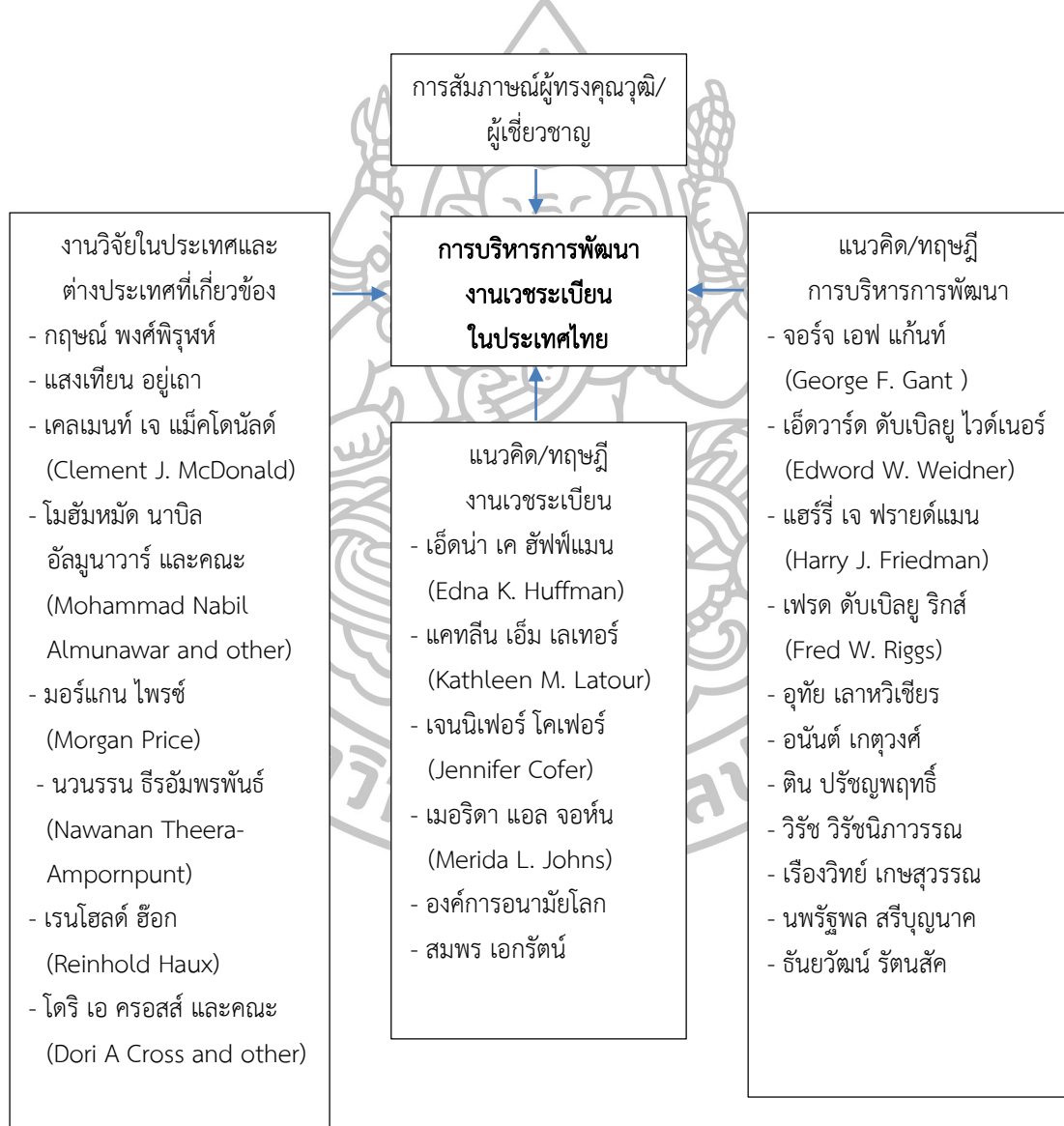
กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยเพื่อศึกษาการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยจากองค์ความรู้และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียน การ บริหารการพัฒนา และการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ดังรายละเอียด ดังนี้

1. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับงานเวชระเบียน
 - 1.1 พัฒนาการงานเวชระเบียน
 - 1.2 การศึกษาด้านเวชระเบียน
 - 1.3 บุคลากรในงานเวชระเบียน
 - 1.4 พัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย
 - 1.5 พัฒนาการงานเวชระเบียนในต่างประเทศ
2. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารการพัฒนา
 - 2.1 ยุคทฤษฎีภาวะทันสมัย (modernization theory)
 - 2.2 ยุคหลังทฤษฎีภาวะทันสมัย (post-modernization theory)

¹⁵สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, **แผนยุทธศาสตร์
ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)**, เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2559, เข้าถึงได้จาก [pbs.moph.go.th
/new_pbs/node/85](http://pbs.moph.go.th/new_pbs/node/85)

- 2.3 แนวคิดการบริหารการพัฒนาแนวการศึกษาแบบเก่า (Traditional Administration)
- 2.4 แนวคิดการบริหารการพัฒนาแนวการศึกษาแบบระบบ (System Approach)
- 2.5 แนวคิดการบริหารการพัฒนาแนวการศึกษาแบบภาวะนิเวศน์ (ecological Approach)
- 2.6 ประเภทการบริหารการพัฒนา
- 2.7 องค์ประกอบการบริหารการพัฒนา



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ที่มา: กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์, ระบบสารสนเทศแบบคอมพิวเตอร์ ในโรงพยาบาลและคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย (นันทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2548).

- : ดิน ปรัชญพทุธี, **การบริหารการพัฒนา** (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555).
- : ฉันทวัฒน์ รัตนศักดิ์, **การบริหารการพัฒนา** (เชียงใหม่: คณิงนิจการพิมพ์, 2546).
- : ฌัฐปคัลภ ญาณมโนวิศิษฐ์, **การบริหารการพัฒนา** (กรุงเทพฯ: บริษัท สยามมาพร จำกัด: 2555).
- : ฌนภาท อนุพงค์พัฒน์ และคณะ, **รยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ** (กรุงเทพฯ: สุขศาลา, 2556).
- : ฌันทยา แก้วรัตนปัทมา, **ประวัติเวาระเบียนไทย: หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑสุขภาพไทย**, เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2558, เข้าถึงได้จาก www.nham.ot.th/content/87/1/
- : เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, **การบริหารการพัฒนา** (กรุงเทพฯ: บริษัท บพิการพิมพ์ จำกัด, 2558).
- : สมพร เอกรัตน์, “เวาระเบียน 1” (เอกสารประกอบการสอน วิชาเวาระเบียน 1 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537).
- : สมเพิ่ม สุขสมบูรณ์วงศ์ และคณะ, “ทิศทางการผลิตบุคลากรด้านเวาระเบียน ในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข” (วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2555).
- : สมศักดิ์ เจริญชัยปิยกุล, **50 ปี ร.พ.ราชวิถี** (กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้งติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด, 2544).
- : แสงเทียน อยู่เถา, “ปัญหาและแนวทางการพัฒนางานเวาระเบียนและวิชาชีพเวาระเบียนในประเทศไทย” (เอกสารการประชุมวิชาการคณะสังคมศาสตร์ ประจำปี 2555 คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม).
- : สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, **คู่มือคำแนะนำการบันทึกเวาระเบียนสำหรับแพทย์** (สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก: กรุงเทพฯ, 2555).
- : สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, **มาตรฐานกำหนดตำแหน่ง**, เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2559, เข้าถึงได้จาก www.ocsc.go.th/job/standard-position
- : หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑรามธิบดี, **เวาระเบียนเล่มแรก**, เข้าถึงเมื่อ 24 มีนาคม 2555, เข้าถึงได้จาก http://library.ra.mahidol.ac.th/ram/rama_begin-subpgT1-2.php
- : อุทัย เลาหนีเชียร, **การบริหารการพัฒนา** (กรุงเทพฯ: มูลนิธิอาเซียม 2529).
- : Clement J. McDonald, “The Barriers to Electronic Medical Record system and How to overcome them,” **J Am Med Inform Assoc** 4, 3 (May-June 1997): 213-21.
- : Dori A Cross, Sunny C Lin, Julia Adler-Milstein, “Assessing payer perspectives on health information exchange,” **Journal of the American Medical Informatics Association** 23, 2 (March 2016): 297-303.

: Edward W Weidner, “Development Administration : A New Focus for Research,” in Ferrel Heady and Sybil L. Stokes (s.), Paper in Comparative Public Administration (Ann Arbor, Michigan Institute of public Administration, The University of Michigan, 1962), 97-115, อ้างถึงใน อุทัย เลหาวิเชียร, **การบริหารการพัฒนา** (กรุงเทพฯ: มุลนิธิอาเซียน. 2529) 67

: George F. Gant, **Development Administration: Concepts, Goals, Methods** (England: The University of Wisconsin Press, 1979).

: Harry J. Friedman, **Administrative Roles in Local Governments** (in Edward W.Weidner (ed), Development Administration in Asia. Durham, North Carolina: DuckUniversity Press, 1970).

: Huffman, Edna K., **Manual for Medical Record Librarians**, 5th ed. (Berwyn, Illinois: Physicians’Record Company, 1963).

: Joanne Dorothy Valerius, “Experiences of Health Information Managers with 20+ Years of Experiences in the Complex and Ever-Changing Health Environment” (A dissertation submitted to the faculty of University of Minisota, 2014), abstract.

: Jennifer Cofer, **Health Information Management**, 10th ed. (Illinois: Physicians’ Record Copany, 1994).

: Kathleen M. Lator, Shirley Eichenwald-Maki, **Health Information Management**, 2nd ed. (Chicago.Illinois: American health Information Management Association, 2006), 80-81.

: Kathrin M Cresswell, David W Bates, Aziz Sheikh, “Ten key considerations for the successful optimization of large-scale health information technology,” **Journal of the American Medical Informatics Association** 24, 1 (2017): 182-187.

: Mohammad Nabil Almunawar and other, “Electronic Health Object Transforming Health Care Systems From Static to Interactive and Extensible,” **INQUIRY** 8, 52 (January-December 2015).

: Morgan Price, “Adopting electronic medical records. Are they just electronic paper records?,” **Canadian Family Physician** 59, 7 (july 2013): abstract.

: Peggy S. Stanfield, Y. H. Hui, **Introduction to the Health Professionals**, 3rd ed. (The United States of America: John and Bartlett Publishers, 1998).

: Reinhold Haux, “Aims and tasks of medical informatics” **International Journal of Medical Informatics** 44, 1 (March 1997).

: Riggs, Fred W., **Development Administration** (Durham, North Carolina: Duck University Press, 1970).

: Rita Finnegan, Margret Amatayakul, **Medical Record Management**, 9th ed. (Berwyn, Illinois: Physicians’Record Company, 1990), 33.

: Roger Taylor and others, “Promoting Health Information Technology: Is There A Case For More-Aggressive Government Action?,” **Health Affairs** 24, 5 (September 2005).

: Stephen T. Parente and Jeffrey S. McCullough, “Health Information Technology and Patient Safety: Evidence From Panel Data,” **Health Affairs** 28, 2 (March–April 2009): 357-60.

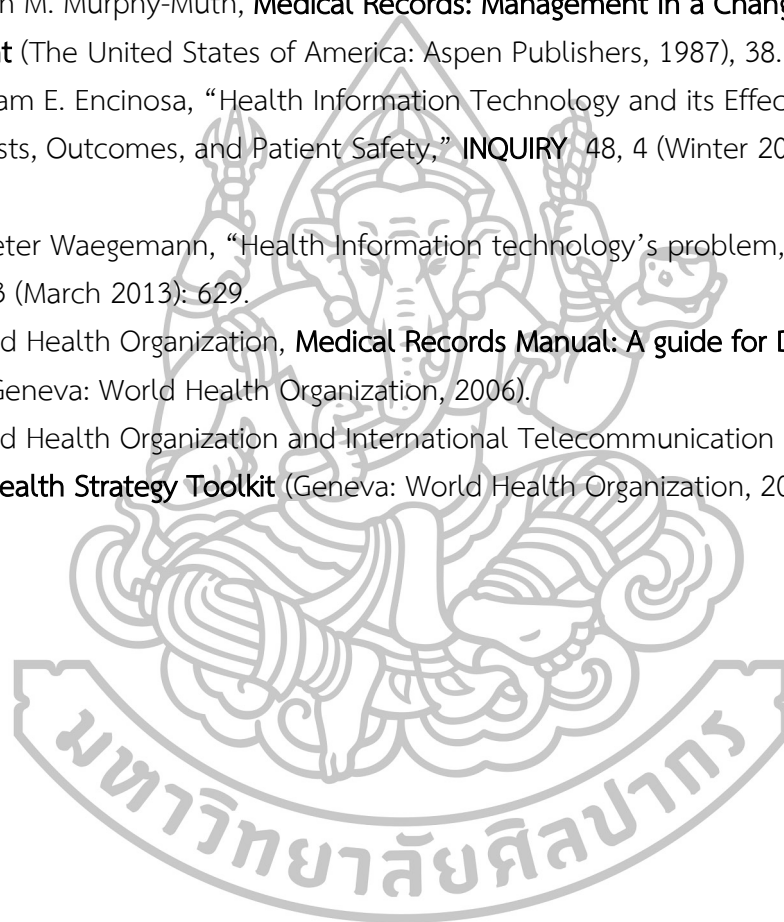
: Susan M. Murphy-Muth, **Medical Records: Management in a Changing Environment** (The United States of America: Aspen Publishers, 1987), 38.

: William E. Encinosa, “Health Information Technology and its Effects on Hospital Costs, Outcomes, and Patient Safety,” **INQUIRY** 48, 4 (Winter 2011-2012): 288-303.

: C. Peter Waegemann, “Health Information technology’s problem,” **Health Affairs** 32, 3 (March 2013): 629.

: World Health Organization, **Medical Records Manual: A guide for Developing Countries** (Geneva: World Health Organization, 2006).

: World Health Organization and International Telecommunication Union, **National eHealth Strategy Toolkit** (Geneva: World Health Organization, 2012).



นิยามศัพท์เฉพาะ

งานเวชระเบียน หมายถึง งานที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการรวบรวมข้อเท็จจริงของชีวิตของผู้ป่วย และประวัติสุขภาพรวมถึงประวัติการเจ็บป่วย การรักษาในอดีตและปัจจุบัน ซึ่งจัดบันทึกโดยแพทย์ ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ ซึ่งเวชระเบียนจะต้องบันทึกตามเวลาที่ศึกษาดูแลผู้ป่วย มีข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน เพียงพอที่จะบอกให้ทราบถึงการวิเคราะห์โรค และการดูแลรักษาโรค โดยมีบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านเวชระเบียน เป็นผู้จัดทำระบบการจัดทำ ดูแลรักษา ให้บริการเอกสารเวชระเบียน รวมทั้งการให้รหัสทางการแพทย์ การจัดทำสถิติและรายงานทางการแพทย์ เพื่อการบริหารในระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้การบันทึกมีทั้งรูปแบบที่เป็นเอกสาร และเป็นอิเล็กทรอนิกส์โดยเจ้าพนักงานเวชสถิติหรือนักวิชาการสถิติเป็นผู้รับผิดชอบหลักในงานเวชระเบียน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชระเบียน หรือประกาศนียบัตรเวชระเบียน (เวชสถิติ) หรือประกาศนียบัตรเวชสถิติเดิม ซึ่งตามมาตราฐานกำหนดตำแหน่งตามที่คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนได้กำหนดชื่อตำแหน่ง คือเจ้าพนักงานเวชสถิติ มีระดับตำแหน่ง 3 ระดับคือ ระดับปฏิบัติงาน ระดับชำนาญงานและระดับอาวุโสกรณีเป็นนักวิชาการสถิติ คือผู้สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี สาขาวิชาเวชระเบียน

การบริหารการพัฒนา หมายถึง การบริหารเพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยมีระบบบริหารภายใต้การตรวจสอบโดยผ่านระบบผู้แทน ครอบคลุมถึงการพัฒนาโครงสร้าง กระบวนการ และพฤติกรรมทางการบริหาร ให้มีความสำคัญเกี่ยวกับการบริหารภายนอก หรือการสร้างหน่วยงานขึ้นมาใหม่ ให้มีความสำคัญในการสร้างความร่วมมือจากหลาย ๆ ฝ่าย ทั้งวิชาชีพ สหวิชาชีพ องค์กรต่าง ๆ และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ มีการพัฒนาโครงสร้าง แบ่งหน้าที่รับผิดชอบ มีกระบวนการและพฤติกรรมการบริหารที่เอื้อต่อการพัฒนา เป็นการบริหารการพัฒนาที่มุ่งเฉพาะด้าน เพื่อประโยชน์ของประเทศชาติ

การบริหารพัฒนางานเวชระเบียน หมายถึง การดำเนินงานในลักษณะเป็นเครือข่ายให้มีความสำคัญกับการปฏิบัติหรือกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนา ที่เป็นการพัฒนาหรือปรับปรุงการบริหารภายในหน่วยงาน เช่น โครงสร้าง อำนาจหน้าที่ กระบวนการ และตัวบุคคล โดยคำนึงถึงสภาพแวดล้อม และการบริหารการพัฒนาการศึกษาด้านเวชระเบียน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นทั้งด้านการศึกษา การพัฒนางานเวชระเบียนและบุคลากรด้านเวชระเบียนในประเทศไทย เพื่อประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชน โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวินิจฉัยเรื่อง “การบริหารการพัฒนางานवेशะเบียนในประเทศไทย” ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) แนวคิด ทฤษฎีการบริหารการพัฒนา 2) แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับงานवेशะเบียน ประกอบด้วย การศึกษาด้านवेशะเบียนงานवेशะเบียน และบุคลากรในงานवेशะเบียน 3) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดการบริหารการพัฒนา

ความหมายการพัฒนา

การพัฒนา เป็นคำที่ใช้กันอย่างกว้างขวางภายหลังสงครามโลกครั้งที่สอง โดยประธานาธิบดีทรูแมน (Truman) แห่งสหรัฐอเมริกา เป็นผู้ริเริ่มใช้เป็นคนแรกในชุมชนโลก สิ่งที่อยู่เบื้องหลังของคำปราศรัยของประธานาธิบดี ได้รับการวิเคราะห์ว่าเกี่ยวข้องกับความพยายามในการต่อต้านลัทธิคอมมิวนิสต์ในสมัยสงครามเย็น¹

คำว่า “พัฒนา” มาจากภาษาบาลีว่า “วชฺชน” แปลว่า “รก” (มากขึ้นในเชิงปริมาณ) ท่านพุทธทาสภิกขุ มีความว่า ความหมายของการพัฒนาในแง่ของ “การรก” ซึ่งหมายถึง การเพิ่มพูนมากขึ้นในเชิงปริมาณ เป็นคำกลาง ๆ ไม่ส่อไปในทางดีหรือชั่ว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าจะพัฒนาไปทางไหนพัฒนาให้เกิดอะไร²

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน การพัฒนา หมายถึง การทำให้เจริญ ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า development แปลว่า การเปลี่ยนแปลงทีละเล็กทีละน้อย โดยผ่านลำดับขั้นตอนต่าง ๆ ไปสู่ระดับที่สามารถขยายตัวขึ้น เติบโตขึ้น มีการปรับปรุงให้ดีขึ้น และเหมาะสมไปกว่าเดิมหรืออาจก้าวหน้าไปถึงขั้นอุดมสมบูรณ์เป็นที่น่าพอใจ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมักเป็นที่เข้าใจกันว่า การพัฒนามีความหมายว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี หรือการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ความเจริญก้าวหน้า³

ในทัศนะของกูเลท (Goulet) การพัฒนา เป็นวิธีการสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้มนุษย์มีการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีชีวิตที่ดี ส่วน สตรีทเทิน (Streeten) อธิบายว่าการพัฒนาเป็นทั้งเป้าหมายและกระบวนการที่ครอบคลุมถึงทั้งการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของคนต่อชีวิตและการทำงาน และการ

¹ ันยวัฒน์ รัตนศักดิ์, **การบริหารการพัฒนา** (เชียงใหม่: คณินิจการพิมพ์, 2546), 1.

² กาญจนา แก้วเทพ, **การพัฒนาบ้านกับเมือง** (เอกสารการสอนชุดวิชาประสบการณ์ไทยคดีศึกษา, นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2538), 327.

³ ันยวัฒน์ รัตนศักดิ์, **การบริหารการพัฒนา** (เชียงใหม่: คณินิจการพิมพ์, 2546), 2.

เปลี่ยนแปลงสถาบันต่างๆ ทางสังคม วัฒนธรรม และการเมืองอีกด้วย เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาสตรีทเท็น (Streets) เห็นว่าเป็นเรื่องของการสร้างความก้าวหน้าทางด้านต่าง ๆ มีหลายด้าน ดังนี้

1. การเพิ่มรายได้และผลผลิต
2. การเปลี่ยนแปลงสภาพและเงื่อนไขทางการผลิตให้ดีขึ้น
3. การยกระดับมาตรฐานการครองชีพ เช่น สุขภาพอนามัย และการศึกษาให้สูงขึ้นเป็นต้น
4. การมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน
5. การสร้างสรรค์สถาบันต่าง ๆ
6. การเพิ่มขีดความสามารถในการกำหนดนโยบายด้านต่าง ๆ ⁴

ในทัศนะของ ไบรอันท์ และ ไวท์ (Bryant and White) เห็นว่าการพัฒนาเป็นวิธีการในการเพิ่มพูนสมรรถนะของคนในการควบคุมอนาคตของสังคม ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่

1. การเพิ่มความสามารถ (capacity) ในการพิจารณาว่าสิ่งใดเป็นสิ่งจำเป็นต้องการกระทำ เพื่อขยายขีดความสามารถและพลังงานในอันที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้น
2. การสร้างความเป็นธรรม (equity) ของสังคมเพราะการจำแนกแจกจ่ายทรัพยากรและบริการต่าง ๆ หากกระทำไม่ได้ทั่วถึง หรือไม่เท่าเทียมกัน ย่อมจะนำไปสู่การแตกแยกและทำลายความสามารถของคนในที่สุด
3. การสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ในทางการเมืองของประชาชน โดยวิธีการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจตกลง การปฏิบัติงานและการประเมินผลการดำเนินงานของรัฐบาล อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาความขัดแย้งเกี่ยวกับการแบ่งสรรผลประโยชน์ที่เกิดจากความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคม
4. การสร้างเสถียรภาพ (sustainability) ในการดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องเข้าใจในการใช้ทรัพยากรทางการผลิต ให้เกิดประโยชน์สอดคล้องกับสถานะนิเวศวิทยา และสภาพแวดล้อมโดยทั่วไป ซึ่งการสร้างเสถียรภาพอาจเกิดขึ้นได้โดยการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (interdependent) ระหว่างบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ระหว่างภูมิภาคทั้งภายในและระหว่างประเทศ อันหมายถึงว่าการสร้างสรรค์⁵

ในขณะที่ ไมร์ดัล (Myrdal) ได้เสนอหลักเกณฑ์ในการประเมินเป้าหมายของการพัฒนาว่าประกอบด้วย

1. การเสริมสร้างความมีเหตุผล
2. การให้ความสำคัญต่อการวางแผนการพัฒนา
3. การเพิ่มพูนประสิทธิภาพทางการผลิต
4. การยกระดับมาตรฐานการครองชีพ

⁴เรื่องเดียวกัน, 6-7.

⁵เรื่องเดียวกัน, 7-8.

5. การเสริมสร้างความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจและสังคม
6. การปรับปรุงสถาบันและทัศนของคนให้ดีขึ้น
7. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชาติ
8. การสร้างอิสรภาพของประเทศให้เกิดขึ้นโดยแท้จริง
9. การสร้างสรรค์ประชาธิปไตยในระดับท้องถิ่น
10. การสร้างเสริมวินัยทางสังคม⁶

อนันต์ เกตุวงศ์ ได้ให้ความหมายการพัฒนา หมายถึง การกระทำให้เกิดความเจริญเติบโต และเพิ่มอัตราให้สูงขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงระบบ เพื่อให้ระบบมีความสามารถในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และความสามารถในการตัดสินใจหรือกำหนดนโยบายให้เกิดความเป็นธรรม ความยุติธรรม สิทธิเสรีภาพ และความพอใจแก่คนส่วนใหญ่ และมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตามความต้องการหรือสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านอื่น ๆ ทั้งนี้ จะต้องกระทำโดยมีการวางแผนที่ถูกต้องด้วย⁷

เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ กล่าวว่า การพัฒนาเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงสังคมไปสู่จุดมุ่งหมายที่พึงปรารถนา เพียงแต่การพัฒนาไม่ใช่กระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดและมีแนวคิดที่อธิบายกระบวนการพัฒนาหลายแนวคิด รวมทั้งนักวิชาการมีจุดเน้นต่างกัน เช่น นักสังคมวิทยาเน้นการเปลี่ยนแปลงสังคม นักบริหารเน้นการพัฒนาสมรรถนะ หรือ ประสิทธิภาพการทำงาน ของระบบราชการ เป็นต้น⁸

ความหมายการบริหารการพัฒนา

การบริหารการพัฒนา (Development Administration) มีความหมายเป็น 2 นัยยะ ได้แก่ สาขาวิชาที่ศึกษาเกี่ยวกับการบริหารการพัฒนา และกิจกรรมหรือกระบวนการในการพัฒนา⁹ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการบริหารการพัฒนาในฐานะที่เป็นกิจกรรม ซึ่งมีนักวิชาการที่สำคัญๆ ให้ความหมายไว้ดังนี้

แกนท์ (Gant) และวรีส์ (Varies) เป็นบุคคลแรกที่ใช้คำว่าการบริหารการพัฒนา แทนคำว่า การบริหารภายนอก (External administration ซึ่งแกนท์ เป็นผู้ใช้นี้มาก่อน) ประมาณ ปี พ.ศ. 2498

⁶ ฉันทวัฒน์ รัตนศักดิ์, การบริหารการพัฒนา (เชียงใหม่: คณิงนิจการพิมพ์, 2546), 7.

⁷ อนันต์ เกตุวงศ์, การบริหารการพัฒนา (กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536), 21.

⁸ เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ, การบริหารการพัฒนา (กรุงเทพฯ: บริษัท บพิชการพิมพ์ จำกัด, 2558), 4.

⁹ ฉันทวัฒน์ รัตนศักดิ์, การบริหารการพัฒนา (เชียงใหม่: คณิงนิจการพิมพ์, 2546), 11.

หรือ พ.ศ. 2499¹⁰ โดย แกนต์ (Gant) พิจารณาว่า การบริหารการพัฒนาโดยทั่วไป สามารถจำแนกประเภทออกได้ตามความมุ่งหมายของการบริหารและวิธีการในการบริหารได้ 2 ประเภท คือ 1) การบริหารภายใน (internal administration) เป็นการเน้นที่ประสิทธิภาพของการบริหารภายในขององค์การ โดยอาศัยเทคนิคในการจัดการ อาทิ การบริหารงานบุคคล การวางแผน การบริหารงานคลัง รวมทั้งการตัดสินใจ 2) การบริหารภายนอก (external administration) เป็นการบริหารที่ครอบคลุมถึงปัจจัยภายนอก แกนต์ (Gant) ให้ความสำคัญกับการบริหารภายนอก คำนี้ถึงภายนอกหรือ ส่วนร่วม หรือการปฏิสัมพันธ์กับประชาชน หรือองค์กรอื่น ๆ ด้วย เมื่อนักบริหารต้องคำนึงถึงว่าตนจะต้องช่วยพัฒนาประเทศแล้ว ก็ทำให้ต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับภายนอกเพิ่มขึ้น การบริหารงานโดยวิธีการทำให้องค์การให้มีส่วนร่วมในการพัฒนานี้ เรียกว่า การบริหารการพัฒนา¹¹

ไวด์เนอร์ (Weidner) เป็นผู้เผยแพร่ชื่อการบริหารการพัฒนา และแนวความคิดการบริหารการพัฒนาให้กว้างขวางออกไป เฉพาะอย่างยิ่ง นับตั้งแต่เขาได้เขียนบทความ “Development Administration: A New Focus for Research” ในปี พ.ศ. 2505¹² ได้นิยามการบริหารการพัฒนาว่า กระบวนการที่จะนำเอาองค์การไปในทางที่จะให้สัมฤทธิ์ผลตามความมุ่งหมาย คือความก้าวหน้าทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งต้องเป็นความมุ่งหมายที่ผู้มีอำนาจหน้าที่กำหนดไว้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง และการบริหารพัฒนานั้นเป็นการปรับกระบวนการบริหารให้เข้ากับจุดมุ่งหมายของโครงการพัฒนาของรัฐบาล¹³

ริกส์ (Riggs) อธิบายว่า การบริหารการพัฒนา หมายถึง ความพยายามที่มีการจัดการเพื่อนำความคิดตามแผนงานหรือโครงการโดยผู้เกี่ยวข้องไปปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ของการพัฒนา เช่น การบริหารการเกษตร การบริหารการศึกษา การบริหารสวัสดิการสังคม ริกส์ มีความเห็นว่าแนวคิดหลักของการพัฒนาอยู่ที่การเพิ่มความสามารถของสังคมที่จะกำหนดสภาพแวดล้อมทางด้านกายภาพ มนุษย์และวัฒนธรรม ส่วนความสามารถในการพัฒนาขึ้นอยู่กับปัจจัยตัดสินใจและ

¹⁰George F. Gant, **Development Administration: Concepts, Goals, Methods** (Madison,Wisconsin: The University of Wisconsin Press, 1979), 19-21, อ้างถึงใน ติน ปรัชญพฤทธิ, **การบริหารการพัฒนา** (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555), 5

¹¹ธัญวัฒน์ รัตนศักดิ์, **การบริหารการพัฒนา** (เชียงใหม่: คณินิจการพิมพ์, 2546), 11-12.

¹²Edward W. Weidner, “Development Administration : A New Focus for Research,” in Ferrel Heady and Sybil L. Stokes, Paper in Comparative Public Administration (Ann Arbor, Michigan: Institute of Public Administration, 1962), 97–116, อ้างถึงใน ติน ปรัชญพฤทธิ, **การบริหารการพัฒนา** (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555), 5.

¹³ธัญวัฒน์ รัตนศักดิ์, **การบริหารการพัฒนา** (เชียงใหม่: คณินิจการพิมพ์, 2546), 12.

ดำเนินการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของรัฐบาล รวมทั้งการต่อสู้เพื่อเพิ่มสมรรถนะของรัฐบาลในการดำเนินงานตามแผนงานพัฒนาด้วย¹⁴

อุทัย เลหาวิเชียร กล่าวว่า การบริหารการพัฒนาเน้นความสำคัญของการปฏิบัติ (Action-oriented) และความสำคัญของการบรรลุเป้าหมาย (goal-oriented) ดังนั้น เขาจึงได้นิยามการพัฒนาว่า “เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้องค์การบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาการเมือง เศรษฐกิจและสังคมตามที่กำหนดไว้”¹⁵ คำนิยามดังกล่าวชี้ให้เห็นลักษณะเฉพาะของการบริหารการพัฒนาว่า มีลักษณะที่แตกต่างกับการบริหารรัฐกิจ กล่าวคือ เป็นการบริหารเพื่อบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาสามด้านให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติและแสวงหาวิธีการให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาเท่านั้น ดังนั้น เป้าหมายอื่น ๆ เช่นการป้องกันประเทศ การรักษาความสงบเรียบร้อยภายใน ฯลฯ จึงไม่อาจรวมอยู่ในขอบข่ายของการบริหารการพัฒนา¹⁶ และการบริหารการพัฒนาตามแนวคิดของ แกนต์ (Gant) มีจุดเน้นหลายประการที่เป็นลักษณะโดยเฉพาะ เช่น 1) การบริหารการพัฒนาเป็นการบริหารเพื่อการเปลี่ยนแปลง 2) เป็นการบริหารภายใต้การตรวจสอบของประชาชนโดยการผ่านระบบผู้แทน 3) มีลักษณะที่แตกต่างกับการบริหารรัฐกิจทั่วไป 4) ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการบริหารนอกองค์การ (external administration) ซึ่งหมายถึงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ 5) การวัดผลสำเร็จของการบริหารการพัฒนาให้วัดความสำเร็จของเป้าหมายการพัฒนา และ 6) เป็นการบริหารที่มุ่งเน้นเฉพาะด้าน ซึ่งจุดเน้นดังกล่าวข้างต้นจะสำเร็จได้ด้วยมีระบบบริหารมารองรับ ในทรรศนะของ แกนต์ (Gant) การบริหารการพัฒนาจะบรรลุผลตามที่กำหนดขึ้นอยู่กับ 1) มีคณะกรรมการทบทวนที่เกี่ยวกับการวางแผนเพื่อประสานงานระหว่างกระทรวงที่รับผิดชอบงานพัฒนา แผนเหล่านี้จะต้องเปลี่ยนเป็นโครงการและนำไปสู่การปฏิบัติ 2) มีการตั้งหน่วยงานใหม่ ๆ รวมทั้งการเอารัฐวิสาหกิจและหน่วยงานทางธุรกิจเอกชนมาช่วยในการพัฒนา 3) มีการกระจายอำนาจและการมอบหมายหน้าที่ในหน่วยงานราชการอื่น ๆ ในชนบท 4) จะต้องปรับปรุงระบบโครงสร้างและระบบบริหารเพื่อให้การกระจายอำนาจบรรลุผล 5) การบริหารการพัฒนาต้องการหน่วยงานทางวิชาการช่วยเหลือในด้านการศึกษา ฝึกอบรม ให้คำปรึกษา นอกจากนี้ ยัง

¹⁴เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ, *การบริหารการพัฒนา* (กรุงเทพฯ: บริษัท บพิตรการพิมพ์ จำกัด, 2558), 10.

¹⁵ward W Weidner, “Development Administration : A New Focus for Research,” in Ferrel Heady and Sybil L. Stokes , Paper in Comparative Public Administration (Ann Arbor, Michigan Institute of public Administration, The University of Michigan, 1962), 97-115, อ้างถึงใน อุทัย เลหาวิเชียร, *การบริหารการพัฒนา* (กรุงเทพฯ: มูลนิธิเอเชีย, 2529), 67.

¹⁶อุทัย เลหาวิเชียร, *การบริหารการพัฒนา* (กรุงเทพฯ: มูลนิธิเอเชีย, 2529), 67.

ต้องการการให้สนับสนุนประชาชน 6) กระทรวงที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนาจะต้องมีสมรรถภาพทางการบริหารเพื่อรับผิดชอบงานพัฒนา¹⁷

อนันต์ เกตุวงศ์ กล่าวว่า การบริหารเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม เพราะโครงการหรือแผนการพัฒนาไม่ว่าจะทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม จะต้องอาศัยระบบการบริหารที่มีความสามารถและมีประสิทธิภาพจึงจะทำให้โครงการเหล่านั้นบรรลุผลสำเร็จ และการที่จะทำให้เกิดความสามารถทางการบริหารได้จำเป็นต้องมีการพัฒนาปรับปรุงการบริหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนระบบการบริหารและระเบียบกฎเกณฑ์ข้อบังคับรวมถึงคุณสมบัติของผู้บริหารและสิ่งแวดล้อมของการบริหารด้วยเป็นสิ่งสำคัญ แต่การกระทำดังกล่าวจะไปได้ไม่ไกลนักหรือจะไม่บรรลุผลเท่าที่ควร ถ้าไม่มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงลักษณะหรือปัจจัยหลายๆ อย่างของการเมือง เศรษฐกิจและสังคม¹⁸ ฉะนั้นการบริหารการพัฒนาจึงหมายถึงการดำเนินการตามนโยบาย แผน และโครงการต่าง ๆ ที่กำหนดขึ้นโดยรัฐบาล ทั้งทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และการบริหาร โดยมีการบริหารเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำเร็จตามเป้าหมาย¹⁹

ในทฤษฎีของ ดิน ปรัชญพฤทธิ์ เห็นว่า เนื้อหาของการบริหารการพัฒนาครอบคลุมถึงสิ่งต่อไปนี้ สภาพแวดล้อม (รวมทั้งบรรยากาศการบริหารและคุณภาพชีวิตในการทำงาน) โครงสร้าง กระบวนการและพฤติกรรมการบริหารที่เอื้อต่อการพัฒนา²⁰

ณัฐปคัลภ์ ญาณมโนวิศิษฐ์ ให้ความหมาย การบริหารการพัฒนา หมายถึง การจัดระบบการบริหาร ในเรื่องของโครงสร้าง พฤติกรรม รูปแบบกลวิธีที่เหมาะสมมาใช้ในการดำเนินการพัฒนา เพื่อให้การพัฒนาขับเคลื่อนหรือดำเนินการไปอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ มีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการพัฒนา²¹

เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ กล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การบริหารการพัฒนา เป็นกระบวนการบริหารที่มุ่งให้เกิดการพัฒนาซึ่งไม่ใช่การบริหารงานประจำ และแยกออกจากงานประจำ เช่น การบริหารการศึกษาเพื่อการพัฒนา การบริหารสาธารณสุขและประชากรเพื่อการพัฒนา หรือการบริหารแผนพัฒนาและโครงการพัฒนา ประเด็นการบริหารการพัฒนาไม่ใช่การบริหารงานประจำ ยังมีความหมายเพิ่มเติมอีกว่าเป็นการบริหารในภาวะพิเศษเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามจุดมุ่งหมาย

¹⁷เรื่องเดียวกัน, 92.

¹⁸อนันต์ เกตุวงศ์, **การบริหารการพัฒนา** (กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536), 115.

¹⁹เรื่องเดียวกัน, 28.

²⁰ดิน ปรัชญพฤทธิ์, **การบริหารการพัฒนา** (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555), 100.

²¹ณัฐปคัลภ์ ญาณมโนวิศิษฐ์, **การบริหารการพัฒนา** (กรุงเทพฯ: บริษัท สยามมาพร จำกัด, 2555), 25.

ของการพัฒนาโดยเร็วกว่าปกติ อาจเกี่ยวข้องกับนวัตกรรมและการคิดสร้างสรรค์โดยเฉพาะการศึกษา และการฝึกอบรม และอาศัยเครื่องมือในการพัฒนาเพื่อเฉพาะเจาะจง ได้แก่ นโยบาย แผน แผนงาน และโครงการพัฒนา ตามบริบทของการพัฒนาสมัยใหม่ที่เริ่มต้นเมื่อหลังสงครามโลกครั้งที่สอง²²

ทฤษฎีการบริหารการพัฒนา

การบริหารการพัฒนามีกาเนิดมาจากประเทศตะวันตกที่ริเริ่มแนวคิดและทฤษฎี “การพัฒนา” (development) ขึ้นมาในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 นักวิชาการพบว่า ปัญหาหลักของการพัฒนาเป็นปัญหาทางการบริหารมากกว่าทางเศรษฐกิจ และเห็นว่าการบริหารการพัฒนาจะมีบทบาทช่วยให้เกิดการพัฒนา อาจแบ่งพัฒนาการของทฤษฎีการบริหารการพัฒนาออกเป็น 2 ยุค ได้แก่ ยุคทฤษฎีภาวะทันสมัย และยุคหลังทฤษฎีภาวะทันสมัย ดังต่อไปนี้²³

ยุคทฤษฎีภาวะทันสมัย (modernization theory)

การบริหารการพัฒนายุคแรกเป็นการประยุกต์ทฤษฎีภาวะทันสมัยมาใช้ ซึ่งหมายถึงการประยุกต์ทฤษฎีการพัฒนาตามแนวทางตะวันตก คนที่สนับสนุนการบริหารการพัฒนาตามแนวทางตะวันตกเชื่อว่าการบริหารการพัฒนาเปรียบเสมือนการทำลวดให้กับการพัฒนา เพราะการบริหารทำให้การพัฒนาเกิดเป็นผลจริง จนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มั่นคงและเป็นระเบียบ การบริหารการพัฒนาระยะแรกมองโลกในแง่ดีและมั่นใจว่าสามารถนำเทคนิคการพัฒนาไปใช้ในการแก้ไขปัญหา การด้อยพัฒนา

การบริหารการพัฒนาช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นกระบวนการที่นำโดยสหรัฐอเมริกา พร้อมกับกองทุนและเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปศึกษาและปฏิบัติ เทอเนอร์ และ ฮัลมี (Turner and Hulme) สรุปหลักการของการบริหารการพัฒนาตามทฤษฎีภาวะทันสมัย ได้ 5 ประการ ดังนี้

1. การบริหารการพัฒนาอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับรัฐบาลขนาดใหญ่ เพื่อเป็นเครื่องมือขยายตัวทางเศรษฐกิจและเพิ่มความยุติธรรมทางสังคม
2. การบริหารการพัฒนามือคติดต่อผู้นำ เชื่อว่าคนส่วนน้อยที่มีความรู้
3. การบริหารการพัฒนาสนใจแก้ปัญหาการขาดสมรรถนะทางการบริหารเพื่อนำแผนและโครงการไปปฏิบัติ โดยอาศัยการถ่ายทอดเทคนิคทางการบริหารเพื่อปรับปรุงกลไกสำคัญของรัฐบาล การบริหารการพัฒนา จึงถูกมองเป็นเครื่องมือและการประยุกต์ใช้ชุดของเครื่องมือต่าง ๆ
4. ความช่วยเหลือจากต่างประเทศเป็นจักรกลที่ทำให้เครื่องมือทางการบริหารถ่ายทอดจากตะวันตกสู่ประเทศกำลังพัฒนา

²²เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, **การบริหารการพัฒนา** (กรุงเทพฯ: บริษัทพิพิธการพิมพ์ จำกัด, 2558), 12-13.

²³เรื่องเดียวกัน, 51.

5. ตระหนักมาตั้งแต่แรกว่าวัฒนธรรมเป็นอุปสรรคต่อการใช้เครื่องมือของตะวันตกและตัวแบบระบบราชการ การบริหารการพัฒนาจึงต้องเอาชนะอุปสรรคทางวัฒนธรรม อันเป็นเหตุให้ระบบราชการทำงานผิดปกติ

ทฤษฎีการจัดการที่สนับสนุนการบริหารการพัฒนา มีตั้งแต่ทฤษฎีคลาสสิกไปจนถึงทฤษฎีใหม่ การบริหารการพัฒนาสนับสนุนบทบาทของระบบราชการแต่ก็ใช้หรือเสริมด้วยทฤษฎีใหม่ๆ จากตะวันตก เช่น ทฤษฎีมนุษยสัมพันธ์ที่เน้นการจูงใจ ภาวะผู้นำ และรูปแบบการบริหารที่ไม่เป็นระบบราชการ หรือแม้แต่การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีผลลตบทาจาระบบราชการลง

ยุคหลังทฤษฎีภาวะทันสมัย (post-modernization theory)

เทอเนอร์ และ ฮัลมี (Turner and Hulme) สรุปหลักการของการบริหารการพัฒนาตามทฤษฎีภาวะทันสมัย ได้ 5 ประการ ดังนี้

1. การบริหารการพัฒนาเป็นทั้งสาขาย่อยของสังคมศาสตร์และการพัฒนา
2. การบริหารการพัฒนาไม่ได้เป็นสาขาในแง่ของการมีทฤษฎีเฉพาะ เพราะไม่ได้มีกระบวนการที่เด่นเดี่ยว สเวิร์ดโลว์ (Sverdlow) เรียกว่า “เป็นเนื้อหาวิชาที่แสวงหาการเป็นสาขา” มากกว่าการเป็นสาขาที่มีเนื้อหาสมบูรณ์ เพราะการบริหารการพัฒนาถูกสร้างขึ้นมาจากปัญหาของการพัฒนาและถูกมองเป็นเครื่องมือของกระบวนการพัฒนา
3. การบริหารพัฒนายังคงมุ่งศึกษาการบริหารภาครัฐ แต่ไม่ทั้งหมด เพราะไม่สามารถพัฒนาโดยอาศัยแนวคิดของการมีรัฐบาลขนาดใหญ่ได้อีกต่อไป การบริหารพัฒนาจะเน้นความร่วมมือของประชาชน ร่วมกันพัฒนาหลายๆ ฝ่าย
4. การบริหารพัฒนาถือเป็นการทำความเข้าใจอำนาจและการเมืองเป็นหัวใจของการทำความเข้าใจรูปแบบการจัดการ องค์การที่ทำหน้าที่พัฒนาไม่ได้ยึดหลักเหตุผลเทคนิคคำสอนของผู้นำ หัวใจสำคัญของการปฏิบัติและการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนาจึงอยู่ที่กระบวนการเมืองทั้งในระดับมหภาค และจุลภาค
5. การบริหารพัฒนาถูกนำไปใช้กับคนจำนวนมากในประเทศต่าง ๆ หลายประเทศ การบริหารพัฒนาจึงต้องสนใจความหลากหลายของบริบทหรือสภาพแวดล้อมของแต่ละประเทศหรือแต่ละภูมิภาค²⁴

นอกจากนี้การศึกษาการบริหารพัฒนาในยุคก่อนปี พ.ศ. 2513 มีแนวทางการศึกษาที่แตกต่างกันอยู่หลายแนวทาง ซึ่งพอจะรวบรวมเป็นแนวความคิดหรือแนวการศึกษาใหม่ ๆ ได้ 3 แนวทางด้วยกัน คือ แนวการศึกษาแบบเก่า (Traditional Administration), แนวการศึกษาแบบระบบ (System Approach) และแนวการศึกษาแบบภาวะนิเวศน์ (Ecological Approach)

แนวคิดการบริหารพัฒนาแนวการศึกษาแบบเก่า (Traditional Administration) เป็นการเน้นการศึกษาถึงโครงสร้าง หลักเกณฑ์ ตลอดจนกระบวนการในการบริหารงาน ขององค์การ

²⁴เรื่องเดียวกัน, 57-59.

ที่รับผิดชอบต่อการพัฒนาประเทศ ดังนั้นการศึกษาในแนวนี้นี้จึงเน้นถึงสมรรถนะในการบริหารขององค์การของรัฐบาล พยายามที่จะจัดปัญหาและอุปสรรคในการบริหาร เพื่อที่จะปรับปรุงกลไกในการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อที่จะได้สนองตอบต่อความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เพราะฉะนั้นการศึกษากิจการการพัฒนาในแนวความคิดนี้จึงเกี่ยวพันอยู่กับการวางแผน การเปลี่ยนแปลงปรับปรุงโครงสร้างขององค์การ การบริหารงานบุคคล ตลอดจนระบบการศึกษาอันเป็นพื้นฐานของกระบวนการตัดสินใจ

แนวคิดการบริหารการพัฒนาแนวการศึกษาแบบระบบ (System Approach) การศึกษาแบบระบบนี้ จะมองการพัฒนาว่าเป็นระบบ (เปิด) ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยต่าง ๆ มากมาย ดังนั้นเป้าหมายของการพัฒนาจึงขึ้นอยู่กับส่วนต่าง ๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน เคทซ์ (Katz) เป็นผู้ที่ใช้แนวการศึกษาแบบระบบในการศึกษากิจการการพัฒนา โดยที่เคทซ์ (Katz) มองว่าการพัฒนาเป็นระบบ ซึ่งมีกระบวนการที่มีทิศทาง และมุ่งที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคมให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ และในสังคมระบบราชการจะเป็นตัวแทนที่สำคัญในการพัฒนาประเทศให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ได้วางไว้

ดังนั้นระบบการพัฒนาจึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคน เงิน วัสดุอุปกรณ์ พฤติกรรม และการจัดสรรเงิน เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการในด้านกลวิธีการและเทคนิคในการที่จะทำงานให้บรรลุผลสำเร็จตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ หรืออาจกล่าวได้ว่าระบบการพัฒนาเป็นระบบที่สนองตอบต่อความต้องการในด้านเทคนิคและวิธีการในการดำเนินงานให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่ได้วางไว้

ลักษณะของระบบการพัฒนาของเคทซ์ (Katz)

1. ระบบการพัฒนาจะมีเป้าหมาย
2. ระบบการพัฒนาจะมีระบบย่อย
3. ระบบย่อยจะมีความสัมพันธ์เป็นพลวัตกับปัจจัยนำเข้าและปัจจัยนำออก อันก่อให้เกิด

ความสมดุลแบบพลวัต

4. มีการเปลี่ยนแปลงแบบภาวะสมดุล (Homeostasis) คือ การเปลี่ยนแปลงชั่วระยะเวลาหนึ่ง และก็จะเปลี่ยนกลับคืนสู่สภาพเดิม

5. ระบบการพัฒนามีหน้าที่ที่ทำให้เป้าหมายบรรลุผลอยู่ 4 หน้าที่ คือ การตัดสินใจ การติดต่อสื่อสาร การควบคุม และการแยกงานเฉพาะอย่าง

สำหรับกระบวนการความสัมพันธ์ของระบบการพัฒนานั้น เคทซ์ (Katz) เสนอไว้ว่ามี 4 ปัจจัยด้วยกัน คือ

1. ปัจจัยนำออก (Outputs) เป็นปัจจัยเดียวกับปัจจัยนำเข้าของระบบการพัฒนา ซึ่งสนองตอบต่อความต้องการทางด้านเทคนิคและวิธีการของการพัฒนา โดยจะประกอบด้วยปัจจัยหรือระบบ 6 ประเภท คือ

1.1 คน (Man Power) เป้าหมายของระบบนี้คือการมีจำนวนคนที่มีความชำนาญงานให้แก่โครงการตามที่ต้องการ

1.2 การคลัง (Finance) เป้าหมายคือการจัดสรรงบประมาณทั้งชนิดและจำนวนให้ทันกับเวลาและความต้องการ

1.3 ยุทธปัจจัย (Logistics) เป้าหมายคือการสนับสนุนสิ่งของและบริการ

1.4 ข่าวสาร (Information) เป้าหมายคือการถ่ายทอดข่าวสารต่างๆ จากผู้ส่งไปยังผู้รับ

1.5 การมีส่วนร่วม (Participation) เป้าหมายคือกลุ่มหรือบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการจัดและดำเนินการพัฒนา

1.6 ความชอบธรรม (Legitimate Power) เป้าหมายคือการทำให้โครงการพัฒนาดำเนินไปได้ แม้ว่าจะได้รับการขัดขวาง

2. ปัจจัยนำเข้า (Input) มีลักษณะเช่นเดียวกับปัจจัยนำออก

3. ระบบย่อย (Subsystems) ในการศึกษาเราจะศึกษาที่ปัจจัยนำออกทั้ง 6 ประเภท โดยเน้นที่ความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 6 ชนิดและระบบย่อย

4. ข้อจำกัด (Constraints) ได้แก่ ข้อจำกัดทางเทคนิค ซึ่งจะขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของปัจจัยทั้ง 6 ชนิด เช่น คนไม่มีความรู้ความชำนาญก็ไม่สามารถทำงานได้ ดังนั้นอาจต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกอบรม เป็นต้น และข้อจำกัดทางสังคม จะเป็นเรื่องสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น ทัศนคติ ค่านิยม แรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งอาจมีผลตรงข้ามกับเป้าหมายในการพัฒนาได้ เป็นต้น

เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ ได้กล่าวถึงการบริหารการพัฒนาใช้แนวทางระบบว่า เนื่องจากการพัฒนาเกี่ยวข้องกับองค์การเปลี่ยนแปลงหลายด้านและมีความซับซ้อน จึงจำเป็นต้องวิเคราะห์และวางแผนพัฒนาเพื่อนำแผนไปปฏิบัติ และนำข้อมูลไปปรับปรุงแผน กรอบการวิเคราะห์ปัญหาการพัฒนาถือว่าการพัฒนามีเป้าประสงค์ เกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ จำนวนมากและเป็นกระบวนการด้านการวางแผนจะมองเป็นระบบ ไม่มองแยกส่วน เน้นการปฏิบัติและใช้แนวทางสหวิทยาการ

แนวทางระบบมีแนวทางการศึกษา 2 แนวทาง ได้แก่ การสร้างตัวแบบ และการแบ่งระดับการวิเคราะห์ออกเป็นลำดับขั้น สำหรับลักษณะของระบบมี 5 ประการ ได้แก่ 1) มีเป้าประสงค์ 2) มีองค์ประกอบ 3) มีความสัมพันธ์เชิงพลวัต 4) มีระบบเปิดมีองค์ประกอบหรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน และ 5) ระบบสำคัญคือระบบบริหารการพัฒนาต้องมีการบริหาร อันได้แก่ การตัดสินใจ การกำหนดคุณสมบัติ การสื่อสารและการควบคุม โดยมีปัจจัยนำเข้า เช่น กำลังคน เงิน การส่งกำลังบำรุง ข้อมูล การมีส่วนร่วมและอำนาจที่ชอบธรรม

การใช้แนวทางระบบสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการสร้างสถาบันในการพัฒนาได้ การสร้างสถาบันในที่นี้ หมายถึง การจัดตั้งองค์การเพื่อการพัฒนาและสร้างความเป็นสถาบันซึ่งวัดจากตัวชี้วัด 3 ตัว ได้แก่ 1) การอยู่รอด 2) การมีคุณค่า 3) เป็นปทัสถานของสังคม การสร้างสถาบันต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการหรือตัวแปรภายใน อันประกอบด้วยภาวะผู้นำ หลักการพัฒนา โครงการพัฒนา ทรัพยากรและโครงสร้างสถาบัน รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ที่มาจากสภาพแวดล้อมภายนอก ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดในการบริหารการพัฒนาแบบภาวะนิเวศน์ของ ไวด์เนอร์ (Weidner)

ไวต์เนอร์ (Weidner) เห็นว่า การบริหารการพัฒนาจะมีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. การเจริญเติบโตที่มีทิศทาง (Directional Growth)
2. การเปลี่ยนแปลงระบบ (System Change)
3. การวางแผนหรือจุดมุ่งหมายในการเปลี่ยนแปลง (Planning or Intended Change)²⁵

ประเภทของการบริหารการพัฒนา

จากลักษณะของการบริหารการพัฒนาทั้ง 3 ประการที่ได้กล่าวมาแล้ว ไวต์เนอร์ (Weidner) ได้นำมาเป็นหลักในการจัดแบ่งประเภทของการบริหารการพัฒนาออกเป็น 8 ประเภท คือ

1. การบริหารการพัฒนาตามอุดมการณ์ (The Ideal Planned) เป็นกระบวนการวางแผนเพื่อความเจริญเติบโตในทิศทางของการสร้างชาติ ความทันสมัยและความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและสังคมโดยจะมีการเปลี่ยนแปลงระบบ ซึ่งผลที่ได้ก็คือ ความเจริญเติบโตในด้านต่าง ๆ การบริหารการพัฒนาแบบนี้ถือว่าเป็นแบบที่ดีที่สุด เพราะประกอบด้วยทั้ง 2 ลักษณะ คือ

- 1.1 Planned Directional Growth คือ การวางแผนสร้างความเจริญเติบโตอย่างมีทิศทาง
- 1.2 Planned System Change มีการเปลี่ยนแปลงระบบ

จากแนวความคิดนี้จึงทำให้มีการจัดตั้งหน่วยงานขึ้นมารับผิดชอบในการวางแผนพัฒนาประเทศ เพื่อเป็นแกนกลางในกระบวนการพัฒนาประเทศ สำหรับประเทศไทยเรามีสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทำหน้าที่นี้

สาเหตุสำคัญที่ทำให้การพัฒนาประเทศของประเทศกำลังพัฒนาไม่ประสบผลสำเร็จ คือ

1. ค่านิยมของกลุ่มคนในสังคมมีความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงก่อให้เกิดความแตกต่างในด้านเป้าหมายของการพัฒนา

2. การบริหารงานยังไม่มีสมรรถภาพ ทำให้โครงการที่ออกมาไม่ได้รับผลสำเร็จตามที่ได้วางไว้

3. การบริหารการพัฒนาที่ให้ผลประโยชน์ (The Short-run Payoff: Planned Directional Growth with no System Change) จะมีการวางแผนเพื่อความเจริญเติบโตในทิศทางที่ต้องการ แต่จะไม่มี การเปลี่ยนแปลงระบบ เพียงแต่ให้ระยะสั้น เป็นที่นิยมใช้เพราะเห็นผลรวดเร็ว การวางแผนทำให้สามารถขอความช่วยเหลือจากต่างประเทศได้ และทำให้รัฐบาลเกิดเสถียรภาพ เพราะไม่มีการเปลี่ยนแปลงระบบนั่นเอง

4. การบริหารการพัฒนาที่ให้ผลในระยะยาว (The Long-run Planned System Change with no Directional Growth) เป็นการวางแผนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบ แต่จะไม่มีทิศทางของ การเจริญเติบโต ดังนั้นผลที่เกิดขึ้นจึงเป็นไปได้ทั้งในทางบวกและทางลบ

5. การบริหารการพัฒนาที่สนองต่อสภาพแวดล้อม (Environmental Stimulus: Unplanned Directional Growth with System Change) ไม่มีการวางแผน แต่การเจริญเติบโต

²⁵เรื่องเดียวกัน, 135-140.

แบบมีทิศทางอาจเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้เพราะจะมีการเปลี่ยนแปลงระบบเพื่อสนองต่อสภาพแวดล้อมบางอย่างนั่นเอง

6. การบริหารการพัฒนาในทางปฏิบัติของประเทศต่าง ๆ (Pragmatism: Unplanned Directional Growth with no System Change) ส่วนใหญ่แล้วประเทศที่กำลังพัฒนาจะมีความเจริญเติบโตไปในทิศทางที่ก่อให้เกิดการพัฒนาได้ โดยที่ไม่ต้องมีการวางแผนและการเปลี่ยนแปลงระบบหรือเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

7. การบริหารการพัฒนาแบบวิกฤติการณ์ (Crisis: Unplanned System Change with no Directional Growth) เป็นการเปลี่ยนแปลงระบบและเกิดการเจริญเติบโตแบบไม่มีการวางแผนและไม่มีทิศทาง ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงมักเป็นการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น เช่น สงคราม โรคระบาด น้ำท่วม ฯลฯ

8. การบริหารการพัฒนาที่ล้มเหลว (Failure: Planning with no Growth or System Change) เป็นการวางแผนที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงระบบ และไม่มีการเจริญเติบโต ดังนั้นจึงถือว่าล้มเหลว

9. การไม่มีการบริหารการพัฒนา (Static Society: No Plans, No Change) อาจพบได้ในสังคมบางส่วนของประเทศที่ไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ต้องการพัฒนา²⁶

องค์ประกอบของการบริหารการพัฒนา

ดิน ปรัชญพฤทธิ เห็นว่าการบริหารพัฒนามีองค์ประกอบหลักๆ อยู่ 2 ประการ คือ

1. องค์ประกอบการพัฒนาการบริหาร (Development of Administration) การพัฒนาการบริหาร หรือการปฏิรูปการบริหารครอบคลุมถึงองค์ประกอบรองต่าง ๆ คือ การพัฒนาโครงสร้างกระบวนการเทคโนโลยีและพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกกระบวนการบริหาร การพัฒนาการบริหารที่จะเพิ่มสมรรถนะของระบบราชการตอบสนองภารกิจของการบริหารเพื่อพัฒนาโดยส่วนร่วม และความต้องการของประชาชน นอกจากสภาพแวดล้อมแล้วต้องครอบคลุมโครงสร้าง กระบวนการและพฤติกรรมที่เอื้อต่อการพัฒนา

ทั้งนี้พฤติกรรมหรือค่านิยมเกี่ยวกับการพัฒนาประเทศหรือความมุ่งมั่นในการพัฒนา (development - orientedness) ได้แก่ การยอมให้ผู้อื่นเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความอดกลั้น ความเสมอภาค การพัฒนาเศรษฐกิจ ความหวังในชาติ องค์การ ความเสียสละ ความกล้าเสี่ยง ตัดสินใจ ความผูกพันในงาน และการปฏิบัติงานให้สัมฤทธิ์ผล

หลักการของการจัดโครงสร้างทางการบริหารประกอบด้วย การแบ่งแยกหน้าที่ความรับผิดชอบและมอบให้แต่ละบุคคลทำ กับการสอดประสานหน้าที่ความรับผิดชอบที่แบ่งแยกไป ให้มีการประสานงานและความกลมกลืน การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบและมอบให้แต่ละบุคคลเพื่อ

²⁶เรื่องเดียวกัน, 150-155.

สะดวกแก่การติดตามประเมินผลและการส่งข้อมูลย้อนกลับว่าใครรับผิดชอบอะไร และปฏิบัติงานได้มากน้อยเพียงใด ส่วนการสอดประสานหน้าที่ความรับผิดชอบที่แบ่งแยกไปแล้วนั้นให้มีการประสานงานและกลมกลืนเพื่อโน้มน้าวการปฏิบัติงานทั้งหมดให้เป็นไปตามทิศทางที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ หรือเอื้อต่อการพัฒนา ซึ่งไคเด็น และ ไฮเด็นทอร์ฟ (Caiden and Seidentorf) กล่าวว่า หากเป้าหมายของประเทศคือการบริหารการพัฒนาแล้ว รูปแบบโครงสร้างที่มีในปกตินจะเป็นการเพียงพอหรือไม่ที่จะเป็นเครื่องมือที่นำไปสู่เป้าหมายดังกล่าวแล้ว หากไม่เพียงพอควรแก้ไขปรับปรุงในส่วนใดบ้างหรือควรจะพัฒนารูปแบบโครงสร้างทางการบริหารอื่นใดขึ้นมาแทนบ้าง ซึ่งเป็นที่รู้จักกันในนามของ “หน่วยงานสร้างชาติ” อาจจะต้องได้รับการจัดตั้งขึ้นมาใหม่เพื่อรับผิดชอบงานพัฒนาแต่ละด้านโดยเฉพาะ หรือถ้าไม่สามารถสร้างหรือพัฒนาหน่วยงานเหล่านี้ขึ้นมาแทนได้ทันที ก็อาจจะแก้ไขปรับปรุงหน่วยงานเดิมให้หันมารับผิดชอบงานทางด้านการพัฒนามากขึ้น แต่ในบรรดาโครงสร้างการบริหารเหล่านี้ คงไม่มีรูปแบบใดที่ดีที่สุด คงต้องมีการทดลอง หรือวิเคราะห์วิจัยให้เหมาะสมกับสภาพของหน่วยงานแต่ละแห่งอีกครั้ง อย่างไรก็ตามรูปแบบการพัฒนาหรือการประดิษฐ์คิดค้นทางโครงสร้างการบริหารงานที่ดีนั้นจะต้องพิจารณาควบคู่กันไปกับการพัฒนาหรือการคิดค้นทางด้านโครงการพัฒนา ผลงาน และการส่งมอบบริการให้แก่ลูกค้า²⁷

2. องค์ประกอบการบริหารเพื่อการพัฒนา (Administration of Development) องค์ประกอบหลักการบริหารเพื่อการพัฒนา เช่น การบริหารโครงการพัฒนา มุ่งที่จะแปลงนโยบายการพัฒนาออกมาเป็นแผนงาน โครงการ และกิจการพัฒนาที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยครอบคลุม สิ่งต่อไปนี้ (1) การวางแผนและกำหนดแผนงาน โครงการและกิจการพัฒนา (2) การนำแผนงานโครงการและกิจการพัฒนาไปปฏิบัติ และ (3) การประเมินแผน แผนงานโครงการ และกิจกรรมการพัฒนา และข้อมูลย้อนกลับ นอกจากนี้มีการพัฒนาอื่น ๆ ได้แก่ การพัฒนาสังคม การพัฒนาการศึกษา ฯลฯ²⁸

การบริหารการพัฒนาที่เน้นการบริหารมีแนวทางการพัฒนาการบริหาร มี 2 ด้านคือ

1. ด้านมหภาค ราฟ ไบรบันตี (Ralph Braibanti) และโจเซฟ ลาพาลอมบารา (Joseph lapalombara) เห็นว่าในการพัฒนาการบริหรานั้น ไม่ควรให้รัฐบาลมีอำนาจมากเกินไป เพราะจะทำให้ระบบและฝ่ายอื่นถูกครอบงำโดยระบบราชการและอ่อนแรงลง ฉะนั้นจึงควรพัฒนาพรรคการเมือง ระบบเลือกตั้ง ฝ่ายนิติบัญญัติ และกลุ่มผลประโยชน์ให้มีพลังทัดเทียมระบบราชการเพื่อคอยถ่วงอำนาจและตรวจสอบซึ่งกันและกัน อย่างไรก็ตามในระยะหลังนี้นักวิชาการมองว่าระบบราชการควรมีประสิทธิภาพทางด้านเทคนิคและมีความรับผิดชอบทางการเมืองไปพร้อมๆ กัน

²⁷ติน ปรัชญพฤทธิ, **การบริหารการพัฒนา** (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534), 102.

²⁸เรื่องเดียวกัน, 21-22.

2. ด้านจุลภาค แนวทางการพัฒนาการบริหาร อาจครอบคลุมถึงการพัฒนาโครงสร้าง กระบวนการ และพฤติกรรมทางการบริหาร อาจทำได้หลายวิธี

ประการแรก การวิเคราะห์วิจัยเพื่อดูโครงสร้างทางการบริหารในปัจจุบันเอื้อหรือ ขัดขวางการบริหารการพัฒนามากน้อยเพียงใด

ประการที่สอง หลังการวิเคราะห์วิจัยแล้วพบว่า โครงสร้างทางการบริหารเดิมยังไม่ เพียงพอต่อการที่จะปฏิบัติภารกิจของการบริหารการพัฒนาได้ ก็จำเป็นจะต้องสร้างหรือพัฒนา “หน่วยงานสร้างชาติ” ขึ้นมา เพื่อรับผิดชอบงานใหม่ ๆ เช่นการพัฒนาหน่วยงาน การปฏิรูประบบ การศึกษา

ประการที่สาม การพัฒนาโครงสร้างทางการบริหาร อาจกระทำโดยการจัดองค์การ แมทริกซ์ (Matrix organization) กล่าวคือเป็นรูปแบบหนึ่งขององค์การที่ประกอบด้วยทีมผู้เชี่ยวชาญ เพื่อดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง ในขณะที่เดียวกันก็ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารที่ คอยทำหน้าที่ประสานงานมากกว่าผู้บังคับบัญชา องค์การแมทริกซ์ดังกล่าวบางทีก็เรียกว่า องค์การ โครงการพัฒนา (project organizations)²⁹ ซึ่งโครงการพัฒนานี้ อาจเป็นโครงการพัฒนาเอกเทศ

ประการที่สี่ การพัฒนาโครงสร้างทางการบริหาร อาจพิจารณาในแง่ของขนาดของ องค์การว่าขนาดไหนจึงจะเหมาะสมกับภารกิจที่รับผิดชอบอยู่

ประการที่ห้า การพัฒนาโครงสร้างทางการบริหารเพื่อรองรับการบริหารการพัฒนา ควรจะต้องเน้นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนในการตัดสินใจเฉพาะอย่าง ปรัชญาการบริหาร การพัฒนา ก็คือ ประชาธิปไตยแบบรากหญ้า (grass roots democracy) ซึ่งตามความเห็นของ อาร์นสไตน์ (Arnstein) การมีส่วนร่วมที่แท้จริงของประชาชนก็คือ จะต้องให้อำนาจควบคุมการดำเนินงานและการ จัดโครงการพัฒนาอย่างเต็มที่ด้วยตนเอง

ประการที่หก การพัฒนาโครงสร้างทางการบริหารควรเน้นการประสานงานใน แนวนอนเท่า ๆ กับในแนวตั้ง เนื่องจากการบริหารการพัฒนาจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจาก สหวิชาชีพ สหอาชีพ และสหสถาบัน ฉะนั้นการประสานงานโดยอำนาจบังคับบัญชา อาจต้องเสริม ด้วยการประสานงานโดยการบริหารเพื่อการพัฒนา การแสวงหาความเห็นพ้องต้องกันระหว่างฝ่าย สายช่วยอำนวยการและฝ่ายสายงานหลัก การประสานงานโดยการปล่อย หรือหยักทรัพยากรเอาไว้ การประสานงานโดยการประนีประนอม และการประสานงานจากเบื้องล่าง ซึ่งประชาชนเป้าหมาย ได้รับความช่วยเหลือจากหลาย ๆ หน่วยงาน

²⁹Ralph C. Chandler and Jakc C. Plano, **The public Administration Dictionary** (New York: John Wiley & Sons, 1982), 194, อ้างถึงใน ดิน ปรัชญพฤทธิ์, **การบริหารการพัฒนา** (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534), 108.

ประการที่เจ็ด การพัฒนาโครงสร้างทางการบริหารควรทำไปพร้อมๆ กับการออกแบบงาน³⁰ ซึ่งการออกแบบงาน ก็คือการกำหนดรายการจำเพาะเกี่ยวกับเนื้อหา วิธีปฏิบัติงาน และความสัมพันธ์ระหว่างงานต่าง ๆ เพื่อที่จะสามารถตอบสนองต่อความต้องการทางด้านองค์การ เทคโนโลยี สังคม และความต้องการส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงานเอง และวัตถุประสงค์ของการออกแบบงาน เพื่อให้บุคคลมีมูลเหตุในการจูงใจในการทำงานด้วยความพึงพอใจและผลงานที่ดีอันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศ

ประการที่แปด การพัฒนาโครงสร้างทางการบริหาร ควรคำนึงถึงหลักการบริหารงานบุคคลและแรงงานสัมพันธ์

ประการสุดท้าย การพัฒนาโครงสร้างทางการบริหารควรยึดแนวทางของ “องค์การกลยุทธ์” (Strategic organization) นั่นคือการจัดโครงสร้างและภารกิจขององค์การที่สามารถสนองความต้องการของประชาชน แต่ในขณะเดียวกันก็อำนวยความสะดวกให้สมาชิกขององค์การมีความเจริญเติบโตไปพร้อม ๆ กันด้วย³¹

โดยสรุปการบริหารการพัฒนา หมายถึง การบริหารเพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยมีระบบบริหารภายใต้การตรวจสอบโดยผ่านระบบผู้แทน ครอบคลุมถึงการพัฒนาโครงสร้าง กระบวนการ และพฤติกรรมทางการบริหาร ให้มีความสำคัญเกี่ยวกับการบริหารภายนอก หรือการสร้างหน่วยงานขึ้นมาใหม่ ให้มีความสำคัญในการสร้างความร่วมมือจากหลาย ๆ ฝ่าย ทั้งวิชาชีพ สหวิชาชีพ องค์การต่าง ๆ และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ มีการพัฒนาโครงสร้าง แบ่งหน้าที่รับผิดชอบ มีกระบวนการและพฤติกรรมการบริหารที่เอื้อต่อการพัฒนา เป็นการบริหารการพัฒนาที่มุ่งเฉพาะด้าน เพื่อประโยชน์ของประเทศชาติ

แนวคิดเกี่ยวกับงานเวชระเบียน

ความหมาย

ในประเทศไทยคำว่า “เวชระเบียน” (Medical Record) ถือกำเนิดที่คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล บัญญัติคำโดยนายแพทย์ศิริพัฒน์ วัฒนเกษตร อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ชุมชน และผู้เชี่ยวชาญงานด้านสถิติ ซึ่งได้รับทุนจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ ไปศึกษาเพิ่มเติมทางเวชสถิติและระบาดวิทยา ให้แปลคำว่า “Medical Record” เป็น “เวชระเบียน” ตามพจนานุกรมคำ “Medical” ตรงกับศัพท์ภาษาบาลีว่า “เวช” แปลว่า “แพทย์” ส่วนคำว่า “Record”

³⁰Derek Torrington and Laura Hall, **Personnel management: A New Approach** (Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall International, 1987), 348-351, อ้างถึงใน ดิน ปรัชญพฤทธิ, **การบริหารการพัฒนา** (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534) 109.

³¹ดิน ปรัชญพฤทธิ, **การบริหารการพัฒนา** (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534) 106-110.

ตรงกับศัพท์ภาษาเขมรว่า “ทะเบียน” แปลว่าบันทึก เมื่อรวมกันเป็นเวชทะเบียน แล้วออกเสียงไม่สะดวก จึงใช้คำว่า “เวชระเบียน” ซึ่งมีความหมายเช่นเดียวกันคือ “บันทึกของแพทย์” ซึ่งเป็นที่รับรองให้ใช้โดยคณะกรรมการของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่ พ.ศ. 2511³² ซึ่งต่อมาโรงพยาบาลรามาธิบดีได้จัดทำเวชทะเบียนสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ประกอบด้วยบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย สิ่งตรวจพบ การวินิจฉัย การรักษา ตลอดจนการดำเนินโรคของผู้ป่วยเพื่อที่จะให้แพทย์ได้ทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งในขณะที่เป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกไปด้วยกัน เวชระเบียนของผู้ป่วยโรงพยาบาลรามาธิบดี จึงมีข้อมูลของผู้ป่วย แต่ละรายทั้งเมื่อเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในบรรจุอยู่ในเล่มเดียวกันซึ่งแตกต่างไปจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยที่ใช้ในโรงเรียนแพทย์อื่น ๆ ในขณะนั้น พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่รัชกาลที่ 9 ได้เสด็จพระราชดำเนินทรงประกอบพิธีเปิดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในวันเสาร์ที่ 3 พฤษภาคม 2512 เวลา 15.00 น. และเริ่มเปิดบริการผู้ป่วยอย่างเป็นทางการในวันอังคารที่ 6 พฤษภาคม 2512 ผู้ป่วยคนแรก คือ น.ส. สุธีรา อายุวัฒน์ ได้หมายเลขเวชระเบียน เป็น HN 000 00 01 สืบเนื่องจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นโรงพยาบาลที่ทันสมัยมากในสมัยนั้น ดังนั้นจึงเป็นที่สนใจของผู้ป่วยที่จะเข้ามารับการรักษารวมถึงความประสงค์ที่จะเป็นผู้ป่วยคนแรกของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ทั้งนี้รวมถึงบุคลากรของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีเอง ข้อมูลจากประวัติคำบอกเล่า ของศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์พนพิศ อมาตยกุล ซึ่งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาโสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา นับเป็นคนแรกของประเทศไทย ที่สำเร็จวิชา Audiology and Speech Pathology จากประเทศสหรัฐอเมริกา (M.A. Communication Disorders , Temple University, U.S.A) และเป็นอาจารย์คนแรกที่บรรจุเข้ารับราชการอย่างเป็นทางการที่หน่วย หู คอ จมูก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2511 เล่าว่า “...1 วัน ก่อนโรงพยาบาลเปิด จะมีคนมาลงทะเบียน มีหัวหน้าพยาบาลคนหนึ่ง ได้หมายเลขแรกไป.... ส่วนผมได้หมายเลขเจ็ดสิบกว่าๆ ...” และจากการบอกเล่าของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุธีรา อายุวัฒน์ มีดังนี้ “...พอดีไปทำฟัน คุณหมอเจือจันทร์ ก่อนจะทำฟัน จริง ๆ ก็ไปทำอยู่ วันหนึ่งก็บอกว่ามีแผนกเวชทะเบียนขึ้นแล้ว เธอต้องไปเอาเวชทะเบียนมาเสียก่อน ฉนั้นจึงจะทำให้ ก็เดินไป ก็เป็นที่มาของการได้เบอร์ 1” ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุธีรา อายุวัฒน์ ยังคงใช้ เวชระเบียนเล่มนี้มาโดยตลอด จนกระทั่งวันที่ 1 เมษายน 2553 คณะทำงานหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์รามาธิบดี ติดต่อขอเวชระเบียนในฐานะเวชระเบียนหมายเลขแรก จากท่านเพื่อไปจัดแสดงใน “งานรักษารามาธิบดี ครั้งที่ 1” วันศุกร์ที่ 9 เมษายน 2553 – วันจันทร์ที่ 12 เมษายน 2553 ณ ห้องท่านผู้หญิงวิระยา เขาวกุล คณะแพทยศาสตร์

³²งานเวชระเบียน โรงพยาบาลรามาธิบดี, ความหมายของคำว่า “เวชระเบียน,” เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2558, เข้าถึงได้จาก www.si.mahido.ac.th/office_h/Medrecord/stunit/index.htm.

โรงพยาบาลรามารามิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุธีรา อายุวัฒน์ ยินดีที่จะมอบเฉพาะปกเวชระเบียนเล่มนี้ให้เก็บไว้ในหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์รามารามิบัติ (เพราะรายละเอียดในเล่มนั้นเปิดเผยต่อสาธารณชนไม่ได้)³³

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ให้ความหมาย ว่า เวชระเบียนมาจากคำสองคำ คือ เวช มาจากภาษาบาลี เวช แปลว่า หมอรักษาโรค³⁴ และระเบียน แปลว่า ทะเบียน แบบ ซึ่งทะเบียน แปลว่า บัญชีจัดลักษณะจำนวนคน จำนวนสัตว์ หรือจำนวนสิ่งของตลอดจนการงานต่าง ๆ ที่รัฐบาลบันทึกไว้เป็นหลักฐานเกี่ยวกับประชาชนพลเมือง

บุคคลที่อุทิศเพื่อการศึกษาเกี่ยวกับเวชระเบียน อย่างแท้จริงคือ เอ็ดน่า เค ฮัฟฟ์แมน (Edna K. Huffman, RRA) เป็นผู้บริหารงานทะเบียน เป็นบุคคลแรกที่ศึกษาเกี่ยวกับเวชระเบียนและเป็นประธานคนที่ 7 ของสมาคมเวชระเบียนของอเมริกา ได้ให้ความหมายว่า เวชระเบียน (Medical Record) เป็นเอกสารบันทึกสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลที่เขียนขึ้นตามลำดับเหตุการณ์ในการวินิจฉัย การรักษา และเหตุผลในการรักษา อีกนัยหนึ่ง เวชระเบียนต้องมีข้อมูลอย่างเพียงพอ เป็นไปตามหลักวิทยาศาสตร์ และถูกต้องตามกฎหมาย เวชระเบียนเป็นเรื่องราวของการพักรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลประกอบด้วยตั้งแต่เริ่มต้นเจ็บป่วย หรือการเจ็บป่วยอื่น ๆ อุบัติเหตุ ความทุกข์ทรมาน การผ่าตัด ประวัติสุขภาพของครอบครัว เหตุผลการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผลทางห้องปฏิบัติการ รายงานผลเอกซเรย์ การบันทึกการผ่าตัด วิสัญญี และปฏิกิริยาโต้ตอบของผู้ป่วย การให้คำปรึกษา กรณีมีข้อบ่งชี้ ใบสั่งแพทย์สำหรับการรักษา การให้ยา การบันทึกความก้าวหน้า การบันทึกกราฟ บันทึกการพยาบาล และข้อตกลงต่าง ๆ รายงานเฉพาะทางหรือข้อตกลงรายบุคคล และสารสนเทศทางสถิติสำหรับผู้ป่วย เช่น สำเนาการส่งต่อ และการสรุปผลของแต่ละราย³⁵ และได้ปรับปรุงครั้งสุดท้าย ดังนี้ เวชระเบียน (Medical Record) เป็นเอกสารที่บันทึกประวัติสุขภาพของผู้ป่วย ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษา ซึ่งบันทึกโดยแพทย์และทีมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย เวชระเบียนต้องรวบรวมอย่างเป็นรูปแบบและประกอบด้วยข้อมูลที่เพียงพอ ต่อการระบุผู้ป่วย สนับสนุนการวินิจฉัยหรือการดูแลสุขภาพ ตัดสินใจการรักษา และเป็นเอกสารที่ถูกต้องเชื่อถือได้ ในขณะที่แนวคิดการดูแลสุขภาพได้พัฒนากว้างขึ้น คำว่า “การบันทึกสุขภาพ” (health record) ก็ปรากฏขึ้นและถูกใช้แทน “เวชระเบียน” (medical record) มี

³³หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์รามารามิบัติ, **เวชระเบียนเล่มแรก**, เข้าถึงเมื่อ 24 มีนาคม 2558, เข้าถึงได้จาก http://library.ra.mahidol.ac.th/ram/rama_begin-subpgT1-2.php

³⁴ราชบัณฑิตยสถาน, **พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554** (กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน, 2556), 1128.

³⁵Edna K. Huffman, **Manual for Medical Record Librarians**, 5th ed. (Berwyn, Illinois: Physicians' Record Company, 1963), 34.

ความแตกต่างกันในคำ ใดๆก็ตามย่อมมีความแตกต่างกันระหว่าง “การดูแลทางการแพทย์” (medical care) และ “การดูแลสุขภาพ” (health care) แนวคิดการบันทึกสุขภาพ เป็นหนึ่งรายการของข้อมูลทั้งหมดในการดูแลสุขภาพเฉพาะคนของผู้มารับบริการ ซึ่งประกอบด้วยบันทึกการเกิด การให้วัคซีน รายงานการตรวจทางการแพทย์ เช่นเดียวกับการบันทึกการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมดในการดูแลสุขภาพ³⁶

ต่อมาในปี พ.ศ. 2543 เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างมีผลกระทบต่อความรับผิดชอบของผู้จัดการสารสนเทศสุขภาพ ทั้งการเข้าสู่ยุคคอมพิวเตอร์ นโยบายภาครัฐ กฎระเบียบการดูแลสุขภาพ ความก้าวหน้าทางการแพทย์ รวมทั้งสังคมเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลง กระบวนทางการศึกษาที่สูงขึ้น ทั้งหมดมีผลกระทบต่อผู้ประกอบการจัดการสารสนเทศสุขภาพ ดังนั้นในการประชุมของสมาคมการจัดการสารสนเทศสุขภาพของอเมริกาในประเด็นการพัฒนาวิชาชีพ ได้ปรับปรุงนิยามวิชาชีพสำหรับการจัดการสารสนเทศสุขภาพ ในส่วนสภาวะแวดล้อมการดูแลสุขภาพ เทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดการสารสนเทศ รวมไปถึงผลกระทบต่อการทำงานในการปฏิบัติงานการจัดการสารสนเทศสุขภาพ นิยามใหม่ดังนี้ การจัดการสารสนเทศสุขภาพเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพ โดยรับประกันว่าสารสนเทศที่ดีที่สุดเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ วิชาชีพการจัดการสารสนเทศสุขภาพจัดการดูแลข้อมูลการดูแลสุขภาพ และแหล่งข้อมูลสารสนเทศ บริการในการวางแผน การเก็บรวบรวม การวิเคราะห์ การจำแนกผู้ป่วยเฉพาะราย และสรุปข้อมูลทางคลินิก เพื่อสนับสนุนธุรกิจดูแลสุขภาพ ได้แก่ องค์กรดูแลผู้ป่วย ผู้จ่ายเงิน หน่วยงานราชการ และองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ โดยให้ความหมายและอธิบายขอบเขตของความหมายไว้ดังนี้ สุขภาพรวมทุกอย่างตั้งแต่เกิดจนตาย สุขภาพดี และเจ็บป่วย การจัดการสารสนเทศสุขภาพ เป็นการปฏิบัติที่ยิ่งใหญ่กับข้อมูลผู้ป่วย สมาคมการจัดการสารสนเทศสุขภาพแห่งอเมริกา ได้อธิบายขอบเขตของสารสนเทศสุขภาพ ว่าประกอบด้วย ข้อมูลดังต่อไปนี้ 1) ข้อมูลทางคลินิก รวมข้อมูลตลอดกระบวนการของการวินิจฉัยและการรักษา 2) ฐานข้อมูลทางระบาดวิทยา ที่รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประชากร 3) ข้อมูลทางประชากร ใช้สำหรับระบุตัวตน และสื่อสารกับผู้อื่นและเฉพาะส่วนตัว 4) ข้อมูลทางการเงินที่ได้มาจากกระบวนการดูแล 5) ข้อมูลการวิจัย 6) ข้อมูลการอ้างอิง 7) ข้อมูลรหัส ส่วนเวชระเบียน หมายถึงการรวบรวมรายงานและข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นของผู้ป่วยรายบุคคลที่ใช้ภายในหน่วยบริการนั้น ๆ หรือในระบบเดียวกัน³⁷

³⁶Rita Finnegan, Margret Amatayakul, **Medical Record Management**, 9th ed. (Berwyn, Illinois: Physicians' Record Company, 1990), 33.

³⁷Kathleen M. Lator, Shirley Eichenwald-Maki, **Health Information Management**, 2nd ed. (Chicago, Illinois: American Health Information Management Association, 2006), 80-81.

องค์การอนามัยโลก (WHO) กล่าวว่า เวชระเบียนหรือแบบบันทึกทางสุขภาพเป็นส่วนสำคัญ ของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทั้งปัจจุบันและอนาคต การเก็บรวบรวมข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาผู้ป่วย มีความจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันและต่อเนื่อง นอกจากนี้ เวชระเบียนยังนำมาใช้ในการบริหารจัดการ การวางแผน การอำนวยความสะดวกและการบริการด้านการดูแลสุขภาพ สำหรับการวิจัยและสถิติการดูแลสุขภาพ การบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ที่ผ่านมาของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรในวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ จะเป็นประโยชน์เมื่อผู้ป่วยกลับมาที่สถานพยาบาล นี่คือนโยบายของผู้ปฏิบัติงานเวชระเบียน ถ้าเวชระเบียนไม่อยู่ในที่เก็บผู้ป่วยจะเสียหาย เพราะข้อมูลที่มีความจำเป็นต่อชีวิตเพื่อการดูแลต่อเนื่องไม่มี ถ้าไม่สามารถนำเวชระเบียนหรือบันทึกทางสุขภาพมาแสดงได้เมื่อต้องการเพื่อการดูแลผู้ป่วย และระบบเวชระเบียนไม่ถูกต้องไม่น่าเชื่อถือ ย่อมส่งผลต่อการให้บริการเวชระเบียนหรือการบริการสุขภาพ³⁸

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ความหมาย เวชระเบียน คือ แฟ้มบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจและรักษาโรคในโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยแต่ละราย เป็นเอกสารหลักฐานสำคัญยืนยันการวินิจฉัยโรค การตรวจพิเศษ การรักษา และการให้คำแนะนำที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล³⁹

สรุป ความหมายของคำว่าเวชระเบียน หมายถึง บันทึกข้อมูลการรักษา การดูแลสุขภาพของผู้มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปทางประชากร ข้อมูลทางกฎหมาย ข้อมูลการเจ็บป่วยทั้งอดีตและปัจจุบัน ข้อมูลทางคลินิก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัย การดูแลและการให้การรักษายาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วย ที่บันทึกโดยทีมสุขภาพที่ดูแลรักษาผู้มารับบริการ และข้อมูลทางการเงิน

องค์การอนามัยโลก กล่าวถึง วัตถุประสงค์หลักของเวชระเบียน คือบันทึกความจริงเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย ให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการนอนพักรักษาหรือทำการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาล และการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยต้องดูแลสุขภาพในอนาคต

เวชระเบียนของผู้ป่วยควรมีข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องในประเด็นต่อไปนี้ เป็นข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยรายนั้น กำหนดถึงการบริการอะไร เมื่อไหร่ ทำไม และอย่างไร และผลการดูแลรักษาเป็นอย่างไร ซึ่งเวชระเบียนมี 4 ตอนหลัก ดังนี้

³⁸World Health Organization, **Medical Records Manual: A guide for Developing Countries** (Geneva: World Health Organization, 2006), 1.

³⁹สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, **คู่มือคำแนะนำการบันทึกเวชระเบียนสำหรับแพทย์** (กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2555), 1.

1. เกี่ยวกับการบริหารจัดการ (Administrative) ประกอบด้วย ข้อมูลทางประชากร สังคม เศรษฐกิจ เช่น ชื่อผู้ป่วย (พิสูจน์ได้ความเป็นเฉพาะตัว) เพศ วันเกิด สถานที่เกิด ที่อยู่ถาวร และเลขที่เวชระเบียน
2. ข้อมูลทางกฎหมาย (legal Data) ประกอบด้วย ใบลงนามยินยอมการรักษาโดยแพทย์ และผู้มีอำนาจ
3. ข้อมูลทางการเงิน (Financial data) เกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ค่าธรรมเนียมสำหรับบริการทางการแพทย์และการอำนวยความสะดวกของโรงพยาบาล
4. ข้อมูลทางคลินิก (Clinical Data) ที่นำมาสู่การรับไว้ในโรงพยาบาล หรือการรักษา เช่นเดียวกับผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยฉุกเฉิน

ความสำคัญของเวชระเบียน

เวชระเบียนเป็นเอกสารประวัติการเจ็บป่วยที่จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอข้อมูลทางการแพทย์ ซึ่งมีความสำคัญ ดังนี้

1. บันทึกข้อมูลทางการแพทย์เพื่อการดูแลผู้ป่วยช่วยในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา
2. ด้านการประกันชีวิต (insurance claims) และการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (Medicare reimbursement)

3. ด้านกฎหมาย
 4. การศึกษาและฝึกอบรม
 5. งานวิจัย
 6. ประเมินความต้องการด้านสุขภาพชุมชน⁴⁰
- ประโยชน์หลักของเวชระเบียน คือ

1. เป็นเอกสารหลักฐานการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย
2. ใช้ติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์ที่รักษาและทีมวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วย
3. เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
4. เพื่อการวิจัยโรคเฉพาะทางและการรักษา
5. จัดทำสถิติทางสุขภาพ⁴¹

ในขณะที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สรุปประโยชน์ของเวชระเบียน ไว้ดังนี้

⁴⁰World Health Organization, **Medical Records Manual: A guide for Developing Countries** (Geneva: World Health Organization, 2006), 7-8.

⁴¹Peggy S. Stanfield, Y. H. Hui, **Introduction to the Health Professionals**, 3rd ed. (The United States of America: John and Bartlett Publishers, 1998), 350.

1. ใช้ข้อมูลเพื่อการรักษาผู้ป่วยครั้งต่อไป และการส่งรักษาต่อ
2. เพื่อสื่อสารระหว่างทีมแพทย์ และผู้ดูแลผู้ป่วย
3. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล
4. เพื่อเบิกค่าใช้จ่าย
5. เพื่อเป็นหลักฐานปกป้องสิทธิผู้ป่วย
6. เพื่อเป็นหลักฐานพื้นฐานในการวางแผน ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน
7. เป็นข้อมูลสำหรับงานวิจัย ค้นคว้าหาความรู้ทางด้านสุขภาพ⁴²

จะเห็นได้ว่าเมื่อประเทศไทยมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีการปฏิรูปวิธีการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการแก่หน่วยบริการต่าง ๆ โดยใช้ระบบงบประมาณและการจ่ายแบบปลายปิด (เหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและใช้น้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในการจัดสรรงบประมาณยอดรวมสำหรับบริการผู้ป่วยใน) เวชระเบียนมีความสำคัญในเรื่องการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วย ซึ่งบุคลากรจะต้องให้รหัสอย่างถูกต้อง มีความละเอียดรอบคอบ ในการอ่านรายละเอียดการบันทึกของแพทย์ ซึ่งซูซาน เอ็ม เมอร์ฟี มัท (Susan M. Murphy-Muth) กล่าวว่า การไม่อ่านบันทึกภายในเวชระเบียนถือเป็นการไม่ถูกต้อง เพราะหากแพทย์มีการวินิจฉัยแต่ไม่ได้สรุปไว้ด้านหน้าเวชระเบียน ก็จะทำให้รหัสไม่ครบถ้วน และภายใต้ระบบค่าตอบแทน การชำระเงินคืนโรงพยาบาล บนพื้นฐานของการให้รหัสโรคและหัตถการของผู้ป่วย รหัสนั้นจะนำไปสู่ DRG ของผู้ป่วยแต่ละรายและอัตราค่าตอบแทน เพราะฉะนั้นเป็นเรื่องสำคัญที่การบันทึกข้อมูลการอ่านให้ได้รับความชัดเจนถูกต้องเพื่อการให้รหัสที่ถูกต้อง⁴³

เวชระเบียนที่มีคุณภาพต้องมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ความครบถ้วน ความถูกต้อง ความมีรายละเอียดที่ดี และความทันสมัย

เวชระเบียนที่มีความครบถ้วน หมายถึง มีข้อมูลที่สำคัญครบทุกด้าน ไม่ขาดตกบกพร่อง บันทึกครบทุกหัวข้อ ไม่เว้นว่าง โดยไม่เขียน เช่น การบันทึกแบบฟอร์มสรุปเวชระเบียน (Discharge Summary) จะต้องบันทึกการวินิจฉัย โรคร่วม โรคแทรก โรคอื่น ๆ และสาเหตุการบาดเจ็บ ให้ครบทุกหัวข้อ หรือ การบันทึกรายละเอียดการผ่าตัด ก็จะต้องบันทึก position incision finding procedures ให้ครบทุกหัวข้อ เป็นต้น

เวชระเบียนที่มีความถูกต้อง หมายถึง มีเนื้อหาที่ตรงตามความเป็นจริง บันทึกเนื้อหาต่างๆ อย่างถูกต้องแม่นยำ ไม่ผิดเพี้ยน เช่น ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจ

⁴²สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, **คู่มือคำแนะนำการบันทึกเวชระเบียนสำหรับแพทย์** (กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2555), 1-2.

⁴³Susan M. Murphy-Muth, **Medical Records: Management in a Changing Environment** (The United States of America: Aspen Publishers, 1987), 38.

ทางห้องปฏิบัติการ การให้ยารักษา ต้องไม่ผิดจากความเป็นจริง หากแพทย์บันทึกผิดพลาดในเบื้องต้น เมื่อรู้ว่าผิดสามารถขีดฆ่าข้อความที่ผิดพลาดแล้วลงนามกำกับก่อนบันทึกเพิ่มเติมให้ถูกต้อง

เวชระเบียนที่มีรายละเอียดที่ดี หมายถึง บันทึกรายละเอียดที่สำคัญอย่างชัดเจน มีการขยายความให้เห็นลักษณะย่อยไม่กำกวม หรือคลุมเครือ ไม่มีคำย่อ ไม่มีสัญลักษณ์ที่บางคนอ่านไม่เข้าใจ แพทย์ควรระวังการเขียนคำย่อ เพราะหากคำย่อนั้นไม่เป็นที่เข้าใจของแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ

เวชระเบียนที่มีความทันสมัย หมายถึง มีข้อมูลสดใหม่ พบรายละเอียดครั้งสุดท้ายที่ผู้มารับบริการ เมื่ออ่านเวชระเบียนแล้ว สามารถเข้าใจรายละเอียดครั้งล่าสุดที่ผู้ป่วยมารับรักษาได้ครบทุกด้าน

แนวทางการบันทึกเวชระเบียน

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เพื่อก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา ผู้ป่วยเกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมผู้ให้บริการผู้ป่วยและประกันคุณภาพ การดูแลรักษาผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้ดูแลรักษาซึ่งจะต้องทำการบันทึกข้อมูลนี้ด้วยตนเองหรือกำกับตรวจสอบให้มีการบันทึกที่ถูกต้อง

แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์ของแพทยสภากำหนดดังนี้

1. ผู้ป่วยนอก

ข้อมูลผู้ป่วยที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

1.1 อาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ

1.2 ประวัติการแพ้ยาสารเคมีหรือสารอื่นๆ

1.3 บันทึกสัญญาณชีพ (Vital signs)

1.4 ผลการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ผิดปกติหรือที่มีความสำคัญต่อการวินิจฉัยหรือการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย

1.5 ปัญหาของผู้ป่วยหรือการวินิจฉัยโรคหรือการแยกโรค

1.6 การสั่งการรักษาพยาบาลรวมถึงชนิดของยาและจำนวน

1.7 ในกรณีมีการทำหัตถการควรมี

1.7.1 บันทึกเหตุผลความจำเป็นของการทำหัตถการ

1.7.2 ใบบินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทนภายหลังที่ได้รับทราบและเข้าใจถึงผลดี

และอันตรายที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ

1.7.3 มีการอธิบายขั้นตอนและผลลัพธ์ของการทำหัตถการนั้นๆ

1.8 คำแนะนำอื่น ๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยมารับไว้รักษาในสถานพยาบาล

ข้อมูลผู้ป่วยที่พึงปรากฏในเวชระเบียนขณะแรกรับผู้ป่วย ได้แก่

2.1 อาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ

2.2 ประวัติการแพ้ยาสารเคมีหรือสารอื่นๆ

- 2.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญซึ่งอาจสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้
- 2.4 บันทึกสัญญาณชีพ (Vital signs)
- 2.5 ผลการตรวจร่างกายทุกระบบที่สำคัญ
- 2.6 ปัญหาของผู้ป่วยหรือการวินิจฉัยโรคหรือการแยกโรค
- 2.7 เหตุผลความจำเป็นในการรับไว้รักษาในสถานพยาบาลและแผนการดูแลรักษา

ผู้ป่วยต่อไป

3. ผู้ป่วยระหว่างนอนพักรักษาในสถานพยาบาล

ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียนได้แก่

 - 3.1 บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วยที่สำคัญระหว่างพักรักษาตัวในสถานพยาบาล
 - 3.2 บันทึกอาการทางคลินิกและเหตุผลเมื่อมีการส่งการรักษาพยาบาลหรือเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงการรักษาพยาบาล
 - 3.3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ, การตรวจพิเศษต่างๆ
 - 3.4 ในกรณีมีการทำหัตถการควรมี
 - 3.4.1 บันทึกเหตุผลความจำเป็นของการทำหัตถการ
 - 3.4.2 ใบบินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทนภายหลังที่ได้รับทราบและเข้าใจถึงขั้นตอนผลดีและอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ
4. เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาล

ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียนได้แก่

 - 4.1 การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้ายหรือการแยกโรค
 - 4.2 สรุปผลการตรวจพบและเหตุการณ์สำคัญระหว่างการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ
 - 4.3 สรุปการผ่าตัดและหัตถการที่สำคัญ
 - 4.4 ผลลัพธ์จากการรักษา
 - 4.5 สถานภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายจากสถานพยาบาล
 - 4.6 คำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติ
5. การส่งการรักษาและการบันทึกอาการทางคลินิกควรบันทึกด้วยลายมือที่มีลักษณะชัดเจนพอเพียงที่ผู้อื่นจะอ่านเข้าใจได้หรือใช้การพิมพ์ และแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยต้องลงนามกำกับท้ายคำสั่งหรือบันทึกทุกครั้งในกรณีที่ลายมือชื่อไม่ชัดเจนควรมีสัญลักษณ์ซึ่งทีมผู้รักษาสามารถเข้าใจได้ง่าย
6. การส่งการรักษาด้วยคำพูดหรือทางโทรศัพท์จะทำได้เฉพาะในกรณีที่มีความจำเป็นรีบด่วนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือในกรณีการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการส่งการรักษาพยาบาลด้วยคำพูดหรือทางโทรศัพท์ แพทย์ผู้ส่งการรักษาต้องลงนามกำกับท้ายคำสั่ง

โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะดำเนินการได้ และอย่างช้าที่สุดไม่ควรเกิน 24 ชั่วโมง ภายหลังจากการส่งการรักษา ดังกล่าว

7. แพทย์ผู้รักษาพยาบาล ทำการบันทึกข้อมูลทางคลินิกต่าง ๆ ดังกล่าวให้เสร็จสิ้นโดยรวดเร็วภายหลังเหตุการณ์นั้นๆ บันทึกเวชระเบียนควรมีความสมบูรณ์อย่างช้าภายใน 15 วันหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากการรักษาพยาบาล

หมายเหตุ : เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ต่อเนื่อง ควรเก็บรักษาบันทึกเวชระเบียนอย่างน้อยที่สุด 5 ปี นับจากวันที่ผู้ป่วยมาติดต่อรับการรักษาครั้งสุดท้าย และก่อนที่สถานพยาบาลจะทำลายเวชระเบียนดังกล่าว ควรจะได้มีการประกาศเพื่อให้ผู้ป่วยที่ยังประสงค์จะใช้ประโยชน์จากข้อมูลในเวชระเบียนดังกล่าว สามารถคัดค้านการทำลายหรือทำการคัดลอก คัดสำเนา ข้อมูลเฉพาะส่วนของตน เพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป⁴⁴

บุคลากรของงานเวชระเบียน

ในประเทศไทยมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานเวชระเบียนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งของคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน เป็นตำแหน่งประเภททั่วไป สายงานเจ้าพนักงานเวชสถิติ ลักษณะงานโดยทั่วไป สายงานนี้คลุมถึงตำแหน่งต่างๆ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสถิติทางการแพทย์ มีลักษณะงานที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดเก็บ รวบรวมข้อมูล และตัวเลขสถิติที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ซึ่งป่วยด้วยโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ การรักษาพยาบาลและการวิเคราะห์โรค เพื่อประโยชน์การปรับปรุงคุณภาพของการรักษาพยาบาล การปรับปรุงและขยายกิจการของโรงพยาบาลและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลและประโยชน์แก่การศึกษา ค้นคว้า วิจัย และวางมาตรการในการป้องกันโรค ตลอดจนการวางแผนเกี่ยวกับสาธารณสุขของประเทศในด้านอื่น ๆ ด้วย และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง ระดับตำแหน่งที่กำหนดตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งโดยคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน เมื่อ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2551 มีดังนี้ เจ้าพนักงานเวชสถิติ ระดับปฏิบัติงาน ระดับชำนาญงาน และระดับอาวุโส โดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติในด้านต่าง ๆ ดังนี้

เจ้าพนักงานเวชสถิติ ระดับตำแหน่งปฏิบัติงาน มีลักษณะงานที่ปฏิบัติในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการ

- 1.1 ให้บริการในงานเวชระเบียนอย่างมีมาตรฐานเพื่อการรักษา ดูแลสุขภาพผู้ป่วย
- 1.2 ให้บริการจำแนกประเภทผู้ป่วย เพื่อการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษากลุ่มเฉพาะโรค

ได้อย่างถูกต้อง

1.3 ให้รหัสทางการแพทย์ตามมาตรฐานได้อย่างถูกต้องเพื่อใช้ประกอบการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์

⁴⁴สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, **คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน** (กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์, 2557), 69.

1.4 เก็บรวบรวมข้อมูลทางการแพทย์ เพื่อจัดทำรายงาน และนำเสนอเจ้าหน้าที่ระดับสูงขึ้นไป

2. ด้านบริการ

2.1 ให้บริการข้อมูลเวชระเบียนและสถิติประเภทต่าง ๆ แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บุคลากรทางการแพทย์ ประชาชน เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน ศึกษา อ้างอิง วางแผนงานต่าง ๆ

2.2 ประสานงานกับบุคคลภายในหน่วยงานเดียวกัน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชสถิติ ระดับตำแหน่งปฏิบัติงาน มีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

1. ได้รับประกาศนียบัตรซึ่งมีระยะเวลาศึกษาไม่น้อยกว่า 2 ปี ต่อจากประโยคมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่ศึกษาวิชาสามัญทางการแพทย์ เวชสถิติ หรือทางอื่นที่ ก.พ. กำหนดว่าใช้เป็นคนสมบัตินี้เฉพาะสำหรับตำแหน่งนี้ได้

2. ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชระเบียน

3. ได้รับประกาศนียบัตรหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่ ก.พ. กำหนดว่าใช้เป็นคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งนี้

เจ้าพนักงานเวชสถิติ ระดับตำแหน่งชำนาญงาน มีลักษณะงานที่ปฏิบัติในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการ

1.1 ให้บริการในงานเวชระเบียนอย่างมีมาตรฐาน ประยุกต์การปฏิบัติงาน วิธีการทำงาน ตัดสินใจแก้ไขปัญหา เพื่อพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพ

1.2 ให้รหัสทางการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายโรค ตามมาตรฐานได้อย่างถูกต้อง เพื่อใช้ประกอบการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์

1.3 ศึกษา ค้นคว้า จัดทำรายงานข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ระดับสูงขึ้นไปนำไปใช้ประกอบการวางแผน และพัฒนาคุณภาพงานได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านกำกับดูแล

2.1 กำกับการปฏิบัติงานของผู้ร่วมปฏิบัติงานระดับรองลงมา เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง

2.2 วางระบบและแผนการปฏิบัติงานของตนเอง เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านบริการ

3.1 ให้ความรู้ คำปรึกษาข้อมูลด้านเวชระเบียนและสถิติประเภทต่าง ๆ แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บุคลากรทางการแพทย์ ประชาชน เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน ศึกษา อ้างอิง วางแผนงานต่าง ๆ

3.2 ติดต่o ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชสถิติ ระดับตำแหน่งชำนาญงาน

1. มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติ ระดับชำนาญงาน และ
2. เคยดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน มาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี กำหนดเวลา 5 ปี ให้ลดเป็น 4 ปี สำหรับผู้มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชสถิติ ระดับปฏิบัติงาน ข้อ 2 หรือข้อ 3 ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่าประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง หรือดำรงตำแหน่งอื่นที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด โดยจะต้องปฏิบัติงานเวชสถิติ หรืองานอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดเห็นว่าเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

เจ้าพนักงานเวชสถิติ ระดับตำแหน่งอาวุโส มีลักษณะงานที่ปฏิบัติในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านการกำกับดูแล
 - 1.1 ควบคุม กำกับ ดูแลการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน
 - 1.2 ควบคุม กำกับ ดูแลโครงการขนาดเล็กที่มีขั้นตอนการดำเนินงานไม่ซับซ้อน เพื่อให้การบริหารจัดการบรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน
2. ด้านปฏิบัติการ
 - 2.1 พัฒนามาตรฐานรหัสด้านสุขภาพ จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน ตัดสินใจแก้ไขปัญหา เพื่อพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน
 - 2.2 แผลผลการวินิจฉัยโรค ศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ จัดทำรายงานข้อมูลสุขภาพเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนปรับปรุงระบบงานให้มีประสิทธิภาพ
3. ด้านการบริการ
 - 3.1 อบรมเผยแพร่ ให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำ ตอบปัญหาต่าง ๆ ในการปฏิบัติงาน แก่เจ้าหน้าที่ในการใช้รหัสด้านสุขภาพต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง

3.2 ประสานงานกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร ตลอดจนแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน ในหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อสนับสนุน ส่งเสริม ให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างสะดวกรวดเร็ว มีประโยชน์และประสิทธิภาพสูงสุด

คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชสถิติ ระดับตำแหน่งอาวุโส

1. มีคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติ ระดับปฏิบัติงาน และ
2. เคยดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับชำนาญงาน มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 ปี หรือดำรงตำแหน่งอื่นที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด โดยจะต้องปฏิบัติงาน

เวชสถิติ หรืองานอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดเห็นว่าเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบ และลักษณะงานที่ปฏิบัติมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี⁴⁵

ในส่วนของความก้าวหน้าในสายงานแม้ประเทศไทยจะมีการจัดการศึกษาในหลักสูตร วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน ตั้งแต่ ปีการศึกษา 2534 เจ้าพนักงานเวชสถิติ ในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ที่สำเร็จการศึกษา ยังไม่สามารถปรับขึ้นตำแหน่งนักเวชสถิติได้ เพราะใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีตำแหน่งนักวิชาการเวชสถิติ แต่สามารถสอบเพื่อลงใน ตำแหน่งนักวิชาการสถิติได้ ไม่เหมือนกับเจ้าพนักงานเวชสถิติ ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย เมื่อ สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีเวชระเบียนแล้วจะได้ปรับตำแหน่งเป็นนักวิชาการเวชสถิติ และ ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้ชื่อตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) ในขณะที่ทำการวิจัยนี้ยังไม่มีบุคคลใดได้บรรจุเป็นข้าราชการ

นอกจากนี้ มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าพนักงานเวชสถิติ และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสถิติ เกสซ์กร เป็นต้น

ในต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แบ่งบุคลากรในงานเวชระเบียน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ ระดับผู้บริหารและระดับนักปฏิบัติ ผู้บริหาร (administrator) มีหน้าที่ในการ พัฒนาระบบเอกสาร การจัดเก็บและการเรียกค้นข้อมูล ฝึกอบรมและควบคุมทีมงาน รับผิดชอบการจัดทำสถิติ ช่วยทีมแพทย์ในการประเมินการรักษาผู้ป่วยและการทำวิจัย ด้วยความสำคัญของ เวชระเบียนที่มีคุณภาพ ผู้บริหารเวชระเบียนเป็นสมาชิกของทีมบริหารโรงพยาบาลที่ทำงานใกล้ชิด กับหน่วยงานทางการเงินเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล บุคลากรในระดับปฏิบัติงานหรือ เทคนิค (Medical record technician) เป็นผู้ช่วยผู้บริหารเวชระเบียนในการดูแลด้านเทคนิคต่าง ๆ ทางเวชระเบียน ได้แก่ การให้รหัสทางการแพทย์ การจัดกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related groupings: DRGs) การจัดทำสถิติสำหรับสาธารณสุข นอกจากนี้เมื่อข้อมูลเวชระเบียนใช้ เพื่อการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ยังมีความสำคัญมากยิ่งขึ้นที่จะต้องให้รหัสให้สมบูรณ์และถูกต้อง จะต้องช่วยเรื่องประชุมหรือการดำเนินการเอกสารทางกฎหมาย และการทบทวนทางการแพทย์ของ คณะกรรมการต่าง ๆ

ทั้งนี้ภาระงานของบุคลากรเวชระเบียนย่อมขึ้นกับขนาดของโรงพยาบาลถ้าโรงพยาบาล ขนาดใหญ่จะมีกลุ่มพนักงานบันทึกข้อมูล (record clerk) ส่วนผู้มีความชำนาญเฉพาะด้าน (technician) จะทำหน้าที่ควบคุม และฝึกอบรม สมรรถนะของคนระดับเทคนิคคือ งานธุรการ การทวนสอบ การถอดรหัส การจัดเก็บ และในสถานพยาบาลหลายแห่ง พนักงานบันทึกข้อมูล ปฏิบัติงานภายใต้ผู้ให้คำปรึกษาที่เรียกว่า ผู้บริหารงานทะเบียน (registered record administrator:

⁴⁵สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, **มาตรฐานกำหนดตำแหน่ง**, เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2559, เข้าถึงได้จาก www.ocsc.go.th/job/standard-position

RRA) หรือ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางการบันทึก (accredited record technician: ART) ซึ่งทำหน้าที่ดูแลระบบเวชระเบียน⁴⁶

นักเวชระเบียน โดยทั่วไปผ่านการอบรม 2 ปีจากวิทยาลัยชุมชน ซึ่งเรียนเกี่ยวกับ ศัพท์ทางการแพทย์ กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา กฎหมายทางเวชระเบียน การให้รหัสทางการแพทย์ แนวคิดเกี่ยวกับข้อมูล สถิติ ฐานข้อมูล กระบวนการประกันคุณภาพ คอมพิวเตอร์ และการศึกษาทั่วไป สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายทาง ชีววิทยา เคมี สุขภาพ และคอมพิวเตอร์ นักเวชระเบียน สามารถมาจากผู้ไม่ได้เรียนในโปรแกรม เทคโนโลยีเวชระเบียน (Program in Medical Record) ที่รับรองโดย สมาคมการจัดการสารสนเทศสุขภาพของอเมริกา (American Health Information management Association: AHIMA) แต่มาจากพนักงานบันทึกข้อมูลที่มีประสบการณ์ 2-4 ปี และผ่านการฝึกอบรมจากโปรแกรมการอบรมของโรงพยาบาล ทั้งนี้ นายจ้างทั้งหมดให้ความสำคัญต่อการจ้าง ผู้มีความชำนาญเฉพาะทางการบันทึก (ARTs) ที่ได้การรับรองที่ผ่านการทดสอบโดย สมาคมการจัดการสารสนเทศสุขภาพของอเมริกา (AHIMA) ซึ่งบุคคลเหล่านั้นต้องจบการศึกษาระดับ 2 ปี ในหลักสูตรทางวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการรับรองคุณภาพการศึกษา ของสมาคมแพทย์อเมริกา

สำหรับผู้บริหารงานทะเบียน (registered record administrator: RRA) โปรแกรมการศึกษาขั้นต่ำคือสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี 4 ปี และระดับหลังปริญญาตรีกำหนด 1 ปี หลักสูตรเตรียมผู้เชี่ยวชาญจะศึกษาเกี่ยวกับมนุษยและพฤติกรรม ชีววิทยา วิทยาศาสตร์กายภาพ และหลักสูตรระดับผู้เชี่ยวชาญ ศึกษาเกี่ยวกับ ศัพท์ทางการแพทย์ องค์การทางการแพทย์ การจำแนกโรค องค์การการควบคุมดูแลสถิติสุขภาพ กฎหมาย และระบบประมวลผลข้อมูลขั้นสูง ลักษณะงานสำคัญคือ ออกแบบระบบสารสนเทศสุขภาพ การวางแผน การควบคุมกำกับ และการจัดองค์การบริการเวชระเบียน และบริการที่สัมพันธ์กับการศึกษาของแพทย์และทีมบริหาร ลักษณะงานคล้ายกับผู้บริหารทางสุขภาพ นักการศึกษาทางสุขภาพ และผู้บริหารทางการแพทย์⁴⁷

จรรยาบรรณวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานเวชระเบียน สมาคมการจัดการสารสนเทศสุขภาพแห่งอเมริกา (American Health Information Management Association) ได้กำหนดจรรยาบรรณเมื่อ ตุลาคม พ.ศ. 2534 สำหรับผู้ปฏิบัติงานได้ดังนี้

1. มีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่ามีความซื่อสัตย์ สนับสนุนวัตถุประสงค์ และมีความรับผิดชอบต่อการกระทำในวิชาชีพ
2. เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ
3. มุ่งมั่นสู่การพัฒนาความสามารถและคุณภาพบริการ

⁴⁶Peggy S. Stanfield, Y. H. Hui, **Introduction to the Health Professionals**, 3rd ed. (The United States of America: John and Bartlett Publishers, 1998), 352.

⁴⁷Ibid., 355-356.

4. แสดงให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือและความถูกต้องในการศึกษาและประสบการณ์
 5. ปฏิเสธต่อการเข้าร่วมในสิ่งผิดกฎหมาย ประพฤติผิดจรรยาบรรณ รวมทั้งการปกปิดสิ่งผิดกฎหมาย การไร้ความสามารถ และประพฤติผิดจรรยาบรรณ
 6. ปกป้องความลับของข้อมูลสุขภาพตามข้อบังคับของกฎหมาย มาตรฐานวิชาชีพ และนโยบายของนายจ้าง
 7. ส่งเสริมผู้อื่นให้เห็นความสำคัญของข้อมูลที่เป็นความลับ
 8. ปฏิบัติตนให้เป็นไปตามแนวทางที่กฎหมายกำหนด
 9. สนับสนุนการใช้งานของสารสนเทศสุขภาพและสนับสนุนนโยบายการจัดการการบันทึกสุขภาพและสารสนเทศสุขภาพ
 10. ยอมรับและสนับสนุนภารกิจของสมาคม⁴⁸
- ต่อมาได้มีการปรับปรุงจรรยาบรรณมาเป็นระยะและในปี พ.ศ. 2541 สมาคมการจัดการสารสนเทศสุขภาพแห่งอเมริกา (American Health Information Management Association) ได้ปรับปรุงจรรยาบรรณบนพื้นฐานของค่านิยมร่วม และประยุกต์ในวิชาชีพการจัดการสารสนเทศสุขภาพทั้งหมด ดังนี้
1. ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ปกป้องสิทธิในความเป็นส่วนตัว มีหลักการและความน่าเชื่อถือในการใช้และรักษาความลับของสารสนเทศ
 2. การบริการสุขภาพและความปลอดภัยของผู้อื่นมาก่อนผลประโยชน์ส่วนตน ให้เกียรติผู้อื่นและปฏิบัติงานอย่างมีอาชีพ
 3. รักษา ปกป้อง และรักษาความปลอดภัยของสารสนเทศส่วนบุคคลทุกรูปแบบ เก็บไว้ในที่ปลอดภัยที่สุด
 4. ปฏิเสธเข้าร่วมหรือปกปิดสิ่งผิดจรรยาบรรณ หรือระเบียบปฏิบัติ
 5. พัฒนาความรู้การปฏิบัติงาน รวมทั้งการศึกษอย่างต่อเนื่อง วิจัย การเผยแพร่ และการนำเสนอด้านการจัดการสารสนเทศสุขภาพ
 6. พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้กับสมาชิกใหม่ และเป็นທີ່ปรึกษาให้กับนักศึกษา เพื่อและผู้ร่วมงานในการปฏิบัติงานในวิชาชีพ
 7. แสดงให้เห็นถึงความถูกต้องแม่นยำในงานอย่างมีอาชีพต่อสาธารณะ
 8. ปฏิบัติหน้าที่อย่างมีเกียรติและมีความรับผิดชอบและรักษาความลับขององค์กรที่เกี่ยวข้อง
 9. แสดงให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือของการได้รับการรับรองในด้านของการศึกษาและประสบการณ์ในวิชาชีพ

⁴⁸Rita Finnegan and Margret Amatayakul, **Medical Record Management**, 9th ed. (Illinois: Physicians' Record Company, 1990), 36-37.

10.อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในสหวิทยาการในการดำเนินงานด้าน
สารสนเทศสุขภาพ

11.เคารพในเกียรติยศและคุณค่าของทุกคน⁴⁹

พัฒนาการของงานเวชระเบียนในประเทศไทย

สำหรับเอกสารเวชระเบียนในประเทศไทยนั้น หากหมายถึงบันทึกของแพทย์ที่บันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยแล้ว พบหลักฐานทางเวชระเบียนมาตั้งแต่สมัยอยุธยาที่กล่าวถึงการแพทย์สมัยอยุธยา สมัยพระนารายณ์มหาราช ในปี พ.ศ. 2229 มีการศัลยกรรมของชาวตะวันตก เซอร์วาเลียร์ เดอ ฟอร์บิง (Chevalier de Forbin) หรือ ออกพระศักดิ์สงคราม ชาวฝรั่งเศสที่มารับราชการในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชสมัยที่เกิดกบฏมุกเกสัน ขณะนั้นฟอร์บิง เป็นผู้ว่าราชการเมืองบางกอก ได้ควบคุมทหารหลายชาติเพื่อควบคุมเมือง ในการรบมีทหารและประชาชนถูกกบฏฆ่าตายเป็นอันมากในจำนวนนั้นมีทหารฝรั่งเศสชื่อโบเรอะคาร์ท ถูกแทงที่ท้อง ฟอร์บิงจึง “ใช้ไหมมาสนเป็นเข็มสองเล่มยกไส้และกระเพาะอาหารเข้าไปที่เดิมในท้อง แล้วเย็บแผลแล้วขมวดให้ติดกัน เอาไขขาวตีแล้วเอาเหล้ารัค (Raque หรือ Arrack) ซึ่งเป็นเหล้า “โอเดอวี” (Eau de vie) ชนิดหนึ่งมาผสม แล้วชะล้างแผลจนเจ็บ ล้างแผลอยู่ราว 10 วันโบเรอะคาร์ทจึงฟื้นขึ้นอันตรายและหายเป็นปกติ”⁵⁰

มาสู่การแพทย์สมัยกรุงรัตนโกสินทร์ ในปี พ.ศ. 2378 – 2394 ร้านยาของหมอบรัดเลย์ และหมอเฮาส์ นายแพทย์แดน บีช บรัดเลย์ (Dan Beach Bradley) เปิดร้านขายยาเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2378 โดยคนไข้ส่วนมากเป็นชาวจีนและและพวกเคลย เพื่อครบรอบการเปิดร้าน 2 ปี (พ.ศ. 2380) “มีจำนวนคนไข้ในบัญชีนับได้ 5,025 คน” เริ่มปรากฏสถิติทางการแพทย์⁵¹ ในปี พ.ศ. 2380 มีการผ่าตัดครั้งแรกที่เมืองไทย แต่เดิมเรื่องการผ่าตัดไม่มีปรากฏในการรักษาตามแบบการแพทย์แผนไทย การรักษากระดูกที่หักมักใช้การทำและนวดด้วยน้ำมัน พร้อมกับการเสกเป่าต่าง ๆ หรือเข้าเฟือก มีเพียงหมอจากพวกหนึ่งที่รักษาโดยการผ่าตัด ได้แก่ หมอที่มีเชื้อสายโปรตุเกส แต่เป็นการผ่าตัดขนาดเล็ก เช่น การผ่าฝี ส่วนการผ่าตัดต่อวิญะยังไม่ปรากฏว่ามีผู้ใดทำมาก่อน หมอบรัดเลย์ ได้บันทึกถึงการ

⁴⁹Kathleen M.Lator, Shirley Eichenwald-Maki, **Health Information Management**, 2nd ed. (Chicago.Illinois: American health Information Management Association, 2006), 853.

⁵⁰นิโกลาส์ แชรแวงส, **ประวัติศาสตร์ชาติและการเมืองแห่งราชอาณาจักรสยาม**, แปลโดย สันต์ ท. โกมลบุตร (พระนคร: สำนักพิมพ์ก้าวหน้า, 2506), 124, อ้างถึงใน นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และคณะ, **รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ** (กรุงเทพฯ: สุขศาลา, 2556), 56.

⁵¹ยูวดี ตปนิยากร, **วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดรัชการพระบาทสมเด็จพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว** (ม.ป.ท., ม.ป.ป.), 80-84, อ้างถึงใน นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และคณะ, **รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ** (กรุงเทพฯ: สุขศาลา, 2556), 96.

ผ่าตัดครั้งแรกในเมืองไทยของตนไว้ว่า “เป็นการผ่าตัดที่เหนือคิ้วของชายชาวจีนผู้หนึ่ง”⁵² ในเวลาต่อมาหมอ บรัดเลย์ ได้ทำการผ่าตัดใหญ่เป็นครั้งแรกในเมืองไทย เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2380 เนื่องจากเจ้าพระยาพระคลังจัดงานฉลองวัดประยุรวงศาวาส ปืนใหญ่ที่ใช้อยู่ไฟเพนียงเกิดระเบิดขึ้น ทำให้มีผู้ได้รับบาดเจ็บจากสะเก็ดระเบิด เจ้าพระยาพระคลังได้เรียกหมอบรัดเลย์ ที่อยู่ใกล้บริเวณที่เกิดเหตุให้มาทำการรักษาผู้บาดเจ็บ แต่มีผู้สมัครใจยอมให้หมอบรัดเลย์ รักษาเพียง 2 คน เท่านั้น ส่วนมากไปรักษากับหมอไทย มีภิกษุรูปหนึ่งที่ได้รับบาดเจ็บถึงขั้นกระดูกแขนแตกยอมรับการรักษามอบรัดเลย์จึงทำการตัดแขนผู้ป่วยในที่เกิดเหตุ⁵³

การตั้งโรงพยาบาลเป็นจุดเริ่มต้นในการปรับปรุงงานด้านการแพทย์ในรัชการที่ 5 โดยระยะแรกมุ่งให้ประชาชนหรือข้าราชการในหน่วยงานของตนได้มีสถานพยาบาลเท่านั้นไม่คำนึงว่า จะต้องใช้วิธีการรักษาตามแบบแผนไทยโบราณหรือตามแบบตะวันตก การจัดตั้ง “ศิริราชพยาบาล” เป็นโรงพยาบาลแห่งแรก มีมูลเหตุมาจากการเกิดอหิวาตกโรคครั้งใหญ่ในปี พ.ศ. 2424 ซึ่งโรงพยาบาลศิริราชเปิดอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2431 และในปี พ.ศ. 2432 ได้ถือกำเนิดโรงเรียนแพทยากร หรือศิริราชแพทยากร เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนแพทย์ประจำโรงพยาบาลศิริราชและความต้องการเพิ่มวิชาผ่าตัดให้หมอไทย กรมพยาบาลจึงจัดตั้ง “โรงเรียนแพทยากร” หรือ “ศิริราชแพทยากร” เพื่อผลิตแพทย์ให้แก่โรงพยาบาลของรัฐบาล และมุ่งสอนวิชาแพทย์แบบตะวันตกเป็นหลัก มีนายแพทย์โรมัส เฮวาร์ด เฮย์ (Thomas Hatward Hays) แพทย์มิชชันนารีอเมริกา เป็นอาจารย์สอน เปิดสอนในวันที่ 5 กันยายน 2433⁵⁴

การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องมีเวชระเบียนเพื่อทราบประวัติการเจ็บป่วยและแพทย์สามารถให้การรักษาได้อย่างต่อเนื่อง แต่พบวก่อนปี พ.ศ. 2485 รายงานผู้ป่วยเก็บไว้รวมกันทุกภาควิชา ต่อมารายงานมากขึ้นจึงเก็บไว้ในห้องเพดานที่ตึกอำนวยการ ในปี พ.ศ. 2485 ภาควิชาสูตินรีเวชเริ่มเก็บไว้ในภาควิชา ต่อมาภาควิชาอื่นๆ จึงเก็บไว้ในแต่ละภาควิชาด้วย

⁵²William L. Bradley, สยามแต่ปางก่อน 35 ปี ในบางกอกของหมอบรัดเลย์, แปลโดย ศรีเทพ กุสุมา ณ อยุธยา, ศรีลักษณ์ สง่าเมือง, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพฯ: มติชน, 2547), 79-81, อ้างถึงใน นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และคณะ, รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ (กรุงเทพฯ: สุขศาลา, 2556) 98.

⁵³ยูวดี ตปนิยากร, วัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดรัชการพระบาทสมเด็จพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (ม.ป.ท., ม.ป.ป.), 80-84, อ้างถึงใน นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และคณะ, รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ (กรุงเทพฯ: สุขศาลา, 2556), 98.

⁵⁴ยูวดี ตปนิยากร, วัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดรัชการพระบาทสมเด็จพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (ม.ป.ท., ม.ป.ป.), 199-201, อ้างถึงใน นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และคณะ, รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ (กรุงเทพฯ: สุขศาลา, 2556), 129-130.

ปี พ.ศ. 2502 ได้ก่อตั้งคณะกรรมการรายงานและสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริราช โดยมีคณะกรรมการจากภาควิชาต่างๆ คือ

1. พญ. ตระหนักจิต หะรินสุต ประธานกรรมการ
2. นพ. ทองน่าน วิภาตะวงษ์ รองประธานและผู้แทนภาควิชาอายุรศาสตร์
3. นพ. ทองนอก นิตยสุทธิ รองประธานและผู้แทนจากภาควิชาศัลยศาสตร์
4. ศ.นพ. สรรค์ ศรีเพ็ญ รองประธานและผู้แทนจากภาควิชาสูติศาสตร์
5. ศ.พญ. เฉิดฉลอง เนตรศิริ รองประธานและผู้แทนจากภาควิชากุมารเวชศาสตร์
6. พญ. ผิว ลิมปพยอม รองประธานและผู้แทนจากภาควิชาจุลชีวศาสตร์และเลขนุการ

ปี พ.ศ. 2504 ด้วยความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญสถิติ ขององค์การอนามัยโลก ภูมิภาคเอเชีย ตะวันออกเฉียงใต้ นายแพทย์โลเวลล์ เอ วู้ดเบอร์รี่ (DR. Lowell A. Woodbury) ได้ก่อตั้งหน่วยกลางรายงานและรายงาน โดยความควบคุมของนายแพทย์ทองน่าน วิภาตะวงษ์ และแพทย์หญิงวินิตา วิเศษกุล มีสำนักงานอยู่ที่ภาควิชาอายุรศาสตร์ ได้วางรูปแบบการทำงานระบบเวชระเบียนสมัยใหม่ โดยใช้คอมพิวเตอร์เป็นเครื่องมือช่วยในการประมวลผลข้อมูลต่าง ๆ และได้การรับเจ้าหน้าที่เข้าปฏิบัติงาน ได้รับผู้สำเร็จอาชีวศึกษาชั้นสูง และมีธรมบริบูรณ์ จำนวน 6 คน มาฝึกอบรมเกี่ยวกับกายวิภาค ผ่าตัด โรค และ ศัพท์แพทย์ นอกจากนั้นยังส่งไปฝึกการใช้เครื่องจักรโดยวิธีเจาะบัตรที่บริษัท ไอ.บี.เอ็ม. ฝึกการให้รหัสและการเก็บรายงาน มีการให้รหัสโรค ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 7 (International Classification of Diseases and Related Health Problems 7: ICD 7) ซึ่งใช้ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2504 – 2511⁵⁵ ต่อมาในปี พ.ศ. 2539 หน่วยกลางรายงานและสถิติผู้ป่วย โรงพยาบาลศิริราช ได้เปลี่ยนชื่อเป็นแผนกเวชระเบียนและสถิติ (Medical Records and Statistics Department) มาเป็น งานเวชระเบียน จนถึงปัจจุบัน⁵⁶

ปี พ.ศ. 2505 องค์การอนามัยโลกได้จัดประชุมสัมมนาสถิติโรงพยาบาลของประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ ผลจากการสัมมนาจึงได้จัดตั้งการอบรมพนักงานเวชระเบียน (Medical Record Officer Training Course) ขึ้นที่โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2507 ถึงเดือนมีนาคม 2508 หนึ่งปีการศึกษามีนักศึกษาจากประเทศต่างๆ 9 คน เป็นพม่า 1 คน เนปาล 1 คน อัฟริกา 2 คน อินโดนีเซีย 1 คน และคนไทย 4 คน โดยคนไทยมาจากโรงพยาบาลเชียงใหม่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช และกรมการแพทย์

พ.ศ. 2506 โรงพยาบาลศิริราช ได้ส่งรายงานสถิติทางการแพทย์ให้กับองค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นเล่มแรก ซึ่งเป็นการรายงานสถิติทางการแพทย์และสถิติโรงพยาบาลระบบใหม่เป็น

⁵⁵สมพร เอกรัตน์, “เวชระเบียน 1” (เอกสารประกอบการสอน วิชาเวชระเบียน 1, 2537), 15.

⁵⁶นันทยา แก้วรัตนปัทมา, **ประวัติเวชระเบียนไทย: หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทย**, เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2558, เข้าถึงได้จาก www.nham.ot.th/content/87/1/

ครั้งแรก นับแต่เริ่มใช้สถิติทางการแพทย์เมื่อ ปี พ.ศ. 2504 และใช้ครอบคลุมทุกแผนกใน ปี พ.ศ.2505 โดยรายงานเกี่ยวกับอัตราการเกิดโรค อัตราตายและการคลอด และสาเหตุการนอนโรงพยาบาลที่พบในโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งรายงานนี้เป็นตัวชี้วัดที่ดีเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคในชุมชนและชี้ให้เห็นถึงปัญหาเฉพาะ รวมทั้งเป็นแนวทางในการวางแผนของโรงพยาบาลในอนาคต⁵⁷ และในปี พ.ศ. 2506 ได้บรรจุแพทย์หญิงสมพร เอกรัตน์ มาช่วยดูแลประจำ และท่านผู้นี้เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการการศึกษาด้านเวชระเบียนสำหรับประเทศไทย ในเวลาต่อมา พ.ศ. 2511 พญ. สมพร เอกรัตน์ ซึ่งเป็นรองหัวหน้าแผนกในขณะนั้น ได้ทุนโคลัมเบียไปศึกษา Health Services and Administration ที่มหาวิทยาลัยลีดส์ (Leeds University) ประเทศอังกฤษ นอกจากนี้ท่านยังเป็นที่ยอมรับในระดับต่างประเทศด้วย เช่น ในปี พ.ศ. 2516 ได้รับเชิญเป็นที่ปรึกษาทางด้านสถิติขององค์การอนามัยโลก ณ ประเทศอินโดนีเซีย และในปีเดียวกันได้เป็นผู้แทนของประเทศไทยไปประชุมสถิติระหว่างประเทศ ณ กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น และในปี พ.ศ. 2517 ท่านได้รับเชิญไปเป็นที่ปรึกษาสถิติทางการแพทย์ ณ ประเทศมาเลเซีย ประเทศไทยได้ส่งเสริมให้มีการพัฒนาบุคลากรเพื่อ งานเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง เช่น ในปี พ.ศ. 2507 พ.ญ. วินิตา วิเศษกุล หัวหน้าแผนกรายงานและสถิติ ได้รับทุนการศึกษาจากไชน่า เมดิคอลบอร์ด แห่งนิวยอร์ก (China Medical Board of New York) ไปศึกษาวิชาสถิติที่มหาวิทยาลัยโคลัมเบีย และดูงานการเก็บรายงานตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในสหรัฐอเมริกาเป็นเวลา 2 ปี และให้เครื่องคิดเลขไฟฟ้า 1 เครื่อง และในปี พ.ศ. 2509 นางสาวเสริมศรี บุญเสริม พนักงานสถิติของแผนก ได้ทุนจากองค์การอนามัยโลกไปศึกษา Medical Record Training Course ที่ประเทศพม่า

พ.ศ. 2511 องค์การอนามัยโลกได้มีการปรับปรุงหนังสือ ICD-7 เป็น หนังสือ ICD-8 โรงพยาบาลศิริราชจึงมีการประชุมปรับปรุงการทำสถิติโรงพยาบาล โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ที่ทันสมัยกว่าเดิมที่สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลและพิมพ์ตำราต่าง ๆ ออกมาใช้เป็นข้อมูลในการทำรายงานสถิติประจำปี

ปี พ.ศ. 2519 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้จัดประชุมกลุ่มทำงาน (Working Group) เกี่ยวกับงานสถิติโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อรองรับการนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในการประมวลผลข้อมูลทางการแพทย์ คณะกรรมการส่วนใหญ่ มาจากหน่วยงานเวชระเบียนและสถิติของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในกรุงเทพมหานคร ทั้งที่สังกัดกรมการแพทย์ ทบวงมหาวิทยาลัย และสังกัดส่วนราชการกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเด็ก กรมการแพทย์ และคณะกรรมการจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยมีแพทย์หญิงสมพร เอกรัตน์ เป็นประธานในที่ประชุม โดยได้ร่วมกันนำข้อมูลทางการแพทย์ต่าง ๆ อันได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยใน ข้อมูลการตรวจรักษา ส่วนข้อมูลโรคใช้

⁵⁷Faculty of Medicine and Siriraj Hospital, **Statistical Report 1963** (Bangkok: Bangkok secretarial, 1963), 1.

หนังสือบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 8 (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems: ICD-8) ในการจัดทำรหัสโรค และข้อมูลการผ่าตัด ใช้หนังสือบัญชีจำแนกการทำหัตถกรรมทางการแพทย์ (International Classification of Procedures in Medicine: ICPM) ในการให้รหัสผ่าตัด ที่ประชุมได้ปรึกษาหารือ บ่งชี้ข้อแตกต่าง หรือปัญหาต่างๆ ของข้อมูลทางการแพทย์ และได้ออกแบบเขียนโปรแกรมการทำงานการบรรณาธิกรณ และร่วมกันวางรูปแบบการนำเสนอข้อมูลแบบต่าง ๆ ได้สรุปออกมาเป็นมาตรฐานเดียวกันหลังจากตรวจสอบถูกต้องทั้งหมดแล้ว ทุกโรงพยาบาลต่างนำโปรแกรมการทำงานไปใช้และปรับปรุงให้เข้ากับลักษณะของข้อมูลตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางสำหรับการดำเนินงานออกรายงานในเวลาต่อมา⁵⁸

หน้าที่ของหน่วยเวชระเบียน

ในส่วนขององค์การอนามัยโลกกล่าวถึงงานเวชระเบียนว่า หลายปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงชื่อหลายครั้งเกี่ยวกับชื่อของผู้ที่อยู่ในงานเวชระเบียนเช่นเดียวกับชื่อของงาน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เกิดความตระหนักที่มากสำหรับระบบเวชระเบียนเมื่อมีการใช้คอมพิวเตอร์ และพัฒนาเป็นระบบสารสนเทศสุขภาพที่ใช้คอมพิวเตอร์

ชื่อของผู้ที่จับหลักสูตรอบรมและมารับผิดชอบในการให้บริการเวชระเบียนบางประเทศ เปลี่ยนจากเจ้าหน้าที่เวชระเบียน (Medical record officer) และผู้จัดการเวชระเบียน (Medical record administrator) เป็นผู้จัดการสารสนเทศสุขภาพ (Health information manager: HIM) หรือผู้บริหารสารสนเทศสุขภาพ (Health information administrator: HIA) ในประเทศกำลังพัฒนา หลาย ๆ ประเทศ ชื่อเจ้าหน้าที่เวชระเบียนหรือพนักงานเวชระเบียน (Medical record clerk) ยังคงใช้อยู่ เช่นเดียวกันในหลาย ๆ ประเทศแผนกเวชระเบียนเรียกชื่อต่าง ๆ กัน เช่น ห้องเวชระเบียน (Medical Record Room) บริการสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information Services) บริการสารสนเทศผู้ป่วย (Patient Information Service) หรือ แผนกสารสนเทศสุขภาพ (Health Information Department) แต่องค์การอนามัยโลกจะใช้ชื่อ แผนกเวชระเบียน (Medical Record Department)

คำว่า “การอำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพ”(health care facility) จะกล่าวถึงโรงพยาบาล หรือศูนย์การดูแลสุขภาพ หรือคลินิก ด้วยการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ อย่าง ในการส่งมอบ การดูแลสุขภาพในปัจจุบัน เวชระเบียนมักถูกกล่าวถึงเช่นเดียวกับ การบันทึกทางสุขภาพ (Health Record) คำนี้เป็นการกล่าวถึงทั่ว ๆ ไปต่อธรรมชาติของการดูแลสุขภาพในหลายๆ ประเทศ การบันทึกทางสุขภาพ ความหมายที่แท้จริงคือ การบันทึกเฉพาะข้อมูลสถานะสุขภาพส่วนบุคคลตั้งแต่เกิดจนตาย นั่นคือ บันทึกการเกิด บันทึกการให้วัคซีน และบันทึกการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมดถูกเก็บในบางสถานพยาบาล ไม่ดีเลยที่การบันทึกประเภทนี้ไม่คงอยู่ในหลาย ๆ สถานพยาบาลในปัจจุบัน

⁵⁸สมพร เอกรัตน์, “เวชระเบียน 1” (เอกสารประกอบการสอน วิชาเวชระเบียน 1, 2537), 14-16.

คำว่า “เวชระเบียน” เพราะฉะนั้นแล้ว ควรจะยังคงใช้เพื่อบรรยายชนิดการบันทึกในปัจจุบันอย่างละเอียดลออในโรงพยาบาลทั้งหมด ส่วนคำว่า “การบันทึกทางสุขภาพ” ที่กล่าวมาข้างต้น จะเป็นที่นิยมและจะถูกใช้อย่างแพร่หลายในอนาคต

จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในช่วง พ.ศ. 2523 หลาย ๆ ประเทศ ระบบเวชระเบียนแบบดั้งเดิมถูกแทนที่ด้วยระบบสารสนเทศทางการแพทย์ที่ใช้คอมพิวเตอร์ (Computerized medical information system: MIS) ในระบบสารสนเทศทางการแพทย์นี้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยเฉพาะบุคคลถูกเก็บและดำเนินการในคอมพิวเตอร์ ด้วยความก้าวหน้าที่ผ่านมาหลายปี ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ถูกพัฒนาสู่อนาคต และระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS) ในปัจจุบัน ได้เข้ามาแทนที่ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ (MIS) ในหลาย ๆ ประเทศ ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลถูกกำหนดให้เป็นระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมต่อกระบวนการพื้นฐาน เช่น การลงทะเบียน การรับไว้รักษา การจำหน่าย และการส่งต่อเพื่อเข้ากับกระบวนการทางการเงินการบัญชีของผู้ป่วย นั่นคือข้อมูลทุกชนิดที่เก็บจากผู้ป่วยเฉพาะรายขณะอยู่ในโรงพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ข้อมูลเหล่านี้เริ่มขึ้นจากการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ตั้งแต่การเริ่มเข้ามาใช้บริการหรือการรักษาครั้งแรก ที่โรงพยาบาล คลินิก หรือศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงข้อมูลทางการแพทย์และการเงิน ผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกทำการบันทึกเกี่ยวกับโรค การบาดเจ็บ ของผู้ป่วยลงในเวชระเบียน วันที่ซึ่งถูกเชื่อมโยงไปยังการระบุตัวบุคคลสามารถพบได้ในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล HIS⁵⁹

ภายใต้การนำของเจ้าหน้าที่เวชระเบียนต้องมีความรับผิดชอบเพื่อบำรุงรักษาและบริการเวชระเบียนผู้บริหารโรงพยาบาลต้องจัดเตรียมบุคลากร ระบบความปลอดภัยและสถานที่ให้เพียงพอ และต้องให้ความสำคัญกับการรักษาความลับของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่เวชระเบียนต้องรับผิดชอบในการพัฒนาและรักษานโยบาย กระบวนการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับบริการเวชระเบียน โดยหน้าที่หลักของหน่วยเวชระเบียน มีดังนี้

1. กระบวนการรับผู้ป่วย การระบุตัวบุคคลและดัชนีหลักของผู้ป่วย
2. เรียกค้น เวชระเบียนสำหรับการดูแลผู้ป่วยและการใช้อื่น ๆ ที่ได้รับอนุญาต
3. กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยและทำเวชระเบียนให้สมบูรณ์หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายหรือตาย
4. ให้รหัสโรคและรหัสผ่าตัดของผู้ป่วยจำหน่ายหรือตาย
5. จัดเรียงเวชระเบียน
6. ประเมินการบริการเวชระเบียน
7. จัดทำสถิติประจำเดือนและประจำปี
8. ดูแลงานที่เกี่ยวข้องกับนิติเวช

⁵⁹World Health Organization, *Medical Records Manual: A guide for Developing Countries* (Geneva: World Health Organization, 2006), 3-4.

ดังนั้นต้องมีทีมงานในการดูแลงานเหล่านี้ ซึ่งจำเป็นต้องทำงานเป็นทีมในกระบวนการปฏิบัติงานของหน่วยเวชระเบียน

การใช้คอมพิวเตอร์ในงานเวชระเบียน

หลายประเทศได้นำคอมพิวเตอร์มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในงาน แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาทั้งหมดได้หากระบบเดิมยังไม่ได้รับการพัฒนาและบำรุงรักษาให้ดี

นโยบายแต่ละแห่งแตกต่างกันตามกฎหมายและวัฒนธรรม แต่ละประเทศมีนโยบายชาติสำหรับเวชระเบียน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบต่อการพัฒนานโยบายของโรงพยาบาลต่าง ๆ เมื่อใดก็ตามที่มีการกำหนดนโยบายจะต้องมีการกำหนดกระบวนการปฏิบัติเพื่อให้เป็นไปตามนโยบายนั้นๆ

นโยบายคือการกำหนดแนวทางของการกระทำในงานด้านการดูแลสุขภาพ เจ้าหน้าที่เวชระเบียนอาจกำหนดนโยบายของตนเองได้ แต่ต้องไม่ขัดกับนโยบายของโรงพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลจะเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการเวชระเบียน กระบวนการต่าง ๆ ในหน่วยเวชระเบียน ที่ตั้งอยู่บนนโยบายเกี่ยวกับเวชระเบียน

ในการพัฒนานโยบาย จะต้องตอบคำถามที่จำเป็นก่อนที่จะกำหนดแนวทางการทำงานเพื่อความมั่นใจว่าทุกประเด็นได้รับการกำหนด⁶⁰

สำหรับประเทศไทยได้เริ่มใช้คอมพิวเตอร์ในการจัดเก็บข้อมูลตั้งแต่ พ.ศ. 2502 เป็นเครื่องเจาะบัตร ของบริษัท ไอบีเอ็ม ในปี พ.ศ. 2514 โรงพยาบาลราชวิถีเริ่มนำเอาระบบไมโครฟิล์มมาใช้บันทึกภาพเวชระเบียนเป็นแห่งแรกของประเทศไทย รวมทั้งโรงพยาบาลศิริราช และในปี พ.ศ. 2517 โดยการนำของผู้อำนวยการกมล สินธวานนท์ เริ่มนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ และเมื่อมีผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติ จำนวน 3 คน ทำให้สามารถจัดทำระบบการจัดทำสถิติ โดยการลงรหัสการบันทึกข้อมูลลงในแผ่น Diskette และการประมวลผลรายการด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2527 โรงพยาบาลศิริราช ได้เห็นความสำคัญและประโยชน์สูงสุดของการนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในงานเวชระเบียน จึงเปลี่ยนจากระบบเข้าเครื่องเจาะบัตร (Key puncher) และเครื่องคัดแยก (sorter) ซึ่งใช้สำหรับบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนของบริษัทไอบีเอ็ม มาเป็นชื่อเครื่องคอมพิวเตอร์ทั้งระบบเพื่อใช้งานเวชระเบียนและงานด้านอื่น ๆ ของโรงพยาบาล ให้เป็นระบบออนไลน์ (on-line system)⁶¹

ประเทศไทยก็ส่งเสริมให้นำระบบเทคโนโลยีมาใช้ในโรงพยาบาล ซึ่งจากการสำรวจระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลที่ใช้ระบบเทคโนโลยี

⁶⁰ibid., 21-24.

⁶¹สมพร เอกรัตน์, “เวชระเบียน 1” (เอกสารประกอบการสอน วิชาเวชระเบียน 1, 2537), 16.

สารสนเทศที่สมบูรณ์ และแพทย์ร้อยละ 90 ใช้คอมพิวเตอร์ในการบันทึกข้อมูลการรักษา โรงพยาบาลมีการใช้ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR) ที่แตกต่างกันมาก และมีการลงทุนสูงมาก ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ที่ใช้มีทั้งระบบที่กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้นมาเอง ระบบที่โรงพยาบาลพัฒนาขึ้นมาเอง หรือโรงพยาบาลจ้างบริษัทพัฒนา ในระยะแรกๆ ในปี พ.ศ. 2533 กระทรวงพัฒนาโปรแกรม Stat ให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ใช้เพื่อช่วยในการรายงานข้อมูลให้กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ โปรแกรมที่ใช้กัน ได้แก่ Mitnet Thiades His และ HI และมีการพัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐานมาตามลำดับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2543 ชุดข้อมูลมาตรฐานเป็น 12 แฟ้มข้อมูลหลักของผู้ป่วยในเพื่อประกอบการเบิกจ่ายเงิน⁶²

โรงพยาบาลราชวิถี จัดทำระบบการจัดทำสถิติ โดยการลงรหัสการบันทึกข้อมูลลงในแผ่น Diskette และการประมวลผลรายการด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ต่อมาในปี พ.ศ. 2537 นายแพทย์ชัชชนะ มะกรสาร เป็นหัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์ ได้นำระบบเครือข่ายมาใช้ในโรงพยาบาลราชวิถี โดยนำมาใช้ที่แผนกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2537⁶³

การพัฒนาเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ สามารถนำแนวคิดการพัฒนาสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) มาเป็นแนวทางในการพัฒนา ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เสนอ 7 องค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ดังนี้

1. ภาวะผู้นำและการบริหารกิจการ (Leadership and governance) กิจกรรรมสำคัญ ได้แก่ มีการประสานงานและติดตามโครงการอย่างต่อเนื่อง มีการตกลงในเรื่องที่จำเป็นกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการกำหนดโครงสร้างที่เอื้อในระบบทำงานได้ มีการบริหารเพื่อให้เกิดความมั่นใจในความปลอดภัยของระบบ มีระบบที่สร้างความมั่นใจให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคน มีการติดตามและประเมินผลอย่างเหมาะสม และมีการควบคุมนโยบายที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนา ระบบ
2. ยุทธศาสตร์และการลงทุน (Strategy and investment) กิจกรรรมสำคัญ ได้แก่ การจัดทำยุทธศาสตร์และแผนงานเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาระบบให้ไปสู่เป้าหมาย มีการสนับสนุนด้านต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมพัฒนาและปฏิบัติการของระบบ และมีการบริหารจัดการในด้านการลงทุนเพื่อพัฒนาระบบ
3. บริการและการนำไปใช้ (Service and application) กิจกรรรมสำคัญ ได้แก่ มีการบริการเพื่อสนับสนุนข้อมูลรายบุคคล มีบริการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ มีบริการเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย การรักษาผู้ป่วย มีบริการข้อมูลข่าวสาร แก่ผู้ป่วย หรือผู้ให้บริการ และมีบริการข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการด้านดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

⁶²กลุขณ์ พงศ์พิรุฬห์, ระบบสารสนเทศแบบคอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาล และคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2548), 4.

⁶³สมศักดิ์ เจริญชัยปิยกุล, 50 ปี ร.พ.ราชวิถี (กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด, 2544), 134-135.

4. โครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันโดยระบบที่มีความเร็วสูงมีระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่พร้อม มีระบบการระบุตัวตนของผู้ใช้ข้อมูลที่เหมาะสมและปลอดภัย มีระบบจัดเก็บข้อมูลที่มีความปลอดภัยและเข้าถึงได้อย่างเหมาะสมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง และมีชุดของข้อมูลที่รองรับการบริหารจัดการเพื่อนำไปวิเคราะห์ รายงาน วิจัย และการตัดสินใจ

5. มาตรฐานและความสามารถทำงานร่วมกัน (standards and interoperability) กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ มีโครงสร้างของฐานข้อมูลที่มีใจได้ว่าไม่มีการแปรผลที่ผิดหรือมองข้ามไป มีการตกลงใช้คำร่วมกันในการบ่งบอกถึงอาการ การวินิจฉัยและการรักษา มีมาตรฐานในการส่งข่าวสารระหว่างกัน เพื่อให้ถึงกันและเข้าใจตรงกัน มีระบบความปลอดภัยในการส่งข่าวสารระหว่างกัน ระบบซอฟต์แวร์ที่ใช้มีมาตรฐานตามเกณฑ์ของระบบ

6. การออกกฎหมาย นโยบาย และการปฏิบัติตาม (legislation, policy and compliance) กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ มีกฎหมาย ระเบียบที่กำหนดการจัดเก็บข้อมูล การเข้าถึงและการเผยแพร่ข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ มีนโยบายที่เปิดกว้างในการรองรับการพัฒนาาระบบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ มีนโยบายเฉพาะในด้านสารสนเทศสุขภาพ (eHealth) เพื่อรองรับข้อมูลในระบบดิจิทัล และมีการกำหนดมาตรฐานและการทำงานร่วมกัน

7. ผู้ปฏิบัติงาน (workforce) กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ มีการพัฒนาบุคลากรสุขภาพให้มีทักษะประสบการณ์ ความรู้เพื่อประยุกต์กับการทำงานในระบบสารสนเทศสุขภาพ (eHealth) มีการพัฒนาบุคลากรเพื่อดูแลระบบสารสนเทศสุขภาพ (eHealth) ตั้งแต่ออกแบบ การสร้าง การปฏิบัติงาน และสนับสนุนการบริการสารสนเทศสุขภาพ (eHealth)⁶⁴

แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาด้านเวชระเบียน

เมื่อเริ่มมีหน่วยงานเวชระเบียนและสถิติเกิดขึ้นได้มีการพัฒนาความรู้บุคลากรในหน่วยงานเวชระเบียนและสถิติเริ่มจากการฝึกอบรมและจัดหลักสูตรการศึกษาด้านเวชระเบียนในประเทศไทยขึ้นอย่างเป็นระบบตามลำดับ

ปี พ.ศ. 2504 เริ่มมีการอบรมบุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงานกลางรายงานและสถิติด้วย ขณะนั้นได้รับความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญสถิติ ขององค์การอนามัยโลกภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นายแพทย์โลเวลล์ เอ วูดเบอร์รี่ (DR. Lowell A. Woodbury) ได้ก่อตั้งหน่วยกลางรายงานและรายงาน ซึ่งต่อมาคือแผนกเวชระเบียนและสถิติ รับเจ้าหน้าที่เข้ามาปฏิบัติงาน โดยรับผู้ที่สำเร็จอาชีวะชั้นสูง และมีมัธยمبرิบูรณ์ จำนวน 6 คน มาฝึกอบรมเกี่ยวกับกายวิภาค ผ่าตัด โรค และ

⁶⁴World Health Organization, **National eHealth Strategy Toolkit** (Geneva: Place Des Nations, 2012), 57-65.

ศัพทแพทย์ นอกจากนี้ยังส่งไปฝึกการใช้เครื่องจักรโดยวิธีเจาะบัตรที่บริษัท ไอ.บี.เอ็ม. ฝึกการให้รหัสและการเก็บรายงาน

ปี พ.ศ. 2518 การศึกษาด้านเวชระเบียนในประเทศไทยได้ถือกำเนิดขึ้น โดยมีนายแพทย์ สมชาย สมบูรณ์เจริญ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติร่วมกับแพทย์หญิงสมพร เอกรัตน์ จากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช เป็นผู้ริเริ่ม ภายใต้การกำกับดูแลของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยจัดทำหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาเวชสถิติ (Certificate Program in medical Record Science) 83 หน่วยกิต ได้รับการรับรองโดย คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) เมื่อปี พ.ศ. 2515 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศใช้ระเบียบการและหลักสูตรวิชาเวชสถิติ ตั้งแต่วันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2516 และเปิดสอนรุ่นที่ 1 ในปี พ.ศ. 2518 ที่โรงเรียนเวชสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และหลักสูตรเวชระเบียนมีพัฒนาการมาโดยตลอดดังนี้

ปี พ.ศ. 2518 เปิดการเรียนการสอนหลักสูตรด้านเวชระเบียนหลักสูตรแรก ของประเทศไทย เป็นหลักสูตรระดับประกาศนียบัตร ชื่อหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาเวชสถิติ (Certificate Program in Medical Record Science)

จำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร (เมื่อมีการคิดจำนวนหน่วยกิต) 88 หน่วยกิต
โครงสร้างหลักสูตร

หมวดวิชาพื้นฐานทั่วไป 14.5 หน่วยกิต

กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์ 3 หน่วยกิต

กลุ่มวิชามนุษย์ศาสตร์ 2 หน่วยกิต

กลุ่มวิชาภาษา 6 หน่วยกิต

หมวดวิชาพื้นฐานวิชาชีพ 15.5 หน่วยกิต

หมวดวิชาชีพ 53 หน่วยกิต

หมวดวิชาเลือก 5 หน่วยกิต

รายวิชา

หมวดวิชาพื้นฐานทั่วไป 14.5 หน่วยกิต

กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์ 3 หน่วยกิต

สังคมวิทยา

จิตวิทยา

กลุ่มวิชามนุษย์ศาสตร์ 2 หน่วยกิต

ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม

กลุ่มวิชาภาษา 6 หน่วยกิต

ภาษาอังกฤษ 1

ภาษาอังกฤษ 2

ภาษาอังกฤษ 3

หมวดวิชาพื้นฐานวิชาชีพ 15.5 หน่วยกิต
 กายวิภาคศาสตร์
 สรีรวิทยา
 การบริหารโรงพยาบาล
 พยาธิวิทยา
 Medical Terminology

หมวดวิชาชีพ 53 หน่วยกิต
 Medical record Science I
 Medical record Science II
 Medical record Science III
 Medical Coding I
 Medical Coding II
 สถิติ 1
 สถิติ 2
 Medical Lecture
 Surgical Lecture
 Computure
 กฎหมายเกี่ยวกับสาธารณสุข
 ภาคปฏิบัติ
 หมวดวิชาเลือก 5 หน่วยกิต
 พิมพ์ดีดภาษาไทย
 พิมพ์ดีดภาษาอังกฤษ

ในการจัดการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติ หลักสูตรแรกจัดการศึกษาตั้งแต่ปีการศึกษา 2518 – ปีการศึกษา 2529 ผลิตนักศึกษาจำนวน 11 รุ่น จำนวน 440 คน

ในปี พ.ศ. 2530 ได้มีการเปลี่ยนแปลงการรับสมัครและสอบคัดเลือก โดยใช้ข้อสอบของกระทรวงสาธารณสุขและเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โรงเรียนเวชสถิติจึงได้ขออนุมัติเปลี่ยนแปลงคุณวุฒิของผู้สมัครและเปลี่ยนระบบการศึกษาเป็นระบบหน่วยกิต คณะอนุกรรมการโรงเรียนเวชสถิติและคณะกรรมการที่ปรึกษาจึงได้มีมติให้ทำการประเมินผลหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติเพื่อนำผลมาปรับปรุงการเรียนการสอน โดยคำสั่ง กรรมการแพทย์ ที่ 36/2530 เรื่องแต่งตั้งคณะอนุกรรมการโรงเรียนเวชสถิติ ให้มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการวางแผนงานดำเนินการและประเมินผลการจัดการศึกษาและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เวชสถิติ โดยคณะอนุกรรมการมีรายชื่อดังนี้

1. นายแพทย์สมชาย สมบูรณ์เจริญ ประธานอนุกรรมการ
 ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติและโรงเรียนเวชสถิติ

2. แพทย์หญิงสมพร เอกรัตน์ อนุกรรมการ
3. นางเยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม อนุกรรมการ
4. แพทย์หญิงศิวาลัย ธนภัทร อนุกรรมการ
5. นางสาวเอื้องฟ้า ชันวงษ์ อนุกรรมการ
6. นางกฤษณา ศรีวรรณวิวัฒน์ อนุกรรมการ
7. นางสาวศิณีนารถ สนธิพงษ์ อนุกรรมการ
8. หัวหน้าฝ่ายประมวลสถิติและรายงาน อนุกรรมการ
9. นายดลชาติ ตันติวานิช อนุกรรมการและเลขานุการ
10. นางสาวจริย์ สอิ่ง อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ⁶⁵

ปี พ.ศ. 2530 ได้พัฒนาหลักสูตรเป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาเวชสถิติ (Certificate Program in Medical Record Science) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2530 ชื่อประกาศนียบัตรวิชาเวชสถิติ (Certificate Program in Medical Record Science) ชื่อย่อ ป. (เวชสถิติ) (Cert. Medical Record Science) หน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จัดการศึกษาโดย โรงเรียนเวชสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ อาจารย์จริย์ สอิ่ง เป็นหัวหน้าหลักสูตร

คุณสมบัติและพื้นฐานความรู้ของผู้สมัคร เป็นผู้สำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลาย พุทธศักราช 2518 (ม.ศ.5) เรียนวิทยาศาสตร์ไม่น้อยกว่า 30 หน่วยกิต หรือหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลาย พุทธศักราช 2524 (ม. 6) เรียนวิทยาศาสตร์ไม่น้อยกว่า 15 หน่วยการเรียน (ไม่รับเทียบเท่า)

สถานที่เรียนส่วนใหญ่ที่โรงเรียนเวชสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ และได้รับความร่วมมือจาก โรงพยาบาลศิริราช ศูนย์สุขวิทยาจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ และภาควิชาสรีระวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ฝึกงาน โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

โครงสร้างหลักสูตร ประกาศนียบัตรวิชาเวชสถิติ (Certificate Program in Medical Record Science) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2530

| | |
|------------------------------|-------------|
| จำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร | 83 หน่วยกิต |
| หมวดวิชาพื้นฐานทั่วไป | 19 หน่วยกิต |
| กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์ | 4 หน่วยกิต |
| กลุ่มวิชามนุษศาสตร์ | 4 หน่วยกิต |
| กลุ่มวิชาภาษา | 4 หน่วยกิต |

⁶⁵โรงเรียนเวชสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, การประเมินผลหลักสูตรเวชสถิติ (ม.ป.ท., 2530), 1-2.

| | | |
|-----------------------------------|----|----------|
| กลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ | 7 | หน่วยกิต |
| หมวดวิชาพื้นฐานวิชาชีพ | 20 | หน่วยกิต |
| หมวดวิชาชีพ | 41 | หน่วยกิต |
| หมวดวิชาเลือก | 3 | หน่วยกิต |
| รายวิชา | | |
| หมวดวิชาพื้นฐานทั่วไป | 19 | หน่วยกิต |
| กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์ | 4 | หน่วยกิต |
| 1111 สังคมวิทยา | 1 | หน่วยกิต |
| 2121 จิตวิทยา | 3 | หน่วยกิต |
| กลุ่มวิชามนุษศาสตร์ | 4 | หน่วยกิต |
| 1131 ภาษาเพื่อการสื่อสาร | 2 | หน่วยกิต |
| 1141 จริยศาสตร์ | 2 | หน่วยกิต |
| กลุ่มวิชาภาษา | 4 | หน่วยกิต |
| 1151 ภาษาอังกฤษ 1 | 2 | หน่วยกิต |
| 2152 ภาษาอังกฤษ 2 | 2 | หน่วยกิต |
| กลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ | 7 | หน่วยกิต |
| 1161 จุลชีววิทยา | 2 | หน่วยกิต |
| 1171 พยาธิวิทยา | 2 | หน่วยกิต |
| 1181 สถิติทั่วไป | 3 | หน่วยกิต |
| หมวดวิชาพื้นฐานวิชาชีพ | 20 | หน่วยกิต |
| 1211 คอมพิวเตอร์ 1 | 3 | หน่วยกิต |
| 2212 คอมพิวเตอร์ 2 | 3 | หน่วยกิต |
| 1221 กายวิภาคศาสตร์ | 3 | หน่วยกิต |
| 1231 สรีรวิทยา | 3 | หน่วยกิต |
| 1241 ศัลยศาสตร์ | 3 | หน่วยกิต |
| 1251 อายุรศาสตร์ | 2 | หน่วยกิต |
| 2261 กฎหมายสาธารณสุข | 2 | หน่วยกิต |
| 2271 การบริหารโรงพยาบาล | 2 | หน่วยกิต |
| หมวดวิชาชีพ | 41 | หน่วยกิต |
| 1131 เวชระเบียน 1 | 5 | หน่วยกิต |
| 1312 เวชระเบียน 2 | 5 | หน่วยกิต |
| 2313 เวชระเบียน 3 | 5 | หน่วยกิต |
| 1321 ศัพท์แพทย์ | 4 | หน่วยกิต |

| | | |
|----------------------------|-----|----------|
| 1331 รหัสทางการแพทย์ 1 | 5 | หน่วยกิต |
| 2332 รหัสทางการแพทย์ 2 | 3 | หน่วยกิต |
| 1341 ชีวสถิติและระบาดวิทยา | 4 | หน่วยกิต |
| 2351 สถิติการวิจัย | 4 | หน่วยกิต |
| 2361 การฝึกปฏิบัติงาน | 6 | หน่วยกิต |
| หมวดวิชาเลือก | 3 | หน่วยกิต |
| 1441 พิมพ์ดีดไทย 1 | 1 | หน่วยกิต |
| 1412 พิมพ์ดีดไทย 2 | 1 | หน่วยกิต |
| 1421 พิมพ์ดีดอังกฤษ 1 | 1 | หน่วยกิต |
| 1422 พิมพ์ดีดอังกฤษ 2 | 1 | หน่วยกิต |
| 2431 การบรรยายพิเศษ | 1-3 | หน่วยกิต |

การจัดการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติ โรงเรียนเวชสถิติ ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้สิ้นสุดลงในปี พ.ศ. 2536 เมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีพระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง กรม ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535 มีการจัดตั้งสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข และมีประกาศของกระทรวงสาธารณสุขลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2536

ปี พ.ศ. 2534 มีหลักสูตรระดับปริญญาตรีด้านเวชระเบียน เกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย โดย อาจารย์ดลชาติ ตันติวานิช ผู้ซึ่งสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านเวชระเบียนเป็นท่านแรก ของประเทศไทย และเป็นผู้รับผิดชอบการจัดการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติในขณะนั้นมีความพยายามให้มีการเปิดหลักสูตรระดับปริญญาตรีด้านเวชระเบียนขึ้นในประเทศไทย แต่ด้วยกระทรวงสาธารณสุข ไม่สามารถประสานกับทบวงมหาวิทยาลัยได้จำเป็นต้องไปขอเป็นสถาบันสมทบกับมหาวิทยาลัย จึงได้ไปหารือและขอความร่วมมือกับหลายแห่ง อาทิ กับแพทย์หญิงสมพร เอกรัตน์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ได้รับคำแนะนำให้ไปประสานที่โครงการการศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมี ดร.ณรงค์ เทียนสงค์ เป็นผู้อำนวยการขณะนั้น ท่านแนะนำให้ไปประสานภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีนายแพทย์เทพพนม เมืองแมน เป็นคณบดีในขณะนั้น ระหว่างนั้นได้ไปประสานกับคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง และคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และท้ายสุดกลับมาที่โครงการการศึกษาต่อเนื่องมหาวิทยาลัยมหิดล โดยมี ศาสตราจารย์ บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ เป็นผู้อำนวยการในขณะนั้น ท่านเห็นชอบและยินดีดูแลรับผิดชอบหลักสูตรและได้เปิดหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน (ต่อเนื่อง) ซึ่งเป็นหลักสูตรด้านเวชระเบียนระดับปริญญาตรี เป็นหลักสูตรแรกของประเทศไทย เปิดสอนครั้งแรกในปีการศึกษา 2534 รวมระยะเวลาในการดำเนินการสร้างความร่วมมือจนกระทั่งเปิดหลักสูตรได้ใช้เวลา 9 ปี ซึ่งเป็นงานที่อาจารย์ดลชาติ ตันติวานิช ภาควิชาภูมิโงมากในชีวิตราชการงานหนึ่ง ในขณะเดียวกันท่านก็มีความพยายามที่จะรวมโรงเรียนต่าง ๆ ในสังกัดกรมการแพทย์เข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการการศึกษา โดยริเริ่ม

ประสานงานกับผู้รับผิดชอบในกรมการแพทย์ และในที่สุดการรวมโรงเรียนต่าง ๆ ในกรมการแพทย์ก็สำเร็จ ทั้งนี้ก่อนหน้านั้น ในปี พ.ศ. 2531 แพทย์หญิงสมพร เอกรัตน์ หัวหน้าแผนกเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศิริราช ได้จัดทำโครงการพัฒนาเวชระเบียน ซึ่งได้รับความร่วมมือและการช่วยเหลือจากโรงเรียนการจัดการสารสนเทศสุขภาพ วิทยาลัยคัมเบอร์แลนด์ประเทศออสเตรเลีย (School of Health Information Management, Cumberland College of Health Sciences, Australia) ซึ่งปัจจุบันเป็นคณะหนึ่งของมหาวิทยาลัยซิดนีย์ และมีผู้เชี่ยวชาญศาสตราจารย์ พิลลิส เจ วัตสัน (Association Professor Phyllis J. Watson) เป็นผู้อำนวยการโรงเรียนการจัดการสารสนเทศสุขภาพ วิทยาลัยคัมเบอร์แลนด์ประเทศออสเตรเลีย ในขณะนั้น เป็นผู้ประสานงานฝ่ายออสเตรเลีย ซึ่งโครงการดังกล่าวมีระยะเวลาความร่วมมือ 5 ปี เป้าหมายเพื่อพัฒนางานเวชระเบียน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และวิชาการทางด้านเวชระเบียนสากลระหว่างประเทศ รวมทั้งความคาดหวังในการจัดหลักสูตรเวชระเบียนมหาบัณฑิต ขึ้นที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล แต่สุดท้ายก็ไม่ปรากฏเหตุการณ์ตามที่คาดหวังไว้

ในปี พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้ง วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ขึ้น สืบเนื่องจากมีพระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวงทบวง กรม ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535 มีการจัดตั้งสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข (สถาบันพระบรมราชชนก ในปัจจุบัน) และมีประกาศของกระทรวงสาธารณสุขลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2536 เรื่องโอนกิจการทรัพย์สิน หนังสือข้าราชการ ลูกจ้าง และเงินงบประมาณบางส่วนราชการในกระทรวงสาธารณสุข ไปเป็นของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงจัดตั้งวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขขึ้น เพื่อรับผิดชอบดูแลและการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรต่าง ๆ และได้รับชื่อพระราชทานจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ ชื่อภาษาไทยต่อท้ายจากชื่อเดิมเป็น วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนานิเชกและให้ประทับสัญลักษณ์งานฉลองสิริราชสมบัติครบ 50 ปี ที่ป้ายชื่อวิทยาลัย เมื่อ 20 กรกฎาคม 2539 และวิทยาลัยได้รับพระราชทานชื่อภาษาอังกฤษเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2542 โดยวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนานิเชก ได้รับโอนย้ายกิจการ อำนาจหน้าที่ ของโรงเรียนทั้ง 10 แห่ง คือ

1. โรงเรียนเวชสถิติ
2. โรงเรียนพนักงานเภสัชกรรม
3. โรงเรียนพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ สาขาวิชาพยาธิวิทยา
4. โรงเรียนเวชสถิติ
5. โรงเรียนผู้ช่วยทันตแพทย์
6. โรงเรียนพนักงานทันตกรรม
7. โรงเรียนพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ สาขาวิชาโลหิตวิทยาและธนาคารเลือด
8. โรงเรียนเซลล์วิทยา
9. โรงเรียนรังสีการแพทย์

10. โรงเรียนเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์

ทั้งนี้ในช่วงนี้ 2537-2541 วิทยาลัยได้ขอยืมสถานที่ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ยศเส กรุงเทพมหานคร เป็นสถานที่ตั้ง และประสานความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยรามคำแหง ในการจัดการเรียนการสอน วิชาพื้นฐานทางการศึกษาทั่วไปและวิทยาศาสตร์พื้นฐาน โดยจัดเป็นโครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับมหาวิทยาลัยรามคำแหง เป็นระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ปีการศึกษา 2539 - 2541

ปี พ.ศ. 2537 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ร่วมกับ ส่วนพัฒนาการศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก ได้พัฒนาหลักสูตรเป็น หลักสูตรประกาศนียบัตร เวชระเบียน (เวชสถิติ) (Certificate Programme in Medical Record Science) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2537 มี หน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร 90 หน่วยกิต ปรับชื่อเพื่อให้สอดคล้องกับหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน ที่เป็นหลักสูตรต่อเนื่อง ที่มหาวิทยาลัยมหิดลที่เปิดขึ้นในปีการศึกษา 2534

วัตถุประสงค์หลักสูตรประกาศนียบัตรเวชระเบียน (เวชสถิติ) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2537 เมื่อนักศึกษาได้จบหลักสูตรแล้ว จะมีความรู้ความสามารถ ดังนี้

1. จัดระบบงานเวชระเบียนและสถิติให้เหมาะสมกับโรงพยาบาล
3. ลงทะเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในได้อย่างถูกต้อง
4. จัดเตรียมและเก็บรักษาบัตรรชนีชื่อผู้ป่วยได้ถูกต้อง
5. จัดเตรียมและเก็บรักษาบัตรบันทึกการตรวจผู้ป่วย และเวชระเบียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
6. ใ้รหัสโรคและรหัสผ่าตัดรวมทั้งจัดทำบัตรรชนีโรคและบัตรรณีผ่าตัด
7. เก็บรวบรวมตัวเลขตามความต้องการของโรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุขได้ถูกต้อง
8. จัดทำสถิติประจำเดือนและรายงานประจำปีได้

จำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตร 90 หน่วยกิต

โครงสร้างหลักสูตร

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| หมวดวิชาการศึกษาทั่วไป | 35 หน่วยกิต |
| กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์ | 9 หน่วยกิต |
| กลุ่มวิชามนุษยศาสตร์ | 6 หน่วยกิต |
| กลุ่มวิชาศึกษาศาสตร์ | 2 หน่วยกิต |
| กลุ่มวิชาภาษาศาสตร์ | 6 หน่วยกิต |
| กลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ | 12 หน่วยกิต |
| หมวดวิชาชีพพื้นฐาน | 19 หน่วยกิต |
| หมวดวิชาชีพเฉพาะ | 36 หน่วยกิต |

ปี พ.ศ. 2547 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ร่วมกับ ส่วนพัฒนาการศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก ได้พัฒนาหลักสูตร เป็นหลักสูตรประกาศนียบัตร เวชระเบียน

(Diploma in Medical Record Program) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2547⁶⁶ มีหน่วยกิต รวมตลอดหลักสูตร 85 หน่วยกิต เป็นลักษณะของหลักสูตรบูรณาการ เป็นการปรับปรุงให้มีเนื้อหาสาระทันสมัย สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางวิชาการด้านเวชระเบียนและการเปลี่ยนแปลงในบริบทที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการปฏิรูปการศึกษา การปฏิรูปการเรียนรู้ที่เน้นการบูรณาการการเรียนรู้ ด้วยการจัดการเรียนการสอนในวิธีการที่หลากหลายเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ให้ผู้เรียนแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง เพื่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต (พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 22, 23 และ 24 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545 มาตรา 22, 23 และ 24) และมีการปฏิรูประบบสุขภาพที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน รวมทั้งนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บทบาทของบุคลากรด้านสหเวชศาสตร์ สาขาเวชระเบียน จึงต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้บริการเชิงรุก และศักยภาพของบุคลากรต้องเหมาะสมที่จะปฏิบัติงานตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป วัตถุประสงค์ของหลักสูตร เมื่อสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรแล้ว ผู้สำเร็จการศึกษา

1. ความสามารถและทักษะในวิชาชีพเวชระเบียน ดังนี้
 - 1.1 ปฏิบัติงานเวชระเบียนได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับระบบบริการ
 - 1.2 ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในงานเวชระเบียน
 - 1.3 วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลข่าวสารด้านเวชระเบียน
 - 1.4 บริหารจัดการงานเวชระเบียน
 - 1.5 ควบคุมคุณภาพการปฏิบัติงานเวชระเบียน
 2. มีคุณธรรม จริยธรรม ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานวิชาชีพเวชระเบียน และจิตสำนึกในการบริการ
 3. มีมนุษยสัมพันธ์ และสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้
 4. มีความรู้ความสามารถในการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสาร
 5. มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และคิดอย่างมีวิจารณญาณ
 6. ใฝ่รู้ พัฒนาตนเองและสังคม
 7. มีความเป็นผู้นำและสามารถบริหารจัดการ
 8. เห็นคุณค่าของศิลปวัฒนธรรม ประเพณี และกฎหมายไทย
 9. มีความภาคภูมิใจ ผูกพันในวิชาชีพและสถาบัน
 10. ตระหนักถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ในชีวิตประจำวัน
- จำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร 85 หน่วยกิต
- โครงสร้างหลักสูตร
1. หมวดการศึกษาทั่วไป จำนวน 22 หน่วยกิต

⁶⁶สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, **หลักสูตรประกาศนียบัตรเวชระเบียน ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2547** (นทพฐรี: สถาบันพระบรมราชชนก, 2547).

1. หน่วยบูรณาการ (Theme) 1 :
มนุษย์กับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 10 หน่วยกิต
 2. หน่วยบูรณาการ (Theme) 2 :
การใช้ภาษาในการสื่อสาร 5 หน่วยกิต
 3. หน่วยบูรณาการ (Theme) 3 :
จริยธรรมและมนุษยสัมพันธ์ในการปฏิบัติงาน 2 หน่วยกิต
 4. หน่วยบูรณาการ (Theme) 4 :
ผู้นำและการบริหารจัดการทรัพยากร 2 หน่วยกิต
 5. หน่วยบูรณาการ (Theme) 5 :
สังคมและวัฒนธรรม 3 หน่วยกิต
2. หมวดวิชาชีพ
1. กลุ่มวิชาพื้นฐานวิชาชีพ จำนวน 17 หน่วยกิต
 2. กลุ่มวิชาชีพ จำนวน 40 หน่วยกิต
- หน่วยบูรณาการ (Theme) 1 :
เวชระเบียน 10 หน่วยกิต
- หน่วยบูรณาการ (Theme) 2 :
รหัสทางการแพทย์ 13 หน่วยกิต
- หน่วยบูรณาการ (Theme) 3 :
การใช้เทคโนโลยีในงานเวชระเบียน 8 หน่วยกิต
- หน่วยบูรณาการ (Theme) 4 :
สถิติโรงพยาบาลและข้อมูลข่าวสารด้านเวชระเบียน 5 หน่วยกิต
- หน่วยบูรณาการ (Theme) 5 :
องค์กรงานเวชระเบียน 8 หน่วยกิต
3. หมวดวิชาเลือกเสรี จำนวน 6 หน่วยกิต⁶⁷

ปี พ.ศ. 2555 เปิดหลักสูตรด้านเวชระเบียนในระดับปริญญาตรี หลักสูตรแรกของ
กระทรวงสาธารณสุข ใช้ชื่อหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน โดยเป็นสถาบัน
สมทบของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เปิดสอนที่วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์
และสาธารณสุข กาญจนานิเชก สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข⁶⁸ โดยการนำของ

⁶⁷สถาบันพระบรมราชชนก, **หลักสูตรประกาศนียบัตรเวชระเบียน ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2547** (นนทบุรี: ส่วนพัฒนาการศึกษา, 2547), 11-13.

⁶⁸สถาบันพระบรมราชชนก, **หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน** (นนทบุรี: วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนานิเชก, 2554), 1.

อาจารย์บังอร ดวงรัตน์ ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก อาจารย์ชัยวัฒน์ พันธุ์ศรี รองผู้อำนวยการ และได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และในเวลาเดียวกันคณะ สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เปิดหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวช ระเบียน⁶⁹

นอกจากนี้ยังมีหลักสูตรที่มีลักษณะใกล้เคียงกันคือ หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาสารสนเทศการแพทย์ หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2556 เปิดสอนที่วิทยาลัยเทคโนโลยี สารสนเทศ⁷⁰ มหาวิทยาลัยรังสิต และในปีการศึกษา 2556 มหาวิทยาลัยมหิดลได้เปิดหลักสูตรการ จัดการมหาบัณฑิต สาขาการจัดการเวชสารสนเทศ⁷¹

พ.ศ. 2556 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษกร่วมกับส่วน พัฒนาการศึกษาศาสนสถานพระบรมราชชนกได้พัฒนาหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชระเบียน เป็น หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชระเบียน (Diploma of Medical Record Programme) หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2556 มีหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร 100 หน่วยกิต ตามกรอบมาตรฐาน คุณวุฒิอาชีวศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2556

สรุป การจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนในประเทศไทยเริ่มมีมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2518 เปิด การสอนครั้งแรกเป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติ เปิดสอนที่ โรงเรียนเวชสถิติ สถาบันมะเร็ง แห่งชาติ กรมการแพทย์ ต่อมาปี พ.ศ. 2534 เปิดหลักสูตรระดับปริญญาตรีครั้งแรกในประเทศไทย เป็นหลักสูตรระดับปริญญาตรีต่อเนื่อง ชื่อหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน (ต่อเนื่อง) เปิดสอนที่คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และในปี พ.ศ. 2555 เปิดหลักสูตรปริญญาตรีด้านเวชระเบียนเป็นครั้งแรกของกระทรวงสาธารณสุข ชื่อหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยบูรพา เปิดสอนที่วิทยาลัย เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหลักสูตรที่มีลักษณะใกล้เคียงกันคือ หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาสารสนเทศการแพทย์ หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2556 หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารระบบสารสนเทศทางการแพทย์

⁶⁹คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวช ระเบียน (นศรปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555), 1.

⁷⁰วิทยาลัยเทคโนโลยีสารสนเทศ, หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาสารสนเทศ การแพทย์ (ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต, 2556), 1.

⁷¹คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, หลักสูตรการจัดการมหาบัณฑิต สาขาการจัดการ เวชสารสนเทศ (นศรปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556), 1.

พัฒนาการงานเวชระเบียนในต่างประเทศ

ประวัติของเวชระเบียน เริ่มต้นควบคู่ไปกับประวัติของการแพทย์ เพราะรายงานผู้ป่วย คือ เวชระเบียนนั้น จำเป็นต่อการปฏิบัติงานทางด้านการแพทย์อย่างมาก ในสมัยหินพบภาพลายสลัก บนผนังถ้ำ ก่อนคริสตศักราช 2500 ปี สมัยก่อน ๆ แบบฟอร์มรายงานการแพทย์ แตกต่างไปจากรายงานในปัจจุบัน แต่ก็ยังมีคุณค่าที่พอจะบอกให้เราทราบถึงประวัติการแพทย์สมัยโบราณได้ ระยะเวลาต่อมา เวชระเบียนก็ละเอียดมากขึ้นคือ ในสมัยอียิปต์ ประวัติการรักษาทางอายุรกรรมและศัลยกรรม ได้เขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษรโดยสลักบนผนังถ้ำ แผ่นโลหะ หรือบนแผ่นอิฐ ดินเหนียวเผาไฟ ประวัติของเวชระเบียนจึงพอจะแบ่งเป็นสมัยต่างๆ ได้ดังต่อไปนี้⁷²

1. สมัยอียิปต์

ลักษณะเฉพาะในระยะเริ่มแรกกว่าการกระทำของคนนั้น สันนิษฐานว่ามาจากพระเจ้าคนที่เจริญแล้วได้สืบทอดมาจากพระเจ้า ทอท (Thoth) ในสมัยอียิปต์ เป็นตัวอย่างที่ดี ทอท (Thoth) ไม่ใช่พระเจ้าของการแพทย์แต่จะมีความสำคัญมากในศิลปะของการรักษา โดยเป็นเจ้าของการคิดค้น และมีความเฉลียวฉลาด มีผู้เขียนหนังสือหลายเรื่อง และมีเรื่องเกี่ยวกับการแพทย์ ซิกเอริส (ผู้กล้าหาญในนิยายเยอรมัน) เล่าถึงร่างกายของมนุษย์ เชื้อโรค เครื่องมือ เครื่องใช้ ยารักษาโรค โรคตา โรคเฉพาะสตรี นักเขียนเหล่านี้อยู่ในสมัยต้นของ ทอท (Thoth) ยังเขียนถึงธรรมชาติของพระ ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของพระเจ้า

ในระยะต่อมา กรีก มีการเขียนบรรยาย ถึง ทอท (Thoth) ซึ่งรู้จักในนามของ หนังสือลึกลับ (Hermetic book) รายงานการแพทย์ที่แท้จริงในสมัยอียิปต์ ก็คือ อิมโฮเทป (Imhotep) ซึ่งมีชีวิตอยู่ในสมัยยุคปิรามิด ประมาณ 3000-2500 ก่อนคริสตศักราช และเป็นนายกรัฐมนตรี หัวหน้าสถาปนิกและที่ปรึกษาทางการแพทย์ ของพระเจ้าฟาโรห์ ในสมัยศตวรรษที่ 29 ก่อนคริสตสมัย กัสติกลิโอเน (Castiglione) กล่าวว่าป็นงานของพระเจ้า มาในสมัยกรีกและโรมัน ถือว่า แอสคูลาปิอุส (Aesculapius) เป็นพระเจ้าทางการแพทย์ อิมโฮเทป (Imhotep) ได้รับการกล่าวขวัญถึง โดย เจมส์ เฮนรี เบรสเตด (James Henry Breasted) นักโบราณคดี ส่วน โคร่งที่บิดด้วยมือ (Edwin Smith Papyrus) นี้เป็นวัตถุพยานทางการแพทย์ที่มีคุณค่าที่สุด ซึ่งมาปรากฏในประมาณ 1600 ปี ก่อนคริสตกาล ได้ถูกค้นพบในศตวรรษที่ 19 โดย เอ็ดวิน สมิท (Edwin Smith) นักศึกษาภาษาศาสตร์ ภาษาอียิปต์คนแรก และใช้ในการรักษาทางการแพทย์ หนังสือนี้ปัจจุบันเป็นของมหาวิทยาลัยแพทย์ของนิวยอร์ก ซึ่งเป็นหนังสือเก่าที่สุดในหนังสืออียิปต์ 6 เล่ม เป็นหนังสือเกี่ยวกับการผ่าตัด ประกอบด้วยวิธีผ่าตัด 48 ราย ลักษณะของรายงาน มีแบบฟอร์มซึ่งใกล้เคียงกับรายงานการแพทย์ในปัจจุบันดังนี้ คือ 1) The Title 2) Examination 3) Diagnosis 3) Treatment

⁷²สมพร เอกรัตน์, “เวชระเบียน 1” (เอกสารประกอบการสอนรายวิชาเวชระเบียน 1 คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล, 2537), 1-13.

นอกจากนี้ มีหนังสือของ เอเบอร์ (ประมาณ 1550 ก่อนคริสตกาล) อยู่ที่มหาวิทยาลัยโลฟซีค ก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 พบอยู่ระหว่างขาของศพอาบยา ในปี พ.ศ. 1415 และถูกขายให้แก่นักโบราณคดีเยอรมัน หนังสือนี้เขียนบนกระดาษซึ่งยาว 65 ฟุต และกว้าง 12 นิ้ว ในตอนที่พบนี้นั้นอยู่ในม้วนกระดาษอีกทีหนึ่ง ต้นฉบับนี้แสดงถึงการสังเกตพิจารณาโรคอย่างระมัดระวัง และละเอียดถี่ถ้วน ซึ่งใกล้เคียงกับการแพทย์ในปัจจุบัน

2. สมัยกรีก

การแพทย์สมัยกรีก ได้รับอิทธิพลจากความเจริญรุ่งเรืองของสมัยโบราณเข้าครอบงำ โดยเฉพาะอียิปต์ บาบิโลนและแอสสิเรีย การแพทย์ในสมัยกรีกเจริญเทียบเท่า อิมโฮเทป (Imhotep) แพทย์ใช้วัดเป็นสถานที่ดูแลคนเจ็บ เรียกว่า เอสคัลเลเปีย และในระยะเริ่มต้น 1134 ก่อนคริสตกาล และ 460 ก่อนคริสตกาล ฮิปโปเครติส (Hippocrates) ซึ่งได้ชื่อว่าเป็น “บิดาแห่งการแพทย์” ได้เกิดขึ้น ฮิปโปเครติส (Hippocrates) ได้เขียนรายงานทางการแพทย์ โดยอาศัยหลักทางวิทยาศาสตร์ เขาเป็นคนเขียนคำสาบาน (Hippocratic Oath) ซึ่งแพทย์ได้ยึดถือต่อ ๆ กันมา ซึ่งฮิปโปเครติส (Hippocrates) ได้เขียนหนังสือบรรยายถึงการค้นพบต่าง ๆ อย่างถูกต้อง

3. สมัยกรีก-โรมัน (Graeco-Roman)

ระหว่างเวลาของมาร์คัส ออริตุส (Marcus Aureteus) ซึ่งประมาณ 600 ปี หลังจากเวลาของ ฮิปโปเครติส (Hippocrates) แพทย์ ชื่อกาลิ (Galea) เกิดในโรมมีชื่อเสียงขึ้น เพราะได้ทำการรักษาพระเจ้าจักรพรรดิ เขามีลูกศิษย์หลายคนเป็นคนเริ่มสอนการตรวจในหอผู้ป่วย (Ward round) และสอนการรายงานกรณีศึกษา (case report) ด้วย และพบหน้าที่อันแท้จริงของเส้นเลือดแดง ซึ่งสมัยก่อนนั้น เข้าใจว่าเส้นเลือดแดงประกอบไปด้วยอากาศ แต่เขาได้แสดงให้เห็นว่าในคนตาย เส้นเลือดแดงจะว่างเปล่า ในคนมีชีวิตจะมีเลือด ในรายงานคนไข้ของเขาคนหนึ่งที่เป็นนิ่วในถุงน้ำดี เขาบันทึกลักษณะการเจ็บปวดว่ามันแผ่กระจายไปจากท้อง ส่วนบนไปสู่หัวไหล่ ซึ่งอาการนี้ใช้วินิจฉัยโรคในปัจจุบันได้ สมัยโรมันนี้มีนิตยสาร ชื่อ Romana Data Diurna ออกทุกเช้า นอกจากนั้นยังมีรายงานการแพทย์บนเสาหิน ในสมัยกรีกและอียิปต์ ซึ่งลักษณะใกล้เคียงกับรายงานการแพทย์ในปัจจุบันนี้ ซึ่งพอจะใช้ประโยชน์ได้

เซนต์ เจโรม (St. Jerome) ซึ่งเป็นคนแรกที่ใช้คำว่า “Hospital” ซึ่งมาจากภาษาลาตินว่า “Hospitalis” มาจาก “Hospes” ซึ่งหมายความว่า ผู้ที่มาพัก (host) หรือแขกที่มาพัก และได้เขียนถึงเรื่อง โรงพยาบาล สร้างขึ้นโดย ฟอบีโอลา (Fabiola) ในโรม

4. สมัยไบแซนไทน์ (Byzantine)

แม้อำนาจของไบแซนไทน์ (Byzantine) จะคงอยู่กว่า 1000 ปี ประวัติการแพทย์ในระยนี้มีรายงานไว้เพียง 3 ศตวรรษ คริบาซิอุส (Cribasius) (พ.ศ. 868 - 946) เอติอุส (Aetius of Admida) (ต้นศตวรรษที่ 6) อเล็กซานเดอร์ (Alexander of Tralles) (พ.ศ. 1068 - 1148) และ พอส (Paus of Aegina) (พ.ศ. 1158 - 1233) ในระยะความเจริญแตกต่างของกรีกและโรมัน การแพทย์ที่ชะงักลง การรายงานการแพทย์และการเก็บรายงานก็ช้าและน้อยลงไปหลายปี งานในระยนี้ส่วน

ใหญ่พระได้ทำและลอกแบบด้วยมือและเขียนตาม ฮิปโปเครติส (Hippocrates) เซลซัส (Celsus) และ กาลิ (Galea) และแพทย์คนอื่น ๆ ซึ่งงานทางการแพทย์ส่วนใหญ่ เป็นพวกแม่ชีและพระ

5. สมัย ยิว (Jewish)

สมัยยิว หลักฐานที่สำคัญในทางการแพทย์ก็คือคัมภีร์ไบเบิล (Bible) และ คัมภีร์โบราณของศาสนายิว (Talmud) มีรายละเอียดในคัมภีร์โบราณของศาสนายิวมากกว่าใน คัมภีร์ไบเบิล โรคที่สนใจกันมากที่สุดคือ การป้องกัน ในหนังสือของพระธรรมเลวีนิติ (Leviticus) ประกอบด้วย การจับต้องของสกปรก รับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะการปฏิบัติตนของหญิงมีครรภ์และ สุขวิทยาอื่น ๆ

6. สมัยพระมุฮัมหมัด (Mohammedan)

ยุคมืด (Dark ages) จะเห็นถึงความเจริญของอิสลาม ในบริเวณใกล้ตะวันออก ยกเว้น เอเชียตะวันตกเฉียงใต้ (Asia Minor) ซึ่งกลายเป็นรัฐอาหรับ คริสเตียน ในกรีกและอาหรับ ได้แปลผลงานของ ฮิปโปเครติส (Hippocrates) และ กาลิ (Galea) เป็นภาษาอาราบิก และกระตุ้นให้มีการศึกษาการแพทย์มากขึ้นในหมู่พวกอาหรับ

ในระยนี้ ราเซส (Rhazes) (พ.ศ. 1408 - 1468) ฝึกงานในโรงพยาบาลในเปอร์เซีย และต่อมาในกรุงแบกแดด ซึ่งกว้างขึ้นในศตวรรษที่ 9 ปรากฏว่าเขาได้เป็นแพทย์ผู้ยิ่งใหญ่ ได้เขียนหนังสือไว้หลายเรื่อง ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่งของหนังสือที่เขาเขียนนี้ได้กลายเป็นตำราแพทย์ในปัจจุบัน การรักษา โรคสุกใส (Smallpox) และ โรคหัด (Measles) ของเขาเหล่านั้น เป็นเรื่องแรกที่เขาทำการรักษาได้ถูกต้อง สำหรับโรคติดต่อต่าง ๆ และความพยายามอันแรกที่แยกโรคนี้ออกจากกัน เขาเป็นบุคคลแรกที่เย็บลำไส้ และล้างแผลสดด้วยแอลกอฮอล์

เอวิเซอร์มา (Avicenna) (พ.ศ. 1523 - 1580) เขียนวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยอาศัยรากฐานจากงานของ ฮิปโปเครติส (Hippocrates) ร่วมกับงานที่เขาประสพ ซึ่งอันนี้แสดงให้เห็นถึงบันทึกทางคลินิก (Clinical notes) ประโยชน์ของการบันทึกการดูแลรักษาทางการแพทย์ในปัจจุบัน

ระหว่างไบเซนไทน์ (Byzantine) สมัยยิว (Jewish) สมัยพระมุฮัมหมัด (Mohammedan) และสมัยกลางคุณค่าของการแพทย์มักจะเสื่อมลงในทางศีลธรรมของประชาชน ดังนั้น รายงานทางการแพทย์ก็มีเก็บรวบรวมน้อยลงไป

7. สมัยกลาง (Medieval)

โรงพยาบาลเซนต์ บาร์โทโลมิว (St. Bartolomew) ลอนดอน ประเทศอังกฤษ ซึ่งยังเป็นโรงพยาบาลเดียวที่ยังคงมีอยู่ในสมัยกลาง ซึ่งโรงพยาบาลมักถูกเรียกว่าเป็นโบสถ์ รายงานการแพทย์ก็ยังมีอยู่ ปี พ.ศ. 1137 ได้มีการจัดพิมพ์หนังสือขึ้นเป็นตำราภาษาอังกฤษ โดย เซอร์ นอร์แมน มัวร์ (Sir Norman Moore) เป็นคนเขียนตำราแพทย์เป็นภาษาอังกฤษ มีประมาณ 28 กรณีศึกษา

8. สมัยฟื้นฟูศิลปวิทยาการ (Renaissance)

สมัยฟื้นฟูศิลปวิทยาการ ศตวรรษที่ 15-16 สมัยนี้ ความเจริญรุ่งเรือง เริ่มมีมากขึ้นในยุโรป สมัยพระเจ้าเฮนรี่ ที่ 2 (พ.ศ. 2052-2137) โรงพยาบาล เซนต์ บาร์โทโลมิว (St. Bartholomew) เจริญมากรัฐบาลให้ความช่วยเหลือการเก็บรวบรวมรายงานการแพทย์ค่อยดีขึ้น คือ เห็นความสำคัญของรายงาน ควรจะเก็บในที่ ๆ ปลอดภัย สะดวกในการค้นหา ดังนั้น หนังสือต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมากมาย ในโรงพยาบาลเซนต์ บาร์โทโลมิว (St. Bartholomew) จึงได้ถือว่าเป็นต้นตำหรับของการเริ่มต้น หอสมุดเวชระเบียน (Medical record libraries) ใน ปี พ.ศ. 2210 และแอนดริส เวซิเลียส (Andreas Vesalius) (พ.ศ. 2057 - 2107) ชาวเบลเยียมก็ได้จัดทำเกี่ยวกับกายวิภาคขึ้นได้เก็บรวบรวมสิ่งที่เขา ค้นพบไว้อย่างมากมาย โบสถ์คริสต์ (Roman Chartholic Church) ในสมัยนั้นห้ามในการผ่าศพ แต่ เวซิเลียส (Vesalius) ได้ทำการผ่าศพพวกอาชญากรอย่างปกปิดซ่อนเร้น เพื่อศึกษาดูเกี่ยวกับกายวิภาค การศึกษานี้ศึกษาในร่างกายของคนเป็นส่วนใหญ่ กว่าการศึกษาในร่างกายของสัตว์ จาก การศึกษากายวิภาคนี้เอง ทำให้แพทย์ได้รู้ถึงหน้าที่ในร่างกายของคน จากผลการศึกษาของ เวซิเลียส (Vesalius) ได้พิมพ์เป็นหนังสือกายวิภาคขึ้น เมื่อปี พ.ศ. 2086 ต่อมา เวซิเลียส (Vesalius) ได้เป็น ศาสตราจารย์ทางกายวิภาคของมหาวิทยาลัยปาตัว (Padue University) เป็นคนแรกของมหาวิทยาลัย นี้ และยุโรป

9. สมัยศตวรรษที่ 17

การเขียนรายงานการแพทย์ก็คงดำเนินต่อไปเป็นอย่างดี ถือเป็นหน้าที่ของแพทย์ผู้ดูแล ที่จะเขียนรายงานไว้ ซึ่งจะเห็นได้จากรายงานของ ดร.วิลเลียม ฮาร์เวย์ (Dr. William Harvey) ของ โรงพยาบาลเซนต์ บาร์โทโลมิว (St. Bartholomew) ได้กล่าวถึงความรับผิดชอบของแพทย์ พยาบาล และทุกคนที่มีต่อคนไข้ทุก ๆ คน

ในปี พ.ศ. 2205 เริ่มศึกษาสถิติชีพเป็นครั้งแรก โดยกัปตัน จอห์น กรานท์ (John Grant) เขาได้พิมพ์สิ่งที่เขาพบเห็นโดยบันทึกรายงานการตาย การสมรส และศาสนา ในการศึกษา นี้ เขาได้ชี้ให้เห็นข้อเท็จจริงหลายอย่าง ซึ่งนำมาใช้ในปัจจุบันได้ เช่น อัตราตายในชนบทสูงกว่าในกรุง อัตราการเกิดชายมากกว่าหญิง ส่วนอัตราตายประมาณใกล้เคียงกัน

10. สมัยศตวรรษที่ 18

ช่วงศตวรรษที่ 18 พัฒนาการการดูแลสุขภาพเป็นไปอย่างช้า ๆ ก่อนมีการรวมตัว ของประเทศสหรัฐอเมริกา เบนจามิน เฟรงคลิน (Benjamin Franklin) เป็นผู้บริหารกลางของ โรงพยาบาลในอาณานิคมฟิลาเดลเฟีย (Philadelphia) ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ. 2295 รู้จักในนามโรงพยาบาล เพ็นซิลวาเนีย (Pennsylvania Hospital) ผู้เปรียบเสมือนเลขาธิการโรงพยาบาล พบการบันทึกที่ เก่าแก่ที่สุด รายงานระยะแรก ๆ เขาเป็นคนเขียนเอง ในระยะ 50 ปีแรกเป็นการบันทึก ชื่อผู้ป่วย ที่อยู่ อาการป่วย วันรับ วันจำหน่าย ผลการรักษา ต่อมาในปี พ.ศ. 2346 เริ่มเก็บรายละเอียด เฉพาะในราย ที่น่าสนใจ และวาดเป็นรูปภาพ และใน ปี พ.ศ. 2416 โรงพยาบาลเริ่มเก็บประวัติ ซึ่งบางส่วนยังคง สภาพถึงปัจจุบัน รวมทั้งเริ่มมีการจัดทำดัชนีผู้ป่วย แต่ไม่ได้ทำในรูปของบัตร (Card) ต่อมาใน ปี พ.ศ. 2314

เปิดโรงพยาบาลนิวยอร์ก (The New York Hospital) และเริ่มลงทะเบียนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2334 ได้แก่ การวินิจฉัย อายุ วันรับ อาชีพ การเจ็บป่วย การรักษา บันทึกความก้าวหน้า การเริ่มต้นต่าง ๆ ในปี 1862 ทาซันที่ โรงพยาบาลนิวยอร์ก ไม่ค่อยได้ผลนัก จนกระทั่งปี 1914 การให้ชื่อโรคได้เป็นที่ยอมรับของคนทั่วไป ปี พ.ศ. 2456 ดร.แฟรงคิน เอช มาร์ติน (Dr. Frankin H. Martin) แห่งวิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกา (The American College of Surgeons) เป็นผู้นำเวชระเบียนเข้าสู่ที่ประชุมมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Standardization) เนื่องจากเชื่อว่าเวชระเบียนเป็นหลักฐานสำคัญในการพัฒนามาตรฐานการรักษาผู้ป่วย

11. สมัยศตวรรษที่ 19

ปี พ.ศ. 2364 เปิดโรงพยาบาลแมสซาชูเซตส์ (Massachusetts General Hospital) ในบอสตัน มีการจัดเก็บที่ข้อมูลทางคลินิกที่ค่อนข้างสมบูรณ์สำหรับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ข้อมูลโรค การผ่าตัดและหัตถการ เก็บเพื่อวัตถุประสงค์ การดูแลผู้ป่วย การวิจัย และสถิติ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2436 เริ่มใช้บัตรประจำตัวผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2414 ในระยะนี้เองที่มีการใช้เงินถึง 300 เหรียญอเมริกา เพื่อจะรื้อฟื้นรายงานผู้ป่วยเก่า ๆ โดยทำเป็น Catalogue ซึ่งเจ้าหน้าที่ห้องสมุดช่วยดำเนินการ ในปี พ.ศ. 2413 - พ.ศ. 2436 บัตรใช้พิมพ์ดีด ในระยะ 3 ปี ต่อมาดัชนีทำขึ้นเป็นบัตรของแต่ละคน ใช้เขียนด้วยมือ เวชระเบียนฉบับแรกที่เขียนด้วยหมึก ซึ่งหาดูได้ในปัจจุบัน เขียนในกระดาษม้วนยาว 18 นิ้ว กว้าง 12 นิ้ว หนา 2.5 นิ้ว ม้วนไว้ในหนังสือซึ่งหนัก 10 ปอนด์ รายงานบันทึกคนไข้ 164 คน รับการผ่าตัด และหลายปีต่อมาก็มีการผ่าตัดอีก 487 ราย ความจริงอันนี้ สามารถพิสูจน์ถึงคุณค่าของการเก็บรวบรวมเวชระเบียนไว้นั้น มีประโยชน์อย่างมากต่อการค้นคว้าสถิติ⁷³

12. สมัยศตวรรษที่ 20

ในขณะที่โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ เก็บเวชระเบียนไว้ในสมัยก่อนศตวรรษที่ 20 ในปี พ.ศ. 2445 ได้มีการวิจารณ์เกี่ยวกับเวชระเบียน ว่าไม่ค่อยจะเป็นแบบฟอร์มเดียวกัน ขึ้นอยู่แต่ละบุคคลและในปี พ.ศ. 2448 คณะแพทย์จึงเริ่มที่จะเห็นคุณค่าของเวชระเบียนว่า มีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างมากในวงการแพทย์ ดังนั้น น.พ. จี วิลสัน (G. Wilson) แห่ง Portland Oregon ได้อ่านรายงาน "A Clinical Chart for the Records of patients in small hospital" ในการประชุมประจำปีครั้งที่ 56 ของสมาคมแพทย์อเมริกา เรื่องนี้จึงได้รับการพิจารณา ให้ลงตีพิมพ์ในหนังสือ Journal of the American Medical Association on Sep. 23. 1905. น.พ. วิลสัน ได้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นอย่างยิ่งในการที่จะให้ได้รายงานทางการแพทย์ที่สมบูรณ์ เพื่อเก็บไว้เป็นเอกสารอ้างอิงได้ และยังไว้ใช้ในการเป็นเอกสารทางกฎหมายเมื่อเวลาต้องการด้วย และย้ำเน้นถึงความยากลำบากในการที่จะกระตุ้นให้แพทย์เขียนรายงาน เพราะแพทย์ไม่ค่อยจะชอบงานละเอียด

⁷³Rita Finnegan, Margret Amatakul, **Medical Record management**, 9th ed. (Illonois: Physicians' Record Company, 1990), 3-4.

และงานเสมียน แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า 50 ปี ต่อมา แพทย์ส่วนใหญ่ก็ยังคงไม่ชอบที่รับผิดชอบงานนี้ แม้ว่าเห็นถึงความสำคัญของความละเอียดและถูกต้องและเพียงพอของการเขียนรายงาน และยอมรับการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยก็ตาม

การปรับปรุงเวชระเบียนในโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ในปี พ.ศ. 2456 ได้มีการก่อตั้งวิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกา (The American College of Surgeons) โดยการนำของ น.พ. แฟรงคิน เอช มาร์ติน (Dr. Frankin H. Martin) จุดประสงค์ของเรื่องนี้ก็คือ เพื่อจะยกระดับศัลยแพทย์ให้เข้าขั้นมาตรฐาน สิ่งจำเป็นที่ต้องการก็คือ การฝึกแพทย์ที่ดีในโรงพยาบาล และต้องการข้อมูลในการแพทย์ที่ดีด้วย โดยมีการประชุมตกลงกันและในปี พ.ศ. 2462 มีหนังสือเกี่ยวกับการบริหารบรรยายว่า “โรงพยาบาลมาตรฐานไม่ได้หมายถึงแต่เพียงว่า การรักษาคนไข้ถูกเงินเท่านั้น แต่โรงพยาบาลทุกแห่งจะต้องให้บริการอย่างดีเยี่ยมและดำเนินงานนั้น ๆ ตลอดไป โรงพยาบาลจะต้องรู้ว่าทำอะไรไปแล้วและจะต้องเขียนรายงานไว้ด้วย ดังนั้น รายงานการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกในการวัดบริการโรงพยาบาลมาตรฐานทุกแห่ง” รายงานผู้ป่วยแต่ละรายเป็นสิ่งซึ่งแสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลทำอะไรให้แก่ผู้ป่วยบ้าง ไม่ใช่เก็บรายงานไว้แบบโรงงานผลิตสินค้าอะไรบางอย่างเท่านั้น เพื่อที่จะได้ประเมินผลการทำการผ่าตัดควาติเลวอย่างไรบ้าง จากรายงานผู้ป่วยว่า ศัลยแพทย์ทำอะไรไปบ้างแล้ว จะได้ผลดีเลวแค่ไหน ควรแก้ไขอย่างไร และยังพยายามศึกษาถึงวิธีการเขียนรายงานด้วย ว่าควรจะเก็บรวบรวมอย่างไร ให้ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ไม่ใช่เพียงแต่จะแข่งขันกัน หมู่มากเท่านั้น ยังเพื่อให้ได้ผลการดูแลรักษาที่ดีในปัจจุบันและอนาคตด้วย นอกจากนั้น ยังมีผลทางกฎหมายด้วย ประโยชน์ต่อแพทย์ ต่อตัวผู้ป่วยเองและยังต่อการค้นคว้า ดังนั้น จึงได้จัดระบบความต้องการข้อมูลพื้นฐานขึ้นว่า รายงานคนไข้ทุกคนต้องให้ถูกต้องสมบูรณ์ เขียนลงไป ในรายงานของโรงพยาบาล

จากผลการสำรวจพบว่าในปี พ.ศ. 2461 มีโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานจำนวน 89 แห่ง ในเวลานั้นมี โรงพยาบาลในอเมริกา 5,323 โรงพยาบาล ซึ่งลงทะเบียนเป็นสมาชิกของสมาคมแพทย์อเมริกาและนอกจากนั้นมีเป็นจำนวนมากที่ไม่ลงทะเบียนและยังได้พบอีกว่ารายงานเป็นจำนวนมากได้ถูกเผาไฟไป อย่างไรก็ตาม ความเจริญก็ยังรุดหน้าไปอย่างรวดเร็ว 31 ธันวาคม พ.ศ. 2497 มี 3,515 โรงพยาบาลในอเมริกาได้รวมโดย Joint Commission จากโรงพยาบาล 6,970 แห่ง ซึ่งรายงานไว้โดยสมาคมแพทย์อเมริกา ความเจริญก็คงก้าวหน้าไปไม่หยุดยั้ง ทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณของ เวชระเบียน ดร.แฟรงคลิน เอช มาสติน (Dr. Franklin H. Mastin) และ ดร.มัลคอล์ม ที แมคคิชเชอรา (Dr. Malcolm T. MacEachera) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในเครือวิทยาลัยศัลยแพทย์ (American College of Surgeon) ได้พยายามเน้นถึงการเก็บเวชระเบียนโดยเสนอเข้าในโครงการจัดระบบโรงพยาบาลมาตรฐานจะต้องมีบุคคลที่รับผิดชอบในเรื่องรายงานนี้ด้วย⁷⁴

⁷⁴Ibid., 4.

ในการประชุมใหญ่ ได้ประสบความสำเร็จในการก่อตั้งหน่วยปรับปรุงคุณภาพของเวชระเบียน ดร.มัลคอล์ม ที แมคคิซเซอร์รา (Dr.Malcolm T. MacEachera) ได้เชิญพนักงานเวชระเบียนแห่งอเมริกา แคนาดา มาประชุมในบอสตัน ระหว่างที่มีการประชุมใหญ่ของศิษย์แพทย์แห่งอเมริกา ได้แบ่งเวลาให้อย่างมากเกี่ยวกับเวชระเบียนนี้ โดยเฉพาะในการเขียนและเก็บเวชระเบียน จึงได้แต่งตั้ง นางเกรส ไวทิง เมเยอร์ (Mrs. Grace Whiting Myers) เป็นบรรณารักษ์เวชระเบียน (Medical Record Librarian) ของโรงพยาบาลในแมสซาชูเซต เป็นประธานของการเตรียมโครงการเรื่องนี้ การประชุมใช้เวลา 1 วัน เกี่ยวกับเวชระเบียน ปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับข้อมูลในรายงานสิ่งที่พอจะหาได้ และการเก็บรักษา เจ้าหน้าที่ซึ่งจะทำงานในด้านนี้ ในการประชุมนี้จัดเมื่อ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2471 แมทิว ดับเบิลยู ฟอเลย์ (Mathew W Foley) บรรณาธิการ การบริหารโรงพยาบาลผู้สนใจเรื่องนี้ ได้ยกเรื่องมาตรฐานเวชระเบียนขึ้นมาพูด และชี้ให้เห็นถึงคุณค่าของเวชระเบียน ได้มีการแต่งตั้ง มีนางเกรส ไวทิง เมเยอร์ (Mrs. Grace Whiting Myers) เป็นประธานคนแรกของสมาคมเวชระเบียนของอเมริกาเหนือ และเป็นประธานกิตติมศักดิ์ของสมาคมเวชระเบียน คณะกรรมการเหล่านี้ได้ชื่อว่าเป็นกรรมการ เวชระเบียนของอเมริกาเหนือ ได้ตั้งวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ “การฟื้นฟู ปรับปรุง ยกฐานะ และมาตรฐานของเวชระเบียน ในโรงพยาบาลให้ดีขึ้น” ไม่ใช่เพียงแต่ลงทะเบียนในการประชุมเท่านั้น แต่ยังลงทะเบียนพนักงานเวชระเบียนด้วย เพื่อจุดประสงค์ว่า กลุ่มใหญ่เหล่านี้ จะได้รวมตัวเป็นปึกแผ่นขึ้นจนกระทั่ง เมษายน พ.ศ. 2472 มี 35 คน เข้าประชุมกันที่บ้าน ต่อมาก็คือ 58 คน ระหว่างปีแรกสมาชิกจาก 25 ของ 48 รัฐ เช่น โคลัมเบีย, อลาสก้า, ฮาวาย, บอริโก, คานาดาและจากประเทศอื่น ๆ อีก 9 ประเทศ หลายปีต่อมา ได้พิสูจน์แล้วว่า ความสำเร็จของ แมทิว ดับเบิลยู ฟอเลย์ (Mathew W Foley) มีผลแก่องค์การต่าง ๆ ซึ่งได้นำขึ้นมาพิจารณาและมีความก้าวหน้าและได้ผลอย่างมาก ต่อผู้ปฏิบัติงานเอง โดยพนักงานเวชระเบียนเลื่อนฐานะขึ้นมาเป็นระดับอาชีพ และสิ่งที่สำคัญที่สุดก็คือ มีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย การอบรมพนักงานเวชระเบียน การร่วมมือของโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเดียวกันว่า “ให้ได้การรักษาที่ถูกต้องได้ผลดี” ดังนั้น คุณภาพและปริมาณของเวชระเบียน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะต้องปรับปรุงอยู่เสมอ และยังมีจุดมุ่งหมายไว้ อีกอย่างว่า จะต้องบริการระหว่าง บรรณารักษ์เวชระเบียนด้วยกัน ซึ่งในปี พ.ศ. 2472 ที่ได้มีการประชุมประจำปีที่ชิคาโก โดยกำหนดให้มีแนวทางและอุปกรณ์ในการให้การศึกษาข้อมูล ซึ่งจะต้องมีไว้ ดังนั้นในเดือนมกราคม พ.ศ. 2473 หนังสือเล่มแรกได้ออกมาชื่อ “The Bulletin of Association of Record Librarian of North America” ได้ถูกส่งไปยังสมาชิกต่าง ๆ ซึ่งออกติดต่อกันมาเรื่อย ๆ เพื่อเป็นเครื่องช่วยการศึกษา ซึ่งหนังสือเล่มนี้ ต่อมาชื่อวารสารของสมาคมบรรณารักษ์เวชระเบียน (The Journal of the American Association Medical Record Librarian) บรรณาธิการคนแรกคือ โทมัส อา พอนตัน (Thomas R. Ponton M. D.) ซึ่งเป็นผู้สนใจงานเรื่องนี้มาก ในการที่จะช่วยยกสถานะมาตรฐานของเวชระเบียนให้ดีขึ้น⁷⁵

⁷⁵Ibid., 5-6.

การศึกษาด้านเวชระเบียนในประเทศสหรัฐอเมริกา

โครงการศึกษา ในระยะ 2 ปีแรกหลังจากองค์การจัดขึ้น ได้ประสบปัญหาหลายอย่าง จะทำให้หมู่ผู้หญิงอย่างเดียวไม่ได้ ต้องตั้งคณะกรรมการขึ้นหลายฝ่าย เพื่อจะได้อบรมพนักงานเวชระเบียน ดังนั้น หลักสูตรโดยการนำของ เจ ฮาร์เนด บัฟคิน (Je Harned Bufkin) ได้ร่างหลักสูตรการศึกษา ขึ้นในโรงพยาบาลตามความต้องการ คุณสมบัติและระยะเวลาของการศึกษาและขบวนการต่าง ๆ

ปี พ.ศ. 2468 โครงการศึกษาก็ได้เป็นรูปร่างขึ้น เป็นที่ยอมรับของคนทั่วไป การลงทะเบียนงานด้านการเวชระเบียน เริ่มมีบทบาทเป็นงานอาชีพขึ้น ซึ่งทำให้รู้สึกว่าเป็นการวัดความต้องการบุคลากรที่สามารถมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2476 จึงได้มีการลงทะเบียนขึ้น มีการแต่งตั้งกรรมการลงทะเบียนเพื่อสอบบุคลากรเหล่านั้น ให้ได้คุณสมบัติที่เหมาะสมจากผลการสอบนี้ (ผู้สอบได้ จะได้ชื่อว่า มี Registration of Medical Record และใช้อักษรย่อ R.R.L. เพื่อแสดงคุณวุฒิอย่างหลังชื่อ) ซึ่งความต้องการที่จะลงทะเบียนนี้ ได้เสนอมามากครั้ง แต่เพิ่งได้รับอนุมัติให้ใช้ได้ เวชบรรณารักษ์ (Medical Record Librarian) ได้ปฏิบัติเต็มเวลาในโรงพยาบาลที่มี 50 เตียง หรือมากกว่านั้น หรือตามคลินิกต่าง ๆ และมีความรู้พื้นฐานเทียบเท่ากับที่อบรมจากโรงพยาบาลก็ได้

ปี พ.ศ. 2478 ถือกำเนิดโปรแกรมการศึกษาด้านเวชระเบียนขึ้นครั้งแรกที่ โรงพยาบาลแมสซาชูเซตส์ (Massachusetts General Hospital) ในบอสตัน โดยมี เจเนวีฟ เชส (Genevieve chase) เป็นครูผู้สอน และโรงพยาบาลโรเชสเตอร์ (Rochester General Hospital) ใน โรเชสเตอร์ (Rochester) นิวยอร์ก (New York) โดยมี เจ ฮาร์เนด บัฟคิน (Je Harned Bufkin) เป็นครูผู้สอน ที่โรงพยาบาลเซ็นต์ แมรี (St.Mary's Hospital) ใน ดูลัท (Duluth) รัฐมินนิโซตา (Minnesota) โดยมี ซิสเตอร์ เอ็ม พาทริเซีย (Sister M. Patricia) เป็นครูผู้สอน ที่โรงพยาบาลเซ็นต์ โจเซฟ (St. Joseph Hospital) . ในรัฐชิคาโก (Chicago) โดยมี เอ็ดน่า เค ฮัฟแมน เป็นครูผู้สอน (Edna K. Huffman) ซึ่งท่านนี้ต่อมาได้เป็นปรมาจารย์เขียนตำราด้านเวชระเบียนให้เป็นแนวทางในการศึกษาด้านเวชระเบียนอย่างกว้างขวาง

ปี พ.ศ. 2485 โรงพยาบาลเซ็นต์ แมรี (St.Mary's Hospital) ในดูลัท (Duluth) ร่วมมือกับวิทยาลัยเซ็นต์ สคอลลาสติกา (College of St.Scholastica) เปิดหลักสูตรด้านเวชระเบียนระดับปริญญาตรีเป็นแห่งแรก ได้แก่ หลักสูตรการบริหารเวชระเบียน (Program in Medical Record Administration) หลักสูตรเทคโนโลยีเวชระเบียน (Program in Medical Record Technology) และหลักสูตรเทคนิคเวชระเบียน (Program in Medical Record Technician)⁷⁶ และในปี พ.ศ. 2498 มี 26 โรงเรียน

ปี พ.ศ. 2485 สมาคมบรรณารักษ์เวชระเบียน (The American Association Medical Record Librarian) ได้ตรวจตราสอดส่องโรงเรียนเหล่านี้ และพยายามปรับปรุงเรื่อย ๆ จึงมีการ

⁷⁶Jennifer Cofer, **Health Information management**, 10th ed. (Berwyn, Illinois: Physicians' Record Company, 1994), 37-41.

พิจารณาคุณสมบัติและคุณภาพของโรงเรียน ดังนั้น ทางสภาการศึกษาทางการแพทย์และโรงพยาบาล (Council on Medical Education and Hospital) เห็นด้วยกับคณะกรรมการการศึกษาการแพทย์ เรื่องนี้ จึงได้กำหนดมาตรฐานตรวจสอบโครงการอบรม และพิมพ์เอกสารออกมา โดยคณะกรรมการการศึกษา ประกอบด้วยผู้แทนจากวิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกา (American College of Surgeons) สมาคมแพทย์อเมริกา (The American Medical Association) และสมาคมโรงพยาบาลอเมริกา (The American Hospital Association) และสมาคมบรรณารักษ์เวชระเบียน (The American Association of Medical Record Librarians)

เนื่องจากการขาดเจ้าหน้าที่ซึ่งมีความรู้สมบูรณ์ในทางเวชระเบียนนี้มาก ดังนั้นในปี พ.ศ. 2494 ได้จัดการอบรมบุคลากรทางด้านนี้ ให้ออกกับความต้องการ ซึ่งบุคลากรเหล่านี้มีความเชี่ยวชาญน้อยกว่าบรรณารักษ์เวชระเบียน แต่มีความรู้พอที่จะทำงานนี้ได้โดยอยู่ภายใต้ความควบคุมของบรรณารักษ์เวชระเบียนในโรงพยาบาลใหญ่ จึงได้มีการร่างหลักสูตรโดยกำหนดว่า ผู้จะเข้ารับการอบรม จะต้องมีความรู้ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (High school)

ในปีพ.ศ. 2495 ได้มีผู้แทนจาก วิทยาลัยแพทย์อเมริกา (American College of Physicians) และสมาคมการสาธารณสุขอเมริกา (The American Public Health Association) มาสมทบด้วย คณะกรรมการเหล่านี้ มีหน้าที่ควบคุมให้การศึกษาค่าความก้าวหน้าทางเวชระเบียน อบรมบุคลากรทางด้านนี้ด้วย

หลักสูตรการศึกษาอย่างน้อยต้อง 2 ปี (มี 60 Semester hours หรือ เทียบเท่า) คุณวุฒิจากมหาวิทยาลัย วิทยาลัยที่ทางรัฐรับรองหรือพนักงานเวชระเบียนอบรมในโรงพยาบาลให้ปริญญา ระยะเวลา 1 ปี (50 สัปดาห์)

วิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกา (American College of Surgeons) ได้ดำเนินการรับผิดชอบเกี่ยวกับการควบคุมมาตรฐานงานเวชระเบียน มาตลอดจนถึง 6 ธันวาคม พ.ศ. 2495 หลังจากนั้น ในวงการแพทย์ Joint Commission in Accreditation of Hospitals รับผิดชอบไม่เฉพาะแต่จะดำเนินการต่อไปเท่านั้น ยังมีหน้าที่ส่วนใหญ่ที่จะรับผิดชอบในเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล ด้วย สมาชิกของ Joint Commission แต่งตั้งโดยองค์การต่อไปนี้ของประเทศอเมริกา คือสมาคมแพทย์ สมาคมโรงพยาบาล สมาคมศัลยแพทย์ สมาคมโรงเรียนแพทย์ และสมาคมแพทย์ของคานาดา สมาชิกสมาคม ประกอบด้วยผู้บริหารงาน ของสหรัฐและคานาดา มีสมาชิกจำนวน 20 คน การตัดสินคุณภาพของโรงพยาบาล ขึ้นอยู่กับเวชระเบียน ดังนั้น คณะกรรมการเวชระเบียนต้องประชุมกันทุก ๆ เดือนเป็นอย่างน้อย รายงานการประชุมเก็บไว้แล้วแจกให้แพทย์รับทราบ บางแห่งปีละครั้ง เพื่อพิจารณาคุณค่าของรายงาน คุณค่าการดูแลรักษาผู้ป่วย

ขอข่ายการรับผิดชอบของบุคคลนี้กว้างขวางกว่า มีความรับผิดชอบสูงกว่าในโรงพยาบาลใหญ่ คลินิกใหญ่ ๆ หรือสถานการแพทย์ ขอบเขตการศึกษา รัฐบาลและอุตสาหกรรม ทั้งในสหรัฐ ต่างประเทศเริ่มรู้จักว่า ความรู้ ความชำนาญของเวชบรรณารักษ์นี้ สามารถอยู่ในระดับผู้บริหารได้ ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2496 เวชบรรณารักษ์จึงได้จัดให้อยู่ในผู้ที่มีความชำนาญพิเศษ ความรู้

พื้นฐานของคนพวกนี้ ต้องจบจากมหาวิทยาลัย และได้รับการอบรมทางโรงเรียนเวชระเบียนอีกด้วย และยังต้องลงทะเบียน จึงจะมีสิทธิชี้คำต่อท้ายชื่อว่า ประกาศนียบัตรของบรรณารักษ์เวชระเบียน (Certification of Medical Record Librarians: C.R.L.)

ต่อมาสมาคมบรรณารักษ์เวชระเบียนอเมริกาได้เปลี่ยนชื่อเป็นสมาคมเวชระเบียนอเมริกา และสมาคมการจัดการสารสนเทศสุขภาพอเมริกา (America Health information Management Association) ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าด้วยความสำคัญของเวชระเบียนต่อการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ จำเป็นต้องใช้การศึกษาด้านเวชระเบียนเป็นพื้นฐานในการพัฒนางานเวชระเบียนของประเทศ ซึ่งของประเทศสหรัฐอเมริกาองค์กรวิชาชีพเข้ามามีบทบาทในการจัดการศึกษา และพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านเวชระเบียนเพื่อพัฒนางานเวชระเบียนของประเทศ โดยมีมือกบองค์กรอื่น ๆ เช่นวิทยาลัยแพทย์แพทย์ โรงพยาบาล และสภาการศึกษาของประเทศ

ต่อมาในปี พ.ศ. 2536 ได้จัดตั้งโปรแกรมการเรียนด้านรหัสทางการแพทย์สำหรับผู้สนใจจะเป็นผู้เชี่ยวชาญการให้รหัส เรียนเกี่ยวกับพื้นฐานการบันทึกสุขภาพ ศัพท์ทางการแพทย์ พยาธิวิทยาพื้นฐาน ICD-9CM หลักการให้รหัส CPT และ DRG สำหรับการเรียกเงินคืน ผู้เรียนจะต้องมีเรียนวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยามาแล้ว ซึ่งก่อนหน้านั้นในปี พ.ศ. 2535 สมาคมการจัดการสารสนเทศสุขภาพอเมริกา (AHIMA) ได้มอบประกาศนียบัตรให้กับผู้ที่สอบผ่านทักษะการให้รหัสระดับกลาง และเมื่อผ่านการทดสอบแล้วมีการศึกษาต่อเนื่องสมาคมการจัดการสารสนเทศสุขภาพอเมริกา จะได้คำหลังชื่อว่า ประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญการให้รหัส (certified coding specialist: CCS)

หากกล่าวถึงองค์การบันทึกสุขภาพนานาชาติมีหลายประเทศที่เห็นความสำคัญและร่วมกันก่อตั้ง โดย AHIMA เป็นองค์การแรก ในขณะนั้นสมาชิกส่วนใหญ่เป็นบรรณารักษ์เวชระเบียนเป็นชาวแคนาดา และต่อมาใน ปี พ.ศ. 2485 ได้ก่อตั้งสมาคมบรรณารักษ์เวชระเบียนแคนาดา (Canadian Association of Medical Record Librarians) ต่อมา ในปี พ.ศ. 2491 สหราชอาณาจักรได้ก่อตั้งสมาคมผู้ปฏิบัติงานเวชระเบียนแห่งราชอาณาจักร (Association of Medical Record Officer of Great Britain) และในปี พ.ศ. 2492 สมาคมโรงพยาบาลออสเตรเลีย รับรู้ถึงคุณค่าของผู้ที่ผ่านการอบรมทางเวชระเบียน จึงจัดตั้งสมาคมขึ้นจากสองรัฐ คือสมาคมบรรณารักษ์เวชระเบียนนิวเซาท์เวลและวิกตอเรีย (the New South Wales and Victorian Associations of Medical Record Librarians) ต่อมาในปี พ.ศ. 2495 ก่อตั้ง สหพันธ์บรรณารักษ์เวชระเบียนออสเตรเลีย ซึ่งเป็นการนำไปสู่การวิจัยและการปรับปรุงคุณภาพ เวชระเบียน ด้วยช่องทางการสื่อสารที่ถูกสร้างขึ้นจากสมาชิกขององค์การระดับชาติ จะทำให้เกิดมาตรฐานสากล การรวบรวมสถิติเพื่อการเปรียบเทียบระหว่างประเทศ เช่นเดียวกับบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ดังนั้นการประชุมเวชระเบียนนานาชาติจึงเกิดขึ้นครั้งแรกที่ประเทศอังกฤษ ใน ปี พ.ศ. 2495 มีประเทศเข้าร่วมประชุม 9 ประเทศ จนกระทั่งการประชุมนานาชาติครั้งที่ 5 ที่สต็อกโฮล์ม เป็นการประชุมสหพันธ์องค์การบันทึกสุขภาพสากล (International Federation of Health Record Organizations) และในปี พ.ศ. 2515 เป็นการประชุมครั้งที่ 6 ที่เมืองซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งถือว่าการประชุมสหพันธ์ครั้งแรกที่

ประเทศต่างๆ สนใจและกลุ่มผู้สนับสนุนกระตือรือร้นในการเข้าร่วม และสมาคมการจัดการสารสนเทศ สุขภาพอเมริกา (AHIMA) ได้รับรางวัลมากมาย วัตถุประสงค์หลักของสหพันธ์เพื่อพัฒนามาตรฐาน เวชระเบียนให้เป็นที่แพร่หลายทั่วโลก รวมทั้งพัฒนาเทคนิคเพื่อการปรับปรุงคุณภาพบริการ เวชระเบียน ซึ่งทำบนพื้นฐานของโปรแกรมการศึกษาและพัฒนาสื่อสำหรับแลกเปลี่ยนความคิดและ ประสบการณ์โดยบุคลากรเวชระเบียนในระดับสากล⁷⁷

สรุป ในการพัฒนาเวชระเบียนในต่างประเทศและระดับสากล องค์กรวิชาชีพมีบทบาทใน การพัฒนามาตรฐานเวชระเบียน บนพื้นฐานของการจัดการศึกษา และการแลกเปลี่ยนความรู้และ ประสบการณ์ระหว่างบุคลากรเวชระเบียนเพื่อการพัฒนาคุณภาพงานเวชระเบียน

เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR

การวิจัยอนาคตแบบ EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research)

เทคนิคการวิจัยแบบ EDFR เป็นเทคนิคการวิจัยที่ตอบสนองจุดมุ่งหมายและความเชื่อ พื้นฐานของการวิจัยอนาคตมากที่สุดวิธีหนึ่งในปัจจุบัน พัฒนาโดย จุมพล พูลภัทรชีวิน เป็นเทคนิค การวิจัยที่รวมเอาจุดเด่นหรือข้อดีของเทคนิค EFR และ Delphi เข้าด้วยกัน การรวมข้อดีของทั้งสอง เทคนิคช่วยแก้จุดอ่อนของแต่ละเทคนิคได้เป็นอย่างดี โดยหลักการแล้วเทคนิค EDFR เป็นการ ผสมผสานระหว่าง เทคนิค EFR และ Delphi เพียงแต่มีการปรับปรุงวิธีให้มีความยืดหยุ่นและ เหมาะสมมากขึ้น โดยในรอบแรกของการวิจัยจะใช้การสัมภาษณ์แบบ EFR ที่ปรับปรุงแล้ว หลังจาก สัมภาษณ์ในรอบแรก ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์แล้วสร้างเป็นเครื่องมือ ซึ่ง มักจะมีลักษณะเป็นแบบสอบถาม แล้วส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบตามรูปแบบของเดลฟาย เพื่อที่จะทำ การทรงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาฉันทามติ ซึ่งมักจะกระทำประมาณ 2 - 3 รอบ หลังจากนั้นจะนำข้อมูลวิเคราะห์เพื่อหาแนวโน้มที่มีความเป็นไปได้มากและมีความสอดคล้องทางความคิดเห็น ระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสรุปเขียนเป็นอนาคตภาพ

ขั้นตอนของเทคนิคการวิจัยแบบ EDFR มีดังนี้

1. กำหนดและเตรียมตัวกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนนี้สำคัญและจำเป็นมาก เชื่อว่าหากได้ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญจริง ๆ จะทำให้ผลการวิจัยน่าเชื่อถือมากขึ้นเท่านั้น ส่วนการเตรียมตัวกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ก็ยังมีความจำเป็น เพราะผู้เชี่ยวชาญอาจมองไม่เห็นความสำคัญของการวิจัยลักษณะนี้ หรืออาจไม่มี เวลาให้ผู้วิจัยได้เต็มที่ ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญเป็นการส่วนตัว อธิบายถึงจุดมุ่งหมาย ขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัยเวลาที่ต้องใช้โดยประมาณ และประโยชน์ของการวิจัย ย้ำถึงความจำเป็น และความสำคัญของการใช้ผู้เชี่ยวชาญแล้วจึงขอความร่วมมือ ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือก็จำเป็นต้องไป หาผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ถ้าได้รับความร่วมมือก็ขอนัดวันและเวลาสำหรับสัมภาษณ์ การเตรียม ผู้เชี่ยวชาญดังกล่าว นอกจากจะทำให้มั่นใจได้ว่าได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีแล้ว ยังเป็นการเปิด

⁷⁷Ibid., 37-41.

โอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้มีเวลาเตรียมตัว เตรียมข้อมูล จัดระบบข้อมูลและความคิดล่วงหน้า ช่วยให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น

2. สัมภาษณ์ (EDFR รอบที่ 1) การสัมภาษณ์ มีลักษณะและขั้นตอนคล้ายกับ EFR แต่ EDFR มีความยืดหยุ่นมากกว่า กล่าวคือ ผู้วิจัยสามารถที่จะเลือกรูปแบบการสัมภาษณ์ ที่จะตอบสนองต่อจุดมุ่งหมาย เวลา งบประมาณ และสถานการณ์ของการวิจัยได้ คือ อาจใช้รูปแบบของ EFR โดยเริ่มจาก Optimistic Realistic Scenario, Pessimistic Realistic Scenario และ Most Probable Scenario ตามลำดับ หรืออาจเลือกสัมภาษณ์ เฉพาะแนวโน้มที่ผู้เชี่ยวชาญคาดว่าจะเป็นไปได้ และน่าจะเป็น โดยไม่คำนึงถึงว่า แนวโน้มเหล่านั้นจะเป็นไปในทางดีหรือทางร้าย เพราะในการทำ EDFR รอบที่ 2 และ 3 ถ้าหากผู้วิจัยสนใจจะแยกศึกษาอนาคตภาพทั้ง 3 ภาพ ตามแบบ EFR ผู้วิจัยก็สามารถทำได้ โดยการออกแบบสอบถามที่จะช่วยให้ได้อนาคตภาพทั้ง 3 ภาพ อย่างเป็นระบบได้

3. วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ในรอบที่ 1 ของ EDFR สังเคราะห์และวิเคราะห์อย่างละเอียด และระมัดระวัง แล้วนำข้อมูลที่สังเคราะห์และวิเคราะห์แล้ว สร้างเป็นเครื่องมือสำหรับทำเดลฟายต่อไป

4. สร้างเครื่องมือ นำประเด็นหรือแนวโน้มที่สังเคราะห์แล้ว มาสร้างเป็นแบบสอบถาม โดยควรจะใช้ภาษาที่สั้น กระชับ ชัดเจน โดยพยายามคงความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้ให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ คือ ถ้าผู้เชี่ยวชาญได้ภาษาที่ชัดเจนดีแล้ว ก็ไม่ต้องปรับปรุงแก้ไข แต่ถ้าไม่คอยชัดเจนและไม่รู้ว่าในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญหมายถึงอะไร ก็ต้องแก้ไขคำพูดนั้นให้ตรงประเด็นมากที่สุด และต้องเขียนประเด็นแนวโน้มที่มีประเด็นแนวโน้มเดียวต่อ 1 ข้อ อย่าให้มีแนวโน้มย่อย ๆ เล็กๆ ในแนวโน้มใหญ่ พยายามหลีกเลี่ยงถ้อยคำที่คลุมเครือ เช่น ดีขึ้น เบลลง เพิ่มขึ้น ควรใช้ภาษาที่แสดงความเป็นกลางมากที่สุด เท่าที่จะมากได้ พยายามหลีกเลี่ยงภาษาที่สื่อถึงทัศนคติ หรือความลำเอียงของผู้วิจัย

5. ใช้วิธีการของเดลฟาย (EDFR รอบที่ 2 และ 3) ในขั้นนี้ผู้เชี่ยวชาญจะได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์ และพิจารณาข้อความแนวโน้ม ต่าง ๆ เหล่านั้น โดยผู้เชี่ยวชาญจะพิจารณาและเลือกว่า ถ้าข้อความแนวโน้มนั้นเกิดขึ้นจริง ๆ จะเป็นอนาคตที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์ และโอกาสที่ข้อความเหล่านั้นจะเป็นไปได้ในเวลาที่กำหนด สำหรับจำนวนรอบที่เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมาย งบประมาณ เวลา และกำลังคนของการวิจัย โดยที่การจะหยุดที่รอบหนึ่งรอบใดนั้น ควรจะพิจารณาคำตอบที่ได้ในรอบต่าง ๆ ว่ามีความเป็นเอกภาพ (Homogeneity) แล้วหรือยัง หรือมีความสอดคล้องกัน (Concensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ครอบคลุมเรื่องที่ต้องการศึกษามากพอหรือไม่ ถ้ามีมากพออาจจะหยุดในรอบที่ 2 หรือรอบที่ 3 ก็ได้ เรื่องจำนวนรอบนี้มีนักวิจัยศึกษาไว้โดยพบว่าการทำงานรอบ 3 รอบ เป็นจำนวนรอบที่พอดี นั่นคือความคลาดเคลื่อนจะมีไม่มากตั้งแต่รอบที่ 3 ขึ้นไป ความแตกต่างของผลที่ได้ ไม่มีนัยสำคัญ

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลของเทคนิคการวิจัยแบบ EDFR จะใช้วิธีการเช่นเดียวกับเทคนิคเดลฟาย ส่วนการนำเสนอผลการวิจัยนั้น ผู้วิจัย

อาจจะเขียนบรรยายทั้ง 3 ภาพ คือทางบวก ทางลบ และภาพที่เป็นไปได้มากที่สุด หรืออาจจะเขียนภาพสุดท้ายภาพเดียวก็ได้ แต่ทั้งนี้ควรจะระบุด้วยว่า เป็นภาพที่เป็นไปได้มากที่สุด และถ้าสามารถเขียนโยงข้อมูลต่าง ๆ ให้สัมพันธ์กันเป็นระบบได้ก็จะยิ่งดี เพราะจะทำให้มองเห็นภาพชัดเจนมากยิ่งขึ้น หรืออาจจะเขียนแยกเป็นข้อ ๆ ก็ได้แต่แนวทางที่นำมาเขียนอนาคตภาพนั้น ควรมีความสอดคล้องกันในระดับหนึ่ง ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยตั้งไว้

7. ความเที่ยง (Reliability) และความตรง (Validity) ของเทคนิค EDFR ความเที่ยงของเทคนิคการวิจัยแบบ EDFR จะอยู่ที่การให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามหลายๆ รอบ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงในแต่ละรอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลงก็แสดงว่ามีความเที่ยงมาก ส่วนความตรงของเครื่องมือการวิจัยโดยทั่วไปก็จะใช้วิธีการนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบโดยตรง แต่เทคนิคการวิจัยแบบอนาคต ทำกับผู้เชี่ยวชาญอยู่แล้ว อาจจะมีปัญหาอยู่บ้างในเรื่องของการใช้ภาษาเท่านั้น นอกจากนี้การวิจัยอนาคต ทั้งเทคนิค EFR เทคนิคเดลฟาย และเทคนิค EDFR ยังใช้วิธีการที่ทำให้เกิดความตรงของข้อมูลที่ตรงกับความรู้สึก การรับรู้ และการมีประสบการณ์โดยปราศจากอคติของผู้เชี่ยวชาญ ด้วยการให้ผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสตรวจสอบคำตอบของตนเองหลายรอบ และมีการใช้ “Cumulative Summarization Technique” ในการสัมภาษณ์ที่การสัมภาษณ์ทั่วไปไม่มี การวิจัยอนาคต เกี่ยวข้องโดยตรงกับบุคคล ดังนั้นความเที่ยงและความตรงของข้อมูลที่ได้รับ จึงขึ้นอยู่กับทางเลือกผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เกณฑ์ที่เหมาะสม และการให้ความสำคัญกับธรรมชาติของบุคคลด้วย เช่น จัดแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตัดสินใจอย่างเป็นหมวดหมู่เป็นระบบ ติดต่อกันในเวลาที่เหมาะสม ไม่เร่งรีบ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ผู้ที่ทำวิจัยอนาคตควรรู้ และตระหนักให้มาก เพื่อหาวิธีป้องกันอันจะทำให้ผลการวิจัยที่ได้รับมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

8. การประยุกต์ EDFR ถึงแม้ว่า EDFR จะเป็นเทคนิคการวิจัยที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อการวิจัยอนาคต แต่เทคนิคการวิจัยแบบ EDFR รวมไปถึง Delphi และ EFR ก็สามารถนำไปใช้วิจัยในทำนองเดียวกันกับการวิจัยรูปแบบอื่น ๆ ที่มีอยู่ได้ เช่น การวิจัยเพื่อสำรวจความคิดเห็น สำรวจปัญหา วิจัยเพื่อหารูปแบบ เพื่อกำหนดนโยบาย เพื่อกำหนดมาตรฐาน เพื่อหาวิธีแก้ปัญหาและเพื่อการตัดสินใจ เป็นต้น จะเห็นได้ว่าในปัจจุบัน ได้มีการนำเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบต่าง ๆ ไปใช้ในวงการและองค์กรต่าง ๆ มากมาย ทั้งนี้เพื่อการวางแผนในอนาคต วิเคราะห์และแก้ปัญหาในปัจจุบัน ตลอดจนการวิเคราะห์อดีต เพราะเทคนิคการวิจัยอนาคต โดยเฉพาะ Delphi และ EDFR นั้น ช่วยให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่เป็นระบบและน่าเชื่อถือมากขึ้น⁷⁸

⁷⁸ประสงค์ กลิ่นบรรม, “การมัธยศึกษาตามความต้องการของประชาชน: กรณีศึกษาโรงเรียนบางสะพานน้อยวิทยาคม” (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาดุสิตบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร การศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2558), 86-88.

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เคลเมนต์ เจ แมคโดนัลด์ (Clement J. McDonald) ศึกษาเรื่อง อุปสรรคของระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และวิธีเอาชนะ พบว่า ทุกองค์กรต้องการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ แต่อุปสรรคที่สำคัญคือความแตกต่างของระบบงานต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้ว โดยเฉพาะในด้านโครงสร้าง ระบบการให้รหัส ดังนั้นเราควรให้ความสนใจกับการเชื่อมโยงมากกว่าสนใจที่ระบบของเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ มีอีกหนึ่งปัญหาที่ยังคงอยู่คือเรื่องการเก็บข้อมูลของแพทย์ในรูปแบบรหัสที่มีประสิทธิภาพ⁷⁹

เรนโฮลด์ ฮ็อก (Reinhold Haux) ศึกษาเรื่อง จุดมุ่งหมาย และงานของเวชสารสนเทศ พบว่าในอนาคตจะมีการพัฒนาวิธีการและเครื่องมือในด้านของกระบวนการข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การวินิจฉัย การรักษา การตระหนักรู้และการป้องกัน การแก้ไขความพิการ การปรึกษาด้านสุขภาพ การรายงาน การบันทึกเอกสารทางการแพทย์ และการนำข้อมูลไปประกอบการตัดสินใจ ซึ่งตามหัวข้อต่าง ๆ เหล่านี้จะต้องนำเวชสารสนเทศทางการแพทย์ไปช่วยในการพัฒนาในทุก ๆ ด้าน⁸⁰

โรเจอร์ เทเลอร์ และคนอื่น ๆ (Roger Taylor and others) ศึกษาเรื่อง “การส่งเสริมเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ: มีกรณีที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากภาครัฐหรือไม่” เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (Health information technology: HIT) สามารถประหยัดทรัพยากรได้ 81-162 ล้านดอลลาร์หรือมากกว่านั้นในแต่ละปี และลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายได้เป็นอย่างมาก แต่อย่างไรก็ตามเพื่อให้ได้ประโยชน์อย่างเต็มที่จะต้องจัดระบบอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการและโครงสร้างการดูแลสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้อง ทางเลือกของนโยบายสามารถเร่งความเร็วในการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพมาใช้ นอกจากนี้การตระหนักถึงผลดีของระบบและแรงจูงใจในการส่งเสริมมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงข้อมูลในเครือข่ายที่ได้รับการพัฒนาในด้านการวัด การรายงานและคำตอบแทนตามประสิทธิภาพ การกำหนดนโยบายที่สนับสนุนเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างรวดเร็ว มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน การลงทุนควรจัดสรรเพื่อเป็นพื้นฐานในการเปลี่ยนแปลงเพื่อการพัฒนาาระบบดูแลสุขภาพของสหรัฐอเมริกาต่อไป⁸¹

กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ และ สัญญา ศรีรัตนะ ศึกษาการสำรวจการใช้ระบบสารสนเทศแบบคอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลในประเทศไทย การศึกษานี้เป็นการสำรวจข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ

⁷⁹Clement J. McDonald, “The Barriers to Electronic Medical Record system and How to overcome them,” *J Am Med Inform Assoc* 4, 3 (May-June 1997): 213-21.

⁸⁰Reinhold Haux, “Aims and tasks of medical informatics,” *International Journal of Medical Informatics* 44, 1 (March 1997): 9-20.

⁸¹Roger Taylor and others, “Promoting Health Information Technology: Is There A Case For More-Aggressive Government Action?,” *Health Affairs* 24, 5 (September 2005).

สถานการณ์การใช้และการลงทุนในระบบสารสนเทศแบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลในประเทศไทย โดยการส่งแบบสอบถามผู้แทนอย่างน้อย 2 คน ของโรงพยาบาลทั่วประเทศ ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2547 ทางไปรษณีย์ และ/หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ร่วมกับการติดตามผลทาง โทรศัพท์ประมาณ 2 สัปดาห์หลังจากจัดส่ง ข้อมูลที่ได้จากโรงพยาบาล 504 แห่งที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม (อัตราการตอบกลับร้อยละ 38.68) พบว่าโรงพยาบาลร้อยละ 88.49 มีการใช้ระบบสารสนเทศแบบคอมพิวเตอร์ เพื่ออำนวยความสะดวกในการบริหารจัดการ โดยเฉพาะการรายงานมากกว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพในขณะที่ค่าใช้จ่ายบุคลากรและความพร้อมของระบบสนับสนุนเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้โรงพยาบาลไม่ใช้ระบบฯ การพิจารณาเลือกใช้ระบบฯ ยังขาดกลไกการควบคุมที่ชัดเจนและขึ้นอยู่กับพิจารณาของโรงพยาบาลแต่ละแห่งเป็นสำคัญ โดยในปัจจุบันมีระบบฯ ที่แตกต่างกันถึง 44 ชนิด ระบบฯ ที่มีผู้ใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ Stat/Dispense (17%) MitNet (9%) ระบบที่พัฒนาเอง (8%) HI (5%) และ Thiades (4%) นอกจากนี้ยังพบว่าโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งได้ลงทุนในเรื่องของ Hardware, Software, Peopeware ไปแล้วอย่างน้อยกว่า 854, 238 และ 254 ล้านบาท ตามลำดับ รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 1,235 ล้านบาท คิดเป็นค่าเฉลี่ยประมาณ 3.88 ล้านบาทต่อแห่ง มาตรฐาน 1.58 ล้านบาทต่อแห่ง และมีแนวโน้มสูงมากขึ้นตลอด 4-5 ปีที่ผ่านมา⁸²

ภูวนิดา คุณผลิน ศึกษา การบริหารการพัฒนายุทธศาสตร์การท่องเที่ยวของกรุงเทพมหานคร แบบบูรณาการ ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยแบ่งเป็นการศึกษากระบวนการบูรณาการในระดับมหภาค เพื่อบูรณาการยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวของกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลเชิงลึกโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Ethnographic Delphi Future Research: EDFR) ซึ่งเป็นเทคนิควิธีรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้บริหารระดับสูง จากหน่วยงานภาครัฐ และหน่วยงานเอกชน นักวิชาการด้านการท่องเที่ยว และผู้แทนของกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน จำนวน 30 คน ส่วนการศึกษากระบวนการบูรณาการในระดับจุลภาค ผู้วิจัยศึกษาแบบกรณีศึกษา (Case Study) ผลการวิจัยพบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า รูปแบบกระบวนการบูรณาการมีแนวโน้มความน่าจะเป็นจะเป็นในระดับมากที่สุด คือปัจจัยตัวเร่ง (Catalyst) การบูรณาการด้านการท่องเที่ยว คือนโยบายของรัฐบาล ส่วนรูปแบบกระบวนการบูรณาการมีแนวโน้มความน่าจะเป็นในระดับมาก คือ ยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวของกรุงเทพมหานคร ควรเชื่อมโยงกับนโยบายแผนการตลาดของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง และแผนการตลาด/ของกลุ่มสมาคมของเอกชน มีการระดมความคิดเห็นจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการจัดตั้งคณะกรรมการการท่องเที่ยวแห่งชาติที่ประธานคณะกรรมการมีความเป็นผู้นำ และมีอำนาจตัดสินใจ และมีการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการท่องเที่ยว ส่วนปัจจัยตัวเร่งมี 6 ด้าน คือ สื่อมวลชน ผู้นำในองค์กรหรือท้องถิ่น งบประมาณ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานภาครัฐด้านการ

⁸²กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ และสัญญา ศรีรัตนะ, “การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข,” **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 14, 5 (กันยายน – ตุลาคม 2548): 830.

ห้องเที่ยว และภาคเอกชนด้านท่องเที่ยว โดยโมเดลกระบวนการบูรณาการ มี 2 ระดับ คือ “โมเดลกระบวนการบูรณาการระดับมหภาค” เน้นการบูรณาการในระดับนโยบายยุทธศาสตร์ แผนงานด้านการท่องเที่ยวของหน่วยงานต่าง ๆ เข้าด้วยกัน และ “โมเดลกระบวนการระดับจุลภาค” เน้นการบูรณาการระดับพื้นที่ประกอบด้วย การประเมินความต้องการ (Need Assessment) การกำหนดเป้าหมาย (Setting Goals) การกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Identification Stakeholder) การกำหนดพันธกิจและภารกิจ (Mission and Function Analysis) กระบวนการมีส่วนร่วม (Participation Process) การตั้งวัตถุประสงค์ (Setting Objectives) การบูรณาการแผน (Responsibilities) การปฏิบัติการ (Implimentation) การประเมินผลแบบมีส่วนร่วม (Participatory Evaluation)⁸³

แสงเทียน อยู่เถา ศึกษา แนวคิดรูปแบบการใส่ข้อมูลอัตโนมัติในเวชระเบียน: ส่วนหนึ่งในกระบวนการปรับปรุงเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์สู่การพัฒนาเวชสารสนเทศ โดยทำการศึกษารอบแนวคิดและเทคนิคต่าง ๆ ที่สามารถนำเข้ามาประยุกต์ใช้ในการนำข้อมูลเวชระเบียนอัตโนมัติ โดยให้มีการอ่านค่าจากเครื่องมือแพทย์ เครื่องตรวจสอบระบุคน รวมถึงการนำข้อมูลจากเครื่องมืออื่น ๆ โดยใช้โปรแกรมที่สามารถติดต่อกับตัวอินเตอร์เฟซของอุปกรณ์ แล้วสามารถนำค่าของอุปกรณ์เหล่านั้นเข้ามาโดยตรง หรือจากการนำเข้ามาหลังจากการใช้โปรแกรมที่ให้มากับอุปกรณ์เหล่านั้นแล้วให้โปรแกรมที่จัดทำขึ้นแปลงข้อมูลออกมาเป็นรูปแบบใหม่ จากนั้นก็นำมาแบ่งเป็นข้อมูลของตัวแปรต่างๆ ที่สามารถนำไปยังโปรแกรมที่ใช้ในการจัดทำเวชระเบียนผู้ป่วยโดยอัตโนมัติ การประยุกต์ใช้งานจากกรอบความคิดของรูปแบบในการนำข้อมูลเวชระเบียนอัตโนมัติ สามารถที่จะประยุกต์ใช้ในกรณีของการสกรีนผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ที่สามารถจะใส่ข้อมูลอัตโนมัติ โดยการใช้อินเตอร์เฟซของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ เช่น เครื่องมือวัดไข้ เครื่องตรวจความดัน หรืออื่น ๆ ที่ส่วนของการสกรีนก่อนพบแพทย์ มีเครื่องมือที่จะสามารถผ่านอินเตอร์เฟซ และเข้าสู่โปรแกรมแปลงเพื่อลงในเวชระเบียนอัตโนมัติ จากกรณีบัตรเก่าเพียงผ่านเครื่องตรวจสอบระบุคน ก็สามารถใส่ข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอัตโนมัติทันที พร้อมทั้งจะให้มีการดำเนินการทางการแพทย์ในระบบเวชระเบียนได้ทันที จากกรณีผลจากห้องปฏิบัติการต่าง ๆ รวมถึงงานรังสีและห้องปฏิบัติการที่มีเครื่องมือตรวจภายใน หรือที่มีเครื่องมือตรวจที่สามารถจะผ่านอินเตอร์เฟซได้ก็สามารถใช้กรอบแนวคิดนี้ในการลงข้อมูลในเวชระเบียนโดยอัตโนมัติทันที การศึกษารอบแนวคิดดังกล่าวเป็นพื้นฐานของการออกแบบโปรแกรมเพื่อนำข้อมูลอัตโนมัติไปยังเวชระเบียนโดยตรง โดยไม่ต้องมีการใส่ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มเติม แต่เป็นเพียงผู้ตรวจสอบ และทำการวัดความเที่ยงตรงของเครื่องมือเหล่านั้นเท่านั้น ทำให้ได้ค่าของข้อมูลที่ถูกต้องเที่ยงตรงมากขึ้น และเป็นการลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้นด้วย การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดนี้จะต้องทำการศึกษาในลักษณะของสหวิชาชีพ

⁸³ ภูวนิดา คุณผลินศึกษา, “การบริหารการพัฒนายุทธศาสตร์การท่องเที่ยวของกรุงเทพมหานคร แบบบูรณาการ” (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์, 2550), บทคัดย่อ.

ด้านการแพทย์ต่อไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการพัฒนาของเวชระเบียน เวชสถิติ และเวชสารสนเทศต่อไปในอนาคต⁸⁴

สตีเฟน ที. แพเรนท์ และ เจฟเฟอรี เอส แมคคัลลัฟ (Stephen T. Parente and Jeffrey S. McCullough) ศึกษาเรื่อง เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย: หลักฐานจากฐานข้อมูล ได้ทำการศึกษาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยศึกษาฐานข้อมูลผู้ป่วยในของเมดิแคร์เป็นเวลา 4 ปี พบว่า การบันทึกข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์มีผลดีเล็กน้อยและมีผลกระทบทางบวกในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้วยเหตุผลดังกล่าวควรส่งเสริมให้มีการลงทุนในการประเมินบนพื้นฐานข้อมูลหลักฐานจำเป็น⁸⁵

เรินโฮลต์ ฮ็อก (Reinhold Haux) ศึกษาเรื่อง เวชสารสนเทศ: อดีต ปัจจุบันและอนาคต กล่าวว่า เวชสารสนเทศ (Medical Informatics) เป็นรากฐานหนึ่งของเวชศาสตร์และการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน งานวิจัยด้านนี้จึงมีแนวโน้มในเรื่องเกี่ยวข้องกับข้อมูลโดยอัตโนมัติและการเก็บรักษาข้อมูล เพื่อใช้ในการวินิจฉัยและการรักษาโรคต่อไป บทบาทของ IMIA (สมาคมเวชสารสนเทศนานาชาติ) จึงมีในด้านการสร้างความร่วมมือ การเชื่อมโยงข้อมูล และส่งเสริมงานวิจัยให้แพร่หลาย⁸⁶

เจฟเฟอรี เอส แมคคัลลัฟ และคนอื่น ๆ (Jeffrey S. McCullough and others) ศึกษาเรื่อง ผลกระทบของเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ ต่อคุณภาพในโรงพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ สามารถเพิ่มคุณภาพการบริการ แต่ผลที่ได้รับจากการจัดทำระบบการบันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์อย่างกว้างขวางยังคงมีความไม่แน่นอน ได้ทำการวัดการเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพจากตัวอย่างในโรงพยาบาลของสหรัฐอเมริกาในช่วง พ.ศ. 2547 - 2550 การใช้ระบบของแพทย์และเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์มีผลดีอย่างชัดเจนในสองด้านของคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลที่เป็นสถานศึกษา สรุปได้ว่าการได้รับผลประโยชน์จากสารสนเทศสุขภาพนั้นเป็นกระบวนการที่ใช้เวลาพอสมควร และแนวนโยบายเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพในโรงพยาบาลที่ไม่ใช่สถานศึกษา อาจจะได้ผลดีกว่าการจัดหาเงินสนับสนุน⁸⁷

⁸⁴แสงเทียน อยู่เถา, “แนวคิดรูปแบบการใส่ข้อมูลอัตโนมัติในเวชระเบียน: ส่วนหนึ่งในกระบวนการปรับปรุงเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์สู่การพัฒนาเวชสารสนเทศ” (เอกสารประชุมวิชาการสมาคมเวชสารสนเทศไทย ประจำปี 2552 นนทบุรี: สมาคมเวชสารสนเทศไทย).

⁸⁵Stephen T. Parente and Jeffrey S. McCullough, “Health Information Technology And Patient Safety: Evidence From Panel Data,” **Health Affairs** 28, 2 (March–April 2009): 357-60.

⁸⁶Reinhold Haux, “Medical Informatics: Past, present, future,” **International Journal of Medical Informatics** 79, 9 (September 2010): 599-610.

⁸⁷Jeffrey S. McCullough and others, “The Effect of Health Information Technology on Quality in U.S. Hospitals” **Health Affairs** 29, 4 (April 2010): 647-654.

นิโคลาส เอ็ดวาร์ดสัน, เบต้า เอ เคส และราคุมาร์ จานาคิราแมน (Nicholas Edwardson, Bita A. Kash, Rakumar Janakiraman) ได้ศึกษา “การวัดผลกระทบของการนำเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย” ผู้วิจัยได้สำรวจผลกระทบของเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในความต้องการของการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายต่าง ๆ โดยศึกษาระบบเรียกเก็บเงินในเครือข่ายการดูแลปฐมภูมิ ซึ่งเดิมใช้ระบบเอกสาร ทำรายงานเป็นรายเดือนในระหว่างปี พ.ศ. 2551 – 2556 ผลคือระบบนี้ทำให้เกิดการเรียกเก็บที่เพิ่มขึ้น 11.09 ดอลลาร์ ต่อครั้งของผู้ป่วย และเพิ่มขึ้น 11.49 ดอลลาร์ ในการคิดแบบสะสม (per patient collection) ดังนั้นถึงแม้ว่าจะต้องใช้เงินลงทุนจำนวนมากในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ แต่ผลคุ้มค่าในระยะยาว⁸⁸

วิลเลียม อี เอ็นซินโนสา (William E. Encinosa) ศึกษาเรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพและผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายโรงพยาบาล ผลลัพธ์ และความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่าภายใต้กฎหมายใหม่ที่มีการปรับปรุงทำให้เกิดเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ขึ้น ผู้วิจัยได้ใช้ฐานข้อมูลของ MarketScan เพื่อมาศึกษาผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย พบว่า เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EMR) ไม่ได้ลดอัตราการเกิดเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EMR) สามารถลดอัตราการตาย ลดค่าใช้จ่ายได้ ดังนั้น เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EMR) จึงช่วยในการประสานงานดูแลผู้ป่วย⁸⁹

สมเพิ่ม สุขสมบูรณ์วงศ์ และคณะ ได้ศึกษาทิศทางการผลิตบุคลากรด้านเวชระเบียนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยในประเด็นเกี่ยวกับทิศทางการผลิตบุคลากรด้านเวชระเบียนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประมวลจากข้อมูลผลการศึกษาศาสนาการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานเวชสถิติปัจจุบัน และจากข้อมูลคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของเจ้าพนักงานเวชสถิติสามารถกำหนดทิศทางการผลิตบุคลากรด้านเวชระเบียน ดังนี้

1. หลักสูตร ควรเป็นหลักสูตรในระดับปริญญาตรี (4 ปี) เพื่อรองรับการขยายงานของโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงเทคโนโลยีสารสนเทศในระบบบริการสุขภาพควรเพิ่มเนื้อหาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศโดยเฉพาะการจัดการฐานข้อมูล การให้รหัสทางการแพทย์ การวิเคราะห์ นำเสนอข้อมูล และบริหารจัดการข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ และการสาธารณสุข แต่หลักสูตรระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังมีความต้องการ
2. คุณลักษณะของผู้สำเร็จการศึกษา ทิศทางการผลิตบุคลากรด้านเวชระเบียนควรเน้นคุณลักษณะของผู้สำเร็จการศึกษาดังนี้

⁸⁸Edwardson, Nicholas, Kash, Bita A., Janakiraman, Rakumar, “Measuring the Impact of Electronic Health Record Adoption on Charge Capture,” **International Journal of Medical Informatics** 79, 9 (July 2016): 599-610.

⁸⁹William E., Encinosa, “Health Information Technology and its Effects on Hospital Costs, Outcomes, and Patient Safety,” **INQUIRY** 48, 4 (Winter 2011-2012): 288-303.

2.1 ด้านคุณธรรม จริยธรรม ควรเน้นคุณลักษณะเกี่ยวกับ 1) สามารถวิเคราะห์ผลกระทบจากการใช้สื่อทางการแพทย์ต่อบุคคล องค์กรและสังคม 2) มีความตระหนักในคุณค่าและจริยธรรม เสียสละและซื่อสัตย์สุจริต 3) มีจรรยาบรรณทางวิชาการและวิชาชีพ

2.2 ด้านความรู้ ควรเน้นคุณลักษณะเกี่ยวกับ 1) ความรู้ความเข้าใจในความสำคัญของศาสตร์ทางด้านรหัสทางการแพทย์ 2) มีความรู้ความเข้าใจและสาระสำคัญของการบริหารและจัดองค์กร 3) มีความรู้ความเข้าใจในความสำคัญของศาสตร์ด้านเวชระเบียน

2.3 ด้านทักษะทางปัญญา ควรเน้นคุณลักษณะเกี่ยวกับ 1) สามารถใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และวิจัยในการแก้ปัญหา 2) สามารถประยุกต์ความรู้ด้านเวชระเบียน มีความคิดสร้างสรรค์ และทักษะการแก้ปัญหาจากการปฏิบัติงานด้านเวชระเบียนในสถานการณ์จริงได้ 3) สามารถนำข้อมูลและหลักฐานไปใช้ในการอ้างอิงและแก้ปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ

2.4 ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ควรเน้นคุณลักษณะเกี่ยวกับ 1) มีภาวะผู้นำ 2) สามารถทำงานเป็นทีมได้ 3) มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ใฝ่รู้ พัฒนาตนเอง

2.5 ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ควรเน้นคุณลักษณะเกี่ยวกับ 1) สามารถใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงานด้านเวชระเบียน 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยและภาษาอังกฤษได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถอ่าน ฟัง พูด เขียนบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ 3) สามารถประยุกต์หลักตรรกะ คณิตศาสตร์และสถิติในการปฏิบัติงานด้านเวชระเบียนได้อย่างเหมาะสม

2.6 ด้านทักษะการปฏิบัติงานทางวิชาชีพ ควรเน้นคุณลักษณะเกี่ยวกับ 1) สามารถจัดระบบบริการด้านเวชระเบียน 2) สามารถวิจัยและร่วมวิจัยกับทีมสุขภาพได้

2.7 ด้านอัตลักษณ์บัณฑิตสถาบันพระบรมราชชนก ควรเน้นคุณลักษณะเกี่ยวกับ 1) ให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 2) สามารถคิดเชิงวิเคราะห์

3. คุณลักษณะเฉพาะวิชาชีพ ในแต่ละด้าน ควรเน้นคุณลักษณะที่สำคัญ ดังนี้

3.1 ด้านเวชระเบียน ควรเน้นคุณลักษณะเกี่ยวกับ 1) การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2) การจัดระบบเวชระเบียน 3) การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจถูกแผนก

3.2 ด้านรหัสทางการแพทย์ ควรเน้นคุณลักษณะเกี่ยวกับ การให้รหัสสาเหตุภายนอกที่ทำให้เกิดโรค (External Cause)

3.3 ด้านสถิติ รายงานและเทคโนโลยีสารสนเทศ ควรเน้นคุณลักษณะเกี่ยวกับ 1) การบริหารจัดการฐานข้อมูลด้านเวชระเบียน 2) การนำเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อการตัดสินใจ 3) การใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในงานเวชระเบียน⁹⁰

⁹⁰สมเพิ่ม สุขสมบูรณ์วงศ์ และคณะ, “ทิศทางการผลิตบุคลากรด้านเวชระเบียน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข” (วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2555).

แสงเทียน อยู่เถา ศึกษาปัญหาและแนวทางการพัฒนางานเวชระเบียนและวิชาชีพเวชระเบียนในประเทศไทย พบว่าปัญหาการพัฒนางานเวชระเบียนที่สำคัญคือ เวชระเบียนหาย และค้นหาได้ล่าช้า ปัญหาในเรื่องระบบโครงสร้างและสายงานการบังคับบัญชาที่ไม่มีมาตรฐาน การให้รหัสโรคและรหัสหัตถการยังไม่สมบูรณ์ ผิดพลาดและล่าช้า มีกำลังคนไม่เพียงพอทำให้มีภาระงานมาก ระบบงานมีความซับซ้อน ยังขาดการวิเคราะห์ข้อมูล สถานที่ไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสม ยังมีปัญหาการระบุตัวผู้ป่วย การเชื่อมต่อเครือข่ายกับศูนย์ทะเบียนราษฎร และการขัดข้องของระบบคอมพิวเตอร์ และเครือข่าย ปัญหาวิชาชีพเวชระเบียนที่สำคัญคือ ไม่มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ ไม่มีตำแหน่งรองรับในสายวิชาการ สมาคมวิชาชีพไม่มีความเข้มแข็ง ไม่สามารถเป็นศูนย์กลางของบุคลากรด้านเวชระเบียน และไม่สามารถสร้างเครือข่ายวิชาชีพให้มากขึ้น ในส่วนของแนวทางการพัฒนางานเวชระเบียนที่สำคัญ คือ ให้มีบุคลากรเพียงพอ มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง พัฒนารูปแบบเวชระเบียนในระบบ EMR ที่สมบูรณ์และเป็นมาตรฐาน จัดให้มีการพัฒนาการบริการแบบ One Stop Service และให้มีชุดข้อมูลมาตรฐาน (Standard Data Set) เหมือนกันทั้งประเทศ และแนวทางการพัฒนาวิชาชีพเวชระเบียนในประเทศไทยที่สำคัญคือ การกำหนดตำแหน่ง สายงาน ภาระงาน Career Part ที่เป็นมาตรฐานและมีความชัดเจน มีใบประกอบวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับ สมาคมวิชาชีพมีความเข้มแข็ง มีการเรียนการสอนเป็นหลักสูตตรีปริญญาตรีทั้งหมด มีการจัดอบรมพัฒนาความรู้บุคลากรด้านเวชระเบียนทั้งด้าน เวชระเบียน เวชสถิติ เวชสารสนเทศ คอมพิวเตอร์ และการวิจัยทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง และสร้างเครือข่ายทั้งจากภายในประเทศและระดับนานาชาติ⁹¹

แสงเทียน อยู่เถา ศึกษา การวัดสมรรถนะงานเวชระเบียนและบุคลากรด้านเวชระเบียนในโรงพยาบาลประเทศไทย พบว่า การวัดสมรรถนะงานเวชระเบียนและวัดสมรรถนะบุคลากรด้านเวชระเบียน สามารถวัดโดยการตรวจสอบประสิทธิภาพงานเวชระเบียน และบุคลากร สามารถสรุปได้ตามหัวข้อสำคัญที่ใช้ตรวจสอบสมรรถนะงานเวชระเบียนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานด้านเวชระเบียน ได้เป็น 23 ด้านสำคัญ และสามารถวัดสมรรถนะของบุคคลด้านเวชระเบียนได้ 5 ระดับ คือระดับต้น ระดับมีความรู้บ้าง ระดับมีความรู้ปานกลาง ระดับมีความรู้สูง และระดับความเชี่ยวชาญ ส่วนการวัดสมรรถนะบุคลากรที่ไม่สามารถวัดเป็นสเกลได้คือ สมรรถนะที่เป็นพฤติกรรมเชิงความรู้สึก ในลักษณะของการวัดเจตคติที่ไม่ต้องใช้สเกล ได้แก่ ความซื่อสัตย์ ความตรงต่อเวลาในการเข้าปฏิบัติงาน ความตั้งใจในการทำงาน คุณธรรมในการปฏิบัติงาน และความเอื้ออาทรต่อผู้อื่น จาก

⁹¹แสงเทียน อยู่เถา, “ปัญหาและแนวทางการพัฒนางานเวชระเบียนและวิชาชีพเวชระเบียนในประเทศไทย” (เอกสารการประชุมวิชาการคณะสังคมศาสตร์ ประจำปี 2555 คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม).

การศึกษาครั้งนี้สามารถจัดทำเป็นแบบฟอร์มในการวัดสมรรถนะงานเวชระเบียน โดยแบ่งเป็นหัวข้อต่าง ๆ ที่จะวัด ระดับคะแนนสมรรถนะงานเวชระเบียน และสมรรถนะเชิงพฤติกรรม⁹²

มอร์แกน ไพรส์ (Morgan Price) ศึกษาเรื่อง “การนำเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ไปใช้หรือเป็นเพียงแต่การบันทึกกระดาษอิเล็กทรอนิกส์?” เพื่อเข้าใจถึงกุญแจสำคัญในการนำเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ไปใช้งานอย่างเข้าใจและทำหลายสิ่งใหม่ๆ ในบริบทของแคนาดา ใช้วิธีการสัมภาษณ์และกลุ่มแลกเปลี่ยนใน 5 หน่วยบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานในช่วง พฤศจิกายน 2554-มกราคม 2555 พบว่าบุคลากรจำนวนมากใช้ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในลักษณะของกระดาษบันทึกอิเล็กทรอนิกส์ และไม่มีการใช้คุณลักษณะที่ช่วยในการปฏิบัติงาน ซึ่งต้องใช้ข้อมูลที่มีคุณภาพ ดังนั้นการให้การศึกษาและกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพจึงมีความจำเป็นต่อบุคลากรเหล่านั้นเพื่อให้ใช้ประโยชน์จากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ได้อย่างเต็มที่⁹³

ซี พีเตอร์ วีกแมนน์ (C. Peter Waegemann) ศึกษาเรื่อง “ปัญหาของเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ” พบว่า มีการนำสารสนเทศสุขภาพ (Electronic Health Records: EHRs) มาใช้มากขึ้นตามนโยบายสนับสนุนต่าง ๆ แต่ยังคงขาดการแสดงให้เห็นถึงการประหยัดทรัพยากรอย่างชัดเจน ผู้ให้บริการยังลังเลในการนำระบบมาใช้เนื่องจากมักจะทำให้การบริการล่าช้ากว่าเดิมและไม่ตรงกับความต้องการ ในการศึกษาของ RAND ได้สนับสนุนแนวคิดที่ว่า ถ้าสามารถทำให้แพทย์ใช้สารสนเทศสุขภาพ เราก็จะประสบความสำเร็จในการใช้ระบบนี้⁹⁴

โจแอน โดโรธี วาเลอเรียส (Joanne Dorothy Valerius) ได้ศึกษาเรื่องประสบการณ์ของผู้จัดการสารสนเทศสุขภาพ ที่มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปี ในสภาพแวดล้อมของการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา สรุปได้ดังนี้ 1) ความรับผิดชอบต่อคุณภาพข้อมูล ด้วยระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมุ่งเน้นคุณภาพของข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งมีการให้รหัสและเก็บรักษาเวชระเบียนเพื่อใช้ในการวิจัยและการเรียกเก็บค่ารักษา ฉะนั้นบทบาทของผู้จัดการด้านข้อมูลสุขภาพจะต้องไปเกี่ยวกับระบบที่ซับซ้อนขึ้น ผู้เชี่ยวชาญในการให้รหัสที่มีบทบาทเปลี่ยนไป ดังนั้นผู้จัดการต้องเข้าใจการขยายตัวของระบบในอนาคตและนำพามูลค่าการดังกล่าวให้ก้าวไปอย่างทันทั่วทั้งที่ 2) การจัดการกำลังคนในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ มีการเติบโตของงานที่ต้องใช้บุคลากรที่มีการศึกษาด้านสารสนเทศสุขภาพ (Health Information) ผู้ให้ข้อมูลเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งจะมีผลต่อความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงทรัพยากร

⁹²แสงเทียน อยู่เถา, “การวัดสมรรถนะงานเวชระเบียนและบุคลากรด้านเวชระเบียน ในโรงพยาบาลประเทศไทย,” (เอกสารประชุมวิชาการประจำปี 2556 คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม).

⁹³ Morgan, Price, “Adopting electronic medical records. Are they just electronic paper records?,” **Canadian Family Physician** 59, 7 (july 2013): abstract.

⁹⁴C. Peter, Waegemann, “Health Information technology’s problem,” **Health Affairs** 32, 3 (March 2013): 629.

บุคคล ทุกคนตระหนักว่าแกนกลางการบริหารทรัพยากรบุคคลยังไม่เปลี่ยนแปลงเพื่อรองรับความเชี่ยวชาญของบุคลากรต่อระบบเวชระเบียน 3) ประสบการณ์ในด้านของเพศและความไม่เป็นธรรมที่เกี่ยวข้องกับรสนิยมทางเพศ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นหญิง (7/8) ทำให้ผู้ชายคนเดียวลำบากใจในการให้ข้อมูล และความเห็นที่แตกต่าง ทั้ง ๆ ที่มีประสบการณ์ด้านความไม่เป็นธรรมทางเพศ ทุกคนให้ความสำคัญกับการเพิ่มกำลังคนที่มีความรู้ด้านเทคนิค ผู้ให้ข้อมูลพบว่ามีความพึงพอใจในงานและผลตอบแทน แต่ก็ได้มาจากการต่อสู้ดิ้นรนที่เกี่ยวข้องกับความไม่เป็นธรรมทางเพศอยู่บ้าง 4) ความรับผิดชอบต่อการทำงานระหว่างหน่วยงาน ผู้ให้ข้อมูลแสดงให้เห็นว่ามีความจำเป็นในการทำงานร่วมกับเทคโนโลยีสารสนเทศ และความจำเป็นในการที่แต่ละหน่วยงานเข้าใจกันและกัน จากประสบการณ์มีความชัดเจนว่ามนุษย์สัมพันธ์มีความจำเป็นมากในการทำงานร่วมกัน โดยเฉพาะเมื่อมีการวางระบบใหม่และเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างกันและมีความพึงพอใจมาก มีกลุ่มอย่างไม่เป็นทางการในด้านการจัดการสารสนเทศสุขภาพที่ดำเนินงานมา 30 ปี ซึ่งทุกคนยังทำงานในหน้าที่และงานอาสาสมัคร และเป็นพี่เลี้ยงให้นักศึกษาและสมาชิกใหม่ในงานนี้⁹⁵

สตอต เอ็ม สปีดี (Stuart M. Speedie) ศึกษาเรื่อง ผลกระทบของการบันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ในผู้ป่วยเบาหวานใน 3 หน่วยงานผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยเปรียบเทียบในด้านการนอนรักษา โรงพยาบาล อัตราตาย ระยะเวลานอน และจำนวนของการสังตรวจรักษา พบว่าการมีข้อมูลเก่าในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์อาจมีคุณค่าในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและรูปแบบของผลที่ได้รับอาจแตกต่างกัน⁹⁶

โดริ เอ ครอสส์, ซันนี่ ซี ลิน และจูเลีย แอดเลอร์ มิลส์เธียน (Dori A Cross, Sunny C Lin, Julia Adler-Milstein) ศึกษาเรื่อง “การประเมินมุมมองของผู้จ่ายในด้านของการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ” เป็นการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่ขัดขวางผู้จ่ายในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ โดยการสัมภาษณ์ผู้นำจาก 17 องค์กรทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าช่องว่างระหว่างวิสัยทัศน์ของผู้จ่ายและแนวทางการแลกเปลี่ยนข้อมูลในประเทศสหรัฐอเมริกา ควรมีการกระทำเพื่อการแก้ปัญหาดังกล่าว โดยความพยายามร่วมกันของผู้ดูแลการแลกเปลี่ยนข้อมูล และการดำเนินนโยบายระดับชาติ ซึ่งจะ

⁹⁵Joanne Dorothy, Valerius, “Experiences of Health Information Managers with 20+ Years of Experiences in the Complex and Ever-Changing Health Environment” (A dissertation submitted to the faculty of University of Minisota, 2014), abstract.

⁹⁶Stuart M., Speedie, “The impact of electronic health records on people with diabetes in three different emergency departments,” **Journal of the American Medical Informatics Association** 21, e1 (February 2014): e71-e77.

ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนสารสนเทศสุขภาพ (health information exchange) มีการพัฒนาแบบยั่งยืน⁹⁷

โมฮัมหมัด นาบิล อัลมุนาวาร์ และคนอื่น ๆ (Mohammad Nabil Almunawar and others) ศึกษาเรื่อง “ระบบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์กำลังเปลี่ยนระบบดูแลสุขภาพจากการสื่อสารทางเดียวไปเป็นสื่อสารสองทางและขยายขอบเขตได้” ระบบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์มีผลในการเพิ่มคุณภาพของการบริการและบริหาร แต่ผู้รับบริการยังไม่สามารถมีส่วนร่วมในข้อมูลเหล่านั้นได้ ในปัจจุบันได้มีหลายหน่วยงานที่เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการสร้างข้อมูลดังกล่าว โดยได้รับการสนับสนุนจากระบบ web 2.0 ซึ่งทำให้สามารถที่จะสื่อสารสองทางได้ การศึกษานี้เป็นการเสนอให้เห็นโครงสร้าง 3 มิติในการบันทึกสุขภาพผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วย เวชระเบียนในแง่มุมของข้อมูลส่วนบุคคล สังคม และด้านการแพทย์ เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพ⁹⁸

คาทริน เอ็ม เครสเวลล์ และคณะ (Kathrin M. Cresswell, David W. Bates, Aziz Sheikh) ศึกษาเรื่อง “กุญแจ 10 ดอก ในการพิจารณาถึงความสำเร็จของการปรับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพขนาดใหญ่” พบว่า การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ซับซ้อนมีผลกระทบต่อระดับนานาชาติทั้งในด้านการเพิ่มความปลอดภัย คุณภาพและประสิทธิภาพการดูแล มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรับระบบการทำงานก่อนที่จะมีการปรับปรุงระบบ (HIT optimization) กุญแจที่สำคัญในการปรับปรุงระบบ ได้แก่ ความเป็นผู้นำ ยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (CQI) ถึงแม้ว่าการปรับปรุงด้านใดด้านหนึ่งจะไม่เพียงพอแต่ก็ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ⁹⁹

เอ็น แลนซ์ ดาวน์ิง และคณะ (N. Lance Downing and other) ศึกษาเรื่อง “นโยบายการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพระหว่าง 11 ระบบสุขภาพและผลกระทบในปริมาณของการแลกเปลี่ยน” ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์กับนโยบายการตัดสินใจขององค์กรในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ เป็นการศึกษาย้อนหลัง (2556 - 2558) โดยวิเคราะห์ผลของการเปลี่ยนแปลงข้อมูลรายเดือน พบว่ามีการแลกเปลี่ยนเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.49 ใน 11

⁹⁷Dori A., Cross, Lin Sunny C. and Adler-Milstein, Julia, “Assessing payer perspectives on health information exchange,” **Journal of the American Medical Informatics Association** 23, 2 (March 2016): 297-303.

⁹⁸Mohammad Nabil, Almunawar, and other, “Electronic Health Object Transforming Health Care Systems From Static to Interactive and Extensible,” **INQUIRY** 8, 52 (January-December 2015).

⁹⁹Kathrin M., Cresswell, Bates, David W., Sheikh, Aziz, “Ten key considerations for the successful optimization of large-scale health information technology,” **Journal of the American Medical Informatics Association** 24, 1 (2017): 182-187.

หน่วยงาน แสดงให้เห็นว่า การค้นหาข้อมูลโดยอัตโนมัติและการกำหนดเกณฑ์อนุญาตเท่าที่จำเป็น มีผลต่อนโยบายการตัดสินใจ เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพที่มากขึ้น¹⁰⁰

สมันตา เค เบนเนอร์ และคณะ (Samantha K. Brenner and other) ศึกษาเรื่อง “ผลกระทบของเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย: การทบทวนอย่างเป็นระบบ” เป็นการเพื่อประเมินผลที่ได้รับของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ศึกษาจากฐานข้อมูลในช่วง พ.ศ. 2544 - 2555 จาก 69 เรื่อง ที่มี 25 เรื่องที่พบว่าเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นประโยชน์ และ 43 เรื่อง ไม่พบว่ามีประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญ¹⁰¹



¹⁰⁰N Lance, Downing and other, “Health information exchange policies of 11 diverse health systems and the associated impact on volume of exchange,” **Journal of the American Medical Informatics Association** 24, 1 (2017): 113-122.

¹⁰¹Brenner, Samantha K. and other, “Effects of health information technology on patient outcomes: a systematic review,” **Journal of the American Medical Informatics Association** 23, 5 (September 2016): 1016-1036.

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย” มีวัตถุประสงค์ในการวิจัย 1) เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย 2) เพื่อกำหนดทิศทางการบริหารพัฒนางานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการวิจัยเชิงอนาคตเทคนิคการวิจัยแบบ EDFR (Ethnographic Delphi Future Research) ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและระเบียบวิธีการวิจัย ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

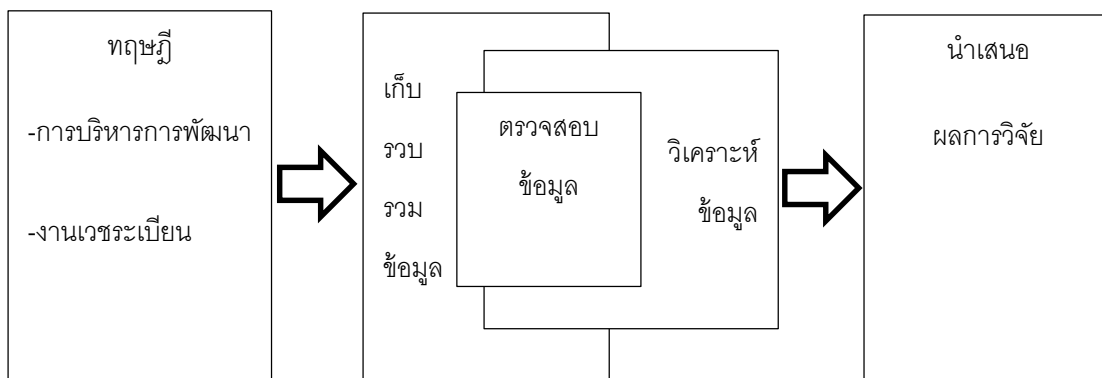
เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามระเบียบวิธีวิจัย และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมโครงการวิจัย

เป็นขั้นตอนการจัดเตรียมโครงการตามระเบียบวิธีการดำเนินการวิจัย โดยศึกษาและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการบริหารการพัฒนา และงานเวชระเบียน รวมถึงศึกษาวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เอกสาร ตำรา ข้อมูล สถิติ รายงานการวิจัย รายงานของหน่วยงานต่าง ๆ บทความวิทยานิพนธ์ วารสาร เอกสารประกอบการประชุมเสวนาทางวิชาการ อินเทอร์เน็ต ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ และข้อมูลพื้นฐานของกระทรวงสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก ที่เกี่ยวกับงานเวชระเบียน การบริหารการพัฒนา การบริหารการศึกษา และการพัฒนาบุคลากรด้านเวชระเบียน เพื่อนำมาจัดทำโครงร่างการวิจัย โดยขอคำแนะนำและความเห็นในการจัดทำโครงการวิจัยจากอาจารย์ที่ปรึกษา และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อเสนออนุมัติโครงการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนวิธีการวิจัยที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ ปรากฏอยู่ในแผนภูมิที่ 2 จากแผนภูมิจะเห็นว่าการวิจัยครั้งนี้เริ่มจากผู้วิจัยใช้แนวคิด ทฤษฎี บริหารการพัฒนา และแนวคิด ทฤษฎี งานเวชระเบียน เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัย จากนั้นได้เก็บข้อมูลโดยการศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์ และเทคนิค EDFR (Ethnographic Delphi Future Research) ตรวจสอบข้อมูล วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลด้วยทฤษฎีการ และนำเสนอผลการวิจัย สำหรับรายละเอียดของการดำเนินการแต่ละขั้นตอน ปรากฏดังต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 2 วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 การศึกษาพัฒนาการด้านเวชระเบียนในประเทศไทย ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการวิจัย ดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และเว็บไซต์ ต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เรื่อง พัฒนาการด้านเวชระเบียน ทั้งด้านงานเวชระเบียน การศึกษาและการพัฒนาบุคลากรด้านเวชระเบียน โดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านเวชระเบียน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากคุณวุฒิ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องด้านเวชระเบียน ด้านการบริหารสถานศึกษา เป็นผู้บริหารในสถาบันพระบรมราชชนกที่เกี่ยวกับกับบุคลากรด้านเวชระเบียน จำนวน 6 คน ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview)

2. นำบทสรุปพัฒนาการด้านเวชระเบียน จากการวิเคราะห์เอกสาร และการสัมภาษณ์ มาวิเคราะห์ (Content analysis) เพื่อทราบพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทยที่ผ่านมาและปัจจุบัน

ขั้นที่ 2 วิเคราะห์ทิศทางการบริหารการพัฒนาด้านเวชระเบียนในประเทศไทย ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมเกี่ยวกับการบริหารการพัฒนา และงานเวชระเบียนทั้งในประเทศและต่างประเทศ และการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยผู้บริหาร นักวิชาการ อาจารย์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียน ใช้เทคนิคการวิจัยแบบ EDFR โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) และแบบสอบถามความคิดเห็น เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์และแบบสอบถามความคิดเห็น นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และแปลผลการวิจัย เพื่อหาทิศทางการบริหารพัฒนางานเวชระเบียนสำหรับประเทศไทย ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

EDFR รอบที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) เก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 21 คน ตามข้อเสนอแนะของ

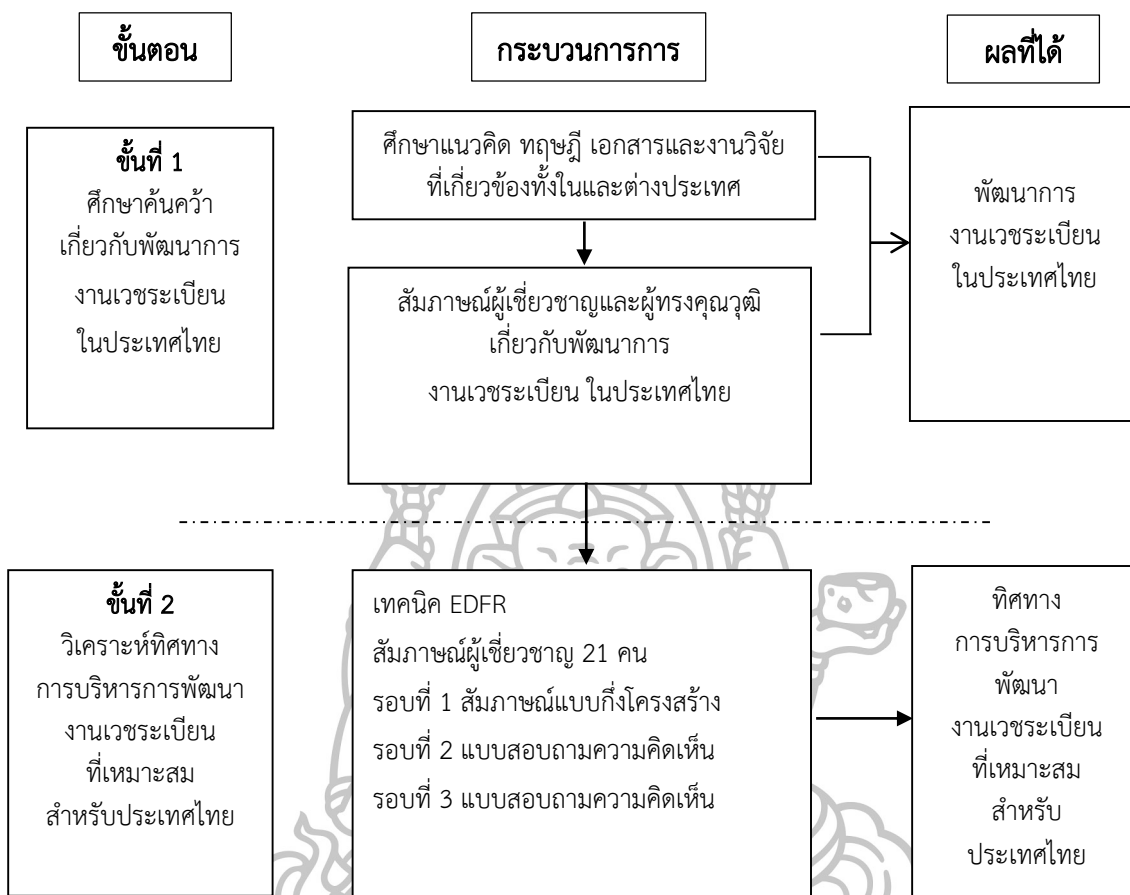
อาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content synthesis) และพัฒนาเป็นแบบสอบถามความคิดเห็น มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) เพื่อใช้เก็บข้อมูล EDFR รอบที่ 2

EDFR รอบที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็น (opinionnaire) ไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 21 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดียวกับรอบที่ 1 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ หาค่ามัธยฐาน (Median) ค่าฐานนิยม (Mode) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ของแต่ละข้อคำถาม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสร้างแบบสอบถามความคิดเห็น เพื่อเก็บข้อมูล EDFR รอบที่ 3

EDFR รอบที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยนำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม ในรอบที่ 3 โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็น ฉบับเดียวกับแบบสอบถามรอบที่ 2 แต่มีการเพิ่มค่ามัธยฐาน (Median) ค่าฐานนิยม (Mode) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ของแต่ละข้อคำถามที่วิเคราะห์ได้จากรอบที่ 2 พร้อมทั้งแสดงเครื่องหมายคำตอบของผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 21 ท่าน ที่ตอบรอบที่ 2 ลงในแบบสอบถามความคิดเห็นรอบที่ 3 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านทราบความคิดเห็นของตนเองและของกลุ่มที่ตอบแบบสอบถามความคิดเห็นไว้ จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 21 ท่าน ยืนยันคำตอบเดิมหรืออาจเปลี่ยนความคิดเห็นใหม่ ถ้าต้องการยืนยันคำตอบเดิมแต่เป็นคำตอบที่ไม่ได้อยู่ในขอบเขตพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ต้องให้เหตุผลประกอบ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ในรอบที่ 3 มาวิเคราะห์ หาค่ามัธยฐาน (Median) ค่าฐานนิยม (Mode) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ของแต่ละข้อคำถามใหม่ เพื่อวิเคราะห์และแปลผลการวิจัย เพื่อกำหนดทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย

ขั้นตอนที่ 3 การรายงานผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำผลการวิจัย ข้อค้นพบ และข้อเสนอแนะมาจัดทำรายงานการวิจัย นำเสนอต่อคณะกรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความถูกต้อง ปรับปรุงแก้ไขตามที่คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์เสนอแนะ ทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศิลปากร เพื่อขออนุมัติเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา ต่อไป รายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สามารถสรุปตามแผนภูมิ ดังนี้



แผนภูมิที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

จากแผนภูมิที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

1. การศึกษาพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย

การวิจัยในขั้นนี้ต้องการผลลัพธ์คือพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย ผู้วิจัยได้ทำกิจกรรมการวิจัย 3 กิจกรรม คือ

1.1 การศึกษาเอกสารเพื่อกำหนดแนวคิด ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีการบริหารการพัฒนาของนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศ แนวคิด ทฤษฎีงานเวชระเบียนรวมทั้งเอกสาร พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-พ.ศ. 2559) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-พ.ศ.2559) แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ. 2556-2561) แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาข้าราชการพลเรือน (พ.ศ. 2557 - 2561) แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2559 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ หลักสูตรด้านเวชระเบียน (หลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติ พ.ศ. 2518, หลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติ พ.ศ. 2530, หลักสูตรประกาศนียบัตรเวชระเบียน (เวชสถิติ) พ.ศ. 2537, หลักสูตรประกาศนียบัตรเวชระเบียน พ.ศ. 2547, หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชระเบียน พ.ศ. 2555 หลักสูตรวิทยาศาสตร์

บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน หลักสูตรสารสนเทศการแพทย์) วิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสรุปพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย

1.2 การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรด้านเวชระเบียนที่ผ่านมา หัวหน้างานเวชระเบียนโรงพยาบาลศิริราชในอดีต โรงพยาบาลราชวิถี และนักวิชาการ และผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การศึกษาทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

2.1 ใช้เทคนิค EDFR โดยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยผู้บริหารที่เกี่ยวข้องด้านการบริหารการศึกษาด้านเวชระเบียน ผู้เกี่ยวข้องด้านเวชระเบียน ผู้บริหารในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ เวชระเบียน ผู้บริหารโรงพยาบาล และหัวหน้างานเวชระเบียน

2.2 ศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบริหารการพัฒนาด้านเวชระเบียน ผนวกกับผลการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อสรุปทิศทางบริหารการพัฒนาด้านเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

ระเบียบวิธีวิจัย

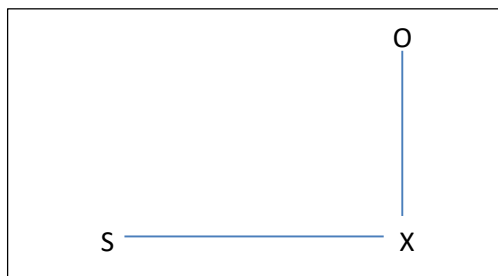
การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างถ่องแท้ กำหนดทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ผู้วิจัยจึงใช้วิธีวิจัยเชิงอนาคต เทคนิคการวิจัยแบบ EDFR เพื่อสะท้อนปรากฏการณ์จริงผ่านมุมมองของคนในบริบทนั้น ๆ ดังนั้น เพื่อให้การวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยจึงกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งประกอบด้วยแผนแบบการวิจัย ผู้ให้ข้อมูล ตัวแปรที่ศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

แผนแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร วรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ

ตอนที่ 2 เพื่อกำหนดทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย เป็นระเบียบวิธีวิจัยเชิงอนาคต โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบอนาคต EDFR (Ethnographic Delphi Future Research) โดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เลือกแบบเจาะจงสามารถเขียนเป็นแผนผังได้ดังนี้



แผนแบบการวิจัยศึกษาสภาวะการณ์โดยไม่มีการทดลอง
(The One - shot, Non - Experimental Case Study)

| | | |
|---------|---------|---|
| เมื่อ S | หมายถึง | ผู้ให้ข้อมูลที่ได้จากการเลือกเพื่อการวิจัยโดยเทคนิคการวิจัยแบบ EDFR |
| X | หมายถึง | ตัวแปรที่ศึกษา |
| O | หมายถึง | ข้อมูลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ |

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิเคราะห์และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 ของการวิจัย เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย

1. ผู้ให้ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 เป็นผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ในเรื่องเกี่ยวกับพัฒนาการงานเวชระเบียน ได้แก่ ผู้บริหารการศึกษาด้านเวชระเบียน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย นักวิชาการจากหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานในกำกับของรัฐ ผู้บริหารวิทยาลัย ผู้บริหารจากสถานบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 6 คน ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

2. สร้างเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

- 2.1 เป็นผู้บริหารหลักสูตรด้านเวชระเบียน
- 2.2 มีประสบการณ์ในการบริหารหลักสูตรด้านเวชระเบียนไม่น้อยกว่า 5 ปี
- 2.3 เป็นหัวหน้างานเวชระเบียนในช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนผ่านระบบงานเวชระเบียน
- 2.4 มีประสบการณ์ในการบริหารงานไม่น้อยกว่า 20 ปี

3. คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด

4. นำเกณฑ์การคัดเลือกและรายชื่อผู้ให้ข้อมูล เสนออาจารย์ที่ปรึกษา พิจารณาความเหมาะสม ครอบคลุม และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ให้ข้อมูลในขั้นตอนที่ 2 ของการวิจัย เพื่อกำหนดทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย โดยใช้เทคนิคการวิจัยอนาคต แบบ EDFR

1. ผู้ให้ข้อมูลในขั้นตอนที่ 2 เป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ผู้บริหารการศึกษาด้านเวชระเบียน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย นักวิชาการจากหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานในกำกับของรัฐ

ผู้บริหารวิทยาลัย ผู้บริหารจากสถานบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 21 คน ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

2. สร้างเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

2.1 เป็นผู้บริหารการศึกษาด้านเวชระเบียนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัย

2.2 มีประสบการณ์ในการบริหารการศึกษาด้านเวชระเบียนไม่น้อยกว่า 5 ปี

2.3 เป็นผู้บริหารในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเวชระเบียน ได้แก่ ผู้บริหารจากสถาบันพระบรมราชชนก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

2.4 ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ มีประสบการณ์ในการบริหารงานไม่น้อยกว่า 5 ปี

2.5 หัวหน้างานเวชระเบียน ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีด้านเวชระเบียน และที่มีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 20 ปี

3. คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด

4. นำเกณฑ์การคัดเลือกและรายชื่อกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเสนออาจารย์ที่ปรึกษา พิจารณาความเหมาะสม ครอบคลุม และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย และการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ซึ่งได้จากการสรุปผลการวิเคราะห์เอกสารและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ และการวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis)

ขั้นตอนที่ 2 เพื่อกำหนดทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ใช้เทคนิคการวิจัยแบบ EDFR เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) สัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 21 คน สำหรับ EDFR รอบที่ 1 และใช้แบบสอบถามความคิดเห็น (opinionnaire) สำหรับ EDFR รอบที่ 2 และ รอบที่ 3

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย

การสร้างและการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR เพื่อหาทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนสำหรับประเทศไทย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถามความคิดเห็น ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) สำหรับ EDFR รอบที่ 1 เป็นคำถามปลายเปิด โดยผู้วิจัยที่ได้จากการสรุปผลการวิเคราะห์ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และข้อเสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อใช้สัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 21 คน

2. แบบสอบถามความคิดเห็น (opinionnaire) สำหรับ EDFR รอบที่ 2 สร้างแบบสอบถามความคิดเห็น โดยสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในประเด็นต่าง ๆ ในรอบที่ 1 มาสร้างเป็นแบบสอบถามความคิดเห็น แบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม ในรอบที่ 2 โดยกำหนดระดับค่าคะแนนของช่วงน้ำหนักมีความหมายดังต่อไปนี้

ระดับ 5 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญ เห็นด้วยกับการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย มีค่าน้ำหนักเท่ากับ 5 คะแนน

ระดับ 4 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญ เห็นด้วยกับการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย มีค่าน้ำหนักเท่ากับ 4 คะแนน

ระดับ 3 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญ เห็นด้วยกับการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย มีค่าน้ำหนักเท่ากับ 3 คะแนน

ระดับ 2 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญ เห็นด้วยกับการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย มีค่าน้ำหนักเท่ากับ 2 คะแนน

ระดับ 1 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญ เห็นด้วยกับการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย มีค่าน้ำหนักเท่ากับ 1 คะแนน

3. แบบสอบถามความคิดเห็น (opinionnaire) สำหรับ EDFR รอบที่ 3 โดยนำคำตอบจากแบบสอบถามความคิดเห็นในรอบที่ 2 แต่ละข้อมาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน (Median) ฐานนิยม (Mode) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: Q3-Q1) แล้วนำมาสร้างแบบสอบถามใหม่ โดยใช้ข้อความเดียวกับแบบสอบถามรอบที่ 2 และเพิ่มตำแหน่งค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งคำตอบของผู้เชี่ยวชาญท่านนั้น ๆ พร้อมทั้งระบุเหตุผลส่วนท้ายของข้อความ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการโดยปรึกษาแนวทางการสัมภาษณ์ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามความคิดเห็น ซึ่งใช้ในการรวบรวมข้อมูล EDFR รอบที่ 2 และรอบที่ 3 นั้น ผู้วิจัยดำเนินการโดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการสัมภาษณ์รอบที่ 1 ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงให้มีความเหมาะสม แล้วจึงนำแบบสอบถามความคิดเห็นไปรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้
 ขั้นที่ 1 เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย เครื่องมือที่ใช้ เป็นตัวผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ค้นคว้าเอกสาร และฐานข้อมูลจากทุกแหล่งที่เกี่ยวกับพัฒนาการด้านเวชระเบียนในประเทศไทย และต่างประเทศ แนวคิดทฤษฎีการบริหารการพัฒนา และเวชระเบียน

2. การสัมภาษณ์ด้วยตนเอง

2.1 ขั้นเตรียมการ โดยการกำหนดวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะสัมภาษณ์ จัดทำตารางการสัมภาษณ์ นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เตรียมแนวทางการสัมภาษณ์ เตรียมวัสดุอุปกรณ์ และทดลองใช้เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการสัมภาษณ์

2.2 ขั้นการสัมภาษณ์ เริ่มด้วยการแนะนำตัวผู้วิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ ขณะสัมภาษณ์พยายามสังเกตและจดบันทึกให้ได้ข้อมูลตามที่กำหนดไว้

ขั้นที่ 2 เพื่อกำหนดทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ใช้เทคนิคการวิจัยแบบ EDFR ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เก็บข้อมูลรอบที่ 1 ติดต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อสัมภาษณ์ด้วยตนเองใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) เพื่อให้ได้ทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยที่ผู้เชี่ยวชาญคาดว่าเป็นไปได้และหรือควรจะเป็นในอนาคต

2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นประเด็นต่าง ๆ ในทุกประเด็นที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็น เพื่อนำประเด็นเหล่านั้นไปสร้างแบบสอบถามความคิดเห็นใช้ในการเก็บข้อมูลในการทำ EDFR รอบที่ 2

3. เก็บข้อมูลรอบที่ 2 นำแบบสอบถามความคิดเห็นไปสัมภาษณ์ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม พิจารณาประเมินค่าโอกาสความเป็นไปได้และหรือควรจะเป็นประเด็นต่าง ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์

4. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามความคิดเห็นมาวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบความสอดคล้องของคำตอบด้วยวิธีการเชิงสถิติเพื่อแสดงตำแหน่งค่าฐานนิยม (Mode) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) เพื่อนำข้อมูลที่ได้จัดทำเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นให้ผู้เชี่ยวชาญสำหรับการทำ EDFR รอบที่ 3

5. เก็บข้อมูลรอบที่ 3 ไปสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม เพื่อจะได้รับทราบข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติ ที่เป็นกลุ่มรวมและเป็นคำตอบของตนเอง เพื่อให้ความคิดเห็นเหมือนหรือความแตกต่างในแต่ละคำตอบในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และให้แต่ละท่านได้ทบทวนคำตอบของตนเองอีกครั้ง

6. ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ตรวจสอบความสอดคล้องของคำตอบด้วยวิธีการเชิงสถิติเพื่อแสดงตำแหน่งของค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าฐานนิยม ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ทั้งนี้พิจารณาจากคำตอบที่ได้ว่ามีความเป็นฉันทามติ (Concensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ครอบคลุมเรื่องที่ศึกษามากพอแล้วหรือยัง

7. นำผลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์ผลตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยถือเกณฑ์ที่มีแนวโน้มความเป็นไปได้ค่อนข้างสูง กล่าวคือ มัธยฐานที่ 3.5 ขึ้นไป และพิจารณาความสอดคล้องของคำตอบ โดยพิจารณาจาก ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquatile Range) ไม่เกิน 1.5

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร และจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ขั้นตอนที่ 2 เพื่อกำหนดทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย โดยเทคนิคการวิจัยแบบ EDFR การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

1. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จากแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง รอบที่ 1 ใช้การวิเคราะห์และสังเคราะห์ เนื้อหา

2. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามความคิดเห็นมาตราส่วนประมาณค่า ในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ใช้การคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) ฐานนิยม (Mode) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquatile Range) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แปลผลตามเกณฑ์ค่าคะแนนกลาง (Mid Point) ดังนี้

2.1 ค่ามัธยฐาน (Median: Mdn) คือค่ากลางของข้อมูลที่อยู่ตรงกลางของข้อมูลทั้งหมดที่ได้นำมาเรียงลำดับไว้ ดังนี้

ค่ามัธยฐาน 4.50 – 5.00 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ค่ามัธยฐาน 3.50 – 4.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

ค่ามัธยฐาน 2.50 – 3.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง

ค่ามัธยฐาน 1.50 – 2.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย

ค่ามัธยฐานต่ำกว่า 1.50 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

2.2 ค่าฐานนิยม (Mode: Mo) คือค่าความถี่ของระดับคะแนนจาก 1- 5 ของแต่ละข้อ ระดับคะแนนใดที่มีค่าความถี่มากที่สุด ถือเป็นค่าฐานนิยมของข้อนั้น ในกรณีข้อใดมีความถี่สูงสุดของระดับคะแนนเท่ากันและระดับคะแนนนั้นอยู่ติดกันจะถือเอาค่ากลางระหว่างคะแนนทั้งสองเป็นฐานนิยมของข้อนั้น ส่วนกรณีข้อใดมีความถี่สูงสุดของระดับคะแนนเท่ากันและระดับคะแนนไม่อยู่ติดกันจะถือว่าระดับคะแนนทั้งสองนั้นเป็นฐานนิยมของข้อนั้น

นำค่าฐานนิยมที่คำนวณได้มาหาค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างมัธยฐานกับฐานนิยม โดยผลต่างต้องมีค่าไม่เกิน 1 จึงถือว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อข้อนั้นสอดคล้องกัน

2.3 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ได้จากการคำนวณหาความแตกต่างของ ควอไทล์ที่ 1 และควอไทล์ที่ 3 ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่คำนวณได้มีค่าน้อยกว่า หรือเท่ากับ 1.50 แสดงว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกัน ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่คำนวณได้ในแต่ละข้อมีค่ามากกว่า 1.50 แสดงว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นแต่ละข้อไม่สอดคล้องกัน

เกณฑ์ในการสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำคำตอบในรอบสุดท้ายของการวิจัยที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด และมาก (ค่ามัธยฐาน 3.50 ขึ้นไป) และมีความสอดคล้องกัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับหรือน้อยกว่า 1.50) มาสรุปเป็นผลการวิจัย และนำเสนอการวิเคราะห์ผลการวิจัยในรูปของคำบรรยาย สรุปเป็นทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนสำหรับประเทศไทย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ในขั้นตอนที่ 1 เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ในขั้นตอนที่ 2 เพื่อกำหนดทิศทางการบริหารการพัฒนาการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนสำหรับประเทศไทย เทคนิคการวิจัยแบบ EDFR สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่ามัธยฐาน (median) ค่าฐานนิยม (Mode) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range) และการสังเคราะห์เนื้อหา

สรุป

การวิจัยเรื่อง “การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย” มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย 1) เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย 2) เพื่อกำหนดทิศทางการบริหารพัฒนาการงานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย เป็นวิจัยเชิงอนาคต เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR (Ethnographic Delphi Future Research) การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย เป็นการศึกษาวเคราะห์แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ทิศทางการบริหารการพัฒนาการงานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย โดยเทคนิคการวิจัยแบบ EDFR จากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 21 คน EDFR รอบที่ 1 สัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง นำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์และสร้างแบบสอบถามความคิดเห็น ใช้เก็บข้อมูล EDFR รอบที่ 2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หากค่าความสอดคล้อง หากผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นไม่สอดคล้อง ดำเนินการเก็บข้อมูลใน EDFR รอบที่ 3 และวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หากค่าความสอดคล้อง และสรุปผลการวิจัย

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย และเพื่อกำหนดทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ทั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย

เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย ผู้วิจัยวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (documentary analysis) และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย

เพื่อกำหนดทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ผู้วิจัยใช้เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research) โดยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ EDFR รอบที่ 1 ด้วยการสังเคราะห์เนื้อหา (Content Synthesis) การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย แล้วนำผลการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้ไปสร้างแบบสอบถามความคิดเห็นสำหรับ EDFR รอบที่ 2 และนำข้อมูลจาก EDFR รอบที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่ามัธยฐาน (Median) ค่าฐานนิยม (Mode) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) และสร้างแบบสอบถามความคิดเห็น EDFR รอบที่ 3 โดยนำค่ามัธยฐาน (Median) ที่มีค่า 3.5 ขึ้นไป ค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างมัธยฐานกับฐานนิยม มีค่าตั้งแต่ 0.00 – 1.00 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 มาสรุปเพื่อกำหนดทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย โดยดำเนินการตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย

เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย ผู้วิจัยวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 คือ เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย ผลการวิเคราะห์ ได้ดังนี้

การพัฒนางานเวชระเบียนในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบที่มีพื้นฐานมาจากการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียน โดยมีสรุปพัฒนาการงานเวชระเบียนควบคู่ไปกับการจัดการศึกษาเป็นระยะ ๆ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียน

สำหรับเวชระเบียนในประเทศไทยนั้น หากหมายถึงบันทึกของแพทย์ที่บันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยแล้ว พบหลักฐานทางเวชระเบียนมาตั้งแต่สมัยอยุธยาที่ นิโกลาส์ แชรแวงส ได้กล่าวถึงการแพทย์สมัยอยุธยา สมัยพระนารายณ์มหาราช ในปี พ.ศ. 2229 มีการคัดลอกกรรมของชาวตะวันตก

เซอร์วาเลียร์ เดอ ฟอว์บิง (Chevalier de Forbin) หรือ ออกพระศักดิ์สงคราม ชาวฝรั่งเศสที่มารับราชการในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชสมัยที่เกิดกบฏม็อกกะสัน ขณะนั้นฟอว์บิง เป็นผู้ว่าราชการเมืองบางกอก ได้ควบคุมทหารหลายชาติเพื่อควบคุมเมือง ในการรบมีทหารและประชาชนถูกกบฏฆ่าตายเป็นอันมากในจำนวนนั้นมีทหารฝรั่งเศสชื่อโบเรอะคาร์ที่ถูกแทงที่ท้อง ฟอว์บิง จึง “ใช้หมามาสนเป็นเข็มสองเล่มยกใส่และกระเพาะอาหารเข้าไปที่เดิมในท้อง แล้วเย็บแผลแล้วขมวดให้ติดกัน เอาไขขาวตีแล้วเอาเหล้ารัค (Raque หรือ Arrack) ซึ่งเป็นเหล้า “โอเดอวี” (Eau de vie) ชนิดหนึ่งมาผสมแล้วชะล้างแผลคนเจ็บ ล้างแผลอยู่ราว 10 วัน โบเรอะคาร์จึงฟื้นชีวิตอันตรายเป็นปกติ”¹

สมัยกรุงรัตนโกสินทร์ ในปี พ.ศ. 2378 – 2394 ร้านยาของหมอบรัดเลย์ และหมอเฮาส์ นายแพทย์แดน บีช บรัดเลย์ (Dan Beach Bradley) เปิดร้านขายยาเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2378 โดยคนใช้ส่วนมากเป็นชาวจีนและและพวกชเลย์ เมื่อครบรอบการเปิดร้าน 2 ปี (พ.ศ. 2380) เริ่มปรากฏสถิติทางการแพทย์ “มีจำนวนคนไข้ในบัญชีนับได้ 5,025 คน” และในปี พ.ศ. 2380 มีการผ่าตัดครั้งแรกเมืองไทย เป็นการผ่าตัดขนาดเล็ก เช่น การผ่าฝี ส่วนการผ่าตัดอวัยวะยังไม่ปรากฏว่ามีผู้ใดทำมาก่อน หมอบรัดเลย์ ได้บันทึกถึงการผ่าตัดครั้งแรกในเมืองไทยของตนไว้ว่า “เป็นการผ่าตัดฝีที่เหนือคิ้วของชายชาวจีนผู้หนึ่ง” ในเวลาต่อมาหมอ บรัดเลย์ ได้ทำการผ่าตัดใหญ่เป็นครั้งแรกในเมืองไทย เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2380 เนื่องจากเจ้าพระยาพระคลังจัดงานฉลองวัดประยุรวงศาวาส ปืนใหญ่ที่ใช้อย่างไฟเพนียงเกิดระเบิดขึ้นทำให้มีผู้ได้รับบาดเจ็บจากสะเก็ดระเบิด เจ้าพระยาพระคลังได้เรียกหมอบรัดเลย์ ที่อยู่ใกล้บริเวณที่เกิดเหตุให้มาทำการรักษาผู้บาดเจ็บ แต่มีผู้สมัครใจยอมให้หมอบรัดเลย์ รักษาเพียง 2 คน เท่านั้น ส่วนมากไปรักษากับหมอไทย มีภิกษุรูปหนึ่งที่ได้รับบาดเจ็บถึงขั้นกระดูกแขนแตกยอมรับการรักษา หมอบรัดเลย์จึงทำการตัดแขนผู้ป่วยที่เกิดเหตุ²

ปี พ.ศ. 2431 โรงพยาบาลศิริราชเปิดอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2431 และในปี พ.ศ. 2432 ได้ถือกำเนิดโรงเรียนแพทยากร หรือศิริราชแพทยากร เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนแพทย์ประจำโรงพยาบาลศิริราชและความต้องการเพิ่มวิชาผ่าตัดให้หมอไทย กรมพยาบาลจึงจัดตั้ง “โรงเรียนแพทยากร” หรือ “ศิริราชแพทยากร” เพื่อผลิตแพทย์ให้แก่โรงพยาบาลของรัฐบาลและมุ่งสอนวิชาแพทย์แบบตะวันตกเป็นหลัก มีนายแพทย์โรมัส เฮตวาร์ด เฮย์ (Thomas Hatward Hays) แพทย์มิชชันนารีอเมริกา เป็นอาจารย์สอน เปิดสอนในจีนที่ 5 กันยายน 2439 ต่อจากนั้นก็มีการขยายโรงเรียนอีกหลายแห่งตามมา เช่น โรงพยาบาลวชิรพยาบาล สถาปนาโดยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว เมื่อ 2 มกราคม พ.ศ. 2455 โรงพยาบาลหญิง เปิดเมื่อ 16 เมษายน 2494 และต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลราชวิถี แม้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น

¹นิโกลาส์ แชรแวงส, **ประวัติศาสตร์ชาติและการเมืองแห่งราชอาณาจักรสยาม**, แปลโดย สันต์ ท. โกมลบุตร (พระนคร: สำนักพิมพ์ก้าวหน้า, 2506), 124, อ้างถึงใน นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และคณะ, **รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ** (กรุงเทพฯ: สุขศาลา, 2556), 56.

²William L. Bradley, **สยามแต่ปางก่อน 35 ปี ในบางกอกของหมอบรัดเลย์**, แปลโดย ศรีเทพ กุสุมา ณ อยุธยา, ศรีลักษณ์ สง่าเมือง, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพฯ: มติชน, 2547), 79-81, อ้างถึงใน นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และคณะ, **รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ** (กรุงเทพฯ: สุขศาลา, 2556) 98.

จำเป็นต้องมีเวชระเบียนเพื่อทราบประวัติการเจ็บป่วยและแพทย์สามารถให้การรักษาได้อย่างต่อเนื่อง แต่พบมาก่อนปี พ.ศ. 2485 โรงพยาบาลศิริราช ยังไม่มีระบบการจัดการเวชระเบียนอย่างเป็นระบบมีรายงานผู้ป่วยเก็บไว้รวมกันทุกภาควิชา ต่อมารายงานมากขึ้นจึงเก็บไว้ในห้องเพดานที่ตึกอำนวยการ ในปี พ.ศ. 2485 ภาควิชาสูติเวชเริ่มเก็บไว้ในภาควิชา ต่อมาภาควิชาอื่นๆ จึงเก็บไว้ในแต่ละภาควิชาด้วย³

ปี พ.ศ. 2500 กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ WHO ได้เริ่มจัดทำเวชระเบียนตามระบบสากล โดยร่วมกับโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลเด็ก วางรูปแบบให้โรงพยาบาลประจำจังหวัด ทำรูปแบบการกรอกใบสรุปเพื่อจัดทำสถิติ⁴

ปี พ.ศ. 2502 โรงพยาบาลศิริราช ได้ก่อตั้งคณะกรรมการรายงานและสถิติผู้ป่วย และโรงพยาบาลหญิง ปัจจุบันคือโรงพยาบาลราชวิถี ได้จัดตั้งแผนกเวชสถิติ โดยการนำของผู้อำนวยการ นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ด้วยความร่วมมือจากองค์การอนามัยโลก ได้ส่งนายแพทย์โลเวลล์ เอ วูดเบอร์รี่ (DR. Lowell A Woodbury) เข้ามาวางระบบการเก็บสถิติให้ทันสมัยโดยใช้เครื่องจักร จากบริษัท ไอ.บี.เอ็ม. สำหรับประมวลผลและวิเคราะห์สถิติ รวมทั้งจำแนกโรคและลงรหัสตามหลักการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Diseases : ICD) โดยมีนายแพทย์ศิริพัฒน์ วัฒนเกษตร เป็นมีหน้าแผนก มีนักสถิติ 1 คน และพยาบาลทำหน้าที่ด้าน เวชระเบียน 2 คน⁵



³นันทยา แก้วรัตนปัทมา, **ประวัติเวชระเบียนไทย: หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทย**, เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2558, เข้าถึงได้จาก www.nham.ot.th/content/87/1/

⁴สมศักดิ์ เจริญชัยปิยกุล, **50 ปีโรงพยาบาลราชวิถี** (กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน), 2544), 57.

⁵สมพร เอกรัตน์, “เวชระเบียน 1” (เอกสารประกอบการสอน วิชาเวชระเบียน 1, 2537), 15.

ระยะที่ 2 ระยะการจัดหลักสูตรอบรมด้านเวชระเบียน

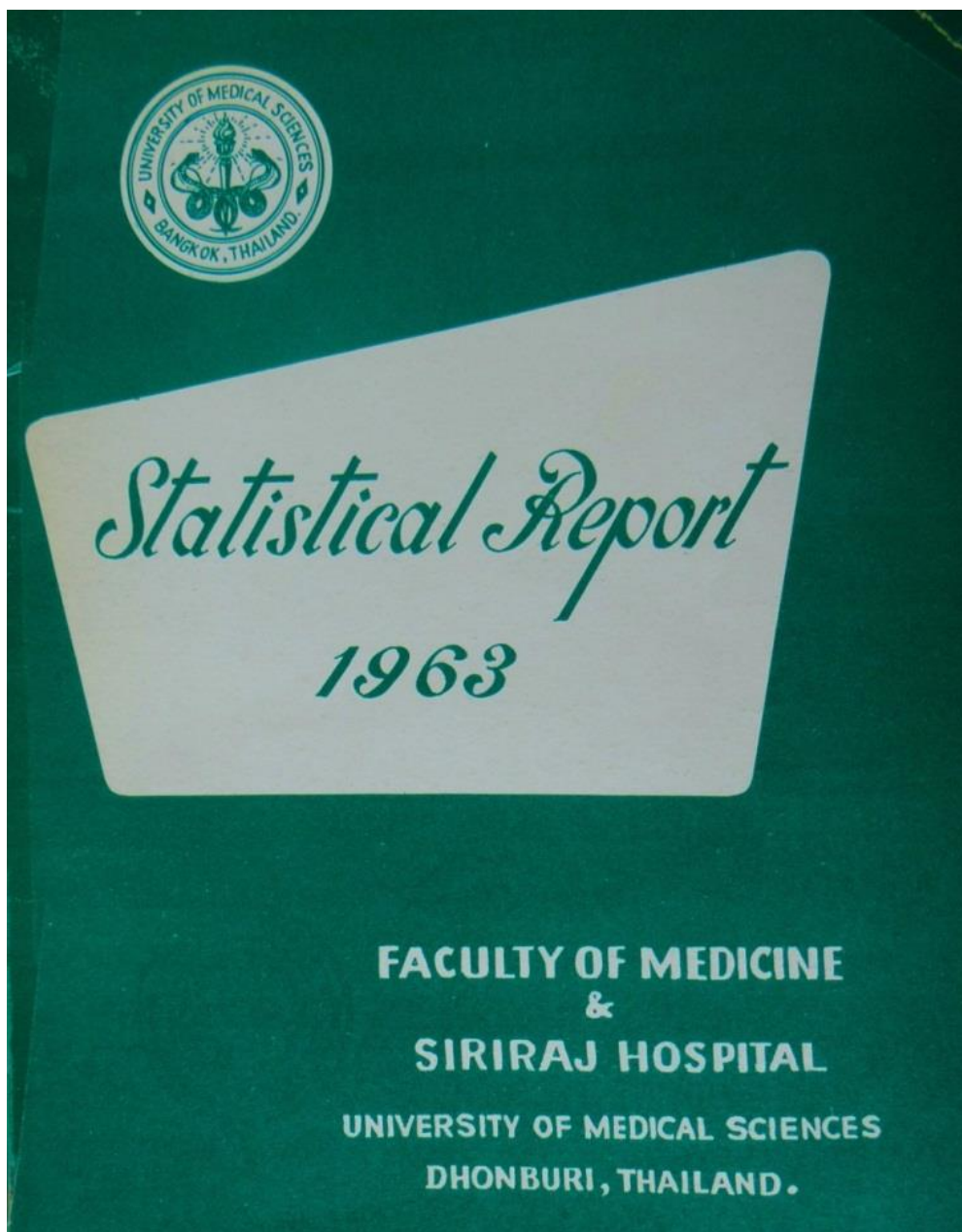
ปี พ.ศ. 2504 ด้วยความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญสถิติ ขององค์การอนามัยโลก นายแพทย์ โลเวลล์ เอ วัตต์เบอร์รี่ (DR. Lowell A Woodbury) ได้ก่อตั้งหน่วยกลางรายงานและสถิติ โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งต่อมาคือแผนกเวชระเบียนและสถิติ โดยความควบคุมของนายแพทย์ทองน่าน วิภาตะวณิช และแพทย์หญิงวินิตา วิเศษกุล มีสำนักงานอยู่ที่ภาควิชาอายุรศาสตร์ การรับเจ้าหน้าที่เข้าปฏิบัติงานรับผู้ที่สำเร็จจาชีวิตะชั้นสูง และมีมัธยมบริบูรณ์ จำนวน 6 คน มาฝึกอบรมเกี่ยวกับกายวิภาค ผ่าตัดโรค และ Terminology นอกจากนั้นยังส่งไปฝึกหัดใช้เครื่องจักรโดยวิธีเจาะบัตรที่บริษัท ไอ.บี.เอ็ม. ฝึกการให้รหัสและการเก็บรายงาน⁶ ในปี พ.ศ. 2505 องค์การอนามัยโลกได้จัดประชุมสัมมนาสถิติ โรงพยาบาลของประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ ต่อมาปี พ.ศ. 2506 โรงพยาบาลศิริราชได้บรรจุแพทย์หญิงสมพร เอกรัตน์ มาช่วยดูแลประจำ และท่านผู้นี้เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนสำหรับประเทศไทยในเวลาต่อมา ในปีนี้ประเทศไทยเริ่มเก็บสถิติการเจ็บป่วยจากการให้รหัสโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-8 และ ICD-9) ขององค์การอนามัยโลก⁷ ได้พบหลักฐานโรงพยาบาลศิริราชได้ส่งรายงานสถิติโรคให้กับองค์การอนามัยโลกเป็นครั้งแรก⁸



⁶แสงเทียน อยู่เถา, **เวชระเบียน** (นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556), 2-3.

⁷นันทยา แก้วรัตน์ปัทมา, **ประวัติเวชระเบียนไทย : หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑสถานไทย**, เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2558, เข้าถึงได้จาก www.nham.ot.th/content/87/1/

⁸Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, **Statistic Report 1963** (Dhomburi, Thailand: Bangkok secretarial office, 1963), 1.



ภาพที่ 3 รายงานสถิติเล่มแรก ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
ส่งให้กับองค์การอนามัยโลก (WHO)

ที่มา: Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, **Statistical Report** (University of Medical Sciences Dhonburi, Thailand, 1963).

ANNEX 3
INTERNATIONAL DETAILED LIST CATEGORIES
WITH LOCAL SUBDIVISIONS OF
DELIVERIES AND COMPLICATIONS OF PREGNANCY
CHILDBIRTH, AND THE PUERPERIUM

| CAUSE GROUPS | DETAILED LIST NUMBERS | | CAUSE GROUPS | DETAILED LIST NUMBERS | |
|---|-----------------------|-------|---|-----------------------|-------|
| | ICD | LOCAL | | ICD | LOCAL |
| PYELITIS AND PYELONEPHRITIS OF PREGNANCY | 640 | 640 | DELIVERY COMPLICATED BY | | |
| OTHER INFECTIONS OF GENITO-URINARY TRACT DURING PREGNANCY | 641 | 641 | WITHOUT MENTION OF COMPLICATION | 660 | 660 |
| TOXAEMIAS OF PREGNANCY | 642 | 642 | NORMAL AND SPONTANEOUS | 660 | 660.0 |
| HYPERTENSIVE DISEASE ARISING DURING PREGNANCY | 642.0 | 642.0 | FOETAL DISTRESS | 660 | 660.A |
| RENAL DISEASE ARISING DURING PREGNANCY | 642.1 | 642.1 | UMBILICAL CORD COMPLICATIONS | 660 | 660.B |
| PRE-ECLAMPSIA OF PREGNANCY | 642.2 | 642.2 | TOXAEMIA OF PREGNANCY PRESENT | 660 | 660.F |
| ECLAMPSIA OF PREGNANCY | 642.3 | 642.3 | OTHER DISEASES OR CONDITIONS COMPLICATING PREGNANCY PRESENT | 660 | 660.G |
| HYPEREMESIS GRAVIDARUM | 642.4 | 642.4 | ELDERLY PRIMIPARA | 660 | 660.H |
| OTHER | 642.5 | 642.5 | MATERNAL FATIGUE | 660 | 660.I |
| PLACENTA PRAEVA | 643 | 643 | PLACENTA PRAEVA OR ANTEPARTUM HAEMORRHAGE | 670 | 670 |
| OTHER HAEMORRHAGE OF PREGNANCY | 644 | 644 | PLACENTA PRAEVA NOS | 670 | 670.0 |
| ECTOPIC PREGNANCY | 645 | 645 | PREMATURE SEPARATION OF PLACENTA | 670 | 670.A |
| WITHOUT MENTION OF SEPSIS | 645.0 | 645.0 | MALPOSITION OF PLACENTA | 670 | 670.B |
| WITH SEPSIS | 645.1 | 645.1 | OTHER AND UNSPECIFIED ANTEPARTUM HAEMORRHAGE | 670 | 670.I |
| ANAEMIA OF PREGNANCY | 646 | 646 | RETAINED PLACENTA | 671 | 671 |
| PREGNANCY WITH MALPOSITION OF FOETUS IN UTERUS | 647 | 647 | OTHER POSTPARTUM HAEMORRHAGE | 672 | 672 |
| OTHER COMPLICATIONS ARISING FROM PREGNANCY | 648 | 648 | INTRAPARTUM | 672 | 672.0 |
| THREATENED ABORTION | 648.0 | 648.A | POSTPARTUM | 672 | 672.A |
| HYDATIDIFORM MOLE | 648.1 | 648.B | OTHER AND UNSPECIFIED | 672 | 672.B |
| PLACENTAL ABNORMALITIES NOT CLASSIFIED ELSEWHERE | 648.2 | 648.C | DELIVERY COMPLICATED BY ABNORMALITY OF BONY PELVIS | 673 | 673 |
| OTHER THAN THOSE LISTED ABOVE OR BELOW | 648.3 | 648.D | ANDROID | 673 | 673.0 |
| FALSE LABOUR | 648.3 | 648.E | ANTHROPOID | 673 | 673.A |
| MISSED ABORTION | 648.3 | 648.F | FLAT | 673 | 673.B |
| HYDRAMNIOS, POLYHYDRAMNION | 648.3 | 648.G | OTHER AND UNSPECIFIED | 673 | 673.I |
| PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES WITHOUT DELIVERY | 648.3 | 648.H | DISPROPORTION OR MALPOSITION OF FOETUS | 674 | 674 |
| MOLAR PREGNANCY | 648.3 | 648.I | CEPHALOPELVIC DISPROPORTION | 674 | 674.0 |
| DISCHARGED UNDELIVERED | 648.3 | 648.J | OTHER AND UNSPECIFIED DISPROPORTION OF FOETUS | 674 | 674.A |
| PREGNANCY ASSOCIATED WITH OTHER CONDITIONS | 649 | 649 | BREECH PRESENTATION | 674 | 674.B |
| | | | TRANSVERSE PRESENTATION | 674 | 674.C |

ภาพที่ 4 ตัวอย่างสถิติการคลอด ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เด็กแรกเกิด
ที่มา: Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, **Statistical Report** (University of Medical Sciences Dhonburi, Thailand, 1963).

ปี พ.ศ. 2507 ผลจากการสัมมนาสถิติโรงพยาบาลของประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์เมื่อ ปี พ.ศ. 2505 โรงพยาบาลศิริราช จึงได้จัดตั้งการอบรมพนักงานเวชระเบียน (Medical Record Officer Training Course) ขึ้น ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2507 ถึง เดือนมีนาคม 2508 หนึ่งปีการศึกษามีนักศึกษาจากประเทศต่าง ๆ 9 คน เป็นพม่า 1 คน เนปาล 1 คน อัฟริกา 2 คน อินโดนีเซีย 1 คน และคนไทย 4 คน โดยคนไทยมาจากโรงพยาบาลเชียงใหม่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช และกรมการแพทย์ และในปีเดียวกัน พ.ญ.วินิตา วิเศษกุล หัวหน้าแผนกเวชระเบียนและสถิติ ได้รับทุนการศึกษาจากไชน่า เมดิคอลบอร์ด แห่งนิวยอร์ก (China Medical Board of New York) ไปศึกษาวิชาสถิติ ที่มหาวิทยาลัยโคลัมเบีย และดูงานการเก็บรายงานตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในสหรัฐอเมริกาเป็นเวลา 2 ปี และให้เครื่องคิดเลขไฟฟ้า 1 เครื่อง

ปี พ.ศ. 2511 ถือกำเนิด คำว่า “เวชระเบียน” (Medical Record) ที่คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยนายแพทย์ศิริพัฒน์ วิวัฒน์เกษตร อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ชุมชน และผู้เชี่ยวชาญงานด้านสถิติ ซึ่งได้รับทุนจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ ไปศึกษาเพิ่มเติมทางเวชสถิติและระบาดวิทยา ให้แปลคำว่า “Medical Record” เป็น “เวชระเบียน” ตามพจนานุกรมคำ “Medical” ตรงกับศัพท์ภาษาบาลีว่า “เวช” แปลว่า “แพทย์” ส่วนคำว่า “Record” ตรงกับศัพท์ภาษาเขมรว่า “ทะเบียน” แปลว่าบันทึก เมื่อรวมกันเป็นเวชทะเบียน แล้วออกเสียงไม่สะดวก จึงใช้คำว่า “เวชระเบียน” ซึ่งมีความหมายเช่นเดียวกันคือ “บันทึกของแพทย์” ซึ่งเป็นที่รับรองให้ใช้ได้โดยคณะกรรมการของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่ พ.ศ. 2511⁹

ปี พ.ศ. 2514 โรงพยาบาลราชวิถีเริ่มนำเอาระบบไมโครฟิล์มมาใช้บันทึกภาพเวชระเบียนเป็นแห่งแรกของประเทศไทยและโรงพยาบาลศิริราชก็ใช้ในปีเดียวกัน และใน ปี พ.ศ. 2517 โรงพยาบาลราชวิถี โดยการนำของผู้อำนวยการนายแพทย์กมล สินธวานนท์ เริ่มนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ และเมื่อมีผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติ จำนวน 3 คน ในปี พ.ศ. 2520 ทำให้สามารถจัดทำระบบการจัดทำสถิติ โดยการลงรหัสการบันทึกข้อมูลลงในแผ่น Diskette และการประมวลผลรายการด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ¹⁰

⁹ หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์รามาธิบดี, **เวชระเบียนเล่มแรก**, เข้าถึงเมื่อ 24 มีนาคม 2555, เข้าถึงได้จาก http://library.ra.mahidol.ac.th/ram/rama_begin-subpgT1-2.php

¹⁰ สมศักดิ์ เจริญชัยปิยกุล, **50 ปีโรงพยาบาลราชวิถี** (กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน), 2544), 57.



ภาพที่ 5 เวชระเบียนเล่มแรกของโรงพยาบาลรามาราชบดินทร์
ที่มา: หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์รามาราชบดินทร์ หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์รามาราชบดินทร์,
เวชระเบียนเล่มแรก, เข้าถึงเมื่อ 24 มีนาคม 2555, เข้าถึงได้จาก http://library.ra.mahidol.ac.th/ram/rama_begin-subpgT1-2.php

ปี พ.ศ. 2515 เกิดกองทุนเงินทดแทนเกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย ภายใต้การบริหารของสำนักงานกองทุนเงินทดแทนกรมแรงงานตามประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 ซึ่งเวชระเบียนจะหลักฐานสำคัญในการตรวจรักษาผู้ป่วย เริ่มขยายความสำคัญจากหลักฐานการตรวจรักษาเป็นหลักฐานสำคัญในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล กรมการแพทย์ โดยการดำริของนายแพทย์สมชาย สมบูรณ์เจริญ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งในขณะนั้นและแพทย์หญิงสมพร เอกรัตน์ แพทย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ขอเปิดหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติ คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ได้มีมติรับรองระเบียบและหลักสูตรวิชาเวชสถิติของกรมการแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศใช้ระเบียบและหลักสูตรเมื่อ 3 มีนาคม พ.ศ. 2516 ¹¹

ระยะที่ 3 ระยะการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียน

ปี พ.ศ. 2518 การศึกษาด้านเวชระเบียนในประเทศไทยได้ถือกำเนิดขึ้น โดยมีนายแพทย์สมชาย สมบูรณ์เจริญ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ร่วมกับ แพทย์หญิงสมพร เอกรัตน์ จากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช เป็นผู้ริเริ่ม ภายใต้การกำกับดูแลของกรมการแพทย์ กระทรวง

¹¹กรมการแพทย์, **การประเมินผลหลักสูตร** (กรุงเทพฯ: โรงเรียนเวชสถิติ, 2529), 1.

สาธารณสุข ชื่อหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาเวชสถิติ (Certificate Programme in medical Record Science) 83 หน่วยกิต ได้รับการรับรองโดย คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) เมื่อปี พ.ศ. 2515 และเปิดสอนสอนรุ่นที่ 1 ในปี พ.ศ. 2518 ที่โรงเรียนเวชสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ รับผู้จบการศึกษาระดับชั้นมัธยม 5 เข้าศึกษาระยะเวลาการศึกษา 2 ปี มีผู้สำเร็จการศึกษารุ่นที่ 1 จำนวน 14 คน¹² ต่อจากนั้นมีการพัฒนาหลักสูตรมาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ ในปี พ.ศ. 2537 ได้ปรับชื่อหลักสูตรเป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชระเบียน (เวชสถิติ) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2537¹³ และในปี พ.ศ. 2547 ได้ปรับชื่อเป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชระเบียน เพื่อให้สอดคล้องกับหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน ที่เปิดสอนที่มหาวิทยาลัยมหิดล และในปี พ.ศ. 2556 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ร่วมกับส่วนพัฒนาการศึกษา สถาบันพระบรมราชชนกได้พัฒนาหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชระเบียน เป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชระเบียน (Diploma of Medical Record Programme) หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2556 มีหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร 100 หน่วยกิต ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอาชีวศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2556¹⁴

ปี พ.ศ. 2520 เริ่มมีผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติไปปฏิบัติงานในงานเวชระเบียนของโรงพยาบาล อาทิ โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งพบว่าเมื่อมีผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติ จำนวน 3 คน ทำให้สามารถจัดทำระบบการจัดทำสถิติ โดยการลงรหัสการบันทึกข้อมูลลงในแผ่น Diskette และการประมวลผลรายการด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ต่อมาในปี พ.ศ. 2537 นายแพทย์ชูขณะ มะกรสาร เป็นหัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์ ได้นำระบบเครือข่ายมาใช้ในโรงพยาบาลราชวิถี โดยนำมาใช้ที่แผนกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เป็นที่ประจักษ์ว่าที่โรงพยาบาลราชวิถีงานเวชระเบียนสถิติทางการแพทย์เริ่มเป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อมีผู้สำเร็จการศึกษาด้านเวชระเบียนมาปฏิบัติงาน¹⁵

ปี พ.ศ. 2524 อาจารย์ดลชาติ ตันติวานิช อาจารย์ประจำหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติ ในขณะนั้น ได้รับทุนจากองค์การอนามัยโลก ไปศึกษาในหลักสูตรระดับปริญญาตรีด้านเวชระเบียน ชื่อหลักสูตรเวชระเบียนศาสตร์ (Bachelor of Medical Record Science) ณ มหาวิทยาลัยมาดราส (Madras University) ประเทศอินเดีย เป็นเวลา 1 ปี นับว่าเป็นคนไทยคน

¹²แสงเทียน อยู่เถา, **เวชระเบียน** (นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556), 5.

¹³สถาบันพระบรมราชชนก, **หลักสูตรประกาศนียบัตรเวชระเบียน (เวชสถิติ) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2537** (นนทบุรี: วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก, 2537).

¹⁴สถาบันพระบรมราชชนก, **หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชระเบียน หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2556** (นนทบุรี: วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก, 2556).

¹⁵สมศักดิ์ เจริญชัยปิยกุล, **50 ปีโรงพยาบาลราชวิถี** (กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน), 2544), 57.

แรกที่สามารถศึกษาด้านเวชระเบียนในระดับปริญญาตรี ซึ่งท่านเป็นผู้ดำริในการพัฒนาหลักสูตรด้านเวชระเบียนในระดับปริญญาตรีให้เกิดขึ้นในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2533 ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 นับจาก ปี พ.ศ. 2531 ที่เกิดกองทุนเงินทดแทน และต่อมีกองทุนประกันสังคม เวชระเบียนเริ่มขยายความสำคัญมากขึ้นในการเป็นหลักฐานจำเป็นในการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ดังนั้นจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ความสามารถบุคลากรด้านเวชระเบียนให้มีความรู้ความสามารถในการให้รหัสโรค และจัดทำรายงานอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้เกิดแนวคิดการพัฒนาหลักสูตรด้านเวชระเบียนให้เป็นระดับปริญญาตรี ดังผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งกล่าวว่า “จะเห็นได้ว่าเพราะรหัสทางการแพทย์เป็นเรื่องสำคัญเริ่มขยายความสำคัญนอกจากเป็นหลักฐานเพื่อการรักษาผู้ป่วยแล้วไปเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล เราจึงอยากจะสอนด้วยตนเอง ซึ่งจากเดิมเราสอนสถิติ”

ปี พ.ศ. 2534 มีการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียน ในระดับปริญญาตรีต่อเนื่อง ขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย โดยอาจารย์ดลชาติ ตันติวาณิช ผู้ริเริ่มและได้รับความร่วมมือจาก ศาสตราจารย์บุญธรรม กิจปรีดาปริสุทธิ ผู้อำนวยการโครงการการศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยมหิดล และแพทย์หญิงสมพร เอกรัตน์ ชื่อหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน (ต่อเนื่อง) โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.นงนันท สุริยมณี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นกรบ ระวังการณ เป็นผู้รับผิดชอบการจัดการเรียนการสอน เปิดสอนที่คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ใช้เวลาในการพัฒนา 9 ปี ดังที่ผู้ทรงคุณวุฒิกล่าวว่า “เมื่อสำเร็จการศึกษากลับมา รู้เลยว่าเวชระเบียนมีความสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศเป็นอย่างยิ่ง จึงพยายามจะเปิดหลักสูตรในระดับปริญญาตรี แต่ด้วยปัญหากระทรวงสาธารณสุข ไม่สามารถประสานปริญญาบัตรได้ ต้องจัดการศึกษาในมหาวิทยาลัย ต้องไปติดต่อกับมหาวิทยาลัยต่าง ๆ หลายแห่ง กว่าจะสำเร็จใช้เวลา ถึง 9 ปี”

ปี พ.ศ. 2545 มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เกิดการปฏิรูปวิธีการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการแก่อนุวยบริการต่าง ๆ โดยใช้ระบบงบประมาณและการจ่ายแบบปลายปิด โดยการเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และใช้น้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Relation Groups : DRGs) ในการจัดสรรงบประมาณยอดรวมสำหรับบริการผู้ป่วยใน¹⁶ โรงพยาบาลมีความจำเป็นต้องใช้บุคลากรด้านเวชระเบียนโดยเฉพาะเจ้าพนักงานเวชสถิติเป็นจำนวนมากและเร่งด่วน ทำให้สถานการณ์การผลิตบุคลากรด้านเวชระเบียน ในหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน เพิ่มขึ้นเป็นปีละ 2 รุ่น ในปีการศึกษา 2545 ปีการศึกษา 2551 ปีการศึกษา 2552 และปีการศึกษา 2555¹⁷

ด้วยสถานการณ์หรือพัฒนาการทางสังคมและวัฒนธรรม ข้อมูลสุขภาพมีความสำคัญในการวางแผนและตัดสินใจ ในการดำเนินนโยบายทางด้านสาธารณสุข ซึ่งจะต้องเป็นข้อมูลที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ฉะนั้นบุคลากรด้านเวชระเบียนที่มีหน้าที่ในการจัดระบบข้อมูลสุขภาพจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องระบบการสาธารณสุข ระบบฐานข้อมูล ระบบบริหารจัดการสถิติ การให้รหัสทางการแพทย์

¹⁶วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553) (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส), 2555), 1.

¹⁷วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสาธารณสุข กาญจนภิเษก, “แผนการผลิตนักศึกษา ปีการศึกษา 2549- 2558” (1 ตุลาคม 2548).

แพทย์ เทคโนโลยีสารสนเทศ การวิจัยในระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างดี เพื่อสนับสนุนข้อมูลด้านสุขภาพในการวางแผนการดูแลสุขภาพเชิงส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจ ในปี พ.ศ. 2555 มีการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนในระดับปริญญาตรี ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นครั้งแรก การนำของอาจารย์บังอร ดวงรัตน์ ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก อาจารย์ชัยวัฒน์ พันธุ์ศรี รองผู้อำนวยการ โดยได้รับความร่วมมือจากรองศาสตราจารย์ ดร. วสุธร ต้นวัฒนกุล คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชื่อหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน สถาบันสมทบ มหาวิทยาลัยบูรพา¹⁸ ใช้เวลาในการพัฒนา 5 ปี ด้วยปัญหากระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถประสานปริญญาบัตรได้ จำเป็นต้องหาสถาบันสมทบ นอกจากนี้ในปีเดียวกันมีการเปิดหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน ที่คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และพัฒนาหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน (ต่อเนื่อง) เป็นหลักสูตรระดับปริญญาตรี จัดการเรียนการสอน 4 ปี ตามคำสั่งของกระทรวงศึกษาธิการที่ไม่อนุญาตให้มีการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่อง 2 ปี¹⁹

บุคลากรที่สำเร็จการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรเวชสถิติหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชระเบียน ใช้ชื่อตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชสถิติ เมื่อสำเร็จการศึกษาในหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน ไม่สามารถปรับขึ้นตำแหน่งที่สูงขึ้นได้ต้องสอบลงในตำแหน่งนักวิชาการสถิติ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยสามารถปรับขึ้นตำแหน่งนักเวชสถิติ ได้เลย ในปี พ.ศ. 2559 เริ่มมีผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน ใช้ชื่อตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) ในประเทศไทย มีสมาคมเวชสถิติแห่งประเทศไทย เป็นองค์กรวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้นตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553 เพื่อพัฒนาวิชาการ มาตรฐานเวชระเบียน และพัฒนาบุคลากรด้านเวชระเบียน²⁰ แต่พบว่าองค์กรวิชาชีพไม่มีความเข้มแข็ง ไม่สามารถเป็นศูนย์กลางการพัฒนาบุคลากรด้านเวชระเบียน และไม่สามารถสร้างเครือข่ายวิชาชีพให้มากขึ้น²¹

บางประเทศ ชื่อของผู้ที่จบหลักสูตร เปลี่ยนจากเจ้าหน้าที่เวชระเบียน (Medical record officer) และผู้จัดการเวชระเบียน (Medical record administrator) เป็นผู้จัดการสารสนเทศ

¹⁸สถาบันพระบรมราชชนก, **หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2554** (นนทบุรี: วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก, 2554), 4.

¹⁹แสงเทียน อยู่เถา, **เวชระเบียน** (นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556), 23.

²⁰กรมการปกครอง, “ใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนสมาคม ทะเบียนเลขที่ จ.4872/2553” (16 กุมภาพันธ์ 2553).

²¹แสงเทียน อยู่เถา, “ปัญหาและแนวทางการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย” (เอกสารประชุมวิชาการคณะสังคมศาสตร์ ประจำปี 2555 คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม), 26.

สุขภาพ (Health information manager: HIM) หรือ ผู้บริหารสารสนเทศสุขภาพ (Health information administrator : HIA) ในประเทศกำลังพัฒนาหลายๆ ประเทศชื่อเจ้าหน้าที่เวชระเบียนหรือพนักงานเวชระเบียน (Medical record clerk) ยังคงใช้อยู่ เช่นเดียวกันในหลายๆ ประเทศแผนกเวชระเบียนเรียกชื่อต่างๆ กัน เช่น ห้องเวชระเบียน (Medical Record Room) บริการสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information Services) บริการสารสนเทศผู้ป่วย (Patient Information Service) หรือแผนกสารสนเทศสุขภาพ (Health Information Department) แต่องค์การอนามัยโลกจะใช้ชื่อแผนกเวชระเบียน (Medical Record Department)²²

พัฒนาการงานเวชระเบียนในต่างประเทศ

ในการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทยได้แนวคิดจากองค์การอนามัยโลกและอเมริกาเป็นส่วนใหญ่เนื่องจากเอกสารตำราส่วนใหญ่ที่ใช้ในประเทศไทยได้แนวคิดจากตำราการจัดการงานเวชระเบียน (Medical Record Management) ของสมาคมเวชระเบียนอเมริกา (America Medical Record Association) กระทั่งในปี พ.ศ. 2537 ได้เปลี่ยนชื่อเป็นการจัดการสารสนเทศสุขภาพ (Health Information Management) และสมาคมก็เปลี่ยนชื่อเป็นสมาคมการจัดการสารสนเทศสุขภาพอเมริกา (America Health information Management Association) โดยมี เอ็ดน่า เค ฮัฟแมน (Edna K. Huffman) ผู้ที่ได้รับการยกย่องให้เป็นนักการศึกษาด้านการจัดการเวชระเบียนเป็นท่านแรก และเป็นประธานคนที่ 7 ของสมาคมการจัดการสารสนเทศสุขภาพอเมริกา ซึ่งในขณะนั้นเรียกว่าสมาคมบรรณารักษ์เวชระเบียน (America Association of Medical record Librarians) ทั้งนี้พัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศอเมริกาได้ถือกำเนิดพร้อมๆ กับการกำเนิดโรงพยาบาล²³ และหากเปรียบเทียบการศึกษาด้านเวชระเบียนจะเกิดก่อนประเทศไทยประมาณ 40 ปี โดยสรุปได้ดังต่อไปนี้

ก่อนมีการรวมตัวของประเทศสหรัฐอเมริกา เบนจามิน เฟรงคลิน (Benjamin Franklin) เป็นผู้บริหารกลางของโรงพยาบาลในอาณานิคมฟิลาเดลเฟีย (Philadelphia) ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ. 2295 รู้จักในนามโรงพยาบาลเพ็นซิลวาเนีย (Pennsylvania Hospital) ผู้เปรียบเสมือนเลขานุการโรงพยาบาล พบการบันทึกที่เก่าแก่ที่สุด เริ่มแรกคือบันทึก ชื่อผู้ป่วย ที่อยู่ โรค วันรับวันจำหน่าย และในปี พ.ศ. 2346 เริ่มเก็บรายละเอียด เฉพาะในรายที่น่าสนใจ และวาดเป็นรูปภาพ ต่อมาในปี พ.ศ. 2416 โรงพยาบาลเริ่มเก็บประวัติ ซึ่งบางส่วนยังคงสภาพถึงปัจจุบัน

ปี พ.ศ. 2314 เปิดโรงพยาบาลนิวยอร์ก (The New York Hospital) และเริ่มลงทะเบียนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2334 ได้แก่ การวินิจฉัย อายุ วันรับ อาชีพ การเจ็บป่วย การรักษา บันทึกความก้าวหน้า

²²World Health Organization, **Medical Records Manual: A guide for Developing Countries** (Switzerland: World Health Organization Geneva, 2006), 3-4.

²³Rita Finnegan, Margret Amatakul, **Medical Record management**, 9th ed. (Illinois: Physicians' Record Company, 1990), preface.

ปี พ.ศ. 2364 เปิดโรงพยาบาลแมสซาชูเซตส์ (Massachusetts General Hospital) ในบอสตัน มีการจัดเก็บที่ข้อมูลทางคลินิกที่ค่อนข้างสมบูรณ์สำหรับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ข้อมูลโรค การผ่าตัดและหัตถการ เก็บเพื่อวัตถุประสงค์ การดูแลผู้ป่วย การวิจัย และสถิติ

ปี พ.ศ. 2456 ดร. แฟรงคิน เอช มาร์ติน (Dr. Frankin H. Martin) แห่งวิทยาลัย ศัลยแพทย์อเมริกา (The American College of Surgeons) เป็นผู้นำเวชระเบียนเข้าสู่ที่ประชุม มาตรฐานโรงพยาบาล (hospital standardization) เนื่องจากเชื่อว่าเวชระเบียนเป็นหลักฐานสำคัญ ในการพัฒนามาตรฐานรักษาผู้ป่วย

ปี พ.ศ. 2478 ถือกำเนิดโปรแกรมการศึกษาด้านเวชระเบียนขึ้นครั้งแรกที่ โรงพยาบาล แมสซาชูเซตส์ (Massachusetts General Hospital) ในบอสตัน โดยมี เจนิวิฟ เซส (Genevieve chase) เป็นครูผู้สอน และโรงพยาบาลโรเชสเตอร์ (Rochester General Hospital) ใน โรเชสเตอร์ (Rochester) นิวยอร์ก (New York) โดยมี เจ ฮาร์เนด บัฟคิน (Je Harned Bufkin) เป็นครูผู้สอน ที่โรงพยาบาล เซนต์ แมรี (St. Mary's Hospital) ใน ดุลลิต (Duluth) รัฐมินนิโซตา (Minnesota) โดยมี ซิสเตอร์ เอ็ม พาตริเซีย (Sister M. Patricia) เป็นครูผู้สอน ที่โรงพยาบาล เซนต์ โจเซฟ (St. Joseph Hospital) .ในรัฐชิคาโก (Chicago) โดยมี เอ็ดนา เค ฮัฟแมน เป็นครูผู้สอน (Edna K. Huffman) ซึ่งท่านนี้ต่อมาได้เป็นปรมาจารย์เขียนตำราด้านเวชระเบียนให้เป็นแนวทางในการศึกษา ด้านเวชระเบียนอย่างกว้างขวาง

พ.ศ. 2485 โรงพยาบาล เซนต์ แมรี (St. Mary's Hospital) ในดูลิตซ์ (Duluth) ร่วมมือกับ วิทยาลัยเซนต์ สคอลาสติกา (College of St.Scholastica) เปิดหลักสูตรด้านเวชระเบียนระดับปริญญาตรี เป็นแห่งแรก ได้แก่ หลักสูตรการบริหารเวชระเบียน (Program in Medical Record Administraion) หลักสูตรเทคโนโลยีเวชระเบียน (Program in Medical Record Technology) และหลักสูตรเทคนิคเวชระเบียน (Program in Medical Record Technician)

ต่อมาสมาคมบรรณารักษ์เวชระเบียนอเมริกาได้เปลี่ยนชื่อเป็นสมาคมเวชระเบียนอเมริกา และสมาคมการจัดการสารสนเทศสุขภาพอเมริกา (America Health Information Management Association) ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าด้วยความสำคัญของเวชระเบียนต่อการพัฒนาคุณภาพทาง การแพทย์ จำเป็นต้องใช้การศึกษาด้านเวชระเบียนเป็นพื้นฐานในการพัฒนางานเวชระเบียนของ ประเทศ ซึ่งของประเทศสหรัฐอเมริกา องค์กรวิชาชีพเข้ามามีบทบาทในการจัดการศึกษา และพัฒนา มาตรฐานการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านเวชระเบียนเพื่อพัฒนางานเวชระเบียนของประเทศ โดย ร่วมมือกับองค์กรอื่น ๆ เช่นวิทยาลัยแพทย์ โรงพยาบาล และสภาการศึกษาของประเทศ²⁴

พัฒนาการการใช้คอมพิวเตอร์ในงานเวชระเบียน

หลายประเทศได้นำคอมพิวเตอร์มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในงาน แต่ก็ยังไม่สามารถ แก้ไขปัญหาทั้งหมดได้หากระบบเดิมยังไม่ได้รับการพัฒนาและบำรุงรักษาให้ดี ซึ่งนโยบายแต่ละแห่ง แตกต่างกันตามกฎหมายและวัฒนธรรม แต่ละประเทศมีนโยบายชาติสำหรับเวชระเบียน

²⁴Ibid., 3-4.

ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบต่อการพัฒนานโยบายของโรงพยาบาลต่าง ๆ เมื่อใดก็ตามที่มีการกำหนดนโยบายจะต้องมีการกำหนดกระบวนการปฏิบัติเพื่อให้เป็นไปตามนโยบายนั้นๆ

นโยบายการนำคอมพิวเตอร์มาใช้ คือการกำหนดแนวทางของการกระทำในงานด้านการดูแลสุขภาพ เจ้าหน้าที่เวชระเบียนอาจกำหนดนโยบายของตนเองได้ แต่ต้องไม่ขัดกับนโยบายของโรงพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลจะเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการเวชระเบียน กระบวนการต่างๆ ในหน่วยเวชระเบียน ที่ตั้งอยู่บนนโยบายเกี่ยวกับเวชระเบียน²⁵

ปี พ.ศ. 2502 ประเทศไทยได้เริ่มใช้คอมพิวเตอร์ในการจัดเก็บข้อมูล เป็นเครื่องเจาะบัตรของบริษัท ไอ.บี.เอ็ม. ในปี พ.ศ. 2514 โรงพยาบาลราชวิถีเริ่มนำเอาระบบไมโครฟิล์มมาใช้บันทึกภาพเวชระเบียนเป็นแห่งแรกของประเทศไทย รวมทั้งโรงพยาบาลศิริราช และในปี พ.ศ. 2517 โดยการนำของผู้อำนวยการนายแพทย์กมล สีนธวานนท์ เริ่มนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ และเมื่อมีผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติ จำนวน 3 คน ทำให้สามารถจัดทำระบบการจัดทำสถิติ โดยการลงรหัสการบันทึกข้อมูลลงในแผ่น Diskette และการประมวลผลรายการด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ต่อมาในปี พ.ศ. 2537 นายแพทย์ชัชณะ มะกรสาร เป็นหัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์ ได้นำระบบเครือข่ายมาใช้ในโรงพยาบาลราชวิถี โดยนำมาใช้ที่แผนกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ประเทศไทยก็ส่งเสริมให้นำระบบเทคโนโลยีมาใช้ในโรงพยาบาล ซึ่งจากการสำรวจระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลที่ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สมบูรณ์ และแพทย์ร้อยละ 90 ใช้คอมพิวเตอร์ในการบันทึกข้อมูลการรักษา แต่พบว่าประเทศไทยจะความพยายามนำระบบสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ในประเทศ แต่เป็นลักษณะกระจายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการปิดช่องว่างของพื้นฐานที่จำเป็นของระบบ เพื่อให้ภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบให้มีความมั่นคง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลที่ใช้คอมพิวเตอร์ในระบบงานสารสนเทศโรงพยาบาล ส่วนใหญ่พบว่ามีความขาดแคลนอย่างมากในโรงพยาบาลของประเทศไทยในการมีระบบสารสนเทศสุขภาพ จึงมีความท้าทายอย่างยิ่งในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับเรื่องการพัฒนาสารสนเทศสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสารสนเทศสุขภาพของประเทศ²⁶

ในต่างประเทศ ช่วงปี พ.ศ. 2523 หลายประเทศเริ่มนำระบบสารสนเทศทางการแพทย์ที่ใช้คอมพิวเตอร์ (Computerized medical information system: MIS) มาแทนที่ระบบเวชระเบียนแบบดั้งเดิม และพัฒนามาเป็นระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System) ในปัจจุบัน โดย ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลเป็นระบบที่เชื่อมต่อกระบวนการพื้นฐาน เช่น การลงทะเบียน การรับไว้รักษา การจำหน่าย และการส่งต่อ เข้ากับกระบวนการทางการเงินการบัญชีของผู้ป่วย นั่นคือข้อมูลทุกชนิดที่เก็บจากผู้ป่วยเฉพาะราย ขณะอยู่ในโรงพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของ

²⁵World Health Organization, **Medical Records Manual: A guide for Developing Countries** (Geneva: World Health Organization, 2006), 21-24.

²⁶Nawan Theera-Ampompunt, "Thai Hospitals' Adoption of Information Technology: A Theory Development and Nationwide Survey" (Ph.D. dissertation, Faculty of The Graduate School, University of Minnesota, 2011), 6.

ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ข้อมูลเหล่านี้เริ่มขึ้นจากการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ตั้งแต่การเริ่มเข้ามาใช้บริการหรือการรักษาครั้งแรก ที่โรงพยาบาล คลินิก หรือศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงข้อมูลทางการแพทย์และการเงิน ผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกทำการบันทึกเกี่ยวกับโรค การบาดเจ็บ ของผู้ป่วยลงในเวชระเบียน วันที่ ซึ่งถูกเชื่อมโยงไปยังการระบุตัวบุคคลสามารถพบได้ในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล²⁷

สรุป

พัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทยมีการพัฒนาเป็นระยะๆ ในระยะที่ 1 ก่อนการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียน ประเทศไทยพบการบันทึกโดยแพทย์ชาวต่างชาติ ตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา ต่อมาระยะที่ 2 เป็นระยะการจัดการหลักสูตรอบรม เมื่อประเทศไทยเริ่มเปิดโรงพยาบาลการบันทึกเวชระเบียนเริ่มมีในโรงพยาบาลแต่ยังไม่มีระบบการจดทะเบียนอย่างเป็นทางการเป็นระบบองค์การอนามัยโลกเริ่มเข้ามาให้ร่วมมือกับโรงพยาบาลศิริราช กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลราชวิถี ในการจัดทำเวชระเบียนตามระบบสากล โดยองค์การอนามัยโลก ได้ส่งผู้เชี่ยวชาญมาวางระบบการจดทะเบียนสถิติ และก่อตั้งหน่วยงานกลางรายงานและสถิติ ครั้งแรกที่โรงพยาบาลศิริราช เกิดการจัดการหลักสูตรอบรมระยะสั้นเพื่อพัฒนาความรู้ให้ผู้ปฏิบัติงาน สามารถให้รหัสโรค การเก็บรายงาน และการจัดทำสถิติการเจ็บป่วยจากการให้รหัสโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ซึ่งในปี พ.ศ. 2506 พบว่าโรงพยาบาลศิริราชได้ส่งรายงานสถิติโรคให้กับองค์การอนามัยโลกเป็นครั้งแรก และระยะที่ 3 ระยะการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียน ด้วยการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้านที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพของประเทศ เช่น นโยบายหลักประกันสุขภาพ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ ทั้งนี้เวชระเบียนเป็นเอกสารทางการแพทย์ที่เป็นแหล่งกำเนิดสำคัญของสารสนเทศทางการแพทย์ เพื่อการบริหารและพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนของประเทศ จำเป็นต้องมีระบบงานเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพ จึงเกิดการศึกษาด้านเวชระเบียนขึ้นในประเทศไทยโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลศิริราช ได้เปิดหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติ ขึ้นในปี พ.ศ. 2518 มีระยะเวลาการศึกษา 2 ปี จัดการศึกษาที่โรงเรียนเวชสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ทั้งนี้โดยดำริของนายแพทย์สมชาย สมบูรณ์เจริญ ต่อมาการศึกษาด้านเวชระเบียนได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อผลิตบุคลากรด้านเวชระเบียนไปพัฒนาระบบงานเวชระเบียนให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพของประเทศและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีพัฒนาการอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันการศึกษาด้านเวชระเบียนในประเทศไทยเป็นระดับปริญญาตรี และเริ่มขยายสาขาที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียน ทั้งในระดับปริญญาตรีและปริญญาโท ซึ่งการจัดการศึกษาที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องทำให้สามารถผลิตบุคลากรไปพัฒนางานเวชระเบียนได้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพของประเทศ

²⁷World Health Organization, *Medical Records Manual: A guide for Developing Countries* (Geneva: World Health Organization, 2006), 25.

จะเห็นได้ว่าพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทยที่ผ่านมา ในระยะแรกเกิดจากความรู้อันเข้ามาจากชาวต่างชาติ ระยะต่อมาเป็นการได้รับความร่วมมือจากองค์การอนามัยโลก ในการพัฒนางานเวชระเบียน และระยะต่อมาเมื่อเริ่มจัดการศึกษา การสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรต่างประเทศ และภายในประเทศตั้งแต่ระดับกระทรวง สถาบันการศึกษา และโรงพยาบาล ในการพัฒนาการศึกษาด้านเวชระเบียน เพื่อผลิตบุคลากรให้สามารถพัฒนางานเวชระเบียนให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพของประเทศ สรุปได้ว่า การสร้างความร่วมมือ และการจัดการศึกษา เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนางานเวชระเบียนของประเทศ

การพัฒนาการงานเวชระเบียนในต่างประเทศและระดับสากลองค์กรวิชาชีพมีบทบาทในการพัฒนามาตรฐานเวชระเบียน บนพื้นฐานของการจัดการศึกษา และการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างบุคลากรเวชระเบียนเพื่อการพัฒนาคุณภาพงานเวชระเบียน ในประเทศไทย องค์กรวิชาชีพเวชระเบียนเริ่มเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาแต่ยังไม่เข้มแข็งและไม่เป็นรูปธรรมการพัฒนาที่ชัดเจนเหมือนต่างประเทศ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย

เพื่อกำหนดทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ใช้เทคนิคการวิจัยแบบอนาคต EDFR (Ethnographic Delphi Future Research) โดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เลือกแบบเจาะจง จำนวน 21 คน ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถามความคิดเห็น ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลปรากฏ ดังนี้

EDFR รอบที่ 1

ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 21 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ผลการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ สามารถสังเคราะห์ทิศทางการเห็นเกี่ยวกับการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน เป็นกลุ่มความเห็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าการรองรับเทคโนโลยีสารสนเทศในอนาคต เวชระเบียนควรเป็นรูปแบบดิจิทัลหรือเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record :EMR) เข้ามาแทนระบบเอกสาร ทั้งนี้ในการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์นั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์สำหรับผู้ป่วยควรให้ความสำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูล ต้องกำหนดให้ข้อมูลผู้ป่วยอยู่ในรูปแบบข้อมูลมาตรฐาน สามารถสื่อสารและแลกเปลี่ยนกันได้ และให้ความสำคัญที่ตัวบุคคล โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ สามารถให้บริการแบบเข้าถึงผู้ป่วยได้รวดเร็ว เจ้าของประวัติเวชระเบียนผู้ป่วย ควรถือเวชระเบียนของตนเองได้เพื่อสามารถยื่นต่อสถานบริการที่ใดๆ ที่ตนเองเข้ารับการรักษา ระบบการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนควรรองรับเทคโนโลยีที่ง่ายต่อการใช้ของผู้ให้บริการสุขภาพ รัฐบาลควรปฏิรูประบบสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้เทคโนโลยี บันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ (Personal Health Record: PHR) เพื่อให้ผู้ดูแลรักษาสามารถมีข้อมูลในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน เช่น ข้อมูลการออกกำลังกาย การรับประทานยาตามเวลาที่กำหนดซึ่งผู้ดูแลสุขภาพสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพโดยสามารถบันทึกข้อมูลสุขภาพตนเองได้ ในระเบียนสุขภาพบุคคล เพื่อสนับสนุนข้อมูลเพิ่มเติมให้กับแพทย์ที่ดูแลรักษา นอกจากนี้เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่รวดเร็วควรสร้าง เวชระเบียน

อิเล็กทรอนิกส์ สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเคลื่อนที่ได้ (Mobile Health: mHealth) เช่น พัฒนา แอปพลิเคชันด้านระเบียบสุขภาพบุคคลในมือถือ ควรพัฒนาระบบเวชระเบียนที่ผู้ป่วยหนึ่งคนมี เวชระเบียนฉบับเดียว (Single Record) ที่สามารถใช้เข้ารับรักษาที่สถานบริการสุขภาพใดก็ได้ โดยมี ลักษณะของข้อมูลข่าวสารเป็นมาตรฐานเดียวกัน แต่แบบฟอร์มเวชระเบียนไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “ข้อมูลที่ผู้ป่วยสามารถมีได้ควรเป็นข้อมูลสำคัญที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่ใช่รายละเอียดทั้งหมดในเวชระเบียน และเวชระเบียนก็ไม่จำเป็นต้องเป็นแบบฟอร์มที่เหมือนกัน” สรุปประเด็นนี้ เป็นด้านอนาคตของงานเวชระเบียน

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า ควรจัดตั้งหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงาน เวชระเบียนของประเทศ (National Medical Record) เพื่อบริหารจัดการระบบเวชระเบียนของประเทศ หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ซึ่งควรเป็นหน่วยงานที่ดูแล เรื่องการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพระหว่างสถานพยาบาล ควบคุมกันไปด้วย ควรประกอบด้วยบุคลากร ที่หลากหลายที่มีความรู้ความเข้าใจ ทางเวชระเบียน สารสนเทศสุขภาพ เทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบสุขภาพ เช่น นักเวชสถิติ แพทย์ นักเทคโนโลยีสารสนเทศ ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งว่า “ในกรณีการ ส่งต่อผู้ป่วย ทุกวันนี้มีกระดาษแผ่นเดียวกระดาษก็เขียนรายละเอียดได้ไม่มากนัก ยิ่งถ้าลายมืออ่าน ยากก็จะได้ข้อมูลไม่ครบ ถ้าให้โรงพยาบาลทั่วประเทศใช้ซอฟต์แวร์ตัวเดียวกันเป็นไปได้ยาก แต่ถ้าตั้ง มาตรฐานกลางขึ้นมา ไม่ว่าจะใช้ซอฟต์แวร์อะไรก็คุยกันรู้เรื่อง แลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้หมด” คณะ กรรมการบริหารหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรประกอบด้วย สมาชิกที่เป็น สหวิชาชีพมีความรู้ความสามารถหลากหลาย องค์กรวิชาชีพเวชระเบียนควรเข้ามามี บทบาทในการนำการพัฒนางานเวชระเบียนของประเทศ สรุปประเด็นนี้ เป็นด้านโครงสร้างการบริหารการพัฒนาเวชระเบียนในประเทศไทยนั้น

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดนโยบายและ ยุทธศาสตร์สารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ให้ชัดเจนในการนำระบบเทคโนโลยี สารสนเทศสุขภาพมาใช้ในระบบบริการสุขภาพของประเทศ ควรกำหนดยุทธศาสตร์ของระบบ สุขภาพให้มีเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือระเบียบสุขภาพบุคคล ไว้ในแผนแม่บทด้วย เช่นเดียวกับ ระบบอิเล็กทรอนิกส์ อื่น ๆ เพื่อให้มีความมั่นคง ในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพของ ประเทศ รัฐบาลควรมีการบริหารจัดการในด้านการลงทุนในการวางระบบพื้นฐานรองรับฐานข้อมูล สุขภาพที่มากขึ้น รัฐบาลควรมีการลงทุนเพื่อการวิจัยประเมินเทคโนโลยีสารสนเทศบนหลักฐานเชิง ประจักษ์ (evidence based) หรือหลักฐานความจำเป็นทางสุขภาพ (Evidence-based Health Need) กระทรวงสาธารณสุขควรจัดสรรงบประมาณเพื่อลงทุนให้เกิดระบบการแลกเปลี่ยนด้าน เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ มีการระดมทุนระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อการพัฒนา ระบบ สารสนเทศสุขภาพ สรุปประเด็นนี้ เป็นด้านยุทธศาสตร์และการลงทุน

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยงาน สารสนเทศสุขภาพกลางของประเทศที่เป็นหน่วยงานกึ่งอิสระมาทำหน้าที่พัฒนาระบบสารสนเทศ สุขภาพ (e-Health) เพื่อดำเนินการจัดทำมาตรฐานกลางให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ระหว่าง โรงพยาบาลทั้งภาครัฐทุกกระทรวงและเอกชน ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “ผมเสนอว่า กระทรวงสาธารณสุข ควรพิจารณาเรื่องการจัดตั้งหน่วยงานกลางของรัฐบาลที่ทำหน้าที่อภิบาลระบบ

สารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ เนื่องจากโรงพยาบาลปัจจุบันมีทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงเรียนแพทย์ กลาโหม มหาดไทย เอกชน ซึ่งการแลกเปลี่ยนข้อมูลจะเกิดขึ้นได้ ต้องมีมาตรฐานกลางระดับชาติ แต่โดยโครงสร้างปกติกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถสั่งการให้เกิดขึ้นได้ จึงจำเป็นต้องมีกลไกบางอย่างในการพาทุกภาคส่วนมานั่งคุยกัน ก็คือหน่วยงานกลาง” ควรสร้างระบบและกลไกให้ทุกหน่วยงานร่วมกันพัฒนาระบบมาตรฐานกลางสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านเวชระเบียนหรือข้อมูลสุขภาพให้ชัดเจนเพื่อให้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ชัดเจน คุณลักษณะของผู้นำก็มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารการพัฒนานั้นคือผู้นำขององค์กรวิชาชีพหรือผู้นำการบริหารการพัฒนาต้องเลือกผู้ที่มีความสามารถในการประสานงานได้ดี สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ มีการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ให้กับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการยอมรับในงานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์แก่ผู้ปฏิบัติงาน สรุปประเด็นนี้ เป็นด้านการบริหารกิจการและภาวะผู้นำ

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า ในระยะเริ่มต้นด้วยบริบทของประเทศไทยที่การศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทยและบุคลากรที่อยู่ในส่วนการศึกษา ด้านเวชระเบียนของประเทศก็มาจากบุคลากรเวชระเบียนที่เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมาก่อน ฉะนั้นในระยะเริ่มต้นสถาบันการศึกษาควรเข้ามาร่วมเป็นผู้นำโดยร่วมกับองค์กรวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนางานวิชาการงานวิจัย และนวัตกรรมด้านเวชระเบียน ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “ด้วยบริบทของประเทศไทยยังมีความจำเป็นต้องมีการวิจัยด้านเวชระเบียนมากกว่านี้ ในระยะแรกสถาบันการศึกษาควรเข้ามามีบทบาทในการนำการพัฒนา ร่วมกับองค์กรวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง” ในระยะแรกองค์กรวิชาชีพเวชระเบียนควรสร้างความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญ จากสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานด้านเวชระเบียน ควรร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในการวางโครงสร้างระบบสารสนเทศสุขภาพ เนื่องจากข้อมูลทางการแพทย์มีในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ นอกกระทรวง เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การพัฒนา โดยนำเสนอความต้องการและการออกแบบการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและครอบคลุม เช่น กระทรวงวิทยาศาสตร์ กระทรวงต่างประเทศ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) สำคัญพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักวิจัยและพัฒนา หน่วยงานผู้จ่ายด้านสุขภาพ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง หน่วยงานประกันชีวิต สรุปประเด็นนี้ เป็นด้านการสร้างความร่วมมือ

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนกลางของประเทศ สามารถให้บริการข้อมูลทางการแพทย์เชิงสถิติ สามารถสืบค้นได้ทันที เพื่อการตัดสินใจสำหรับผู้บริหาร การวางแผน ทั้งการป้องกัน รักษา ควบคุมโรค วางแผนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ และการคิดกรอบอัตรากำลัง หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรวางนโยบายเพื่อให้เกิดการบริการข้อมูลทางการแพทย์ตามความเหมาะสม ให้เกิดการแลกเปลี่ยน

ข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เช่นข้อมูลการวินิจฉัย การรักษาผู้ป่วย ควรมีการวิจัยเพื่อทราบว่าผู้ป่วยและผู้ให้บริการคิดอย่างไรกับการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลจนไม่สะดวกใช้ ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “น่าจะมีการวิจัยว่าผู้ป่วยคิดอย่างไรที่โรงพยาบาลอ้างว่าเพื่อการรักษาความลับของผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยไม่สะดวก ผมมองว่าการเปิดเผยข้อมูลจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยตระหนักต่อวิธีการรักษามากขึ้น ด้วยข้ามองอีกด้านเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา” สรุปประเด็นนี้ เป็นด้านการบริการและการนำไปใช้ของเวชระเบียนนั้น

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า ควรกำหนดโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ระดับชาติ (National eHealth) ที่เอื้อให้ระบบทำงานได้ดี เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพให้เกิดประโยชน์ต่อระบบบริหารจัดการสาธารณสุขของประเทศ ทั้งผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง ข้อมูลสุขภาพของประเทศต้องเป็นเอกภาพ (Unity) มีมาตรฐานกลาง กำหนดโครงสร้างชุดข้อมูลมาตรฐาน (Standard Data Set) ความหมายมาตรฐาน มาตรฐานความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัว สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันได้ระหว่างสถานบริการสุขภาพ เพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการศึกษาที่มีประสิทธิภาพ ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “สิ่งสำคัญในการบันทึกเวชระเบียนคือการกำหนดชุดข้อมูลมาตรฐาน เพื่อประโยชน์ในการจัดเก็บและการแลกเปลี่ยนและการเชื่อมโยงข้อมูล” การดำเนินงานข้อมูลทางการแพทย์ควรเป็นข้อมูลข่าวสารที่เป็นสากล (International Information) การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนควรสอดคล้องกับความเป็นสากล ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “การบันทึกเวชระเบียน ไม่จำเป็นต้องเป็นภาษาสากลทั้งหมด แต่ควรให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย” มีการกำหนดรูปแบบรหัสที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ การดำเนินงานข้อมูลทางการแพทย์ ที่เป็นข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ควรเป็นในลักษณะมีความสะดวกใช้ และมีความปลอดภัย เช่น ลักษณะของเว็บแอปพลิเคชันโดยให้ผู้ใช้งานผ่านเว็บเบราว์เซอร์ ซอร์ฟแวร์และข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้บนเซิร์ฟเวอร์ของผู้ให้บริการ (Cloud Computing) มีระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่พร้อมสามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันโดยระบบที่มีความเร็วสูง มีการพัฒนาเทคโนโลยีและคุณภาพข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ศูนย์ข้อมูลกลางกำหนดระบบการทำงานของเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพให้ชัดเจนก่อนทำการปรับปรุงหรือพัฒนา มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีความปลอดภัยโดยกำหนดระบบการเข้าถึงข้อมูลได้อย่างเหมาะสมตามความต้องการใช้งานกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการแบ่งปันข้อมูล จัดทำระบบให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเอง สร้างระบบค้นหาข้อมูลอัตโนมัติเพื่อให้สามารถเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ และควรมีการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพในโรงพยาบาลมากกว่าการจัดหาเงินทุนสนับสนุนอย่างเดียว สรุปประเด็นนี้ เป็นด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีเพื่อพัฒนางานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า เพื่อการบริหารข้อมูลทางการแพทย์ ทุกส่วนควรมองเห็นข้อมูลเพื่อการดำเนินงานในส่วนที่ตนรับผิดชอบ ผู้ปฏิบัติดำเนินงานได้ทันที ผู้บริหารสามารถตัดสินใจ วางแผน สั่งการได้ทันเวลา ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “ในเขตสุขภาพที่ผมบริหารอยู่ ได้จัดทำฐานข้อมูลทางระบาด ให้ผู้เกี่ยวข้องแต่ละส่วนสามารถเห็นข้อมูลในส่วนที่ตนเกี่ยวข้อง เช่น การรายงานผลไข้เลือดออก ผมสามารถสั่งการได้ทันเวลา ผู้เกี่ยวข้องระดับปฏิบัติสามารถดำเนินงาน

ในส่วนที่เกี่ยวข้องได้ทันเวลา จะเห็นได้ว่าผู้บริหารวางแผน สิ่งได้ ได้อย่างรวดเร็ว การควบคุมโรคย่อมมีประสิทธิภาพ” การทำงานด้านเวชระเบียนควรคำนึงถึงความเป็น มาตรฐานสากล (International standard) เพื่อให้เกิดมาตรฐานข้อมูลเดียวกัน เป็นประโยชน์การสื่อสารด้านสารสนเทศสุขภาพระหว่างประเทศ ช่วยในการควบคุมโรคได้ทันเวลา มีมาตรฐานในการส่งข่าวสารระหว่างกัน เพื่อให้ถึงกันและเข้าใจตรงกัน เช่น ตกลงค่าใช้จ่ายร่วมกันในการบ่งบอกอาการการวินิจฉัย และการรักษา ดังผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “โดยเฉพาะในปัจจุบันเมื่อมีการรวมตัวกันในกลุ่ม AEC เราควรทำข้อมูลให้เป็นมาตรฐาน เช่น ใช้ ICD ของ WHO เป็นการสื่อสารในระดับสากล” จัดทำระบบให้ผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโดยสามารถใช้ข้อมูลร่วมกันภายในสถานบริการเดียวกัน ภาควิชา และสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน มีระบบความปลอดภัยในการส่งข่าวสารระหว่างกัน เพื่อสร้างความมั่นใจกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ระบบซอฟต์แวร์ที่ใช้มีมาตรฐานตามเกณฑ์ ที่ได้รับการรองรับว่าเป็นมาตรฐาน สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล และทำงานได้สอดคล้องกัน เพื่อสร้างความยอมรับให้กับผู้เกี่ยวข้อง และให้ความปลอดภัยกับผู้ใช้ การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (CQI) มีความจำเป็นต่อความสำเร็จในการปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ สรุปประเด็นนี้ เป็นด้านมาตรฐานและความสามารถในการทำงานร่วมกัน

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่ามีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์หรือสารสนเทศสุขภาพโดยเฉพาะ เช่นเกี่ยวกับความปลอดภัยของข้อมูล มีการคุ้มครองประชาชน และผู้ดูแลสุขภาพ มีกฎหมาย ระเบียบที่กำหนดการจัดเก็บข้อมูล การเข้าถึง ข้อมูล และการเผยแพร่ข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ มีการกำหนดนโยบายในการสร้างระบบเพื่อให้เกิดวิสัยทัศน์และแนวปฏิบัติที่ต้องการ มีการติดตามประเมินผลอย่างเหมาะสม กำหนดกฎหมายเกี่ยวกับการใช้งานร่วมกัน (sharing) ของข้อมูลสุขภาพ นโยบาย แนวทางปฏิบัติ โครงสร้าง เฉพาะด้านเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อรองรับข้อมูลในระบบดิจิทัล ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “เป็นเพราะในประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายเฉพาะเรื่องเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เรายังอิงกฎหมายที่ใกล้เคียงมาใช้ ทำให้ผู้ใช้และผู้เกี่ยวข้องไม่มั่นใจในความปลอดภัย และการคุ้มครอง” สรุปประเด็นนี้ เป็นด้านการออกกฎหมาย นโยบาย และแนวปฏิบัติ

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า บุคลากรเวชระเบียนควรมีสมรรถนะหลักคือ ความรู้ ความเข้าใจทางเวชระเบียน โรค รหัสทางการแพทย์ การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (reimbursement) มีคุณลักษณะด้านการประสานงานที่ดี มีทัศนคติที่ดีและมีใจรักในวิชาชีพ ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “เมื่อประเทศปฏิรูปวิธีการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการแก่หน่วยบริการต่างๆ โดยเฉพาะการใช้น้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ในการจ่ายค่ารักษาให้กับโรงพยาบาล บุคลากรเวชระเบียนจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะการให้รหัสทางการแพทย์ให้มีความถูกต้องมากที่สุด รวมทั้งความเข้าใจเกี่ยวกับระบบรายงานการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล” บุคลากรด้านเวชระเบียนสามารถดูแลและพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ได้ เช่นการออกแบบ การสร้าง การปฏิบัติและสนับสนุนบริการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ บุคลากรเวชระเบียนควรมีสมรรถนะเฉพาะเพื่อรองรับระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) คือ ความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กฎหมายเกี่ยวกับธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ บุคลากรด้านเวชระเบียนควร

พัฒนาตนเองให้สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรหัสทางการแพทย์ หรืองานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียน บุคลากรด้านเวชระเบียนควรมีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ความรับผิดชอบ และมีความซื่อสัตย์ และมีความคิดสร้างสรรค์ ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “จรรยาบรรณวิชาชีพ ความซื่อสัตย์ และมีความคิดสร้างสรรค์เป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับบุคลากรเวชระเบียน” นอกจากนี้ในควรกำหนดกรอบตำแหน่งบุคลากรงานเวชระเบียนในโรงพยาบาลควรมีบุคลากรทุกระดับตั้งแต่ระดับผู้ช่วยซึ่งควรผ่านการอบรมความรู้เกี่ยวกับงาน เวชระเบียน ระดับผู้ปฏิบัติที่สำเร็จการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง และระดับบริหารหน่วยงาน ในการควบคุม ตรวจสอบ ควรสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี เรื่องของความก้าวหน้าในวิชาชีพ บุคลากรสายงานเวชระเบียน เวชสถิติ เวชสารสนเทศ สารสนเทศสุขภาพ ในอนาคตควรรวมกันไป เพราะทิศทางในอนาคตจะต้องใช้สมรรถนะด้านข้อมูลสุขภาพและเวชระเบียน เวชสถิติ เวชสารสนเทศ และสารสนเทศสุขภาพ ร่วมกัน อาจแยกสาขา เช่น เวชระเบียน การจัดการระบบสารสนเทศ โดยต้องมีเส้นทางในวิชาชีพสำหรับบุคลากรกลุ่มเก่าด้วย สรุปประเด็นคือ ด้านการพัฒนาบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า ควรมีสภาวิชาชีพที่มีกฎหมายรองรับ เป็นองค์กรวิชาชีพที่ดูแลทั้งเรื่องข้อมูลและระบบสารสนเทศ ซึ่งองค์กรวิชาชีพของเวชระเบียนควรประกอบด้วยบุคลากรเฉพาะด้านเวชระเบียนเพื่อความเป็นวิชาชีพ และมีที่ปรึกษาจากสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย เช่น แพทย์ นักเทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้แทนจากองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงสถาบันการศึกษา เพราะธรรมชาติของงานที่เชื่อมโยงเกี่ยวข้องกันมาก เพื่อให้เกิดการบูรณาการงาน การทำงาน และพัฒนาวิชาชีพไปข้างหน้าร่วมกันได้ดี การบริหารองค์กรวิชาชีพของเวชระเบียนควรบุคลากรที่มีการกระจายมาจากทั้งภาครัฐ และเอกชน เช่น กำหนดให้ผู้แทนวิชาชีพเวชระเบียนจากเขตสุขภาพทุกเขตเป็นตัวแทนเข้ามาเป็นคณะกรรมการบริหาร หรือ จากภาคเอกชนด้วย องค์กรวิชาชีพพัฒนาจากชมรมและปัจจุบันเป็นสมาคมเวชสถิติแห่งประเทศไทย เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง องค์กรวิชาชีพต้องสร้างความเข้มแข็งให้เกิดสภาวิชาชีพ ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “ต้องพัฒนาองค์กรวิชาชีพเวชระเบียนให้เป็นสภาวิชาชีพที่มีกฎหมายรองรับ เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการพัฒนาวิชาชีพและควบคุมมาตรฐานงาน” สภาวิชาชีพมีบทบาทในการพัฒนามาตรฐานงาน พัฒนาบุคลากรและการวิจัย และรวมทั้งเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาการจัดการศึกษา องค์กรวิชาชีพต้องเป็นแหล่งรวมผู้เชี่ยวชาญด้านเวชระเบียนเพื่อเป็นที่พึ่งในการพัฒนางานเวชระเบียนในระบบบริการสุขภาพ ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “ทุกวันนี้เรายังไม่มีฐานข้อมูลผู้เชี่ยวชาญในงานเวชระเบียนอย่างเป็นรูปธรรม หากเป็นไปได้เมื่อเป็นสภาวิชาชีพควรเป็นที่รวมผู้เชี่ยวชาญเพื่อช่วยในการพัฒนางานเวชระเบียนของประเทศ” องค์กรวิชาชีพจัดทำข้อบังคับเพื่อเป็นแนวทางมาตรฐานในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรด้านเวชระเบียน เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในวิชาชีพ เช่น การรับรองใบประกอบวิชาชีพของบุคลากรด้านเวชระเบียน ผลักดันให้เกิดความตระหนักรู้ในการนำสารสนเทศสุขภาพไปช่วยในการพัฒนาการวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ และประกอบกรตัดสินใจ องค์กรวิชาชีพสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ สร้างวัฒนธรรมองค์กรเรื่องความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุคลากรรุ่นน้องๆ ควรเสนอให้มีการกำหนดกรอบตำแหน่งบุคลากรเวชระเบียนในโรงพยาบาลทุกระดับจนกระทั่งถึง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “ปัจจุบันมีการขยายบริการสุขภาพสู่ระดับปฐมภูมิมากขึ้น องค์กรวิชาชีพควรผลักดันให้มีการกำหนดกรอบตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชสถิติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อรองรับระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ” นอกจากนี้ควรกำหนดกรอบตำแหน่งนักเวชสถิติ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำสารสนเทศสุขภาพ ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับประเทศ เช่น สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “เพื่อการบริหารจัดการข้อมูลทางการแพทย์ ที่มีประสิทธิภาพ ผู้ที่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลต้องมีความเข้าใจข้อมูลทางการแพทย์ด้วย เพราะข้อมูลถูกเก็บในรูปแบบของรหัส” สรุปประเด็นนี้ เป็นด้านองค์กรวิชาชีพ

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าการบริหารการศึกษาต้องมีเครือข่ายและประสานความร่วมมือในการพัฒนาการจัดการศึกษา โดยสถาบันการศึกษาควรทำความร่วมมือกันระหว่างสถาบันการศึกษาที่จัดการศึกษาด้านเวชระเบียนหรือสารสนเทศสุขภาพ ควรทำความร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดการศึกษาต้องคำนึงถึงคนในศตวรรษที่ 21 จัดกิจกรรมการเรียนรู้การสอนให้สอดคล้องกับคนยุคใหม่ ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “ในการจัดการศึกษาสิ่งสำคัญคือการเข้าใจธรรมชาติของคนยุคนั้นๆ ในปัจจุบันคนในศตวรรษที่ 21 ควรมีทักษะด้านการเรียนรู้และนวัตกรรม ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสื่อสารและความร่วมมือ ทักษะสารสนเทศสื่อและเทคโนโลยี ทุกวันนี้เราอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยี โดยเฉพาะบริการสุขภาพเพื่อชีวิตของประชาชน จำเป็นต้องเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็วด้วยเทคโนโลยีและสามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างรวดเร็ว พลเมืองที่มีประสิทธิภาพต้องแสดงทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและปฏิบัติได้หลากหลาย ต้องมีทักษะสารสนเทศ ทักษะด้านสื่อ ทักษะด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร ทักษะชีวิตและอาชีพ คือมีความยืดหยุ่น และความสามารถในการปรับตัว การริเริ่มและกำกับตนเองได้ การมีผลงานและความรับผิดชอบตรวจสอบได้ ภาวะผู้นำและความรับผิดชอบ” การจัดการศึกษาให้ความสำคัญกับการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง การจัดการเรียนการสอนควรเชิญผู้บริหารมาสอนเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจถึงสมรรถนะของบุคลากรด้านเวชระเบียน ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “การเชิญผู้บริหารมาสอนเป็นกลยุทธ์ที่ทำให้เขารู้จักและเข้าใจในสมรรถนะผู้สำเร็จการศึกษาด้านเวชระเบียน อาจเชิญมาในชั่วโมงการสัมมนาก็ได้” การจัดการศึกษาควรให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศในระดับสามารถประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานเวชระเบียน หลักสูตรที่จัดการศึกษาต้องให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องศัพท์แพทย์และโรค ที่สามารถสื่อสารกับแพทย์ได้ดี ในการจัดหลักสูตรเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในงานเวชระเบียน ควรจัดเป็นวิชาเอก เนื่องจากการทำงานข้อมูลสุขภาพมีหลายส่วน โดยเฉพาะปัจจุบันมีเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคลากรเวชระเบียน รวมทั้งการให้รหัสทางการแพทย์ ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “เนื่องจากประเทศไทยนำนโยบายหลักประกันสุขภาพเข้ามาใช้ในระบบบริการสุขภาพ ระบบการเบิกจ่ายค่าชดเชยการรักษาเข้ามาเกี่ยวข้องกับบทบาทบุคลากรเวชระเบียนย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย ควรเพิ่มบทบาทในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลให้มีคุณภาพพร้อมใช้งานและสนับสนุนข้อมูลเพื่อการบริหารตามระบบบริการสุขภาพของประเทศ” เมื่อมีการพัฒนาสู่การเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือ สารสนเทศสุขภาพ

อิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) การจัดการศึกษาต้องให้ผู้เรียนทำความเข้าใจการเปลี่ยนของประชากร ปัญหา ความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ หลักสูตรที่จัดสอนให้ผู้เรียนเข้าใจเรื่องการให้ความสำคัญต่อผู้ป่วย (people focus) นอกจากนี้หลักสูตรที่เปิดสอนต้องพัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะ การวิเคราะห์ระบบ การวิเคราะห์ข้อมูล การบริหารข้อมูลแบบมีอาชีพ เพื่อได้สารสนเทศสำหรับการบริหารได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา หลักสูตรที่เปิดสอนต้องพัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะในการเป็นล่ามในการประสานหลักขององค์กร ระหว่างผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานบริการกับระดับผู้บริหารและผู้ใช้อื่น ๆ ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “ผู้บริหารต้องการผู้ที่มีความเข้าใจในข้อมูลโรค สื่อสารกับนักเทคโนโลยีสารสนเทศให้สามารถเขียนคำสั่งเพื่อจัดการข้อมูลได้ตามที่ต้องการ ซึ่งเห็นว่าเป็นกลุ่มเวชระเบียนหรือเวชสถิตินี้แหละ” ควรปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรมโดยเฉพาะความซื่อสัตย์ มีความคิดสร้างสรรค์ มีความรับผิดชอบ อีกทั้งครูผู้สอนควรเป็นครูต้นแบบเพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการเรียนให้กับนักศึกษา ควรเพิ่มความสำคัญในวิชาเกี่ยวกับรหัสทางการแพทย์เนื่องจากข้อมูลในระบบอิเล็กทรอนิกส์มีความจำเป็นต้องบันทึกเป็นรหัสมาตรฐาน หลักสูตรที่เปิดสอนควรมีถึงระดับปริญญาเอก โดยระดับปริญญาโท และเอก ควรเปิดรับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง สรุประเบียบนี้ เป็นด้านการจัดการศึกษา

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า ควรมีการวางแผนและดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกลไก เพื่อให้เกิดเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เป็นระยะๆ เช่น 3 ปี 5 ปี 7 ปี และ 10 ปี โดยให้ความสำคัญกับโครงสร้างที่รองรับด้วย กระทรวงสาธารณสุขต้องสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้เกิดเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงสาธารณสุขต้องสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้เกิดเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ในระยะเริ่มต้นควรสร้างเป็นต้นแบบ (Model) โดยทำเป็นความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล องค์กรวิชาชีพหรือสภาวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการตั้งหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนกลางของประเทศเพื่อนำเสนอมาตรฐานวิชาชีพ นโยบาย กฎหมาย และมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ องค์กรวิชาชีพเพิ่มบทบาทการสร้างเชื่อมั่นและยอมรับความเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง องค์กรวิชาชีพต้องเพิ่มบทบาทในการสร้างความร่วมมือในการสร้างและพัฒนามาตรฐานวิชาชีพ มีคณะทำงานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ขึ้นมาเพื่อทำงานประสานกับคณะกรรมการธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์แห่งชาติ สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (สพธอ) ในการผลักดันให้เกิดมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ องค์กรวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการสร้างความร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ เช่น ในการเชื่อมโยงข้อมูล การวางระบบโครงสร้างหน่วยงานกลาง การวางโครงสร้างงานเวชระเบียน พัฒนาความรู้ให้กับประชาชนเพื่อทำความเข้าใจระบบ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และการมีส่วนร่วมในกระบวนการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลสุขภาพบุคคล (Personal Health Record: PHR) องค์กรวิชาชีพจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม เช่นคนต้นแบบด้านเวชระเบียนเพื่อสร้างแบบอย่างที่ดี (Role Model) ในวิชาชีพ เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากร จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูล เช่น ปรับกระบวนการทำงาน จัดการอบรมให้ความรู้บุคลากรนอกจากนั้นเครือข่ายสถานพยาบาลร่วมมือกันส่งเสริมให้เกิดมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลในเครือข่าย โปรแกรมการวัดคุณภาพข้อมูล การรายงาน ค่าตอบแทนตามประสิทธิภาพ การจะพัฒนาให้สำเร็จได้นั้นต้องทำให้

บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียนเห็นความสำคัญของวิชาชีพด้านเวชระเบียน เข้าใจในบทบาทหน้าที่ สามารถใช้ประโยชน์จากบุคลากรเวชระเบียนได้อย่างเต็มศักยภาพ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียน เข้าใจในกระบวนการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และยอมรับมาตรการที่ถูกกำหนดขึ้น ดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งกล่าวว่า “เราต้องทำให้บุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเห็นคุณค่าและเข้าใจในงานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ที่เราทำแล้วเขาจะให้ความร่วมมือกับเรา” นอกจากนี้ผู้บริหารต้องมีบทบาทในการสนับสนุนและผลักดันให้ก้าวสู่เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ วางกรอบแผนนโยบายและจัดสรรทรัพยากรเพื่อเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ให้ความรู้ผู้ป่วยและประชาชนให้เข้าใจและเห็นความสำคัญของเวชระเบียน เช่น ความรู้เรื่องความปลอดภัยของข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์และเคารพสิทธิผู้ป่วย สร้างความเชื่อมั่นในกลุ่มสังคมที่เกี่ยวข้องยอมรับ เช่น หน่วยงานผู้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ สร้างผู้นำทางความคิด ในการพัฒนาระบบเวชระเบียนของประเทศ เช่น ส่งเสริมผู้ที่มีความรู้ในระดับปริญญาเอก หรือผู้บริหารยุคใหม่ เพื่อเป็นผู้สร้างสรรค์นวัตกรรม สื่อสารกับผู้บริหารส่วนต่าง ๆ และกลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ สรรหาบุคลากรที่ร่วมบุกเบิกในการขับเคลื่อนซึ่งต้องเป็นผู้ที่เสียสละ และรักในวิชาชีพ มีความอดทนและมุ่งมั่น สรุปประเด็นนี้ เป็นด้านการขับเคลื่อนการบริหารการพัฒนา

สรุป จาก EDFR รอบที่ 1 ผลการสัมภาษณ์สามารถสังเคราะห์ทิศทางความเห็นเกี่ยวกับการบริหารพัฒนางานเวชระเบียน เป็นกลุ่มความเห็น 13 ด้าน และนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามความคิดเห็น เพื่อเก็บข้อมูล EDFR รอบที่ 2

EDFR รอบที่ 2

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามความคิดเห็น จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 21 คน โดยใช้สถิติในการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง (center tendency) ได้แก่ ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าฐานนิยม (Mode) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ซึ่งผลการวิเคราะห์สรุปได้ตามตาราง ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านงานเวชระเบียนใน
อนาคต

| ด้านงานเวชระเบียนใน อนาคต | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 1. เพื่อรองรับระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศใน อนาคตระบบเวชระเบียนควร เป็นรูปแบบดิจิทัล หรือเวช ระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record : EMR) เข้ามาแทน ระบบเอกสาร | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. ในการพัฒนาระบบ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ควรให้ความสำคัญในการ เชื่อมโยงข้อมูล ซึ่งข้อมูล ผู้ป่วยต้องเป็นมาตรฐาน สื่อสารและแลกเปลี่ยนกันได้ | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. การบริการสุขภาพควรให้ ความสำคัญที่ตัวบุคคล (people focus) โดย คำนึงถึงความต้องการของ ผู้ป่วยเป็นสำคัญสามารถ ให้บริการแบบเข้าถึงผู้ป่วยได้ รวดเร็ว | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 4. เจ้าของประวัติเวชระเบียน ผู้ป่วย ควรถือเวชระเบียน ของตนเองได้เพื่อสามารถยื่น ต่อสถานบริการที่ใดๆ ที่ ตนเองเข้ารับการรักษา | 4 | 5 | -1 | 1 | มาก | ไม่สอดคล้อง |
| 5. ระบบการบันทึกข้อมูลใน เวชระเบียนควรรองรับ เทคโนโลยี ที่ง่ายต่อการใช้ ของผู้ให้บริการสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านงานเวชระเบียน
ในอนาคต (ต่อ)

| ด้านงานเวชระเบียนใน อนาคต | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 6. รัฐบาลควรปฏิรูประบบ สารสนเทศสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถ ใช้เทคโนโลยี บันทึกข้อมูล สุขภาพของตนเองได้ (Personal Health Record : PHR) | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 7. ผู้ดูแลสุขภาพสนับสนุนให้ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมใน กระบวนการดูแลสุขภาพโดย สามารถบันทึกข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้ (Personal Health Record : PHR) | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 8. เพื่อให้การดูแลรักษา สุขภาพผู้ป่วยที่รวดเร็ว ควร สร้าง เวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์เป็นระบบ สุขภาพเคลื่อนที่ได้ (Mobile Health : mHealth) | 5 | 5 | 0 | 0.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 9. ควรพัฒนาระบบ เวชระเบียนที่ผู้ป่วยหนึ่งคนมี เวชระเบียนฉบับเดียว (single record) ที่สามารถใช้ เข้ารับที่สถานบริการ สุขภาพใดก็ได้ | 5 | 5 | 0 | 0.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 1 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านอนาคตของงานเวชระเบียน สอดคล้อง 8 ข้อ ไม่สอดคล้อง 1 ข้อ เรียงตามลำดับดังนี้ ข้อที่ 1 เพื่อรองรับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในอนาคตระบบเวชระเบียนควรเป็นรูปแบบดิจิทัลหรือเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record : EMR) เข้ามาแทนระบบเอกสาร (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 ในการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เพื่อประโยชน์สำหรับผู้ป่วยควรให้ความสำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูล ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยต้องเป็นมาตรฐานสื่อสารและแลกเปลี่ยนกันได้ (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 การบริการสุขภาพควรให้ความสำคัญที่ตัวบุคคล (people focus) โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญสามารถให้บริการแบบเข้าถึงผู้ป่วยได้รวดเร็ว (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 5 ระบบการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนควรรองรับเทคโนโลยี ที่ง่ายต่อการใช้ของผู้ให้บริการสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 6 รัฐบาลควรปฏิรูประบบสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้เทคโนโลยี บันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ (Personal Health Record : PHR) (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 7 ผู้ดูแลสุขภาพสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพโดยสามารถบันทึกข้อมูลสุขภาพตนเองได้ ในระบบสุขภาพบุคคล (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 8 เพื่อให้การดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยที่รวดเร็วควรสร้างเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเคลื่อนที่ได้ (Mobile Health : mHealth) เช่น พัฒนาแอปพลิเคชันด้านระบบสุขภาพบุคคลในมือถือ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 9 ควรพัฒนาระบบเวชระเบียนที่ผู้ป่วยหนึ่งคนมีเวชระเบียนฉบับเดียว (single record) ที่สามารถใช้เข้ารับรักษาที่สถานบริการสุขภาพใดก็ได้ โดยมีลักษณะของข้อมูลข่าวสารเป็นมาตรฐานเดียวกัน แต่แบบฟอร์มเวชระเบียนไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน (Mdn = 5, IQR = 0.5, |Mdn-Mo| = 0) และความเห็นไม่สอดคล้อง ได้แก่ ข้อที่ 4 เจ้าของประวัติ เวชระเบียนผู้ป่วย ควรถือเวชระเบียนของตนเองได้เพื่อสามารถยื่นต่อสถานบริการที่ใดๆ ที่ตนเองเข้ารับการรักษา (Mdn = 4, IQR = 1, |Mdn-Mo| = -1)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านโครงสร้าง
การบริหารการพัฒนา

| ด้านโครงสร้างการบริหาร การพัฒนา | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 1. ควรจัดตั้งหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศไทย (National Medical Record) เพื่อบริหารจัดการระบบเวชระเบียนของประเทศไทย | 5 | 5 | 0 | 1.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศไทย ควรประกอบด้วยบุคลากรที่หลากหลายที่มีความรู้ความเข้าใจ ทางเวชระเบียนสารสนเทศสุขภาพเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. คณะกรรมการบริหารหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศไทยควรประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นสหวิชาชีพมีความรู้ความสามารถหลากหลาย | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 4. องค์กรวิชาชีพเวชระเบียนควรเข้ามามีบทบาทในการนำการพัฒนางานเวชระเบียนของประเทศไทย | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 2 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านโครงสร้างการบริหารการพัฒนา สอดคล้องทุกข้อ เรียงตามลำดับ ดังนี้ ข้อที่ 1 ควรจัดตั้งหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ (National Medical Record) เพื่อบริหารจัดการระบบเวชระเบียนของประเทศ (Mdn = 5, IQR = 1.5, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรประกอบด้วยบุคลากรที่หลากหลายที่มีความรู้ความเข้าใจ ทางเวชระเบียน สารสนเทศสุขภาพ เทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบสุขภาพชนักเวชสถิติ แพทย์ นักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 คณะกรรมการบริหารหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นสหวิชาชีพมีความรู้ความสามารถหลากหลาย (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) และข้อที่ 4 องค์กรวิชาชีพเวชระเบียนควรเข้ามามีบทบาทในการนำการพัฒนางานเวชระเบียนของประเทศ หลากหลาย (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านยุทธศาสตร์และการลงทุน

| ด้านยุทธศาสตร์และการลงทุน | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|-------------------------------------|
| 1. กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์สารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ให้ชัดเจนในการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพมาใช้ในระบบบริการสุขภาพของประเทศ | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. ควรกำหนดยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพให้มีเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ / ระเบียบสุขภาพบุคคล ไว้ในแผนแม่บทด้วย เช่นเดียวกับระบบอิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ | 5 | 5 | 0 | 0.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านยุทธศาสตร์ และการลงทุน (ต่อ)

| ด้านยุทธศาสตร์และการลงทุน | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 3. เพื่อให้มีความมั่นคง ในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพของ ประเทศ รัฐบาลควรมีการบริหารจัดการในด้านการลงทุนในการวางระบบพื้นฐานรองรับฐานข้อมูลสุขภาพที่มากขึ้น | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 4. รัฐบาลควรมีการลงทุนเพื่อการวิจัยประเมินเทคโนโลยีสารสนเทศบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based) หรือหลักฐานความจำเป็นทางสุขภาพ (evidence-based health need) | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 5. กระทรวงสาธารณสุขควรจัดสรรงบประมาณเพื่อลงทุนให้เกิดระบบการแลกเปลี่ยนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 6. มีการระดมทุนระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อการพัฒนาาระบบสารสนเทศสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 3 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านยุทธศาสตร์และการลงทุน สอดคล้องทุกข้อ เรียงตามลำดับ ดังนี้ ข้อที่ 1 กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์สารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ให้ชัดเจนในการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพมาใช้ในระบบบริการสุขภาพของประเทศ (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 ควรกำหนดยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพให้มีเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ /เวชระเบียนสุขภาพบุคคล ไว้ในแผนแม่บทด้วย เช่นเดียวกับระบบอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ (Mdn = 5, IQR = 0.5, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 เพื่อให้มีความมั่นคง ในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพของประเทศ รัฐบาลควรมีการบริหารจัดการในด้านการลงทุนในการวางระบบพื้นฐานรองรับฐานข้อมูลสุขภาพที่มากขึ้น (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 4 รัฐบาลควรมีการลงทุนเพื่อการวิจัยประเมินเทคโนโลยีสารสนเทศบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based) หรือหลักฐานความจำเป็นทางสุขภาพ (evidence-based health need) (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 5 กระทรวงสาธารณสุขควรจัดสรรงบประมาณเพื่อลงทุนให้เกิดระบบการแลกเปลี่ยนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) และ ข้อที่ 6 มีการระดมทุนระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อการพัฒนาาระบบสารสนเทศสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0)



ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านการบริหารกิจการ
และภาวะผู้นำ

| ด้านการบริหารกิจการ และภาวะผู้นำ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 1. กระทรวงสาธารณสุขควร สนับสนุนการจัดตั้งหน่วยงาน สารสนเทศสุขภาพกลางของ ประเทศที่เป็นหน่วยงานกึ่ง อิสระมาทำหน้าที่พัฒนา ระบบสารสนเทศสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์เพื่อดำเนินการ จัดทำมาตรฐานกลางให้ สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน ได้ระหว่างโรงพยาบาลทั้ง ภาครัฐทุกกระทรวงและ เอกชน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. ควรสร้างระบบและกลไก ให้ทุกหน่วยงานร่วมกัน พัฒนาระบบมาตรฐานกลาง สารสนเทศสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. กระทรวงสาธารณสุขมี บทบาทกำหนดนโยบายที่ เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบ สารสนเทศสุขภาพและ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 4. กระทรวงสาธารณสุขต้อง กำหนดหน้าที่ของหน่วยงาน ต่างๆ ในกระทรวงที่เกี่ยวข้อง กับการดำเนินงานด้าน เวชระเบียนหรือข้อมูล สุขภาพให้ชัดเจน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการบริหารกิจการ และภาวะผู้นำ (ต่อ)

| ด้านการบริหารกิจการ และภาวะผู้นำ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 5. ผู้นำขององค์กรวิชาชีพ หรือผู้นำการบริหารการ พัฒนาต้องเลือกผู้ที่มี ความสามารถในการ ประสานงานได้ดี สร้างความ ร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้องได้ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 6. มีการสร้างความเข้าใจ เกี่ยวกับเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ให้กับ ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการ ยอมรับในงานเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ แก่ ผู้ปฏิบัติงาน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 4 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการสร้างความร่วมมือ สอดคล้องทุกข้อ เรียงตามลำดับดังนี้ ข้อที่ 1 กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยงานสารสนเทศสุขภาพกลางของประเทศที่เป็นหน่วยงานกึ่งอิสระมาทำหน้าที่พัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพ (e-Health) เพื่อดำเนินการจัดทำมาตรฐานกลางให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ระหว่างโรงพยาบาลทั้งภาครัฐทุกกระทรวงและเอกชน (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 ควรสร้างระบบและกลไกให้ทุกหน่วยงานร่วมกันพัฒนาระบบมาตรฐานกลางสารสนเทศสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านเวชระเบียนหรือข้อมูลสุขภาพให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ชัดเจน (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 5 ผู้นำขององค์กรวิชาชีพหรือผู้นำการบริหารการพัฒนาต้องเลือกผู้ที่มีความสามารถในการประสานงานได้ดี สร้างความร่วมมือกับหน่วยงาน ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) และ

ข้อที่ 6 มีการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ให้กับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการยอมรับในงานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์แก่ผู้ปฏิบัติงาน (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านการสร้างความร่วมมือ

| ด้านการสร้างความร่วมมือ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|---------------------------------------|
| 1. ในระยะเริ่มต้น สถาบันการศึกษาควรเข้ามาร่วมเป็นผู้นำโดยร่วมกับองค์กรวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนางานวิชาการงานวิจัย และนวัตกรรมด้านเวชระเบียน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. องค์กรวิชาชีพเวชระเบียน ควรสร้างความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญ จากสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานด้านเวชระเบียน | 5 | 5 | 0 | 0.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. ควรร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในการวางโครงสร้างระบบสารสนเทศสุขภาพเนื่องจากข้อมูลทางการแพทย์มีในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 4. หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนกลางของประเทศ ควรประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ นอกกระทรวงเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การพัฒนา โดยนำเสนอความต้องการและการออกแบบการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและครอบคลุม | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 5 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการสร้างความร่วมมือ สอดคล้องทุกข้อ เรียงตามลำดับดังนี้ ข้อที่ 1 ในระยะเริ่มต้นสถาบันการศึกษา ควรเข้ามาร่วมเป็นผู้นำโดยร่วมกับองค์กรวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนางานวิชาการงานวิจัย และนวัตกรรมด้านเวชระเบียน (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 องค์กรวิชาชีพเวชระเบียนควรสร้างความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญจากสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานด้านเวชระเบียน (Mdn = 5, IQR = 0.5, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 ควรร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในการวางโครงสร้างระบบสารสนเทศสุขภาพเนื่องจากข้อมูลทางการแพทย์มีในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) และข้อที่ 4 หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงาน เวชระเบียนของประเทศ ควรประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ นอกกระทรวงเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการพัฒนา โดยนำเสนอความต้องการและการออกแบบการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและครอบคลุม เช่น กระทรวงวิทยาศาสตร์ กระทรวงต่างประเทศ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) สำนักพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักวิจัยและพัฒนา หน่วยงานผู้จ่ายด้านสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0)

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการบริการและการนำไปใช้

| ด้านการบริการและการนำไปใช้ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 1. หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนกลางของประเทศ สามารถให้บริการข้อมูลทางการแพทย์เชิงสถิติ สามารถสืบค้นได้ทันที เพื่อการตัดสินใจสำหรับผู้บริหาร การวางแผน ทั้งการป้องกันรักษา ควบคุมโรค วางแผนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ และการคิดกรอบอัตรากำลัง | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านการบริการและการนำไปใช้ (ต่อ)

| ด้านการบริการและการนำไปใช้ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็นสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|------------------------------------|
| 2. หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรวางนโยบายเพื่อให้เกิดการบริการข้อมูลทางการแพทย์ตามความเหมาะสม ให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เช่น ข้อมูลการวินิจฉัย การรักษาผู้ป่วย | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. ควรมีการวิจัยเพื่อทราบว่าผู้ป่วยคิดอย่างไรกับการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลจนไม่สะดวกใช้ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 4. ควรมีการวิจัยเพื่อทราบว่าผู้ให้บริการสุขภาพคิดอย่างไรกับการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลจนไม่สะดวกใช้ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 6 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการสร้างความร่วมมือ สอดคล้องทุกข้อ เรียงตามลำดับดังนี้ ข้อที่ 1 หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนกลางของประเทศ สามารถให้บริการข้อมูลทางการแพทย์เชิงสถิติสามารถสืบค้นได้ทันที เพื่อการตัดสินใจสำหรับผู้บริหาร การวางแผน ทั้งการป้องกัน รักษา ควบคุมโรค วางแผนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ และการคิดกรอบอัตราค่าจ้าง (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 ควรมีการวิจัยเพื่อทราบว่าผู้ป่วยคิดอย่างไรกับการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลจนไม่สะดวกใช้ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 4 ควรมีการวิจัยเพื่อทราบว่าผู้ให้บริการสุขภาพคิดอย่างไรกับการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลจนไม่สะดวกใช้ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) และข้อที่ 2 หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรวางนโยบายเพื่อให้เกิดการบริการข้อมูลทางการแพทย์ตามความเหมาะสม ให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เช่น ข้อมูลการวินิจฉัย การรักษาผู้ป่วย (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0)

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี

| ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็นสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|------------------------------------|
| 1. กำหนดโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ระดับชาติ (National eHealth) ที่เอื้อให้ระบบทำงานได้ดี เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพให้เกิดประโยชน์ต่อระบบบริหารจัดการสาธารณสุขของประเทศไทย ทั้งผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. ข้อมูลสุขภาพของประเทศต้องเป็นเอกภาพ มีมาตรฐานกลาง กำหนดโครงสร้างชุดข้อมูลมาตรฐาน ความหมายมาตรฐาน มาตรฐานความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัว สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันได้ระหว่างสถานบริการสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. การดำเนินงานข้อมูลทางการแพทย์ควรเป็นข้อมูลข่าวสารที่เป็นสากล (International Information) การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนควรสอดคล้องกับความเป็นสากลที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี (ต่อ)

| ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 4. มีการกำหนดรูปแบบรหัสที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 5. การดำเนินงานข้อมูลทางการแพทย์ ที่เป็นข้อมูลขนาดใหญ่ (Big data) ควรเป็นในลักษณะมีความสะดวกใช้ และมีความปลอดภัย เช่น ลักษณะของเว็บแอปพลิเคชัน โดยให้ผู้ใช้งานผ่านเว็บเบราว์เซอร์ ซอร์ฟแวร์และข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้บนเซิร์ฟเวอร์ของผู้ให้บริการ (Cloud computing) | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 6. มีระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่พร้อมสามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกัน โดยระบบที่มีความเร็วสูง มีการพัฒนาเทคโนโลยีและคุณภาพข้อมูลอย่างต่อเนื่อง | 5 | 5 | 0 | 0.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 7. ศูนย์ข้อมูลกลางกำหนดระบบการทำงานของเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพให้ชัดเจนก่อนทำการปรับปรุงหรือพัฒนา | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี (ต่อ)

| ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 8. มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีความปลอดภัยโดยกำหนดระบบการเข้าถึงข้อมูลได้อย่างเหมาะสม ตามความต้องการใช้งานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ในการแบ่งปันข้อมูล | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 9. จัดทำระบบให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเอง | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 10. สร้างระบบค้นหาข้อมูลอัตโนมัติเพื่อให้สามารถเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ | 4 | 4 | 0 | 1 | มาก | สอดคล้อง |
| 11. ควรมีการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพในโรงพยาบาลมากกว่าการจัดหาเงินทุนสนับสนุนอย่างเดียว | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 7 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี สอดคล้องทุกข้อ เรียงตามลำดับดังนี้ ข้อที่ 1 กำหนดโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ระดับชาติ (National eHealth) ที่เอื้อให้ระบบทำงานได้ดี เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพให้เกิดประโยชน์ต่อระบบบริหารจัดการสาธารณสุขของประเทศ ทั้งผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 ข้อมูลสุขภาพของประเทศต้องเป็นเอกภาพ (unity) มีมาตรฐานกลาง กำหนดโครงสร้างชุดข้อมูลมาตรฐาน (Standard data set) ความหมายมาตรฐาน มาตรฐานความปลอดภัย

และความเป็นส่วนตัว สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันได้ระหว่างสถานบริการสุขภาพ เพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 การดำเนินงานข้อมูลทางการแพทย์ควรเป็นข้อมูลข่าวสารที่เป็นสากล (International Information) การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนควรสอดคล้องกับความเป็นสากล ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 4 มีการกำหนดรูปแบบรหัสที่มีประสิทธิภาพ มีความจำเป็นในการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 5 การดำเนินงานข้อมูลทางการแพทย์ ที่เป็นข้อมูลขนาดใหญ่ (Big data) ควรเป็นในลักษณะมีความสะดวกใช้ และมีความปลอดภัย เช่น ลักษณะของเว็บแอปพลิเคชันโดยให้ผู้ใช้งานผ่านเว็บเบราว์เซอร์ ซอร์ฟแวร์และข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้บนเซิร์ฟเวอร์ของผู้ให้บริการ (Cloud computing) (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 6 มีระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่พร้อมสามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันโดยระบบที่มีความเร็วสูง มีการพัฒนาเทคโนโลยีและคุณภาพข้อมูลอย่างต่อเนื่อง (Mdn = 5, IQR = 0.5, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 7 ศูนย์ข้อมูลกลางกำหนดระบบการทำงานของเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพให้ชัดเจนก่อนทำการปรับปรุงหรือพัฒนา (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 8 มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีความปลอดภัยโดยกำหนดระบบการเข้าถึงข้อมูลได้อย่างเหมาะสม ตามความต้องการใช้งานกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการแบ่งปันข้อมูล (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 9 จัดทำระบบให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเอง (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 11 ควรมีการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพในโรงพยาบาลมากกว่าการจัดหาเงินทุนสนับสนุนอย่างเดียว (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) และข้อที่ 10 สร้างระบบค้นหาข้อมูลอัตโนมัติเพื่อให้สามารถเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ (Mdn = 4, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0)



ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านมาตรฐานและ
ความสามารถในการทำงานร่วมกัน

| ด้านมาตรฐานและ การทำงานร่วมกัน | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 1. การบริหารข้อมูลทาง การแพทย์ ทุกส่วนควร มองเห็นข้อมูลเพื่อการ ดำเนินงานในส่วนที่ตน ที่ รับผิดชอบผู้ปฏิบัติดำเนินงาน ได้ทันที ผู้บริหารสามารถ ตัดสินใจ วางแผน สั่งการได้ ทันเวลา | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. การทำงานด้านเวช ระเบียนควรคำนึงถึงความ เป็น มาตรฐานสากล (International standard) เพื่อให้เกิดมาตรฐานข้อมูล เดียวกัน เป็นประโยชน์การ สื่อสารด้านสารสนเทศ สุขภาพระหว่างประเทศ ช่วยในการควบคุมโรคได้ ทันเวลา | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. มีมาตรฐานในการส่ง ข่าวสารระหว่างกัน เพื่อให้ถึง กันและเข้าใจตรงกัน เช่น ตก ลงคำใช้ร่วมกันในการบ่งบอก อาการการวินิจฉัย และการ รักษา | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 4. จัดทำระบบให้ผู้ดูแล สุขภาพใช้ข้อมูลร่วมกัน ภายในสถานบริการเดียวกัน ภาคีเครือข่าย และสถาน บริการทั้งภาครัฐและเอกชน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านมาตรฐานและความสามารถในการทำงานร่วมกัน (ต่อ)

| ด้านมาตรฐานและการทำงานร่วมกัน | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ |
|--|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|-------------------------------------|
| 5. มีระบบความปลอดภัยในการส่งข่าวสารระหว่างกัน เพื่อสร้างความมั่นใจกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ | 5 | 5 | 0 | 0.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 6. ระบบซอฟต์แวร์ที่ใช้มีมาตรฐานตามเกณฑ์ ที่ได้รับการรองรับว่าเป็นมาตรฐาน สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล และทำงานได้สอดคล้องกัน เพื่อสร้างความยอมรับให้กับผู้เกี่ยวข้อง และให้ความปลอดภัยกับผู้ใช้งาน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 7. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (CQI) มีความจำเป็นต่อความสำเร็จในการปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 8 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านมาตรฐานและความสามารถในการทำงานร่วมกัน สอดคล้องทุกข้อ เรียงตาม ลำดับ ดังนี้ ข้อที่ 1 การบริหารข้อมูลทางการแพทย์ ทุกส่วนควรมองเห็นข้อมูลเพื่อการดำเนินงาน ในส่วนที่ตนรับผิดชอบ ผู้ปฏิบัติดำเนินงานได้ทันที ผู้บริหารสามารถตัดสินใจ วางแผน สั่งการได้ทันเวลา (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 การทำงานด้านเวชระเบียนควรคำนึงถึงความเป็นมาตรฐานสากล (International standard) เพื่อให้เกิดมาตรฐานข้อมูลเดียวกัน เป็นประโยชน์การสื่อสารด้านสารสนเทศสุขภาพระหว่างประเทศ ช่วยในการควบคุมโรคได้ทันเวลา (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 มีมาตรฐานในการส่งข่าวสารระหว่างกัน เพื่อให้ถึงกันและเข้าใจตรงกัน เช่น ตกลงค่าใช้จ่ายร่วมกันในการบ่งบอกอาการการวินิจฉัย และการรักษา Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 4 จัดทำระบบให้ผู้ดูแลสุขภาพใช้ข้อมูลร่วมกันภายในสถานบริการเดียวกัน ภาศิเครือข่าย และสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 5 มีระบบความ

ปลอดภัยในการส่งข่าวสารระหว่างกันเพื่อสร้างความมั่นใจกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (Mdn = 5, IQR = 0.5, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 6 ระบบซอฟต์แวร์ที่ใช้มีมาตรฐานตามเกณฑ์ ที่ได้รับการรองรับว่าเป็นมาตรฐาน สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล และทำงานได้สอดคล้องกัน เพื่อสร้างความยอมรับให้กับผู้เกี่ยวข้อง และให้ความปลอดภัยกับผู้ใช้ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 7 การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (CQI) มีความจำเป็นต่อความสำเร็จในการปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0)

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านการออกกฎหมาย นโยบายและการปฏิบัติ

| ด้านการออกกฎหมาย นโยบาย และการปฏิบัติ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 1. มีกฎหมายที่เกี่ยวกับ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพ โดยเฉพาะ เช่น เกี่ยวกับ ความปลอดภัยของข้อมูล มี การคุ้มครองประชาชน และ ผู้ดูแลสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. มีกฎหมาย ระเบียบที่ กำหนดการจัดเก็บข้อมูล การ เข้าถึงข้อมูล และการเผยแพร่ ข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. มีการกำหนดแนวนโยบาย ในการสร้างระบบเพื่อให้เกิด วิสัยทัศน์และแนวปฏิบัติที่ ต้องการ มีการติดตาม ประเมินผลอย่างเหมาะสม | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 4. กำหนดกฎหมายเกี่ยวกับ การใช้งานร่วมกัน (sharing) ของข้อมูลสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการออกกฎหมาย นโยบายและการปฏิบัติ (ต่อ)

| ด้านการออกกฎหมาย นโยบายและการปฏิบัติ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 5. มีนโยบาย แนวทางปฏิบัติ โครงสร้าง เฉพาะด้าน เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อรองรับข้อมูลในระบบ ดิจิทัล | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 9 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทยด้านการออกกฎหมาย นโยบายและแนวปฏิบัติ สอดคล้องทุกข้อ เรียงตามลำดับ ดังนี้ ข้อที่ 1 มีกฎหมายที่เกี่ยวกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพโดยเฉพาะ เช่น เกี่ยวกับความปลอดภัยของข้อมูล มีการคุ้มครองประชาชน และผู้ดูแลสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 มีกฎหมาย ระเบียบที่กำหนดการจัดเก็บข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล และการเผยแพร่ข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 มีการกำหนดแนวนโยบายในการสร้างระบบเพื่อให้เกิดวิสัยทัศน์และแนวปฏิบัติที่ต้องการ มีการติดตามประเมินผลอย่างเหมาะสม (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 4 กำหนดกฎหมายเกี่ยวกับการใช้งานร่วมกัน (sharing) ของข้อมูลสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) และข้อที่ 5 มีนโยบาย แนวทางปฏิบัติ โครงสร้างเฉพาะด้าน เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อรองรับข้อมูลในระบบดิจิทัล

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการพัฒนาบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง

| ด้านการพัฒนาบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 1. บุคลากรเวชระเบียนควรมีสมรรถนะหลักคือ ความรู้ความเข้าใจทางเวชระเบียนโรค รหัสทางการแพทย์ การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (reimbursement) มีคุณลักษณะด้านการประสานงานที่ดี มีทัศนคติที่ดีและมีใจรักในวิชาชีพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. บุคลากรด้านเวชระเบียนสามารถดูแลและพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์หรือสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ | 5 | 5 | 0 | 1.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. บุคลากรเวชระเบียนควรมีสมรรถนะเฉพาะเพื่อรองรับระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) คือ ความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กฎหมายเกี่ยวกับธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการพัฒนาบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง (ต่อ)

| ด้านการพัฒนาบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 4. บุคลากรด้านเวชระเบียน ควรพัฒนาตนเองให้สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรหัสทางการแพทย์หรืองานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 5. บุคลากรด้านเวชระเบียน ควรมีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ความรับผิดชอบ และมีความซื่อสัตย์ และมีความคิดสร้างสรรค์ | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 6. ควรกำหนดกรอบตำแหน่งบุคลากรงานเวชระเบียนในโรงพยาบาลควรมีตั้งแต่ระดับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในระดับผู้ช่วย ผู้ปฏิบัติ และในระดับควบคุม ตรวจสอบ และบริหารหน่วย | 5 | 5 | 0 | 0.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 10 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการพัฒนาบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง สอดคล้องทุกข้อ เรียงตามลำดับ ดังนี้ ข้อที่ 1 บุคลากรเวชระเบียนควรมีสมรรถนะหลักคือ ความรู้ความเข้าใจทางเวชระเบียน โรค รหัสทางการแพทย์ การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (reimbursement) มีคุณลักษณะด้านการประสานงานที่ดี มีทัศนคติที่ดีและมีใจรักในวิชาชีพ (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 บุคลากรด้านเวชระเบียนสามารถดูแลและพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ได้ เช่นการออกแบบ การสร้าง การปฏิบัติและสนับสนุนบริการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Mdn = 5, IQR = 1.5, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 บุคลากรเวชระเบียนควรมีสมรรถนะเฉพาะเพื่อรองรับระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์

(eHealth) คือ ความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กฎหมายเกี่ยวกับธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 4 บุคลากรด้านเวชระเบียน ควรพัฒนาตนเองให้สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรหัสทางการแพทย์ หรืองานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียน (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 5 บุคลากรด้านเวชระเบียน ควรมีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ความรับผิดชอบ และมีความซื่อสัตย์ และมีความคิดสร้างสรรค์ (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 6 ควรกำหนดกรอบตำแหน่งบุคลากรงานเวชระเบียนในโรงพยาบาลควรมีตั้งแต่ระดับผู้ช่วย ปฏิบัติงานและระดับควบคุม ตรวจสอบ และบริหารหน่วย (Mdn = 5, IQR = 0.5, |Mdn-Mo| = 0)

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านองค์กรวิชาชีพ

| ด้านองค์กรวิชาชีพ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|---------------|---------------------------------------|
| 1. องค์กรวิชาชีพของเวชระเบียน ควรประกอบด้วยบุคลากรเฉพาะด้านเวชระเบียนเพื่อความ เป็นวิชาชีพ และมีที่ปรึกษาจากสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. การบริหารองค์กรวิชาชีพของเวชระเบียนควรมีการกระจายทั้งภาครัฐ และเอกชน กำหนดให้ผู้แทนวิชาชีพเวชระเบียนจากเขตสุขภาพทุกเขตเป็นตัวแทนเข้ามาเป็นคณะกรรมการบริหาร | 4 | 4 | 0 | 1.5 | มาก | สอดคล้อง |

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านองค์วิชาชีพ
(ต่อ)

| ด้านองค์วิชาชีพ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 3. องค์วิชาชีพต้องสร้างความเข้มแข็งให้เกิดสภาวิชาชีพ มีบทบาทในการพัฒนามาตรฐานงานบุคลากรและการวิจัย และการจัดการศึกษา | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 4. องค์วิชาชีพของเวชระเบียน ต้องเป็นแหล่งรวมผู้เชี่ยวชาญด้านเวชระเบียนเพื่อเป็นที่พึ่งในการพัฒนางานเวชระเบียนในระบบบริการสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 5. องค์วิชาชีพจัดทำข้อบังคับเพื่อเป็นแนวทางมาตรฐานในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรด้านเวชระเบียน เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในวิชาชีพ เช่น การรับรองใบประกอบวิชาชีพของบุคลากรด้านเวชระเบียน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 6. ผลักดันให้เกิดความตระหนักรู้ในการนำสารสนเทศสุขภาพไปช่วยในการพัฒนาการวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ และประกอบการตัดสินใจ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านองค์การวิชาชีพ
(ต่อ)

| ด้านองค์การวิชาชีพ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 7. องค์การวิชาชีพสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 8. องค์การวิชาชีพสร้างวัฒนธรรมองค์กรเรื่องความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุคลากรรุ่นน้องๆ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 9. ควรกำหนดกรอบตำแหน่งบุคลากรเวชระเบียนในโรงพยาบาลทุกระดับ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 10. ควรกำหนดกรอบตำแหน่งนักเวชสถิติ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำสารสนเทศสุขภาพ ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | 4 | 4 | 0 | 1 | มาก | สอดคล้อง |
| 11. ควรกำหนดกรอบตำแหน่งนักเวชสถิติ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำสารสนเทศสุขภาพ ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการสารสนเทศ เช่น สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ | 4 | 4 | 0 | 1 | มาก | สอดคล้อง |

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านองค์การวิชาชีพ
(ต่อ)

| ด้านองค์การวิชาชีพ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 12. ควรกำหนดกรอบ ตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชสถิติ ในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล | 4 | 3 | -1 | 1 | มาก | ไม่สอดคล้อง |

จากตารางที่ 11 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านองค์การวิชาชีพ สอดคล้อง 11 ข้อ ไม่สอดคล้อง 1 ข้อ เรียงตามลำดับดังนี้ ข้อที่ 1 องค์การวิชาชีพของเวชระเบียนควรประกอบด้วยบุคลากรเฉพาะด้านเวชระเบียนเพื่อความเป็นวิชาชีพ และมีที่ปรึกษาจากสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย เช่น แพทย์ นักเทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้แทนจากองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงสถาบันการศึกษา (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 องค์การวิชาชีพต้องสร้างความเข้มแข็งให้เกิดสภาวิชาชีพ มีบทบาทในการพัฒนามาตรฐานงานบุคลากรและการวิจัย และการจัดการศึกษา (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 4 องค์การวิชาชีพต้องเป็นแหล่งรวมผู้เชี่ยวชาญด้านเวชระเบียนเพื่อเป็นที่พึ่งในการพัฒนางานเวชระเบียนในระบบบริการสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 5 องค์การวิชาชีพจัดทำข้อบังคับเพื่อเป็นแนวทางมาตรฐานในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรด้านเวชระเบียน เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในวิชาชีพ เช่น การรับรองใบประกอบวิชาชีพของบุคลากรด้านเวชระเบียน (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 6 ผลักดันให้เกิดความตระหนักรู้ในการนำสารสนเทศสุขภาพไปช่วยในการพัฒนาการวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ และประกอบการตัดสินใจ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 7 องค์การวิชาชีพสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 8 องค์การวิชาชีพสร้างวัฒนธรรมองค์กรเรื่องความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุคลากรรุ่นน้องๆ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 9 ควรกำหนดกรอบตำแหน่งบุคลากรเวชระเบียนในโรงพยาบาลทุกระดับ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 การบริหารองค์การวิชาชีพของเวชระเบียนควรมีการกระจายทั้งภาครัฐ และเอกชน กำหนดให้ผู้แทนวิชาชีพเวชระเบียนจากเขตสุขภาพทุกเขตเป็นตัวแทนเข้ามาเป็นคณะกรรมการบริหาร (Mdn = 4, IQR = 0.5, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 10 ควรกำหนดกรอบตำแหน่งนักเวชสถิติ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำสารสนเทศสุขภาพ ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (Mdn = 4, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) และข้อที่ 11 ควรกำหนดกรอบตำแหน่งนักเวชสถิติ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำสารสนเทศสุขภาพ ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการสารสนเทศ เช่น สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และความเห็นไม่

สอดคล้อง คือ ข้อที่ 12 ควรกำหนดกรอบตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชสถิติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($Mdn = 4, IQR = 1, |Mdn-Mo| = -1$)

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการจัดการศึกษา

| ด้านการจัดการศึกษา | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม $ Mdn-Mo $ | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็นสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|----------------------------|-----------------------------|------------------|------------------------------------|
| 1. ในการบริหารการศึกษาต้องมีเครือข่ายและประสานความร่วมมือในการพัฒนาการจัดการศึกษา | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. การจัดการศึกษาสถาบันการศึกษาควรทำความร่วมมือกันระหว่างสถาบัน การศึกษาที่จัดการศึกษาด้าน เวชระเบียนหรือสารสนเทศสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. การจัดการศึกษาสถาบันการศึกษาควรทำความร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 4. การจัดการศึกษาต้องคำนึงถึงคนในศตวรรษที่ 21 จัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับคนยุคใหม่ | 5 | 5 | 0 | 0.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 5. การจัดการเรียนการสอนควรเชิญผู้บริหารมาสอนเพื่อให้มีความมีความเข้าใจถึงสมรรถนะของบุคลากรด้านเวชระเบียน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการจัดการศึกษา
(ต่อ)

| ด้านการจัดการศึกษา | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 6. การจัดการศึกษาควรให้ ผู้เรียนได้เรียนรู้เรื่อง เทคโนโลยีสารสนเทศใน ระดับสามารถประยุกต์ใช้ใน การดำเนินงาน เวชระเบียน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 7. หลักสูตรที่จัดการศึกษา ต้องให้ผู้เรียนมีความรู้ความ เข้าใจเรื่องศัพท์แพทย์ และ โรค ที่สามารถสื่อสารกับ แพทย์ได้ดี | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 8. ในการจัดหลักสูตรเกี่ยวกับ การปฏิบัติงานในงานเวช ระเบียนควรจัดเป็นวิชาเอก เนื่องจากการทำงานข้อมูล สุขภาพมีหลายส่วน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 9. การพัฒนาสู่การเป็น เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือ สารสนเทศสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์ ต้องทำความเข้าใจการเปลี่ยนของประชา การ ปัญหา ความต้องการ ของประชาชนผู้รับบริการ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 10. หลักสูตรที่จัดสอนให้ ผู้เรียนเข้าใจเรื่องการให้ ความสำคัญต่อผู้ป่วย (people focus) | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านการจัดการศึกษา
(ต่อ)

| ด้านการจัดการศึกษา | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 11. หลักสูตรที่เปิดสอนต้องพัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะการวิเคราะห์ระบบ การวิเคราะห์ข้อมูล การบริหารข้อมูลแบบมีอาชีพ เพื่อได้สารสนเทศสำหรับการบริหารได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 12. หลักสูตรที่เปิดสอนต้องพัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะในการเป็นล่ามในการประสานหลักขององค์กรระหว่างผู้ปฏิบัติงานในส่วนงานบริการกับระดับผู้บริหาร และ ผู้ใช้อื่น ๆ | 4 | 4 | 0 | 1 | มาก | สอดคล้อง |
| 13. การจัดการศึกษาที่ปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม โดยเฉพาะความซื่อสัตย์ มีความคิดสร้างสรรค์ มีความรับผิดชอบ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 14. ครูผู้สอนควรเป็นครูต้นแบบเพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการเรียนให้กับนักศึกษา | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 15. การจัดการศึกษาบุคลากรด้านเวชระเบียนควรเพิ่มบทบาทในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลให้มีคุณภาพพร้อมใช้งานและสนับสนุนข้อมูลเพื่อการบริหาร | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการจัดการศึกษา
(ต่อ)

| ด้านการจัดการศึกษา | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 16. การจัดการศึกษาบุคลากรด้านเวชระเบียนควรเพิ่มความสำคัญในวิชาเกี่ยวกับรหัสทางการแพทย์เนื่องจากข้อมูลในระบบอิเล็กทรอนิกส์มีความจำเป็นต้องบันทึกเป็นรหัสมาตรฐาน | 4 | 4 | 0 | 1 | มาก | สอดคล้อง |
| 17. หลักสูตรที่เปิดสอนควรมีถึงระดับปริญญาเอก โดยระดับปริญญาโท และเอกควรเปิดรับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง | 4 | 3 | -1 | 1 | มาก | ไม่สอดคล้อง |

จากตารางที่ 12 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการจัดการศึกษา สอดคล้อง 16 ข้อ ไม่สอดคล้อง 1 ข้อ เรียงตามลำดับ ดังนี้ ข้อที่ 1 ในการบริหารการศึกษาต้องมีเครือข่ายและประสานความร่วมมือในการพัฒนาการจัดการศึกษา (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 การจัดการศึกษาสถาบันการศึกษาควรทำความร่วมมือกันระหว่างสถาบันการศึกษาที่จัดการศึกษาด้านเวชระเบียนหรือสารสนเทศสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 การจัดการศึกษาสถาบันการศึกษาควรทำความร่วมมือกับองค์วิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 4 การจัดการศึกษาต้องคำนึงถึงคนในศตวรรษที่ 21 จัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับคนยุคใหม่ (Mdn = 5, IQR = 0.5, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 5 การจัดการเรียนการสอนควรเชิญผู้บริหารมาสอนเพื่อให้มีความมีความเข้าใจถึงสมรรถนะของบุคลากรด้านเวชระเบียน (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 6 การจัดการศึกษาควรให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศในระดับสามารถประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานเวชระเบียน (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 7 หลักสูตรที่จัดการศึกษาต้องให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องศัพท์แพทย์ และโรค ที่สามารถสื่อสารกับแพทย์ได้ดี (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 8 ในการจัดหลักสูตรเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในงานเวชระเบียนควรจัดเป็นวิชาเอก เนื่องจากการทำงานข้อมูลสุขภาพมีหลายส่วน (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 9 การพัฒนาสู่การเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือ สารสนเทศสุขภาพ

อิเล็กทรอนิกส์ (eHealth)ต้องทำความเข้าใจการเปลี่ยนของประชากร ปัญหา ความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 10 หลักสูตรที่จัดสอนให้ผู้เรียนเข้าใจเรื่องการให้ความสำคัญต่อผู้ป่วย (people focus) (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 11 หลักสูตรที่เปิดสอนต้องพัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะการวิเคราะห์ระบบ การวิเคราะห์ข้อมูล การบริหารข้อมูลแบบมีอาชีพ เพื่อได้สารสนเทศสำหรับการบริหารได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 13 การจัดการศึกษาที่ปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรมโดยเฉพาะความซื่อสัตย์ มีความคิดสร้างสรรค์ มีความรับผิดชอบ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 14 ครูผู้สอนควรเป็นครูต้นแบบเพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการเรียนให้กับนักศึกษา (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 15 การจัดการศึกษามุ่งเน้นด้านเวชระเบียนควรเพิ่มบทบาทในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลให้มีคุณภาพพร้อมใช้งานและสนับสนุนข้อมูลเพื่อการบริหาร (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 12 หลักสูตรที่เปิดสอนต้องพัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะในการเป็นล่ามในการประสานหลักขององค์กร ระหว่างผู้ปฏิบัติงานในส่วนงานบริการกับระดับผู้บริหารและผู้ใช้อื่นๆ (Mdn = 4, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 16 การจัดการศึกษามุ่งเน้นด้านเวชระเบียนควรเพิ่มความสำคัญในวิชาเกี่ยวกับรหัสทางการแพทย์เนื่องจากข้อมูลในระบบอิเล็กทรอนิกส์มีความจำเป็นต้องบันทึกเป็นรหัสมาตรฐาน (Mdn = 4, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) และความเห็นไม่สอดคล้องได้แก่ ข้อ 19 หลักสูตรที่เปิดสอนควรมีถึงระดับปริญญาเอก โดยระดับปริญญาโท และเอก ควรเปิดรับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง (Mdn = 4, IQR = 1, |Mdn-Mo| = -1)



ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการขับเคลื่อน

| ด้านการขับเคลื่อน | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 1. ควรมีการวางแผนและดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกลไกเพื่อให้เกิดเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เป็นระยะๆ เช่น 3 ปี 5 ปี 7 ปี และ 10 ปี โดยให้ความสำคัญกับโครงสร้างที่รองรับด้วย | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. กระทรวงสาธารณสุขต้องสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้เกิดเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. ในระยะเริ่มต้นการสร้างเป็นต้นแบบ (Model) โดยทำเป็นความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 4. องค์กรวิชาชีพหรือสภาวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการตั้งหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนกลางของประเทศเพื่อนำเสนอมาตรฐานวิชาชีพ นโยบาย กฎหมาย และมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านการขับเคลื่อน (ต่อ)

| ด้านการขับเคลื่อน | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|---------------------------------------|
| 5. องค์กรวิชาชีพเพิ่มบทบาท การสร้างความเชื่อมั่นและ ยอมรับความเป็นเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ในกลุ่ม ผู้เกี่ยวข้อง | 4 | 4 | 0 | 1 | มาก | สอดคล้อง |
| 6. มีคณะทำงานเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ขึ้นมาเพื่อ ทำงานประสานกับ คณะกรรมการธุรกรรม อิเล็กทรอนิกส์แห่งชาติ สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทาง อิเล็กทรอนิกส์ (สพธอ) ใน การผลักดันให้เกิดมาตรฐาน เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 7. องค์กรวิชาชีพมีบทบาท สำคัญในการสร้างความ ร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ ใน การเชื่อมโยงข้อมูล | 4 | 4 | 0 | 1 | มาก | สอดคล้อง |
| 8. พัฒนาความรู้ให้กับ ประชาชนเพื่อทำความเข้าใจ ระบบเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์และการมีส่วน ร่วมในกระบวนการสุขภาพโดย การมีส่วนร่วมในการบันทึก ข้อมูลสุขภาพบุคคล (Personal Health Record) | 4 | 4 | 0 | 1 | มาก | สอดคล้อง |

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านการขับเคลื่อน (ต่อ)

| ด้านการขับเคลื่อน | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 9. เครือข่ายสถานพยาบาล ร่วมมือกันส่งเสริมให้เกิด มาตรฐานเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์เพื่อ แลกเปลี่ยนข้อมูลในเครือข่าย โปรแกรมการวัดคุณภาพ ข้อมูล การรายงาน ค่าตอบแทนตาม ประสิทธิภาพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 10. องค์กรวิชาชีพต้องเพิ่ม บทบาทในการสร้างความ ร่วมมือในการสร้างและ พัฒนามาตรฐานวิชาชีพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 11. องค์กรวิชาชีพจัด กิจกรรมส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม เช่น คนต้นแบบ ด้านเวชระเบียนเพื่อสร้าง แบบอย่างที่ดี (Role Model) ในวิชาชีพ เป็น แนวทางในการพัฒนา บุคลากร | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 12. จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนา คุณภาพข้อมูล เช่น ปรับ กระบวนการทำงาน จัดการ อบรมให้ความรู้บุคลากร | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านการขับเคลื่อน (ต่อ)

| ด้านการขับเคลื่อน | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 13. บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียนเห็นความสำคัญของวิชาชีพด้านเวชระเบียน เข้าใจในบทบาทหน้าที่ สามารถใช้ประโยชน์จากบุคลากร เวชระเบียนได้อย่างเต็มศักยภาพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 14. บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียนเข้าใจในกระบวนการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และยอมรับมาตรการที่ถูกกำหนดขึ้น | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 15. ผู้บริหารมีบทบาทในการสนับสนุนและผลักดันให้ก้าวสู่เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 16. ผู้บริหารวางกรอบแนวนโยบายและจัดสรรทรัพยากรเพื่อเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 17. ให้ความรู้ผู้ป่วยและประชาชนให้เข้าใจและเห็นความสำคัญของเวชระเบียน เช่นความรู้เรื่องความปลอดภัยของข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์และเคารพสิทธิผู้ป่วย | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการขับเคลื่อน (ต่อ)

| ด้านการขับเคลื่อน | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 18. สร้างความเชื่อมั่นในกลุ่มสังคมที่เกี่ยวข้องยอมรับ เช่น หน่วยงานผู้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 19. สร้างผู้นำทางความคิดในการพัฒนาระบบเวชระเบียนของประเทศ เช่น ส่งเสริมผู้ที่มีความรู้ในระดับปริญญาเอก หรือผู้บริหารยุคใหม่ เพื่อเป็นผู้สร้างสรรค์นวัตกรรม สื่อสารกับผู้บริหารส่วนต่าง ๆ และกลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 20. สรรหาบุคลากรที่รวมบุกเบิกในการขับเคลื่อนซึ่งต้องเป็นผู้ที่เสียสละ และรักในวิชาชีพ มีความอดทนและมุ่งมั่น | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 13 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการขับเคลื่อน สอดคล้องทุกข้อ เรียงตามลำดับดังนี้ ข้อที่ 1 ควรมีการวางแผนและดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกลไกเพื่อให้เกิดเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เป็นระยะๆ เช่น 3 ปี 5 ปี 7 ปี และ 10 ปี โดยให้ความสำคัญกับโครงสร้างที่รองรับด้วย (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 กระทรวงสาธารณสุขต้องสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้เกิดเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 ในระยะเริ่มต้นควรสร้างเป็นต้นแบบ (Model) โดยทำเป็นความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 4 องค์กรวิชาชีพหรือสภาวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการตั้งหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนกลางของประเทศเพื่อนำเสนอมาตรฐานวิชาชีพ นโยบาย กฎหมาย และมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์

(Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 6 มีคณะทำงานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ขึ้นมาเพื่อทำงานประสานกับคณะกรรมการธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์แห่งชาติ สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (สพธอ) ในการผลักดันให้เกิดมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 9 เครือข่ายสถานพยาบาลร่วมมือกันส่งเสริมให้เกิดมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลในเครือข่าย โปรแกรมการวัดคุณภาพข้อมูล การรายงานค่าตอบแทนตามประสิทธิภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 10 องค์กรวิชาชีพต้องเพิ่มบทบาทในการสร้างความร่วมมือในการสร้างและพัฒนามาตรฐานวิชาชีพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 11 องค์กรวิชาชีพจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม เช่น คนต้นแบบด้านเวชระเบียนเพื่อสร้างแบบอย่างที่ดี (Role Model) ในวิชาชีพ เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากร (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 12 จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูล เช่น ปรับกระบวนการทำงาน จัดการอบรมให้ความรู้บุคลากร (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 13 บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียนเห็นความสำคัญของวิชาชีพด้านเวชระเบียนเข้าใจในบทบาทหน้าที่ สามารถใช้ประโยชน์จากบุคลากรเวชระเบียนได้อย่างเต็มศักยภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 14 บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียน เข้าใจในกระบวนการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และยอมรับมาตรการที่ถูกกำหนดขึ้น (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 15 ผู้บริหารมีบทบาทในการสนับสนุนและผลักดันให้ก้าวสู่ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 16 ผู้บริหารวางกรอบนโยบายและจัดสรรทรัพยากรเพื่อเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 17 ให้ความรู้ผู้ป่วยและประชาชนให้เข้าใจและเห็นความสำคัญของเวชระเบียน เช่น ความรู้เรื่องความปลอดภัยของข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์และเคารพสิทธิผู้ป่วย (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 18 สร้างความเชื่อมั่นในกลุ่มสังคมที่เกี่ยวข้องยอมรับ เช่น หน่วยงานผู้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 19 สร้างผู้นำทางความคิด ในการพัฒนาระบบเวชระเบียนของประเทศ เช่น ส่งเสริมผู้ที่มีความรู้ในระดับปริญญาเอก หรือผู้บริหารยุคใหม่ เพื่อเป็นผู้สร้างสรรคนวัตกรรม สื่อสารกับผู้บริหารส่วนต่าง ๆ และกลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 20 สรรหาบุคลากรที่ร่วมบุกเบิกในการขับเคลื่อนซึ่งต้องเป็นผู้ที่เสียสละ และรักในวิชาชีพ มีความอดทนและมุ่งมั่น (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 5 องค์กรวิชาชีพเพิ่มบทบาทการสร้างเชื่อมั่นและยอมรับความเป็น เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง (Mdn = 4, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 7 องค์กรวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการสร้างความร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ ในการเชื่อมโยงข้อมูล (Mdn = 4, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 8 พัฒนาความรู้ให้กับประชาชนเพื่อทำความเข้าใจระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และการมีส่วนร่วมในกระบวนการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลสุขภาพบุคคล (Personal Health Record : PHR) (Mdn = 4, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0)

สรุป ผลการวิเคราะห์ข้อมูล EDFR รอบที่ 2 พบว่า ด้านที่ 1 อนาคตของงานเวชระเบียน 9 ข้อ สอดคล้อง 8 ข้อ ไม่สอดคล้อง 1 ข้อ ด้านที่ 2 โครงสร้างการบริหารการพัฒนา 4 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ ด้านที่ 3 ยุทธศาสตร์และการลงทุน 6 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ ด้านที่ 4 การบริหารกิจการและภาวะผู้นำ 6 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ ด้านที่ 5 การสร้างความร่วมมือ 4 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ ด้านที่ 6

การบริการและการนำไปใช้ 4 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ ด้านที่ 7 โครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี 11 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ ด้านที่ 8 มาตรฐานและการทำงานร่วมกัน 7 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ ด้านที่ 9 การออกกฎหมาย นโยบาย และการปฏิบัติ 5 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ ด้านที่ 10 การพัฒนาบุคลากร 6 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ ด้านที่ 11 องค์กรวิชาชีพ 12 ข้อ ไม่สอดคล้อง 1 ข้อ ด้านที่ 12 การจัดการศึกษา 17 ข้อ ไม่สอดคล้อง 1 ข้อ และด้านที่ 13 การขับเคลื่อน 20 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ

EDFR รอบที่ 3

จากผลการวิเคราะห์ทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ใน รอบที่ 2 พบว่า มีจำนวน 3 ข้อ ที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกัน ผู้วิจัยจึงดำเนินการ ดังนี้ ผู้วิจัยนำคำตอบจากแบบสอบถามความคิดเห็น EDFR รอบที่ 2 มาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน ฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เป็นรายชื่อ โดยเพิ่มตำแหน่งค่ามัธยฐาน ฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ของผู้เชี่ยวชาญท่านนั้น ๆ เพื่อพิจารณาเลือกความคิดเห็นในระดับมากขึ้นไป ค่ามัธยฐาน 3.50 ขึ้นไป และมีความสอดคล้องกันของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 และค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างมัธยฐานกับฐานนิยม โดยค่าผลต่างต้องมีค่าตั้งแต่ 0.00 – 1.00 พร้อมทั้งระบุเหตุผลส่วนท้ายของแต่ละข้อความ ผลการวิเคราะห์สรุปได้ตามตาราง ดังนี้

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านงานเวชระเบียน ในอนาคต

| ด้านงานเวชระเบียนในอนาคต | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|---------------|--------------|-------------------------|---------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 1. เพื่อรองรับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในอนาคตระบบเวชระเบียนควรเป็นรูปแบบดิจิทัล หรือเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record : EMR)เข้ามาแทนระบบเอกสาร | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านงานเวชระเบียน
ในอนาคต (ต่อ)

| ด้านงานเวชระเบียนใน อนาคต | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 2. ในการพัฒนาระบบ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ควรให้ความสำคัญในการ เชื่อมโยงข้อมูล ซึ่งข้อมูล ผู้ป่วยต้องเป็นมาตรฐาน สื่อสารและแลกเปลี่ยนกันได้ | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. การบริการสุขภาพควรให้ ความสำคัญที่ตัวบุคคล (people focus) โดย คำนึงถึงความต้องการของ ผู้ป่วยเป็นสำคัญสามารถ ให้บริการแบบเข้าถึงผู้ป่วยได้ รวดเร็ว | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 4. เจ้าของประวัติเวชระเบียน ผู้ป่วย ควรถือเวชระเบียน ของตนเองได้เพื่อสามารถยื่น ต่อสถานบริการที่ใดๆ ที่ ตนเองเข้ารับการรักษา | 4 | 5 | -1 | 1 | มาก | ไม่สอดคล้อง |
| 5. ระบบการบันทึกข้อมูลใน เวชระเบียนควรรองรับ เทคโนโลยี ที่ง่ายต่อการใช้ ของผู้ให้บริการสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 6. รัฐบาลควรปฏิรูประบบ สารสนเทศสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถ ใช้เทคโนโลยี บันทึกข้อมูล สุขภาพของตนเองได้ (Personal Health Record : PHR) | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านงานเวชระเบียน
ในอนาคต (ต่อ)

| ด้านงานเวชระเบียนใน อนาคต | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 7. ผู้ดูแลสุขภาพสนับสนุนให้ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมใน กระบวนการดูแลสุขภาพโดย สามารถบันทึกข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้ (Personal Health Record : PHR) | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 8. เพื่อให้การดูแลรักษา สุขภาพผู้ป่วยที่รวดเร็ว ควร สร้างเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์เป็นระบบ สุขภาพเคลื่อนที่ได้ (Mobile Health : m Health) | 5 | 5 | 0 | 0.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 9. ควรพัฒนาระบบเวช ระเบียนที่ผู้ป่วยหนึ่งคนมีเวช ระเบียนฉบับเดียว (single record) ที่สามารถใช้เข้า รักษาที่สถานบริการสุขภาพ ใดก็ได้ | 5 | 5 | 0 | 0.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 14 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านอนาคตของงานเวชระเบียน สอดคล้อง 8 ข้อ ไม่สอดคล้อง 1 ข้อ เรียงตามลำดับดังนี้ ข้อที่ 1 เพื่อรองรับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในอนาคตระบบเวชระเบียนควรเป็นรูปแบบดิจิทัลหรือเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record : EMR) เข้ามาแทนระบบเอกสาร (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 ในการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เพื่อประโยชน์สำหรับผู้ป่วยควรให้ความสำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูล ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยต้องเป็นมาตรฐานสื่อสารและแลกเปลี่ยนกันได้ (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 การบริการสุขภาพควรให้ความสำคัญที่ตัวบุคคล (people focus) โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญสามารถให้บริการ

แบบเข้าถึงผู้ป่วยได้รวดเร็ว (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 5 ระบบการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนควรรองรับเทคโนโลยี ที่ง่ายต่อการใช้ของผู้ให้บริการสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 6 รัฐบาลควรปฏิรูประบบสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้เทคโนโลยี บันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ (Personal Health Record : PHR) (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 7 ผู้ดูแลสุขภาพสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพโดยสามารถบันทึกข้อมูลสุขภาพตนเองได้ ในระบบสุขภาพบุคคล (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 8 เพื่อให้การดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยที่รวดเร็วควรสร้างเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเคลื่อนที่ได้ (Mobile Health : mHealth) เช่น พัฒนาแอปพลิเคชันด้านระบบสุขภาพบุคคลในมือถือ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 9 ควรพัฒนาระบบเวชระเบียนที่ผู้ป่วยหนึ่งคนมีเวชระเบียนฉบับเดียว (single record) ที่สามารถใช้เข้ารับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพใดก็ได้ โดยมีลักษณะของข้อมูลข่าวสารเป็นมาตรฐานเดียวกัน แต่แบบฟอร์มเวชระเบียนไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน (Mdn = 5, IQR = 0.5, |Mdn-Mo| = 0) และความเห็นไม่สอดคล้อง ได้แก่ ข้อที่ 4 เจ้าของประวัติ เวชระเบียนผู้ป่วย ควรถือเวชระเบียนของตนเองได้เพื่อสามารถยื่นต่อสถานบริการที่ใดๆ ที่ตนเองเข้ารับการรักษา (Mdn = 4, IQR = 1, |Mdn-Mo| = -1)

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การให้บริการสุขภาพควรให้ความสำคัญที่ตัวบุคคล โดยไม่ขัดแย้งกับจรรยาบรรณคุณธรรม และมาตรฐานวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

เวชระเบียนผู้ป่วย เจ้าของประวัติสามารถถือเองได้สามารถยื่นต่อสถานบริการใดก็ได้ที่ตนเองเข้ารับการรักษา ควรให้เป็นข้อมูลสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในลักษณะสารสนเทศ เช่น โรคที่เป็น ยาที่ใช้ ประวัติการแพ้ยา แต่ถ้าเป็นเอกสารแล้วไม่เหมาะสมเพราะบางครั้งเป็นข้อมูลส่วนตัวที่แพทย์บันทึกเพื่อความเข้าใจ ถ้าเป็นระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ แล้วกำหนดเป็นชุดข้อมูลมาตรฐานและแลกเปลี่ยนกันในส่วนที่กำหนดจะเป็นประโยชน์ทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

การให้ผู้ป่วยสามารถบันทึกข้อมูลสุขภาพตนเองได้ เป็นส่วนของข้อมูลการดูแลสุขภาพที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่แพทย์แนะนำ เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร แต่ยังคงวลเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจในการบันทึกสุขภาพของตนเอง ในระยะแรกควรให้ความรู้กับประชาชนในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านโครงสร้างการบริหารการพัฒนา

| ด้านโครงสร้างการบริหารการพัฒนา | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 1. ควรจัดตั้งหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานงานเวชระเบียนของประเทศ (National Medical Record) เพื่อบริหารจัดการระบบเวชระเบียนของประเทศ | 5 | 5 | 0 | 1.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรประกอบด้วยบุคลากรที่หลากหลายที่มีความรู้ความเข้าใจ ทางเวชระเบียนสารสนเทศสุขภาพ เทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบสุขภาพเช่น นักเวชสถิติ แพทย์ นักเทคโนโลยีสารสนเทศ | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. คณะกรรมการบริหารหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงาน เวชระเบียนของประเทศควรประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นสหวิชาชีพมีความรู้ความสามารถหลากหลาย | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 4. องค์กรวิชาชีพเวชระเบียนควรเข้ามามีบทบาทในการนำการพัฒนางานเวชระเบียนของประเทศ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 15 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านโครงสร้างการบริหารการพัฒนา สอดคล้องกันทุกข้อ เรียงตามลำดับ ดังนี้ ข้อที่ 1 ควรจัดตั้งหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ (National Medical Record) เพื่อบริหารจัดการระบบเวชระเบียนของประเทศ (Mdn = 5, IQR = 1.5, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรประกอบด้วยบุคลากรที่หลากหลายที่มีความรู้ความเข้าใจ ทางเวชระเบียน สารสนเทศสุขภาพ เทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบสุขภาพเช่น นักเวชสถิติ แพทย์ นักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 คณะกรรมการบริหารหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นสาขาวิชาชีพมีความรู้ความสามารถหลากหลาย (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) และข้อที่ 4 องค์กรวิชาชีพเวชระเบียนควรเข้ามามีบทบาทในการนำการพัฒนางานเวชระเบียนของประเทศ หลากหลาย (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0)

ข้อเสนอเพิ่มเติม

หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนกลางของประเทศ ควรวางระบบเรื่องมาตรฐาน และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้วย

การบริหารงานหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ในส่วนของคณะกรรมการบริหารจะต้องเน้นที่ความสามารถหลักที่ตรงกับวิชาชีพเวชระเบียน โดยต้องขยายความสามารถของวิชาชีพเวชระเบียนให้ครอบคลุมเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์



ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านยุทธศาสตร์และ
การลงทุน

| ด้านยุทธศาสตร์ และการลงทุน | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 1. กระทรวงสาธารณสุขต้อง กำหนดนโยบายและ ยุทธศาสตร์สารสนเทศ สุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ให้ชัดเจนในการ นำระบบเทคโนโลยี สารสนเทศสุขภาพมาใช้ใน ระบบบริการสุขภาพของ ประเทศ | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. ควรกำหนดยุทธศาสตร์ ของระบบสุขภาพให้มี เวช ระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ / ระบบสุขภาพบุคคล ไว้ใน แผนแม่บทด้วย เช่นเดียวกับ ระบบอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ | 5 | 5 | 0 | 0.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. เพื่อให้มีความมั่นคง ใน การพัฒนาเทคโนโลยี สารสนเทศสุขภาพของ ประเทศ รัฐบาลควรมีการ บริหารจัดการในด้านการ ลงทุนในการวางระบบพื้น ฐานรองรับฐานข้อมูลสุขภาพ ที่มากขึ้น | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 4. รัฐบาลควรมีการลงทุนเพื่อ การวิจัยประเมินเทคโนโลยี สารสนเทศบนหลักฐานเชิง ประจักษ์ (evidence based) หรือหลักฐานความ จำเป็นทางสุขภาพ (evidence-based health need) | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านยุทธศาสตร์และการลงทุน (ต่อ)

| ด้านยุทธศาสตร์และการลงทุน | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|----------------------------|
| 5. กระทรวงสาธารณสุขควรจัดสรรงบประมาณเพื่อลงทุนให้เกิดระบบการแลกเปลี่ยนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 6. มีการระดมทุนระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อการพัฒนาาระบบสารสนเทศสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 16 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านยุทธศาสตร์และการลงทุน สอดคล้องทุกข้อ เรียงตามลำดับ ดังนี้ ข้อที่ 1 กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์สารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ให้ชัดเจนในการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพมาใช้ในระบบบริการสุขภาพของประเทศ (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 ควรกำหนดยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพให้มีเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ /เวชระเบียนสุขภาพบุคคล ไว้ในแผนแม่บทด้วย เช่นเดียวกับระบบอิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ (Mdn = 5, IQR = 0.5, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 เพื่อให้มีความมั่นคง ในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพของประเทศ รัฐบาลควรมีการบริหารจัดการในด้านการลงทุนในการวางระบบพื้นฐานรองรับฐานข้อมูลสุขภาพที่มากขึ้น (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 4 รัฐบาลควรมีการลงทุนเพื่อการวิจัยประเมินเทคโนโลยีสารสนเทศบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based) หรือหลักฐานความจำเป็นทางสุขภาพ (evidence-based health need) (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 5 กระทรวงสาธารณสุขควรจัดสรรงบประมาณเพื่อลงทุนให้เกิดระบบการแลกเปลี่ยนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) และข้อที่ 6 มีการระดมทุนระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อการพัฒนาาระบบสารสนเทศสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0)

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการบริหาร
กิจการและภาวะผู้นำ

| ด้านการบริหารกิจการ และภาวะผู้นำ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 1. กระทรวงสาธารณสุขควร สนับสนุนการจัดตั้งหน่วยงาน สารสนเทศสุขภาพกลางของ ประเทศที่เป็นหน่วยงานกึ่ง อิสระมาทำหน้าที่พัฒนา ระบบสารสนเทศสุขภาพ (e-Health) เพื่อดำเนินการ จัดทำมาตรฐานกลางให้ สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน ได้ระหว่างโรงพยาบาลทั้ง ภาครัฐทุกกระทรวงและ เอกชน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. ควรสร้างระบบและกลไก ให้ทุกหน่วยงานร่วมกัน พัฒนาระบบมาตรฐานกลาง สารสนเทศสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. กระทรวงสาธารณสุขมี บทบาทกำหนดนโยบายที่ เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบ สารสนเทศสุขภาพและ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 4. กระทรวงสาธารณสุขต้อง กำหนดหน้าที่ของหน่วยงาน ต่างๆ ในกระทรวงที่เกี่ยวข้อง กับการดำเนินงานด้านเวช ระเบียนหรือข้อมูลสุขภาพให้ ชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติ สามารถปฏิบัติได้ชัดเจน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการบริหาร
กิจการและภาวะผู้นำ (ต่อ)

| ด้านการบริหารกิจการ และภาวะผู้นำ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 5. ผู้นำขององค์กรวิชาชีพ หรือผู้นำการบริหารการ พัฒนาต้องเลือกผู้ที่มี ความสามารถในการ ประสานงานได้ดี สร้างความ ร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้องได้ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 6. มีการสร้างความเข้าใจ เกี่ยวกับเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ให้กับ ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการ ยอมรับในงานเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์แก่ผู้ปฏิบัติงาน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 17 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการสร้างความร่วมมือ สอดคล้องทุกข้อ เรียงตามลำดับดังนี้ ข้อที่ 1 กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยงานสารสนเทศสุขภาพกลางของประเทศที่เป็นหน่วยงานกึ่งอิสระมาทำหน้าที่พัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพ (e-Health) เพื่อดำเนินการจัดทำมาตรฐานกลางให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ระหว่างโรงพยาบาลทั้งภาครัฐทุกกระทรวงและเอกชน (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 ควรสร้างระบบและกลไกให้ทุกหน่วยงานร่วมกันพัฒนาระบบมาตรฐานกลางสารสนเทศสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านเวชระเบียนหรือข้อมูลสุขภาพให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ชัดเจน (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 5 ผู้นำขององค์กรวิชาชีพหรือผู้นำการบริหารการพัฒนาต้องเลือกผู้ที่มีความสามารถในการประสานงานได้ดี สร้างความร่วมมือกับหน่วยงาน ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) และ ข้อที่ 6 มีการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ให้กับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการยอมรับในงานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์แก่ผู้ปฏิบัติงาน (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0)

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

เพื่อการขับเคลื่อนน่าจะมีแกนนำ โดยให้หน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศเป็นแกนนำ ไม่เช่นนั้นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นจะทำงานไม่สอดคล้องกับเป้าหมายหลัก รวมทั้งวางนโยบายและกำหนดหน้าที่ของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเวชระเบียนหรือข้อมูลสุขภาพ อาจต้องสร้างโมเดลให้เห็นในงานวิจัย ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะขับเคลื่อนอย่างไร

ผู้นำขององค์กรวิชาชีพหรือผู้นำการบริหารการพัฒนาต้องเลือกผู้ที่มีความสามารถในการประสานงานได้ดี สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ และที่สำคัญต้องมีความรู้ความเข้าใจในงานเวชระเบียน

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการสร้างความร่วมมือ

| ด้านการสร้างความร่วมมือ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 1. ในระยะเริ่มต้นสถาบันการศึกษาควรเข้าร่วมเป็นผู้นำโดยร่วมกับองค์กรวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการพัฒนางานวิชาการ งานวิจัย และนวัตกรรมด้านเวชระเบียน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. องค์กรวิชาชีพเวชระเบียนควรสร้างความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญ จากสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานด้านเวชระเบียน | 5 | 5 | 0 | 0.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. ควรร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในการวางโครงสร้างระบบสารสนเทศสุขภาพเนื่องจากข้อมูลทางการแพทย์มีในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านการสร้างควมร่วมมือ (ต่อ)

| ด้านการสร้างความร่วมมือ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|-------------------------------------|
| 4. หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนกลางของประเทศ ควรประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ นอกกระทรวงเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การพัฒนา โดยนำเสนอความต้องการและการออกแบบการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและครอบคลุม | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 18 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทยด้านการสร้างความร่วมมือ สอดคล้องทุกข้อ เรียงตามลำดับดังนี้ ข้อที่ 1 ในระยะเริ่มต้นสถาบันการศึกษาควรเข้ามามีส่วนร่วมเป็นผู้นำโดยร่วมกับองค์กรวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนางานวิชาการงานวิจัย และนวัตกรรมด้านเวชระเบียน (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 องค์กรวิชาชีพเวชระเบียนควรสร้างความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญจากสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานด้านเวชระเบียน (Mdn = 5, IQR = 0.5, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 ควรร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในการวางโครงสร้างระบบสารสนเทศสุขภาพเนื่องจากข้อมูลทางการแพทย์มีในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) และข้อที่ 4 หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ นอกกระทรวงเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการพัฒนา โดยนำเสนอความต้องการและการออกแบบการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและครอบคลุม (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0)

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ในระยะเริ่มต้นผู้ใช้เวชระเบียนโดยตรงอันได้แก่ สาขาวิชาชีพ ควรเป็นผู้เริ่มต้น โดยสถาบันการศึกษาเป็นผู้สนับสนุน

องค์กรที่ควรเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงวิทยาศาสตร์ กระทรวงต่างประเทศ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) สำนักพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักวิจัยและพัฒนา หน่วยงานผู้จ่ายด้านสุขภาพ

ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านการบริการและการนำไปใช้

| ด้านการบริการและการนำไปใช้ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 1. หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนกลางของประเทศ สามารถให้บริการข้อมูลทางการแพทย์เชิงสถิติ สามารถสืบค้นได้ทันที เพื่อการตัดสินใจสำหรับผู้บริหาร การวางแผน ทั้งการป้องกันรักษา ควบคุมโรค วางแผนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ และการคิดรอปอัตรากำลัง | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรวางนโยบายเพื่อให้เกิดการบริการข้อมูลทางการแพทย์ตามความเหมาะสม ให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เช่น ข้อมูลการวินิจฉัย การรักษาผู้ป่วย | 4 | 4 | 0 | 1 | มาก | สอดคล้อง |
| 3. ควรมีการวิจัยเพื่อทราบว่าผู้ป่วยคิดอย่างไรกับการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลจนไม่สะดวกใช้ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 4. ควรมีการวิจัยเพื่อทราบว่าผู้ให้บริการสุขภาพคิดอย่างไรกับการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลจนไม่สะดวกใช้ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 19 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการสร้างความร่วมมือ สอดคล้องทุกข้อ เรียงตามลำดับดังนี้ ข้อที่ 1 หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนกลางของประเทศ สามารถให้บริการข้อมูลทางการแพทย์เชิงสถิติ สามารถสืบค้นได้ทันที เพื่อการตัดสินใจสำหรับผู้บริหาร การวางแผน ทั้งการป้องกัน รักษา ควบคุมโรค วางแผนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ และการคิดกรอบอัตรากำลัง (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 ควรมีการวิจัยเพื่อทราบว่าผู้ป่วยคิดอย่างไรกับการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลจนไม่สะดวกใช้ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 4 ควรมีการวิจัยเพื่อทราบว่าผู้ให้บริการสุขภาพคิดอย่างไรกับการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลจนไม่สะดวกใช้ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) และข้อที่ 2 หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรวางนโยบายเพื่อให้เกิดการบริการข้อมูลทางการแพทย์ตามความเหมาะสม ให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เช่น ข้อมูลการวินิจฉัย การรักษาผู้ป่วย (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0)

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ควรกำหนดขอบเขต อำนาจหน้าที่หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ การให้บริการข้อมูลต้องระบุในเชิงประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในส่วนระดับนโยบายของประเทศ ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับทุกระดับ และคำนึงถึงการนำไปแสวงหาประโยชน์ในภาคส่วนต่าง ๆ อย่างให้ตกเป็นเครื่องมือของฝ่ายใด การวิจัยควรขยายผลไปสู่แนวทางการพัฒนาแก้ไขจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกมิติ

ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี

| ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 1. กำหนดโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ระดับชาติ (National eHealth) ที่เอื้อให้ระบบทำงานได้ดี เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพให้เกิดประโยชน์ต่อระบบบริหารจัดการสาธารณสุขของประเทศ ทั้งผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี (ต่อ)

| ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ |
|--|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|-------------------------------------|
| 2. ข้อมูลสุขภาพของประเทศ ต้องเป็นเอกภาพ (unity) มีมาตรฐานกลาง กำหนดโครงสร้างชุดข้อมูลมาตรฐาน (Standard data set) ความหมายมาตรฐาน มาตรฐานความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัว สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน ได้ระหว่างสถานบริการสุขภาพ เพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. การดำเนินงานข้อมูลทางการแพทย์ควรเป็นข้อมูลข่าวสารที่เป็นสากล (International Information) การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนควรสอดคล้องกับความเป็นสากลที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 4. มีการกำหนดรูปแบบรหัสที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี (ต่อ)

| ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีเพื่อพัฒนางานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 5. การดำเนินงานข้อมูลทางการแพทย์ ที่เป็นข้อมูลขนาดใหญ่ (Big data) ควรเป็นในลักษณะมีความสะดวกใช้ และมีความปลอดภัย เช่น ลักษณะของเว็บแอปพลิเคชัน โดยให้ผู้ใช้งานผ่านเว็บเบราว์เซอร์ ซอร์ฟแวร์และข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้บนเซิร์ฟเวอร์ของผู้ให้บริการ (Cloud computing) | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 6. มีระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่พร้อมสามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกัน โดยระบบที่มีความเร็วสูง มีการพัฒนาเทคโนโลยีและคุณภาพข้อมูลอย่างต่อเนื่อง | 5 | 5 | 0 | 0.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 7. ศูนย์ข้อมูลกลางกำหนดระบบการทำงานของเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ ให้ชัดเจนก่อนทำการปรับปรุงหรือพัฒนา | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 8. มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีความปลอดภัยโดยกำหนดระบบการเข้าถึงข้อมูลได้อย่างเหมาะสมตามความต้องการใช้งานกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการแบ่งปันข้อมูล | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี (ต่อ)

| ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีเพื่อพัฒนางานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ |
|--|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|-------------------------------------|
| 9. จัดทำระบบให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเอง | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 10. สร้างระบบค้นหาข้อมูลอัตโนมัติเพื่อให้สามารถเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ | 4 | 4 | 0 | 1 | มาก | สอดคล้อง |
| 11. ควรมีการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพในโรงพยาบาลมากกว่าการจัดหาเงินทุนสนับสนุนอย่างเดียว | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 20 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี สอดคล้องทุกข้อ เรียงตามลำดับดังนี้ ข้อที่ 1 กำหนดโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ระดับชาติ (National eHealth) ที่เอื้อให้ระบบทำงานได้ดี เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพให้เกิดประโยชน์ต่อระบบบริหารจัดการสาธารณสุขของประเทศ ทั้งผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 ข้อมูลสุขภาพของประเทศต้องเป็นเอกภาพ (unity) มีมาตรฐานกลาง กำหนดโครงสร้างชุดข้อมูลมาตรฐาน (Standard data set) ความหมายมาตรฐาน มาตรฐานความปลอดภัย และความเป็นส่วนตัว สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันได้ระหว่างสถานบริการสุขภาพ เพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 การดำเนินงานข้อมูลทางการแพทย์ควรเป็นข้อมูลข่าวสารที่เป็นสากล (International Information) การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนควรสอดคล้องกับความเป็นสากล ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 4 มีการกำหนดรูปแบบรหัสที่มีประสิทธิภาพ มีความจำเป็นในการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 5 การดำเนินงานข้อมูลทางการแพทย์ ที่เป็นข้อมูลขนาดใหญ่ (Big data) ควรเป็นในลักษณะ

มีความสะดวกใช้ และมีความปลอดภัย เช่น ลักษณะของเว็บแอปพลิเคชันโดยให้ผู้ใช้งานผ่านเว็บเบราว์เซอร์ ซอร์ฟแวร์และข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้บนเซิร์ฟเวอร์ของผู้ให้บริการ (Cloud computing) (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 6 มีระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่พร้อมสามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันโดยระบบที่มีความเร็วสูง มีการพัฒนาเทคโนโลยีและคุณภาพข้อมูลอย่างต่อเนื่อง (Mdn = 5, IQR = 0.5, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 7 ศูนย์ข้อมูลกลางกำหนดระบบการทำงานของเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพให้ชัดเจนก่อนทำการปรับปรุงหรือพัฒนา (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 8 มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีความปลอดภัยโดยกำหนดระบบการเข้าถึงข้อมูลได้อย่างเหมาะสมตามความต้องการใช้งานกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการแบ่งปันข้อมูล (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 9 จัดทำระบบให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเอง (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 11 ควรมีการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพในโรงพยาบาลมากกว่าการจัดหาเงินทุนสนับสนุนอย่างเดียว (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) และข้อที่ 10 สร้างระบบค้นหาข้อมูลอัตโนมัติเพื่อให้สามารถเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ (Mdn = 4, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0)

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ก่อนการแบ่งปันข้อมูล ควรตรากฎหมายรองรับก่อน ว่าสิ่งใดเรียกว่า การกระทำละเมิด สิ่งใดอนุญาต และเอาผิดกับผู้กระทำละเมิด การสร้างระบบค้นหาข้อมูลอัตโนมัติเพื่อให้สามารถเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ ควรทำเมื่อมีกฎหมายรองรับ



ตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านมาตรฐานและ
ความสามารถในการทำงานร่วมกัน

| ด้านมาตรฐานและ การทำงานร่วมกัน | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 1. การบริหารข้อมูลทาง การแพทย์ ทุกส่วนควร มองเห็นข้อมูลเพื่อการ ดำเนินงานในส่วนที่ตน ที่ รับผิดชอบผู้ปฏิบัติดำเนินงาน ได้ทันที ผู้บริหารสามารถ ตัดสินใจ วางแผนสั่งการได้ ทันเวลา | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. การทำงานด้านเวช ระเบียนควรคำนึงถึงความ เป็น มาตรฐานสากล (International standard) เพื่อให้เกิดมาตรฐานข้อมูล เดียวกัน เป็นประโยชน์การ สื่อสารด้านสารสนเทศ สุขภาพระหว่างประเทศ ช่วยในการควบคุมโรคได้ ทันเวลา | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. มีมาตรฐานในการส่ง ข่าวสารระหว่างกัน เพื่อให้ถึง กันและเข้าใจตรงกัน เช่นตก ลงคำใช้ร่วมกันในการบ่งบอก อาการการวินิจฉัย และการ รักษา | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 4. จัดทำระบบให้ผู้ดูแล สุขภาพใช้ข้อมูลร่วมกัน ภายในสถานบริการเดียวกัน ภาคีเครือข่าย และสถาน บริการทั้งภาครัฐและเอกชน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านมาตรฐานและความสามารถในการทำงานร่วมกัน (ต่อ)

| ด้านมาตรฐานและการทำงานร่วมกัน | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|-------------------------------------|
| 5. มีระบบความปลอดภัยในการส่งข่าวสารระหว่างกัน เพื่อสร้างความมั่นใจกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ | 5 | 5 | 0 | 0.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 6. ระบบซอฟต์แวร์ที่ใช้มีมาตรฐานตามเกณฑ์ ที่ได้รับการรองรับว่าเป็นมาตรฐาน สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและทำงานได้สอดคล้องกัน เพื่อสร้างความยอมรับให้กับผู้เกี่ยวข้อง และให้ความปลอดภัยกับผู้ใช้งาน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 7. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (CQI) มีความจำเป็นต่อความสำเร็จในการปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ สุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 21 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านมาตรฐานและความสามารถในการทำงานร่วมกัน สอดคล้องทุกข้อ เรียงตาม ลำดับ ดังนี้ ข้อที่ 1 การบริหารข้อมูลทางการแพทย์ ทุกส่วนควรมองเห็นข้อมูลเพื่อการดำเนินงานในส่วนที่ตนรับผิดชอบ ผู้ปฏิบัติดำเนินงานได้ทันที ผู้บริหารสามารถตัดสินใจ วางแผน สั่งการได้ทันเวลา (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 การทำงานด้านเวชระเบียนควรคำนึงถึงความเป็นมาตรฐานสากล (International standard) เพื่อให้เกิดมาตรฐานข้อมูลเดียวกัน เป็นประโยชน์การสื่อสารด้านสารสนเทศสุขภาพระหว่างประเทศ ช่วยในการควบคุมโรคได้ทันเวลา (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 มีมาตรฐานในการส่งข่าวสารระหว่างกัน เพื่อให้ถึงกันและเข้าใจตรงกัน เช่น ตกลงค่าใช้จ่ายร่วมกันในการบ่งบอกอาการการวินิจฉัย และการรักษา Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 4 จัดทำระบบให้ผู้ดูแลสุขภาพใช้ข้อมูลร่วมกันภายในสถานบริการเดียวกัน ภาศิเครือข่าย และสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 5 มีระบบความปลอดภัย

ในการส่งข่าวสารระหว่างกันเพื่อสร้างความมั่นใจกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (Mdn = 5, IQR = 0.5, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 6 ระบบซอฟต์แวร์ที่ใช้มีมาตรฐานตามเกณฑ์ ที่ได้รับการรองรับว่าเป็นมาตรฐาน สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล และทำงานได้สอดคล้องกัน เพื่อสร้างความยอมรับให้กับผู้เกี่ยวข้อง และ ให้ความปลอดภัยกับผู้ใช้ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 7 การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (CQI) มีความจำเป็นต่อความสำเร็จในการปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0)

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1. ข้อมูลทางการแพทย์ มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ควรกำหนดขอบเขตข้อมูลที่สามารถเผยแพร่เป็นสาธารณะ ใช้ร่วมกันส่วนตัว ให้ชัดเจนก่อนที่จะอนุญาตให้แต่ละส่วนเข้าถึง
2. การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพต้องอาศัยมาตรฐานวิชาการและวิชาชีพเป็น กลไกในการพัฒนา

ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการออกกฎหมาย นโยบายและการปฏิบัติ

| ด้านการออกกฎหมาย นโยบาย และการปฏิบัติ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|------------------------------------|
| 1. มีกฎหมายที่เกี่ยวกับ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพ โดยเฉพาะ เช่น เกี่ยวกับ ความปลอดภัยของข้อมูล มี การคุ้มครองประชาชน และ ผู้ดูแลสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. มีกฎหมาย ระเบียบที่ กำหนดการจัดเก็บข้อมูล การ เข้าถึงข้อมูล และการเผยแพร่ ข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. มีการกำหนดแนวนโยบาย ในการสร้างระบบเพื่อให้เกิด วิสัยทัศน์และแนวปฏิบัติที่ ต้องการ มีการติดตาม ประเมินผลอย่างเหมาะสม | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการออกกฎหมาย นโยบายและการปฏิบัติ (ต่อ)

| ด้านการออกกฎหมาย นโยบาย และการปฏิบัติ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 4. กำหนดกฎหมายเกี่ยวกับ การใช้งานร่วมกัน (sharing) ของข้อมูลสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 5. มีนโยบาย แนวทางปฏิบัติ โครงสร้าง เฉพาะด้าน เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อรองรับข้อมูลในระบบ ดิจิทัล | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 22 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทยด้านการออกกฎหมาย นโยบายและแนวปฏิบัติ สอดคล้องทุกข้อ เรียงตามลำดับดังนี้ ข้อที่ 1 มีกฎหมายที่เกี่ยวกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพโดยเฉพาะ เช่น เกี่ยวกับความปลอดภัยของข้อมูล มีการคุ้มครองประชาชน และผู้ดูแลสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 มีกฎหมาย ระเบียบที่กำหนดการจัดเก็บข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล และการเผยแพร่ข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 มีการกำหนดแนวนโยบายในการสร้างระบบเพื่อให้เกิดวิสัยทัศน์และแนวปฏิบัติที่ต้องการ มีการติดตามประเมินผลอย่างเหมาะสม (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 4 กำหนดกฎหมายเกี่ยวกับการใช้งานร่วมกัน (sharing) ของข้อมูลสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) และ ข้อที่ 5 มีนโยบาย แนวทางปฏิบัติ โครงสร้างเฉพาะด้าน เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อรองรับข้อมูลในระบบดิจิทัล

ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านการพัฒนาบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง

| ด้านการพัฒนาบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|-------------------------------------|
| 1. บุคลากรเวชระเบียนควรมีสมรรถนะหลักคือ ความรู้ความเข้าใจทางเวชระเบียน โรคภัยทางการแพทย์ การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล มีคุณลักษณะด้านการประสานงานที่ดี มีทัศนคติที่ดี และมีใจรักในวิชาชีพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. บุคลากรด้านเวชระเบียนสามารถดูแลและพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์หรือสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ได้ เช่นการออกแบบ การสร้าง การปฏิบัติและสนับสนุนบริการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | 5 | 5 | 0 | 1.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. บุคลากรเวชระเบียนควรมีสมรรถนะเฉพาะเพื่อรองรับระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) คือ ความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กฎหมายเกี่ยวกับธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการพัฒนาบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง (ต่อ)

| ด้านการพัฒนาบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 4. บุคลากรด้านเวชระเบียน ควรพัฒนาตนเองให้สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรหัสทางการแพทย์หรืองานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 5. บุคลากรด้านเวชระเบียน ควรมีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ความรับผิดชอบ และมีความซื่อสัตย์ และมีความคิดสร้างสรรค์ | 5 | 5 | 0 | 0 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 6. ควรกำหนดกรอบตำแหน่งบุคลากรงานเวชระเบียนในโรงพยาบาลควรมีตั้งแต่ระดับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในระดับผู้ช่วย ผู้ปฏิบัติ และในระดับควบคุม ตรวจสอบ และบริหารหน่วย | 5 | 5 | 0 | 0.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 23 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการพัฒนาบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง สอดคล้องทุกข้อ เรียงตามลำดับ ดังนี้ ข้อที่ 1 บุคลากรเวชระเบียนควรมีสมรรถนะหลักคือ ความรู้ความเข้าใจทางเวชระเบียน โรค รหัสทางการแพทย์ การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (reimbursement) มีคุณลักษณะด้านการประสานงานที่ดี มีทัศนคติที่ดีและมีใจรักในวิชาชีพ (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 บุคลากรด้านเวชระเบียนสามารถดูแลและพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ได้ เช่นการออกแบบ การสร้าง การปฏิบัติและสนับสนุนบริการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Mdn = 5, IQR = 1.5, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 บุคลากรเวชระเบียนควรมีสมรรถนะเฉพาะเพื่อรองรับระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์

(eHealth) คือ ความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กฎหมายเกี่ยวกับธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 4 บุคลากรด้านเวชระเบียน ควรพัฒนาตนเองให้สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรหัสทางการแพทย์ หรืองานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียน (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 5 บุคลากรด้านเวชระเบียน ควรมีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ความรับผิดชอบ และมีความซื่อสัตย์ และมีความคิดสร้างสรรค์ (Mdn = 5, IQR = 0, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 6 ควรกำหนดกรอบตำแหน่งบุคลากรงานเวชระเบียนในโรงพยาบาลควรมีตั้งแต่ระดับผู้ช่วย ปฏิบัติงานและระดับควบคุม ตรวจสอบ และบริหาร หน่วย (Mdn = 5, IQR = 0.5, |Mdn-Mo| = 0)

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

สมรรถนะควรเพิ่มภาษาสากล และสมรรถนะพิเศษในด้านการออกแบบ การสร้างควรเน้นที่การปฏิบัติ การรักษาระบบมากกว่า โดยแยกงานออกแบบ การสร้างไปอยู่ในหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ

ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านองค์กรวิชาชีพ

| ด้านองค์กรวิชาชีพ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|----------------------------|
| 1. องค์กรวิชาชีพของเวชระเบียน ควรประกอบด้วยบุคลากรเฉพาะด้านเวชระเบียนเพื่อความ เป็นวิชาชีพ และมีที่ปรึกษาจากสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. การบริหารองค์กรวิชาชีพของเวชระเบียนควรมีการกระจายทั้งภาครัฐ และเอกชน กำหนดให้ผู้แทนวิชาชีพเวชระเบียนจากเขตสุขภาพทุกเขตเป็นตัวแทนเข้ามาเป็นคณะกรรมการบริหาร | 4 | 4 | 0 | 1.5 | มาก | สอดคล้อง |

ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านองค์กรวิชาชีพ (ต่อ)

| ด้านองค์กรวิชาชีพ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 3. องค์กรวิชาชีพต้องสร้างความเข้มแข็งให้เกิดสภาวิชาชีพ มีบทบาทในการพัฒนามาตรฐานงานบุคลากรและการวิจัย และการจัดการศึกษา | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 4. องค์กรวิชาชีพของเวชระเบียน ต้องเป็นแหล่งรวมผู้เชี่ยวชาญด้านเวชระเบียนเพื่อเป็นที่พึ่งในการพัฒนางานเวชระเบียนในระบบบริการสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 5. องค์กรวิชาชีพจัดทำข้อบังคับเพื่อเป็นแนวทางมาตรฐานในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรด้านเวชระเบียน เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในวิชาชีพ เช่น การรับรองใบประกอบวิชาชีพของบุคลากรด้านเวชระเบียน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 6. ผลักดันให้เกิดความตระหนักรู้ในการนำสารสนเทศสุขภาพไปช่วยในการพัฒนาการวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ และประกอบการตัดสินใจ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านองค์กรวิชาชีพ (ต่อ)

| ด้านองค์กรวิชาชีพ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 7. องค์กรวิชาชีพสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 8. องค์กรวิชาชีพสร้างวัฒนธรรมองค์กรเรื่องความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุคลากรรุ่นน้องๆ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 9. ควรกำหนดกรอบตำแหน่งบุคลากรเวชระเบียนในโรงพยาบาลทุกระดับ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 10. ควรกำหนดกรอบตำแหน่งนักเวชสถิติ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำสารสนเทศสุขภาพ ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | 4 | 4 | 0 | 1 | มาก | สอดคล้อง |
| 11. ควรกำหนดกรอบตำแหน่งนักเวชสถิติ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำสารสนเทศสุขภาพ ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการสารสนเทศ เช่น สำนักงานโยบายและยุทธศาสตร์ | 4 | 4 | 0 | 1 | มาก | สอดคล้อง |

ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านองค์กรวิชาชีพ (ต่อ)

| ด้านองค์กรวิชาชีพ | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 12. ควรกำหนดกรอบตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชสถิติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | 5 | 5 | 0 | 1.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 24 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านองค์กรวิชาชีพ สอดคล้องทุกข้อ เรียงตามลำดับดังนี้ ข้อที่ 1 องค์กรวิชาชีพของเวชระเบียนควรประกอบด้วยบุคลากรเฉพาะด้านเวชระเบียนเพื่อความเป็นวิชาชีพ และมีที่ปรึกษาจากสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย เช่น แพทย์ นักเทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้แทนจากองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงสถาบันการศึกษา (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 องค์กรวิชาชีพต้องสร้างความเข้มแข็งให้เกิดสภาวิชาชีพ มีบทบาทในการพัฒนามาตรฐานงานบุคลากรและการวิจัย และการจัดการศึกษา (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 4 องค์กรวิชาชีพต้องเป็นแหล่งรวมผู้เชี่ยวชาญด้านเวชระเบียนเพื่อเป็นที่พึ่งในการพัฒนางานเวชระเบียนในระบบบริการสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 5 องค์กรวิชาชีพจัดทำข้อบังคับเพื่อเป็นแนวทางมาตรฐานในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรด้านเวชระเบียน เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในวิชาชีพ เช่น การรับรองใบประกอบวิชาชีพของบุคลากรด้านเวชระเบียน (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 6 ผลักดันให้เกิดความตระหนักรู้ในการนำสารสนเทศสุขภาพไปช่วยในการพัฒนาการวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ และประกอบการตัดสินใจ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 7 องค์กรวิชาชีพสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 8 องค์กรวิชาชีพสร้างวัฒนธรรมองค์กรเรื่องความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุคลากรรุ่นน้องๆ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 9 ควรกำหนดกรอบตำแหน่งบุคลากรเวชระเบียนในโรงพยาบาลทุกระดับ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 12 ควรกำหนดกรอบตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชสถิติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Mdn = 5, IQR = 1.5, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 การบริหารองค์กรวิชาชีพของเวชระเบียนควรมีการกระจายทั้งภาครัฐ และเอกชน กำหนดให้ผู้แทนวิชาชีพเวชระเบียนจากเขตสุขภาพทุกเขตเป็นตัวแทนเข้ามาเป็นคณะกรรมการบริหาร (Mdn = 4, IQR = 0.5, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 10 ควรกำหนดกรอบตำแหน่งนักเวชสถิติ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำสารสนเทศสุขภาพ ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (Mdn = 4, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) และข้อที่ 11 ควรกำหนดกรอบตำแหน่งนักเวชสถิติ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำ

สารสนเทศสุขภาพ ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการสารสนเทศ เช่น สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

องค์กรวิชาชีพควรประกอบด้วยบุคคลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น กลุ่มผู้ใช้เวชระเบียน กลุ่มเจ้าของข้อมูล กลุ่มผู้ผลิตบุคลากร และกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย

สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ นักเทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้แทนจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงสถาบันการศึกษา

การกำหนดกรอบตำแหน่งบุคลากรทางเวชระเบียนควรแบ่งระดับของบุคลากร และคุณสมบัติของบุคคลที่จะปฏิบัติในแต่ละสถานบริการสุขภาพ อาจไม่จำเป็นต้องเหมือนกันหมด และมีความเชื่อมโยงในความก้าวหน้าในวิชาชีพ เช่น ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรเป็นระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง

ตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการจัดการศึกษา

| ด้านการจัดการศึกษา | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|----------------------------|
| 1. ในการบริหารการศึกษา ต้องมีเครือข่ายและประสานความร่วมมือในการพัฒนาการจัดการศึกษา | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. การจัดการศึกษาสถาบันการศึกษา ควรทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างสถาบันการศึกษาที่จัดการศึกษาด้านเวชระเบียนหรือสารสนเทศสุขภาพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. การจัดการศึกษาสถาบันการศึกษาควรทำความเข้าใจกับองค์กรวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านการจัดการศึกษา
(ต่อ)

| ด้านการจัดการศึกษา | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 4. การจัดการศึกษาต้อง คำนึงถึงคนในศตวรรษที่ 21 จัดกิจกรรมการเรียนการสอน ให้สอดคล้องกับคนยุคใหม่ | 5 | 5 | 0 | 0.5 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 5. การจัดการเรียนการสอน ควรเชิญผู้บริหารมาสอน เพื่อให้มีความมีความเข้าใจถึง สมรรถนะของบุคลากรด้าน เวชระเบียน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 6. การจัดการศึกษาควรให้ ผู้เรียนได้เรียนรู้เรื่อง เทคโนโลยีสารสนเทศใน ระดับสามารถประยุกต์ใช้ใ การดำเนินงาน เวชระเบียน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 7. หลักสูตรที่จัดการศึกษา ต้องให้ผู้เรียนมีความรู้ความ เข้าใจเรื่องศัพท์แพทย์ และ โรค ที่สามารถสื่อสารกับ แพทย์ได้ดี | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 8. ในการจัดหลักสูตรเกี่ยวกับ การปฏิบัติงานในงาน เวชระเบียนควรจัดเป็น วิชาเอก เนื่องจากการทำงาน ข้อมูลสุขภาพมีหลายส่วน | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านการจัดการศึกษา
(ต่อ)

| ด้านการจัดการศึกษา | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 9. การพัฒนาสู่การเป็น เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือ สารสนเทศสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์ (eHealth)ต้องทำความเข้าใจ การเปลี่ยนของประชากร ปัญหา ความต้องการของ ประชาชนผู้รับบริการ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 10. หลักสูตรที่จัดสอนให้ ผู้เรียนเข้าใจเรื่องการให้ ความสำคัญต่อผู้ป่วย (people focus) | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 11. หลักสูตรที่เปิดสอนต้อง พัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะ การวิเคราะห์ระบบ การ วิเคราะห์ข้อมูล การบริหาร ข้อมูลแบบมืออาชีพ เพื่อได้ สารสนเทศสำหรับการบริหาร ได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 12. หลักสูตรที่เปิดสอนต้อง พัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะ ในการเป็นล่ามในการ ประสานหลักขององค์กร ระหว่างผู้ปฏิบัติงานในส่วน งานบริการกับระดับผู้บริหาร และ ผู้ใช้อื่นๆ | 4 | 4 | 0 | 1 | มาก | สอดคล้อง |

ตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านการจัดการศึกษา
(ต่อ)

| ด้านการจัดการศึกษา | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 13. การจัดการศึกษาที่ ปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม โดยเฉพาะความซื่อสัตย์ มี ความคิดสร้างสรรค์ มีความ รับผิดชอบ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 14. ครูผู้สอนควรเป็นครู ต้นแบบเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ ในการเรียนให้กับนักศึกษา | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 15. การจัดการศึกษา บุคลากรด้านเวชระเบียนควร เพิ่มบทบาทในการตรวจสอบ คุณภาพข้อมูลให้มีคุณภาพ พร้อมใช้งานและสนับสนุน ข้อมูลเพื่อการบริหาร | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 16. การจัดการศึกษา บุคลากรด้านเวชระเบียนควร เพิ่มความสำคัญในวิชา เกี่ยวกับรหัสทางการแพทย์ เนื่องจากข้อมูลในระบบ อิเล็กทรอนิกส์มีความ จำเป็นต้องบันทึกเป็น รหัสมาตรฐาน | 4 | 4 | 0 | 1 | มาก | สอดคล้อง |
| 17. หลักสูตรที่เปิดสอนควรมี ถึงระดับปริญญาเอก โดย ระดับปริญญาโท และเอก ควรเปิดรับบุคลากรทางการ แพทย์ที่เกี่ยวข้อง | 4 | 3 | -1 | 1 | มาก | ไม่สอดคล้อง |

จากตารางที่ 25 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการจัดการศึกษา สอดคล้อง 16 ข้อ ไม่สอดคล้อง 1 ข้อ เรียงตามลำดับ ดังนี้ ข้อที่ 1 ในการบริหารการศึกษาต้องมีเครือข่ายและประสานความร่วมมือในการพัฒนาการจัดการศึกษา (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 การจัดการศึกษาสถาบันการศึกษาควรทำความร่วมมือกันระหว่างสถาบันการศึกษาที่จัดการศึกษาด้านเวชระเบียนหรือสารสนเทศสุขภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 การจัดการศึกษาสถาบันการศึกษาควรทำความร่วมมือกับองค์วิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 4 การจัดการศึกษาต้องคำนึงถึงคนในศตวรรษที่ 21 จัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับคนยุคใหม่ (Mdn = 5, IQR = 0.5, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 5 การจัดการเรียนการสอนควรเชิญผู้บริหารมาสอนเพื่อให้ความมีความเข้าใจถึงสมรรถนะของบุคลากรด้านเวชระเบียน (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 6 การจัดการศึกษาควรให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศในระดับสามารถประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานเวชระเบียน (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 7 หลักสูตรที่จัดการศึกษาต้องให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องศัพท์แพทย์ และโรค ที่สามารถสื่อสารกับแพทย์ได้ดี (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 8 ในการจัดหลักสูตรเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในงานเวชระเบียนควรจัดเป็นวิชาเอก เนื่องจากการทำงานข้อมูลสุขภาพมีหลายส่วน (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 9 การพัฒนาสู่การเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือ สารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ต้องทำความเข้าใจการเปลี่ยนของประชากร ปัญหา ความต้องการของประชาชน ผู้รับบริการ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 10 หลักสูตรที่จัดสอนให้ผู้เรียนเข้าใจเรื่อง การให้ความสำคัญต่อผู้ป่วย (people focus) (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 11 หลักสูตรที่เปิดสอนต้องพัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะการวิเคราะห์ระบบ การวิเคราะห์ข้อมูล การบริหารข้อมูลแบบมืออาชีพ เพื่อได้สารสนเทศสำหรับการบริหารได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 13 การจัดการศึกษาที่ปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรมโดยเฉพาะความซื่อสัตย์ มีความคิดสร้างสรรค์ มีความรับผิดชอบ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 14 ครูผู้สอนควรเป็นครุต้นแบบเพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการเรียนให้กับนักศึกษา (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 15 การจัดการศึกษาบุคลากรด้านเวชระเบียนควรเพิ่มบทบาทในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลให้มีคุณภาพพร้อมใช้งานและสนับสนุนข้อมูลเพื่อการบริหาร (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 12 หลักสูตรที่เปิดสอนต้องพัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะในการเป็นล่ามในการประสานหลักขององค์กรระหว่างผู้ปฏิบัติงานในส่วนงานบริการกับระดับผู้บริหารและผู้ใช้อื่น ๆ (Mdn = 4, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 16 การจัดการศึกษาบุคลากรด้านเวชระเบียนควรเพิ่มความสำคัญในวิชาเกี่ยวกับรหัสทางการแพทย์เนื่องจากข้อมูลในระบบอิเล็กทรอนิกส์มีความจำเป็นต้องบันทึกเป็นรหัสมาตรฐาน (Mdn = 4, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) และความเห็นไม่สอดคล้อง ได้แก่ ข้อ 19 หลักสูตรที่เปิดสอนควรมีถึงระดับปริญญาเอก โดยระดับปริญญาโท และเอก ควรเปิดรับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง (Mdn = 4, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 1)

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

หากกล่าวถึงการศึกษาเวชระเบียน เมื่อเป็นปริญาเอกไม่น่าจะเฉพาะเวชระเบียนแต่ต้องนำศาสตร์อื่นเข้ามาเช่นเทคโนโลยี หรือสถิติทางการแพทย์ จึงมองว่าถ้าเฉพาะด้านเวชระเบียนแล้วปริญาโทก็น่าเพียงพอ

ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านการขับเคลื่อน

| ด้านการขับเคลื่อน | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 1. ควรมีการวางแผนและดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกลไกเพื่อให้เกิดเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เป็นระยะๆ เช่น 3 ปี 5 ปี 7 ปี และ 10 ปี โดยให้ความสำคัญกับโครงสร้างที่รองรับด้วย | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 2. กระทรวงสาธารณสุขต้องสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้เกิดเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 3. ในระยะเริ่มต้นควรสร้างเป็นต้นแบบ (Model) โดยทำเป็นความร่วมมือระหว่างสถาบัน การศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านการขับเคลื่อน (ต่อ)

| ด้านการขับเคลื่อน | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 4. องค์กรวิชาชีพหรือสภาวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการตั้งหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนกลางของประเทศเพื่อนำเสนอมาตรฐานวิชาชีพ นโยบาย กฎหมาย และมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 5. องค์กรวิชาชีพเพิ่มบทบาทการสร้างเชื่อมั่นและยอมรับความเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง | 4 | 4 | 0 | 1 | มาก | สอดคล้อง |
| 6. มีคณะทำงานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ขึ้นมาเพื่อทำงานประสานกับคณะกรรมการธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์แห่งชาติ สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (สพธอ) ในการผลักดันให้เกิดมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 7. องค์กรวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการสร้างความร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ ในการเชื่อมโยงข้อมูล | 4 | 4 | 0 | 1 | มาก | สอดคล้อง |

ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านการขับเคลื่อน (ต่อ)

| ด้านการขับเคลื่อน | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 8. พัฒนาความรู้ให้กับประชาชนเพื่อทำความเข้าใจระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และการมีส่วนร่วมในกระบวนการสุขภาพโดยมีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลสุขภาพบุคคล (Personal Health Record : PHR) | 4 | 4 | 0 | 1 | มาก | สอดคล้อง |
| 9. เครือข่ายสถานพยาบาลร่วมมือกันส่งเสริมให้เกิดมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลในเครือข่ายโปรแกรมการวัดคุณภาพข้อมูล การรายงาน ค่าตอบแทน ตามประสิทธิภาพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 10. องค์กรวิชาชีพต้องเพิ่มบทบาทในการสร้างความร่วมมือในการสร้างและพัฒนามาตรฐานวิชาชีพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 11. องค์กรวิชาชีพจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม เช่น คนต้นแบบด้านเวชระเบียน เพื่อสร้างแบบอย่างที่ดี (Role Model) ในวิชาชีพ เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากร | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านการขับเคลื่อน (ต่อ)

| ด้านการขับเคลื่อน | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน- ฐานนิยม Mdn- Mo | พิสัย ระหว่าง ควอร์ ไทล์ (IQR) | ระดับ ความ คิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้อง ของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|------------------|-----------------|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 12. จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูล เช่น ปรับกระบวนการทำงาน จัดการอบรมให้ความรู้บุคลากร | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 13. บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียนเห็นความสำคัญของวิชาชีพด้านเวชระเบียน เข้าใจในบทบาทหน้าที่ สามารถใช้ประโยชน์จากบุคลากรเวชระเบียนได้อย่างเต็มศักยภาพ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 14. บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียนเข้าใจในกระบวนการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และยอมรับมาตรการที่ถูกกำหนดขึ้น | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 15. ผู้บริหารมีบทบาทในการสนับสนุนและผลักดันให้ก้าวสู่เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 16. ผู้บริหารวางกรอบแนวนโยบายและจัดสรรทรัพยากรเพื่อเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศ ด้านการขับเคลื่อน (ต่อ)

| ด้านการขับเคลื่อน | มัธยฐาน (Mdn) | ฐานนิยม (Mo) | มัธยฐาน-ฐานนิยม Mdn-Mo | พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) | ระดับความคิดเห็น | ความคิดเห็น สอดคล้องของ ผู้เชี่ยวชาญ |
|--|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 17. ให้ความรู้ผู้ป่วยและประชาชนให้เข้าใจและเห็นความสำคัญของเวชระเบียน เช่นความรู้เรื่องความปลอดภัยของข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์และเคารพสิทธิผู้ป่วย | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 18. สร้างความเชื่อมั่นในกลุ่มสังคมที่เกี่ยวข้องยอมรับ เช่น หน่วยงานผู้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 19. สร้างผู้นำทางความคิดในการพัฒนาระบบเวชระเบียนของประเทศ เช่น ส่งเสริมผู้ที่มีความรู้ในระดับปริญญาเอก หรือผู้บริหารยุคใหม่ เพื่อเป็นผู้สร้างสรรค์นวัตกรรม สื่อสารกับผู้บริหารส่วนต่าง ๆ และกลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |
| 20. สรรหาบุคลากรที่ร่วมบุกเบิกในการขับเคลื่อนซึ่งต้องเป็นผู้ที่เสียสละ และรักในวิชาชีพ มีความอดทนและมุ่งมั่น | 5 | 5 | 0 | 1 | มากที่สุด | สอดคล้อง |

จากตารางที่ 26 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านการขับเคลื่อน สอดคล้องทุกข้อ เรียงตามลำดับดังนี้ ข้อที่ 1 ควรมีการวางแผนและดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกลไกเพื่อให้เกิดเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เป็นระยะๆ เช่น 3 ปี 5 ปี 7 ปี และ 10 ปี โดยให้ความสำคัญกับโครงสร้างที่รองรับด้วย (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 2 กระทรวงสาธารณสุขต้องสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้เกิดเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 3 ในระยะเริ่มต้นควรสร้างเป็นต้นแบบ (Model) โดยทำเป็นความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 4 องค์กรวิชาชีพหรือสภาวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการตั้งหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนกลางของประเทศเพื่อนำเสนอมาตรฐานวิชาชีพ นโยบาย กฎหมาย และมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 6 มีคณะทำงานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ขึ้นมาเพื่อทำงานประสานกับคณะกรรมการธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์แห่งชาติ สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (สพธอ) ในการผลักดันให้เกิดมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 9 เครือข่ายสถานพยาบาลร่วมมือกันส่งเสริมให้เกิดมาตรฐาน เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลในเครือข่าย โปรแกรมการวัดคุณภาพข้อมูล การรายงานคำตอบแทนตามประสิทธิภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 10 องค์กรวิชาชีพต้องเพิ่มบทบาทในการสร้างความร่วมมือในการสร้างและพัฒนามาตรฐานวิชาชีพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 11 องค์กรวิชาชีพจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม เช่น คนต้นแบบด้านเวชระเบียนเพื่อสร้างแบบอย่างที่ดี (Role Model) ในวิชาชีพ เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากร (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 12 จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูล เช่น ปรับกระบวนการทำงาน จัดการอบรมให้ความรู้บุคลากร (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 13 บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียนเห็นความสำคัญของวิชาชีพด้านเวชระเบียนเข้าใจในบทบาทหน้าที่ สามารถใช้ประโยชน์จากบุคลากรเวชระเบียนได้อย่างเต็มศักยภาพ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 14 บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียน เข้าใจในกระบวนการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และยอมรับมาตรการที่ถูกกำหนดขึ้น (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 15 ผู้บริหารมีบทบาทในการสนับสนุนและผลักดันให้ก้าวสู่ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 16 ผู้บริหารวางกรอบแนวนโยบายและจัดสรรทรัพยากรเพื่อ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 17 ให้ความรู้ผู้ป่วยและประชาชนให้เข้าใจและเห็นความสำคัญของเวชระเบียน เช่น ความรู้เรื่องความปลอดภัยของข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์และเคารพสิทธิผู้ป่วย (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 18 สร้างความเชื่อมั่นในกลุ่มสังคมที่เกี่ยวข้องยอมรับ เช่น หน่วยงานผู้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 19 สร้างผู้นำทางความคิด ในการพัฒนาระบบเวชระเบียนของประเทศ เช่น ส่งเสริมผู้ที่มีความรู้ในระดับปริญญาเอก หรือผู้บริหารยุคใหม่ เพื่อเป็นผู้สร้างสรรคนวัตกรรม สื่อสารกับผู้บริหารส่วนต่าง ๆ และกลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 20 สรรหาบุคลากรที่ร่วมบุกเบิกในการขับเคลื่อนซึ่งต้องเป็นผู้ที่เสียสละ และรักในวิชาชีพ มีความอดทนและมุ่งมั่น (Mdn = 5, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 5

องค์กรวิชาชีพเพิ่มบทบาทการสร้างความเชื่อมั่นและยอมรับความเป็น เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง (Mdn = 4, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 7 องค์กรวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการสร้างความร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ ในการเชื่อมโยงข้อมูล (Mdn = 4, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0) ข้อที่ 8 พัฒนาความรู้ให้กับประชาชนเพื่อทำความเข้าใจระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และการมีส่วนร่วมในกระบวนการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลสุขภาพบุคคล (Personal Health Record : PHR) (Mdn = 4, IQR = 1, |Mdn-Mo| = 0)

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ในการบริหารการพัฒนาระบบควรต้องทำถึง 20 ปี โดยช่วง 5 ปีแรกเป็นการปฏิรูประบบ 5 ปีต่อมาสร้างระบบให้ถึง 5 ปีต่อมาต่อยอดให้ยั่งยืนและเกี่ยวให้เกิดภาพเต็ม

สรุป ผลการวิเคราะห์ข้อมูล EDRF รอบที่ 3 พบว่า ด้านที่ 1 อนาคตของงานเวชระเบียน 9 ข้อ สอดคล้อง 8 ข้อ ไม่สอดคล้อง 1 ข้อ ด้านที่ 2 โครงสร้างการบริหารการพัฒนา 4 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ ด้านที่ 3 ยุทธศาสตร์และการลงทุน 6 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ ด้านที่ 4 การบริหารกิจการและภาวะผู้นำ 6 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ ด้านที่ 5 การสร้างความร่วมมือ 4 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ ด้านที่ 6 การบริการและการนำไปใช้ 4 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ ด้านที่ 7 โครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี 11 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ ด้านที่ 8 มาตรฐานและการทำงานร่วมกัน 7 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ ด้านที่ 9 การออกกฎหมาย นโยบาย และการปฏิบัติ 5 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ ด้านที่ 10 การพัฒนาบุคลากร 6 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ ด้านที่ 11 องค์กรวิชาชีพ 12 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ ด้านที่ 12 การจัดการศึกษา 17 ข้อ ไม่สอดคล้อง 1 ข้อ และด้านที่ 13 การขับเคลื่อน 20 ข้อ สอดคล้องทุกข้อ



บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย” มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย และเพื่อกำหนดทิศทางของการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ใช้ระเบียบวิจัยเชิงอนาคต ตอนที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ตอนที่ 2 ใช้เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคต แบบ EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research) ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 21 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) สำหรับ EDFR รอบที่ 1 และแบบสอบถามความคิดเห็น (opinionnaire) สำหรับ EDFR รอบที่ 2 และรอบที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้ ตอนที่ 1 การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ผู้วิจัยเดินทางไปสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ตอนที่ 2 EDFR รอบที่ 1 เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 21 ท่าน ผู้วิจัยเดินทางไปสัมภาษณ์ด้วยตนเอง และ EDFR รอบที่ 2 และรอบที่ 3 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความคิดเห็น (opinionnaire) ผู้วิจัยเดินทางไปเก็บด้วยตนเอง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าฐานนิยม (Mode) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสามารถสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย เป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เพื่อตอบวัตถุประสงค์ ข้อที่ 1 เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับพัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย ผู้วิจัยวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ สรุปได้ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียน ประเทศไทยพบหลักฐานทางเวชระเบียนมาตั้งแต่สมัยอยุธยา สมัยพระนารายณ์มหาราช ใน ปี พ.ศ. 2229 พบการบันทึกการรักษาที่ออกพระศกิดสังคราม ผู้ว่าราชการเมืองบางกอก เป็นผู้รักษาทหารฝรั่งเศส ถูกแทงที่ท้อง ต่อมาสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ ในปี 2380 พบหลักฐานสถิติทางการแพทย์ และการผ่าตัดเป็นครั้งแรก ของ นายแพทย์แดน บีช บรัดเลย์ (Dan Beach Bradley) ปี พ.ศ. 2431 โรงพยาบาลศิริราชเปิดอย่างเป็นทางการ แต่พบว่า ยังไม่มีระบบการจัดการเวชระเบียนอย่างเป็นทางการ ต่อมาในปี พ.ศ. 2502 ประเทศไทยเริ่มจัดตั้งหน่วยงานเวชระเบียนและคณะกรรมการรายงานและสถิติผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลราชวิถี โดยความร่วมมือจากองค์การอนามัยโลก จำแนกโรคและลงรหัสตามหลักการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Diseases: ICD) และเริ่มใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ สำหรับประมวลผลและวิเคราะห์สถิติ

ระยะที่ 2 ระยะการจัดหลักสูตรอบรมด้านเวชระเบียน เป็นระยะที่เริ่มจัดการศึกษาเพื่อให้ความรู้ปฏิบัติงานด้านเวชระเบียน ในปี พ.ศ. 2504 เริ่มจัดอบรมที่โรงพยาบาลศิริราช ด้วยความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก โดยรับเจ้าหน้าที่เข้ามาปฏิบัติงาน รับผู้ที่สำเร็จจาวิชาชีพชั้นสูง และมีymbบริบูรณ์ อบรมเกี่ยวกับกายวิภาค ผ่าตัด โรค และ ศัพท์ทางการแพทย์ และฝึกการให้รหัสและการเก็บรายงาน และฝึกหัดใช้เครื่องจักรโดยวิธีเจาะบัตร ที่บริษัท ไอ.บี.เอ็ม. ในปี พ.ศ. 2505 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับองค์การอนามัยโลก ได้เริ่มจัดทำเวชระเบียนตามระบบสากล โดยร่วมกับโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลเด็ก รวมทั้งวางรูปแบบให้โรงพยาบาลประจำจังหวัด โดยทำรูปแบบการกรอกใบสรุปเพื่อจัดทำสถิติ ปี พ.ศ. 2506 ประเทศไทยเริ่มเก็บสถิติการเจ็บป่วยจากการให้รหัสโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-8 และ ICD-9) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งพบหลักฐานรายงานสถิติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลศิริราชที่ส่งรายงานสถิติโรคให้กับองค์การอนามัยโลกเป็นครั้งแรก และผลจากการสัมมนาสถิติโรงพยาบาลของประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์เมื่อ ปี พ.ศ. 2505 ทำให้เกิดหลักสูตรอบรมพนักงานเวชระเบียน (Medical Record Officer Training Course) ขึ้นในปี พ.ศ. 2507 มีระยะเวลา 1 ปีการศึกษา นับเป็นหลักสูตรอบรมแรกที่จัดเป็นระบบ โดยจัดที่โรงพยาบาลศิริราช ในขณะที่ประเทศอเมริกาเริ่มมีโปรแกรมการศึกษาด้านเวชระเบียน ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2478 โดยจัดขึ้นในโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน

ปี พ.ศ. 2511 ถือกำเนิด คำว่า “เวชระเบียน” (Medical Record) โดยนายแพทย์ศิริพัฒน์ วัฒนเกษตร รับรองให้ใช้โดยคณะกรรมการของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ระยะที่ 3 ระยะการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียน เมื่อเวชระเบียนเริ่มขยายความสำคัญจากหลักฐานการตรวจรักษาเพิ่มความสำคัญในเรื่องพัฒนาคุณภาพการการรักษา และเป็นหลักฐานสำคัญในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล เมื่อเกิดกองทุนเงินทดแทนเกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย ภายใต้การบริหารของสำนักงานกองทุนเงินทดแทนกรมแรงงาน และการนำสถิติทางการแพทย์มาวางแผนการรักษาและการป้องกันโรค มีพบมากขึ้นเช่น โรคมะเร็ง ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2515 โดยการดำริของนายแพทย์สมชาย สมบูรณ์เจริญ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งในขณะนั้น และแพทย์หญิงสมพร เอกรัตน์ แพทย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ขอเปิดหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติ ซึ่งคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ได้มีมติรับรองระเบียบและหลักสูตรวิชาเวชสถิติของกรมการแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศใช้ระเบียบและหลักสูตรเมื่อ 3 มีนาคม พ.ศ. 2516 และในปี พ.ศ. 2518 การศึกษาด้านเวชระเบียนในประเทศไทยได้ถือกำเนิดขึ้น ภายใต้การกำกับดูแลของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ชื่อหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาเวชสถิติ (Certificate Programme in medical Record Science) 83 หน่วยกิต ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) เมื่อปี พ.ศ. 2515 และเปิดสอน ที่โรงเรียนเวชสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ รับผิดชอบการศึกษาระดับชั้นมัธยม 5 เข้าศึกษาระยะเวลาการศึกษา 2 ปี ต่อจากนั้นมีการพัฒนาหลักสูตรมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาระบบงานเวชระเบียนให้สามารถรองรับระบบบริการสุขภาพและมาตรฐานการจัดการศึกษาของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2520 เริ่มมีผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติไปปฏิบัติงานในงานเวชระเบียนของโรงพยาบาล พบว่าสามารถพัฒนาระบบงานเวชระเบียนของโรงพยาบาลได้ อาทิ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าเมื่อมีผู้สำเร็จ

การศึกษาจากหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติ จำนวน 3 คน ทำให้สามารถจัดทำระบบการจัดทำสถิติ โดยการลงรหัสการบันทึกข้อมูลลงในแผ่นดิสเก็ตต์ (Diskette) และการประมวลผลรายการด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ปี พ.ศ. 2533 ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 นับจาก ปี พ.ศ. 2531 ที่เกิดกองทุนเงินทดแทน และต่อมียกกองทุนประกันสังคม เวชระเบียนเริ่มขยายความสำคัญมากขึ้นในการเป็นหลักฐานจำเป็นในการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ดังนั้นจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ความสามารถบุคลากรด้านเวชระเบียนให้มีความรู้ความสามารถในการให้รหัสโรค และจัดทำรายงานอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้เกิดแนวคิดการพัฒนาหลักสูตรด้านเวชระเบียนให้เป็นระดับปริญญาตรีปี พ.ศ. 2534 มีการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียน ในระดับปริญญาตรีต่อเนื่อง ขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย ชื่อหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน (ต่อเนื่อง) เปิดสอนที่คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนในระดับปริญญาตรี ครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2485 โดยเป็นความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลเซนต์ แมรี (St. Mary's Hospital) กับวิทยาลัยเซนต์ สคอลลาสติคา (College of St. Scholastica) และมีการแยกสาขาอย่างชัดเจน ได้แก่ หลักสูตรการบริหารเวชระเบียน (Program in Medical Record Administration) หลักสูตรเทคโนโลยีเวชระเบียน (Program in Medical Record Technology) และหลักสูตรผู้ปฏิบัติงานเวชระเบียน (Program in Medical Record Technician)

ปี พ.ศ. 2545 มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เกิดการปฏิรูปวิธีการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการแก่หน่วยบริการต่าง ๆ โดยใช้ระบบงบประมาณและการจ่ายแบบปลายปิด โดยการเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และใช้น้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Relation Groups : DRGs) ในการจัดสรรงบประมาณยอดรวมสำหรับบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมีความจำเป็นต้องใช้บุคลากรด้านเวชระเบียนโดยเฉพาะเจ้าพนักงานเวชสถิติเป็นจำนวนมากและเร่งด่วน ทำให้สถานการณ์การผลิตบุคลากรด้านเวชระเบียน ในหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน เพิ่มขึ้นเป็นปีละ 2 รุ่น ถึง 3 ปี

ด้วยสถานการณ์หรือพัฒนาการทางสังคมและวัฒนธรรม ข้อมูลสุขภาพมีความสำคัญในการวางแผนและตัดสินใจ ในการดำเนินนโยบายทางด้านสาธารณสุขโดย ในปี พ.ศ. 2555 มีการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนในระดับปริญญาตรี ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นครั้งแรก ชื่อหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยบูรพา นอกจากนี้ในปีเดียวกันมีการเปิดหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน ที่คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และเปิดหลักสูตรที่เกี่ยวข้องในมหาวิทยาลัยอื่นๆ

บุคลากรที่สำเร็จการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรเวชสถิติหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชระเบียน ใช้ชื่อตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชสถิติ เมื่อสำเร็จการศึกษาในหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน ใช้ชื่อตำแหน่งนักวิชาการสถิติ ประเทศไทยมีตำแหน่งนี้เฉพาะในโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีกรอบตำแหน่งนี้ ผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน ใช้ชื่อตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) สมรรถนะของบุคลากรด้านเวชระเบียน สามารถบริหารจัดการเวชระเบียนที่เป็นระบบเอกสารต่อเป็นบริหารจัดการเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ มีทักษะทางเทคโนโลยี

สารสนเทศ การให้รหัสทางการแพทย์เพื่อจัดทำสถิติและรายงานทางการแพทย์ มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRG) ในประเทศไทยมีสมาคมเวชสถิติแห่งประเทศไทย เป็นองค์กรวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้นเพื่อพัฒนาราชการ มาตรฐานเวชระเบียน และพัฒนาบุคลากรด้านเวชระเบียน แต่พบว่าองค์กรวิชาชีพไม่มีความเข้มแข็ง ไม่สามารถเป็นศูนย์กลางการพัฒนาบุคลากรด้านเวชระเบียน และไม่สามารถสร้างเครือข่ายวิชาชีพให้มากขึ้น ส่วนชื่อตำแหน่งของบุคลากรด้านเวชระเบียนในต่างประเทศนั้น เมื่อเวชระเบียนพัฒนาสู่ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ได้เปลี่ยนชื่อที่จับหลักสูตร จากเจ้าหน้าที่เวชระเบียน (Medical record officer) และผู้จัดการเวชระเบียน (Medical record administrator) เป็นผู้จัดการสารสนเทศสุขภาพ (Health information manager : HIM) หรือ ผู้บริหารสารสนเทศสุขภาพ (Health information administrator: HIA) แต่ในประเทศกำลังพัฒนาหลาย ๆ ประเทศ ยังคงใช้ชื่อเจ้าหน้าที่เวชระเบียนหรือ พนักงานเวชระเบียน (Medical record clerk) และแผนกเวชระเบียนก็เรียกชื่อต่างๆ กัน เช่น ห้องเวชระเบียน (Medical Record Room) บริการสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information Services) บริการสารสนเทศผู้ป่วย (Patient Information Service) หรือ แผนกสารสนเทศสุขภาพ (Health Information Department) แต่องค์การอนามัยโลกใช้ชื่อ แผนกเวชระเบียน (Medical Record Department) องค์กรวิชาชีพเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาการศึกษา พัฒนาศักยภาพ และการพัฒนามาตรฐานงานเวชระเบียน

พัฒนาการการบันทึกเวชระเบียน ประเทศไทยเริ่มใช้เครื่องจักรเป็นชนิดเครื่องเจาะบัตรเพื่อเก็บข้อมูลทางสถิติตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2502 ต่อมาในปี พ.ศ. 2514 โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลศิริราช เริ่มนำเอาระบบไมโครฟิล์มมาใช้บันทึกภาพเวชระเบียน ต่อมาในปี พ.ศ. 2517 เริ่มนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ และในปี พ.ศ. 2537 ได้ขยายเป็นระบบเครือข่ายโดยนำมาใช้ที่แผนกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ปัจจุบันมีการใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในโรงพยาบาลทั่วประเทศ แต่ยังมี ความหลากหลายไม่เป็นระบบเดียวกัน

ตอนที่ 2 เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อกำหนดทิศทางการบริหารการพัฒนา งานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย โดยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคต แบบ EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research) สรุปได้ ดังนี้ การบริหารการพัฒนา งานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับ ประเทศไทย ประกอบด้วย 13 ด้าน 109 แนวปฏิบัติ ได้แก่ 1) ด้านอนาคตของงานเวชระเบียน ประกอบด้วย 8 แนวปฏิบัติ 2) ด้านโครงสร้างการบริหารการพัฒนา ประกอบด้วย 4 แนวทางปฏิบัติ 3) ด้านยุทธศาสตร์และการลงทุน ประกอบด้วย 6 แนวปฏิบัติ 4) ด้านการบริหารกิจการและภาวะผู้นำ ประกอบด้วย 6 แนวปฏิบัติ 5) ด้านการสร้างความร่วมมือ ประกอบด้วย 4 แนวทางปฏิบัติ 6) ด้านการบริการและการนำไปใช้ประโยชน์ ประกอบด้วย 4 แนวทางปฏิบัติ 7) ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีเพื่อพัฒนาเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วย 11 แนวปฏิบัติ 8) ด้านมาตรฐานและความสามารถในการทำงานร่วมกัน ประกอบด้วย 7 แนวปฏิบัติ 9) ด้านการออกกฎหมาย นโยบาย การปฏิบัติ ประกอบด้วย 5 แนวปฏิบัติ 10) ด้านการพัฒนาบุคลากรและ ผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 แนวปฏิบัติ 11) ด้านองค์กรวิชาชีพ ประกอบด้วย 12 แนวปฏิบัติ

12) ด้านการจัดการศึกษา ประกอบด้วย 16 แนวปฏิบัติ 13) ด้านการขับเคลื่อน ประกอบด้วย 20 แนวปฏิบัติ มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านอนาคตของงานเวชระเบียน ประกอบด้วย 8 แนวปฏิบัติ ได้แก่ 1) เพื่อรองรับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในอนาคตระบบเวชระเบียนควรเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record : EMR) เข้ามาแทนที่ระบบเอกสาร 2) ในการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อประโยชน์สำหรับผู้ป่วยควรให้ความสำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูล ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยต้องเป็นมาตรฐาน สื่อสารและแลกเปลี่ยนกันได้ 3) การบริการสุขภาพควรให้ความสำคัญที่ตัวบุคคล (people focus) โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญสามารถให้บริการแบบเข้าถึงผู้ป่วยได้รวดเร็ว 4) ระบบการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนควรรองรับเทคโนโลยี ที่ง่ายต่อการใช้ของผู้ให้บริการสุขภาพ 5) รัฐบาลควรปฏิรูประบบสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้เทคโนโลยี บันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ (Personal Health Record: PHR) 6) ผู้ดูแลสุขภาพสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพโดยสามารถบันทึกข้อมูลสุขภาพตนเองได้ ในระบบสุขภาพบุคคล 7) เพื่อให้การดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยที่รวดเร็วควรสร้างเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเคลื่อนที่ได้ (Mobile Health: mHealth) เช่น พัฒนาแอปพลิเคชันด้านระบบสุขภาพบุคคลในมือถือ 8) ควรพัฒนาระบบเวชระเบียนที่ผู้ป่วยหนึ่งคนมีเวชระเบียนฉบับเดียว ที่สามารถใช้เข้ารับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพใดก็ได้ โดยมีลักษณะของข้อมูลข่าวสารเป็นมาตรฐานเดียวกัน แต่แบบฟอร์มเวชระเบียนไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน

2. ด้านโครงสร้างการบริหารการพัฒนา ประกอบด้วย 4 แนวทางปฏิบัติ คือ 1) ควรจัดตั้งหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ เพื่อบริหารจัดการระบบเวชระเบียนของประเทศ 2) หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรประกอบด้วยบุคลากรที่หลากหลายที่มีความรู้ความเข้าใจ ทางเวชระเบียน สารสนเทศสุขภาพ เทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบสุขภาพเช่น นักเวชสถิติ แพทย์ นักเทคโนโลยีสารสนเทศ 3) คณะกรรมการบริหารหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นสหวิชาชีพมีความรู้ความสามารถหลากหลาย 4) องค์กรวิชาชีพเวชระเบียนควรเข้ามามีบทบาทในการนำการพัฒนางานเวชระเบียนของประเทศ

3. ด้านยุทธศาสตร์และการลงทุน ประกอบด้วย 6 แนวปฏิบัติ คือ 1) กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์สารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ให้ชัดเจนในการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพมาใช้ในระบบบริการสุขภาพของประเทศ 2) ควรกำหนดยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพให้มีเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือระบบสุขภาพบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ไว้ในแผนแม่บทด้วย เช่นเดียวกับระบบอิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ 3) เพื่อให้มีความมั่นคง ในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพของประเทศ รัฐบาลควรมีการบริหารจัดการในด้านการลงทุนในการวางระบบพื้นฐานรองรับฐานข้อมูลสุขภาพที่มากขึ้น 4) รัฐบาลควรมีการลงทุนเพื่อการวิจัยประเมินเทคโนโลยีสารสนเทศบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based) หรือหลักฐานความจำเป็นทางสุขภาพ (evidence-based health need) 5) กระทรวงสาธารณสุขควรจัดสรรงบประมาณเพื่อลงทุนให้เกิดระบบการแลกเปลี่ยนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ 6) มีการระดมทุนระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อการพัฒนาสารสนเทศสุขภาพ

4. ด้านการบริหารกิจการและภาวะผู้นำ ประกอบด้วย 6 แนวปฏิบัติ คือ 1) กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยงานสารสนเทศสุขภาพกลางของประเทศที่เป็นหน่วยงานกึ่งอิสระมาทำหน้าที่พัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพ (e-Health) เพื่อดำเนินการจัดทำมาตรฐานกลางให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ระหว่างโรงพยาบาลทั้งภาครัฐทุกกระทรวงและเอกชน 2) ควรสร้างระบบและกลไกให้ทุกหน่วยงานร่วมกันพัฒนาระบบมาตรฐานกลางสารสนเทศสุขภาพ 3) กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 4) กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านเวชระเบียนหรือข้อมูลสุขภาพให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ชัดเจน 5) ผู้นำขององค์กรวิชาชีพหรือผู้บริหารการพัฒนาต้องเลือกผู้ที่มีความสามารถในการประสานงานได้ดี สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ 6) มีการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ให้กับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการยอมรับในงานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์แก่ผู้ปฏิบัติงาน

5. ด้านการสร้างความร่วมมือ ประกอบด้วย 4 แนวทางปฏิบัติ คือ 1) ในระยะเริ่มต้นสถาบันการศึกษาควรเข้ามามีส่วนร่วมเป็นผู้นำโดยร่วมกับองค์กรวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนางานวิชาการงานวิจัย และนวัตกรรมด้านเวชระเบียน 2) องค์กรวิชาชีพเวชระเบียนควรสร้างความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญ จากสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานด้านเวชระเบียน 3) ควรร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในการวางโครงสร้างระบบสารสนเทศสุขภาพเนื่องจากข้อมูลทางการแพทย์มีในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน 4) หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ นอกกระทรวงเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การพัฒนา โดยนำเสนอความต้องการและการออกแบบการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและครอบคลุม เช่น กระทรวงวิทยาศาสตร์ กระทรวงต่างประเทศ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) สำนักพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักวิจัยและพัฒนา หน่วยงานผู้จ่ายด้านสุขภาพ

6. ด้านการบริการและการนำไปใช้ประโยชน์ ประกอบด้วย 4 แนวทางปฏิบัติ คือ 1) หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนกลางของประเทศ สามารถให้บริการข้อมูลทางการแพทย์เชิงสถิติ สามารถสืบค้นได้ทันที เพื่อการตัดสินใจสำหรับผู้บริหาร การวางแผน ทั้งการป้องกัน รักษา ควบคุมโรค วางแผนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ และการคิดกรอบอัตรากำลัง 2) หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรวางนโยบายเพื่อให้เกิดการบริการข้อมูลทางการแพทย์ตามความเหมาะสม ให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เช่น ข้อมูลการวินิจฉัย การรักษาผู้ป่วย 3) ควรมีการวิจัยเพื่อทราบว่าผู้ป่วยคิดอย่างไรกับการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลจนไม่สะดวกใช้ 4) ควรมีการวิจัยเพื่อทราบว่าผู้ใช้บริการสุขภาพคิดอย่างไรกับการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลจนไม่สะดวกใช้

7. ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีเพื่อพัฒนาเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วย 11 แนวปฏิบัติ คือ 1) กำหนดโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ระดับชาติ (National eHealth) ที่เอื้อให้ระบบทำงานได้ดี เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพให้เกิด

ประโยชน์ต่อระบบบริหารจัดการสาธารณสุขของประเทศ ทั้งผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง 2) ข้อมูลสุขภาพของประเทศต้องเป็นเอกภาพ (unity) มีมาตรฐานกลาง กำหนดโครงสร้างชุดข้อมูลมาตรฐาน (Standard data set) ความหมายมาตรฐาน มาตรฐานความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัว สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันได้ระหว่างสถานบริการสุขภาพ เพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ 3) การดำเนินงานข้อมูลทางการแพทย์ควรเป็นข้อมูลข่าวสารที่เป็นสากล (International Information) การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนควรสอดคล้องกับความเป็นสากลที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ 4) มีการกำหนดรูปแบบรหัสที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 5) การดำเนินงานข้อมูลทางการแพทย์ที่เป็นข้อมูลขนาดใหญ่ (Big data) ควรเป็นในลักษณะมีความสะดวกใช้ และมีความปลอดภัย 6) ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่พร้อมสามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันโดยระบบที่มีความเร็วสูง มีการพัฒนา เทคโนโลยีและคุณภาพข้อมูลอย่างต่อเนื่อง 7) ศูนย์ข้อมูลกลางกำหนดระบบการทำงานของเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพให้ชัดเจนก่อนทำการปรับปรุงหรือพัฒนา 8) มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีความปลอดภัยโดยกำหนดระบบการเข้าถึงข้อมูลได้อย่างเหมาะสม ตามความต้องการใช้งานกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการแบ่งปันข้อมูล 9) จัดทำระบบให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเอง 10) สร้างระบบค้นหาข้อมูลอัตโนมัติเพื่อให้สามารถเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ 11) ควรมีการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพในโรงพยาบาลมากกว่าการจัดหาเงินทุนสนับสนุนอย่างเดียว

8. ด้านมาตรฐานและความสามารถในการทำงานร่วมกัน ประกอบด้วย 7 แนวปฏิบัติ คือ

1) เพื่อการบริหารข้อมูลทางการแพทย์ ทุกส่วนควรมองเห็นข้อมูลเพื่อการดำเนินงานในส่วนที่ตนรับผิดชอบผู้ปฏิบัติดำเนินงานได้ทันที ผู้บริหารสามารถตัดสินใจ วางแผน สั่งการได้ทันเวลา 2) การทำงานด้านเวชระเบียนควรคำนึงถึงความเป็น มาตรฐานสากล (International standard) เพื่อให้เกิดมาตรฐานข้อมูลเดียวกัน เป็นประโยชน์การสื่อสารด้านสารสนเทศสุขภาพระหว่างประเทศ ช่วยในการควบคุมโรคได้ทันเวลา 3) มีมาตรฐานในการส่งข่าวสารระหว่างกัน เพื่อให้ถึงกันและเข้าใจตรงกัน เช่นตกลงค่าใช้จ่ายร่วมกันในการบ่งบอกอาการการวินิจฉัย และการรักษา 4) จัดทำระบบให้ผู้ดูแลสุขภาพใช้ข้อมูลร่วมกันภายในสถานบริการเดียวกัน ภาคีเครือข่าย และสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน 5) มีระบบความปลอดภัยในการส่งข่าวสารระหว่างกันเพื่อสร้างความมั่นใจกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ 6) ระบบซอฟต์แวร์ที่ใช้มีมาตรฐานตามเกณฑ์ ที่ได้รับการรองรับว่าเป็นมาตรฐาน สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล และทำงานได้สอดคล้องกัน เพื่อสร้างความยอมรับให้กับผู้เกี่ยวข้อง และให้ความปลอดภัยกับผู้ใช้ 7) การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (CQI) มีความจำเป็นต่อความสำเร็จในการปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ

9. ด้านการออกกฎหมาย นโยบาย การปฏิบัติ ประกอบด้วย 5 แนวปฏิบัติ คือ 1) มีกฎหมายที่เกี่ยวกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพโดยเฉพาะ เช่นเกี่ยวกับความปลอดภัยของข้อมูล มีการคุ้มครองประชาชน และผู้ดูแลสุขภาพ 2) มีกฎหมาย ระเบียบที่กำหนดการจัดเก็บข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล และเผยแพร่ข้อมูล ระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ 3) มีการกำหนดแนวนโยบายในการสร้างระบบเพื่อให้เกิดวิสัยทัศน์และแนวปฏิบัติที่ต้องการ มีการติดตามประเมินผลอย่างเหมาะสม

4) กำหนดกฎหมายเกี่ยวกับการใช้งานร่วมกัน (sharing) ของข้อมูลสุขภาพ 5) มีนโยบาย แนวทางปฏิบัติ โครงสร้าง เฉพาะด้าน เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อรองรับข้อมูลในระบบดิจิทัล

10. ด้านการพัฒนาบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 แนวปฏิบัติ คือ 1) บุคลากร เวชระเบียนควรมีสมรรถนะหลักคือ ความรู้ความเข้าใจทางเวชระเบียน โรค รหัสทางการแพทย์ การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (reimbursement) มีคุณลักษณะด้านการประสานงานที่ดี มีทัศนคติที่ดี และมีใจรักในวิชาชีพ 2) บุคลากรด้านเวชระเบียนสามารถดูแลและพัฒนาาระบบเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ได้ เช่นการออกแบบ การสร้าง การปฏิบัติและสนับสนุนบริการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 3) บุคลากรเวชระเบียนควรมีสมรรถนะเฉพาะ เพื่อรองรับระบบ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) คือ ความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กฎหมายเกี่ยวกับธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ มาตรฐานระบบ บริการสุขภาพ 4) บุคลากรด้านเวชระเบียนควรพัฒนาตนเองให้สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนา ระบบรหัสทางการแพทย์ หรืองานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียน 5) บุคลากรด้านเวชระเบียน ควรมีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ความรับผิดชอบ และมีความซื่อสัตย์ และมีความคิด สร้างสรรค์ 6) ควรกำหนดกรอบตำแหน่งบุคลากรงานเวชระเบียนในโรงพยาบาลควรมีตั้งแต่ระดับ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในระดับผู้ช่วย ผู้ปฏิบัติ และในระดับควบคุม ตรวจสอบ และบริหารหน่วย

11. ด้านองค์กรวิชาชีพ ประกอบด้วย 12 แนวปฏิบัติ คือ 1) องค์กรวิชาชีพของเวชระเบียน ควรประกอบด้วยบุคลากรเฉพาะด้านเวชระเบียนเพื่อความเป็นวิชาชีพ และมีที่ปรึกษาจากสหวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย เช่นแพทย์ นักเทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้แทนจากองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและ เอกชน รวมถึงสถาบันการศึกษา 2) การบริหารองค์กรวิชาชีพของเวชระเบียนควรมีการกระจายทั้ง ภาครัฐ และเอกชน กำหนดให้ผู้แทนวิชาชีพเวชระเบียนจากเขตสุขภาพทุกเขตเป็นตัวแทนเข้ามาเป็น คณะกรรมการบริหาร 3) องค์กรวิชาชีพต้องสร้างความเข้มแข็งให้เกิดสภาวิชาชีพ มีบทบาทในการ พัฒนามาตรฐานงาน บุคลากรและการวิจัย และการจัดการศึกษา 4) องค์กรวิชาชีพต้องเป็นแหล่งรวม ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชระเบียนเพื่อเป็นที่พึ่งในการพัฒนางานเวชระเบียนในระบบบริการสุขภาพ 5) องค์กรวิชาชีพจัดทำข้อบังคับเพื่อเป็นแนวทางมาตรฐานในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรด้านเวช ระเบียน เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในวิชาชีพ เช่นการรับรองใบประกอบวิชาชีพของบุคลากรด้านเวช ระเบียน 6) ผลักดันให้เกิดความตระหนักรู้ในการนำสารสนเทศสุขภาพไปช่วยในการพัฒนาการ วินิจฉัย การรักษา การป้องกัน การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ และประกอบการตัดสินใจ 7) องค์กร วิชาชีพสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 8) องค์กรวิชาชีพสร้าง วัฒนธรรมองค์กรเรื่องความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุคลากรรุ่นน้องๆ 9) ควรกำหนดกรอบตำแหน่งบุคลากรเวชระเบียนในโรงพยาบาลทุกระดับ 10) ควรกำหนดกรอบ ตำแหน่งนักเวชสถิติ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำสารสนเทศสุขภาพ ในสำนักงานสาธารณสุข อำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 11) ควรกำหนดกรอบตำแหน่งนักเวชสถิติ หรือบุคลากรที่ เกี่ยวข้องในการจัดทำสารสนเทศสุขภาพ ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการสารสนเทศ เช่น สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ 12) ควรกำหนดกรอบตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชสถิติในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล

12. ด้านการจัดการศึกษา ประกอบด้วย 16 แนวปฏิบัติ คือ 1) ในการบริหารการศึกษา ต้องมีเครือข่ายและประสานความร่วมมือในการพัฒนาการจัดการศึกษา 2) การจัดการศึกษา สถาบันการศึกษาควรทำความร่วมมือกันระหว่างสถาบันการศึกษาที่จัดการศึกษาด้านเวชระเบียนหรือสารสนเทศสุขภาพ 3) การจัดการศึกษาสถาบันการศึกษาควรทำความร่วมมือกับองค์วิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) การจัดการศึกษาต้องคำนึงถึงคนในศตวรรษที่ 21 โดยจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับคนยุคใหม่ 5) การจัดการเรียนการสอนควรเชิญผู้บริหารมาสอนเพื่อให้มีความมีความเข้าใจถึงสมรรถนะของบุคลากรด้านเวชระเบียน 6) การจัดการศึกษาควรให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศในระดับสามารถประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานเวชระเบียน 7) หลักสูตรที่จัดการศึกษาต้องให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องศัพท์แพทย์ และโรค ที่สามารถสื่อสารกับแพทย์ได้ดี 8) ในการจัดหลักสูตรเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในงานเวชระเบียนควรจัดเป็นวิชาเอก เนื่องจากการทำงานข้อมูลสุขภาพมีหลายส่วน 9) การพัฒนาสู่การเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือ สารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ต้องทำความเข้าใจการเปลี่ยนของประชากร ปัญหา ความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ 10) หลักสูตรที่จัดสอนให้ผู้เรียนเข้าใจเรื่องการให้ความสำคัญต่อผู้ป่วย (people focus) 11) หลักสูตรที่เปิดสอนต้องพัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะการวิเคราะห์ระบบการวิเคราะห์ข้อมูล การบริหารข้อมูลแบบมีอาชีพ เพื่อได้สารสนเทศสำหรับการบริหารได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา 12) หลักสูตรที่เปิดสอนต้องพัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะในการเป็นล่ามในการประสานหลักขององค์กร ระหว่างผู้ปฏิบัติงานในส่วนงานบริการกับระดับผู้บริหารและผู้ใช้อื่น ๆ 13) การจัดการศึกษาที่ปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรมโดยเฉพาะความซื่อสัตย์ มีความคิดสร้างสรรค์ มีความรับผิดชอบ 14) ครูผู้สอนควรเป็นครุต้นแบบเพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการเรียนให้กับนักศึกษา 15) การจัดการศึกษามูลนิธิด้านเวชระเบียนควรเพิ่มบทบาทในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลให้มีคุณภาพพร้อมใช้งานและสนับสนุนข้อมูลเพื่อการบริหาร 16) การจัดการศึกษาบุคลากรด้านเวชระเบียนควรเพิ่มความสำคัญในวิชาเกี่ยวกับรหัสทางการแพทย์เนื่องจากข้อมูลในระบบอิเล็กทรอนิกส์มีความจำเป็นต้องบันทึกเป็นรหัสมาตรฐาน

13. ด้านการขับเคลื่อน ประกอบด้วย 20 แนวปฏิบัติ คือ 1) ควรมีการวางแผนและดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกลไกเพื่อให้เกิดเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เป็นระยะๆ เช่น 3 ปี 5 ปี 7 ปี และ 10 ปี โดยให้ความสำคัญกับโครงสร้างที่รองรับด้วย 2) กระทรวงสาธารณสุขต้องสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้เกิดเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 3) ในระยะเริ่มต้นควรสร้างเป็นต้นแบบ (Model) โดยทำเป็นความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล 4) องค์กรวิชาชีพหรือสภาวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการตั้งหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนกลางของประเทศเพื่อนำเสนอมาตรฐานวิชาชีพ นโยบาย กฎหมาย และมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 5) องค์กรวิชาชีพเพิ่มบทบาทการสร้างเชื่อมั่นและยอมรับความเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง 6) มีคณะทำงานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ขึ้นมาเพื่อทำงานประสานกับคณะกรรมการธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์แห่งชาติ สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (สพธอ) ในการผลักดันให้เกิดมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 7) องค์กรวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการสร้างความร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ ในการเชื่อมโยงข้อมูล 8) พัฒนาความรู้ให้กับประชาชนเพื่อทำความเข้าใจระบบ

เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และการมีส่วนร่วมในกระบวนการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลสุขภาพบุคคล (Personal Health Record: PHR) 9) เครือข่ายสถานพยาบาลร่วมมือกันส่งเสริมให้เกิดมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลในเครือข่าย โปรแกรมการวัดคุณภาพข้อมูล การรายงาน ค่าตอบแทนตามประสิทธิภาพ 10) องค์กรวิชาชีพต้องเพิ่มบทบาทในการสร้างความร่วมมือในการสร้างและพัฒนามาตรฐานวิชาชีพ 11) องค์กรวิชาชีพจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม เช่นคนต้นแบบด้านเวชระเบียนเพื่อสร้างแบบอย่างที่ดี (Role Model) ในวิชาชีพ เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากร 12) จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูล เช่นปรับกระบวนการทำงานจัดการอบรมให้ความรู้บุคลากร 13) บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียนเห็นความสำคัญของวิชาชีพด้านเวชระเบียน เข้าใจในบทบาทหน้าที่ สามารถใช้ประโยชน์จากบุคลากรเวชระเบียนได้อย่างเต็มศักยภาพ 14) บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียน เข้าใจในกระบวนการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และยอมรับมาตรฐานที่ถูกกำหนดขึ้น 15) ผู้บริหารมีบทบาทในการสนับสนุนและผลักดันให้ก้าวสู่เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 16) ผู้บริหารวางกรอบนโยบายและจัดสรรทรัพยากรเพื่อเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 17) ให้ความรู้ผู้ป่วยและประชาชนให้เข้าใจและเห็นความสำคัญของเวชระเบียน เช่นความรู้เรื่องความปลอดภัยของข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์และเคารพสิทธิผู้ป่วย 18) สร้างความเชื่อมั่นในกลุ่มสังคมที่เกี่ยวข้องยอมรับ เช่นหน่วยงานผู้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 19) สร้างผู้นำทางความคิด ในการพัฒนาระบบเวชระเบียนของประเทศ เช่นส่งเสริมผู้ที่มีความรู้ในระดับปริญญาเอก หรือผู้บริหารยุคใหม่ เพื่อเป็นผู้สร้างสรรค์นวัตกรรมสื่อสารกับผู้บริหารส่วนต่าง ๆ และกลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ 20) สรรหาบุคลากรที่ร่วมบุกเบิกในการขับเคลื่อนซึ่งต้องเป็นผู้ที่เสียสละ และรักในวิชาชีพ มีความอดทนและมุ่งมั่น

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อค้นพบจากการวิจัย แบ่งเป็น 2 ตอน สามารถนำมาอภิปรายผล ได้ ดังนี้

ตอนที่ 1 พัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย สามารถแบ่งเป็นระยะ ได้ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียน ประเทศไทยพบหลักฐานทางเวชระเบียนมาตั้งแต่สมัยอยุธยา สมัยพระนารายณ์มหาราช ในปี พ.ศ. 2229 พบการบันทึกการรักษา ต่อมาสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ ในปี 2380 พบหลักฐานสถิติทางการแพทย์ และการผ่าตัดเป็นครั้งแรก ของ นายแพทย์แดน บีช บรัดเลย์ (Dan Beach Bradley) ซึ่งในต่างประเทศพบรายงานทางการแพทย์ตั้งแต่สมัยอียิปต์ ในปี พ.ศ. 2431 โรงพยาบาลศิริราชได้เปิดอย่างเป็นทางการ แต่พบว่ายังไม่มีระบบการจัดการเวชระเบียนอย่างเป็นทางการ ต่อมาในปี พ.ศ. 2502 ประเทศไทยเริ่มจัดตั้งหน่วยงานเวชระเบียนและคณะกรรมการรายงานและสถิติผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลราชวิถี โดยความร่วมมือจากองค์การอนามัยโลก เริ่มใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ชนิดแบบเจาะบัตร สำหรับประมวลผลและวิเคราะห์สถิติ ในขณะที่ต้นตำรับของการเริ่มต้นห้องสมุดเวชระเบียน (Medical Record Libraies) เกิดขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2137 ที่โรงพยาบาลเซ็นต์บาร์โทโลมิว (St. Barthilomew) กรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ และในปี พ.ศ. 2297 ประเทศอเมริกาเริ่มเปิดโรงพยาบาลเพ็นซิลวาเนีย ในฟิลาเดลเฟีย เริ่มเก็บประวัติการเจ็บป่วย ในปี พ.ศ. 2416

ระยะที่ 2 ระยะการจัดหลักสูตรอบรมด้านเวชระเบียน เป็นระยะที่เริ่มจัดการศึกษาเพื่อให้ความรู้ปฏิบัติงานด้านเวชระเบียน ในปี พ.ศ. 2504 เริ่มจัดอบรมที่โรงพยาบาลศิริราช ด้วยความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2505 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับองค์การอนามัยโลก ได้เริ่มจัดทำเวชระเบียนตามระบบสากล โดยร่วมกับโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลเด็ก รวมทั้งวางรูปแบบให้โรงพยาบาลประจำจังหวัด โดยทำรูปแบบการกรอกใบสรุปเพื่อจัดทำสถิติ ปี พ.ศ. 2506 ประเทศไทยเริ่มเก็บสถิติการเจ็บป่วยจากการให้รหัสโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-8 และ ICD-9) ขององค์การอนามัยโลก และพบหลักฐานรายงานสถิติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลศิริราชที่ส่งรายงานสถิติโรคให้กับองค์การอนามัยโลกเป็นครั้งแรก และผลจากการสัมมนาสถิติโรงพยาบาลของประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์เมื่อ ปี พ.ศ. 2505 ทำให้เกิดหลักสูตรอบรมพนักงานเวชระเบียน (Medical Record Officer Training Course) ขึ้นในปี พ.ศ. 2507 มีระยะเวลา 1 ปีการศึกษา นับเป็นหลักสูตรอบรมแรกที่ตั้งเป็นระบบ โดยจัดที่โรงพยาบาลศิริราช ในขณะที่ประเทศอเมริกาเริ่มมีโปรแกรมการศึกษาด้านเวชระเบียน ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2478 โดยจัดขึ้นในโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน

ปี พ.ศ. 2511 ถือกำเนิด คำว่า “เวชระเบียน” (Medical Record) โดยนายแพทย์ศิริพัฒน์ วัฒนเกษตร รับรองให้ใช้โดยคณะกรรมการของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ระยะที่ 3 ระยะการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียน เมื่อเวชระเบียนเริ่มขยายความสำคัญจากหลักฐานการตรวจรักษาเพิ่มความสำคัญในเรื่องพัฒนาคุณภาพการการรักษาและเป็นหลักฐานสำคัญในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล และการนำสถิติทางการแพทย์มาวางแผนการรักษาและการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของเรินโฮลด์ ฮ็อก (Reinhold Haux) พบว่า ในอนาคตจะมีการพัฒนาวิธีการและเครื่องมือในด้านของกระบวนการข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การวินิจฉัย การรักษา การตระหนักรู้และการป้องกัน การแก้ไขความพิการ การปรึกษาด้านสุขภาพ การรายงาน การบันทึกเอกสารทางการแพทย์ และการนำข้อมูลไปประกอบการตัดสินใจ ซึ่งเวชสารสนเทศทางการแพทย์ไปช่วยในการพัฒนาในทุกๆด้าน ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2515 คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ได้มีมติรับรองระเบียบและหลักสูตรวิชาเวชสถิติ ของกรมการแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศใช้ระเบียบและหลักสูตรเมื่อ 3 มีนาคม พ.ศ. 2516 และในปี พ.ศ. 2518 การศึกษาด้านเวชระเบียนในประเทศไทยได้ถือกำเนิดขึ้น ภายใต้การกำกับดูแลของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ชื่อหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาเวชสถิติ (Certificate Programme in medical Record Science) 83 หน่วยกิต และเปิดสอน ที่โรงเรียนเวชสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ต่อจากนั้นมีการพัฒนาหลักสูตรมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาระบบงานเวชระเบียนให้สามารถรองรับระบบบริการสุขภาพและมาตรฐานการจัดการศึกษาของประเทศไทย

ปี พ.ศ. 2531 เกิดกองทุนเงินทดแทน และปี พ.ศ. 2533 ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เวชระเบียนเริ่มขยายความสำคัญมากขึ้นในการเป็นหลักฐานจำเป็นในการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ดังนั้นจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ความสามารถบุคลากรด้านเวชระเบียนให้มีความรู้ความสามารถในการให้รหัสโรค และจัดทำรายงานอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้เกิดแนวคิดการพัฒนาหลักสูตรด้านเวชระเบียนให้เป็นระดับปริญญาตรี ปี พ.ศ. 2534 มีการจัดการศึกษาด้านเวช

ระเบียบ ในระดับปริญญาตรีต่อเนื่อง ขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย ชื่อหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน (ต่อเนื่อง) เปิดสอนที่คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนในระดับปริญญาตรี ครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2485 โดยเป็นความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลเซนต์ แมรี่ (St.Mary's Hospital) กับวิทยาลัยเซนต์ สคอลาสติกา (College of St. Scholastica) และมีการหลายสาขา โดยมีสมาคมบรรณารักษ์ เวชระเบียน (The American Association Medical Record Librarian) เป็นผู้นำในการจัดทำหลักสูตรและควบคุมคุณสมบัติและคุณภาพการศึกษา

ด้วยสถานการณ์หรือพัฒนาการทางสังคมและวัฒนธรรม ข้อมูลสุขภาพมีความสำคัญในการวางแผนและตัดสินใจ ในการดำเนินนโยบายทางด้านสาธารณสุข และในพ.ศ. 2545 มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เกิดการปฏิรูปวิธีการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการแก่หน่วยบริการต่าง ๆ โรงพยาบาลมีความจำเป็นต้องใช้บุคลากรด้านเวชระเบียน โดยเฉพาะเจ้าพนักงานเวชสถิติเป็นจำนวนมากและเร่งด่วน ทำให้สถานการณ์การผลิตบุคลากรด้านเวชระเบียน ในหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน เพิ่มขึ้นเป็นปีละ 2 รุ่น ถึง 3 ปี และ ในปี พ.ศ. 2555 มีการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนในระดับปริญญาตรี ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นครั้งแรก ชื่อหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน สถาบันสมทบ มหาวิทยาลัยบูรพา นอกจากนี้ในปีเดียวกันมีการเปิดหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน ที่คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และหลักสูตรที่เกี่ยวข้องในมหาวิทยาลัยอื่นๆ

บุคลากรที่สำเร็จการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรเวชสถิติหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชระเบียน ใช้ชื่อตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชสถิติ เมื่อสำเร็จการศึกษาในหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน ใช้ชื่อตำแหน่งนักวิชาการสถิติ ประเทศไทยมีตำแหน่งนี้เฉพาะในโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีกรอบตำแหน่งนี้ ผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุข ศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน ใช้ชื่อตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) สมรรถนะของบุคลากรด้านเวชระเบียน สามารถบริหารจัดการ เวชระเบียนที่เป็นระบบเอกสารต่อเป็นบริหารจัดการเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ มีทักษะทางเทคโนโลยีสารสนเทศ การให้รหัสทางการแพทย์เพื่อจัดทำสถิติและรายงานทางการแพทย์ มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRG) จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในหลายประเทศ เมื่อเวชระเบียนพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เปลี่ยนชื่อผู้ที่จบหลักสูตรอบรมมารับผิดชอบในการให้บริการเวชระเบียน จากเจ้าหน้าที่เวชระเบียน (Medical record officer) และผู้จัดการเวชระเบียน (Medical record administrator) เป็นผู้จัดการสารสนเทศสุขภาพ (Health information manager : HIM) หรือ ผู้บริหารสารสนเทศสุขภาพ (Health information administrator: HIA) แต่หลายประเทศยังคงใช้ชื่อเจ้าหน้าที่ เวชระเบียนหรือพนักงานเวชระเบียน (Medical record clerk) และแผนกเวชระเบียนก็เรียกชื่อต่างๆ กัน เช่น ห้องเวชระเบียน (Medical Record Room) บริการสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information Services) บริการสารสนเทศผู้ป่วย (Patient Information Service) หรือ แผนกสารสนเทศสุขภาพ (Health Information Department) แต่องค์การอนามัยโลกใช้ชื่อแผนกเวชระเบียน (Medical Record Department)

พัฒนาการการบันทึกเวชระเบียน ประเทศไทยเริ่มใช้เครื่องจักรเป็นชนิดเครื่องเจาะบัตร เพื่อเก็บข้อมูลทางสถิติตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2502 ต่อมาในปี พ.ศ. 2514 โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลศิริราช เริ่มนำเอาระบบไมโครฟิล์มมาใช้บันทึกภาพเวชระเบียน ต่อมาในปี พ.ศ. 2517 เริ่มนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ และในปี พ.ศ. 2537 ได้ขยายเป็นระบบเครือข่ายโดยนำมาใช้ที่แผนกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในประเทศไทยมีการใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในโรงพยาบาลทั่วประเทศ แต่ยังมีหลากหลายหลายไม่เป็นระบบเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ เรื่องระบบสารสนเทศแบบคอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลและคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย พบว่าโรงพยาบาลมีการใช้ระบบสารสนเทศแบบคอมพิวเตอร์ที่แตกต่างกันถึง 44 ระบบ

ตอนที่ 2. ทิศทางการบริหารการพัฒนาที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย พบว่ามี 13 ด้าน 109 แนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1. ด้านอนาคตของงานเวชระเบียน ประกอบด้วย 8 แนวปฏิบัติ ได้แก่ 1) เพื่อรองรับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในอนาคตระบบเวชระเบียนควรเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR) เข้ามาแทนที่ระบบเอกสาร สอดคล้องกับการศึกษาของโรเจอร์ เทเลอร์ และคณะ (Roger Taylor and others) พบว่า เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (Health information technology: HIT) สามารถประหยัดทรัพยากรได้ 81 – 162 ล้านดอลลาร์หรือมากกว่านี้ในแต่ละปี และลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายได้เป็นอย่างมาก แต่อย่างไรก็ตามเพื่อให้ได้ประโยชน์อย่างเต็มที่จะต้องจัดระบบอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการและโครงสร้างการดูแลสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้อง ทางเลือกของนโยบายสามารถเร่งความรวดเร็วในการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพมาใช้ นอกจากนี้การตระหนักถึงผลดีของระบบและแรงจูงใจในการส่งเสริมมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงข้อมูลในเครือข่ายที่ได้รับ การพัฒนาในด้าน การวัด การรายงานและค่าตอบแทนตามประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สโตต เอ็ม สปีดี (Stuart M Speedie) พบว่า ข้อมูลเก่าในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์มีคุณค่าในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและรูปแบบของผลที่ได้รับแตกต่างกัน 2) ในการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อประโยชน์สำหรับผู้ป่วยควรให้ความสำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูล ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยต้องเป็นมาตรฐาน สื่อสารและแลกเปลี่ยนกันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเคลเมนต์ เจ แมคโดนัลด์ (Clement J. McDonald) พบว่า ทุกองค์กรต้องการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ แต่อุปสรรคที่สำคัญคือความแตกต่างของระบบงานต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้ว โดยเฉพาะด้านโครงสร้างระบบการให้รหัส ดังนั้นเราควรสนใจกับการเชื่อมโยงมากกว่าสนใจที่ระบบของเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 3) การบริการสุขภาพควรให้ความสำคัญที่ตัวบุคคล (people focus) โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญสามารถให้บริการแบบเข้าถึงผู้ป่วยได้รวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของสมเพ็ญ สุขสมบูรณ์ และคณะ พบว่าควรเน้นเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 4) ระบบการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนควรรองรับเทคโนโลยี ที่ง่ายต่อการใช้ของผู้ให้บริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเทียน อยู่เถา พบว่า การอ่านค่าจากเครื่องมือแพทย์ เครื่องตรวจสอบระบุคน รวมถึงการนำข้อมูลจากเครื่องมืออื่น ๆ โดยใช้โปรแกรมที่สามารถติดต่อกับตัวอินเตอร์เฟซของอุปกรณ์ ทำให้ได้ค่าของข้อมูลที่ถูกต้องเที่ยงตรงมากขึ้น และเป็นการลดภาระงานของบุคลากรทาง

การแพทย์ 5) รัฐบาลควรปฏิรูประบบสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้เทคโนโลยี บันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ (Personal Health Record: PHR 6) ผู้ดูแลสุขภาพสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพโดยสามารถบันทึกข้อมูลสุขภาพตนเองได้ ในระบบสุขภาพบุคคล 7) เพื่อให้การดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยที่รวดเร็วควรสร้างระบบอิเล็กทรอนิกส์ สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเคลื่อนที่ได้ (Mobile Health: mHealth) เช่น พัฒนาแอปพลิเคชันด้านระบบสุขภาพบุคคลในมือถือ สอดคล้องกับการศึกษาของ โมฮัมหมัด นาบิล อัลมุนาวาร์ และคณะ (Mihammad Nabil Almunawar and Others) พบว่า ระบบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์มีผลในการเพิ่มคุณภาพของการบริการและบริหาร แต่ผู้รับบริการยังไม่สามารถมีส่วนร่วมในข้อมูลเหล่านั้นได้ ในปัจจุบันได้มีหลายหน่วยงานที่เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนในการสร้างข้อมูลดังกล่าว โดยได้รับการสนับสนุนจากระบบ web 2.0 ซึ่งทำให้สามารถที่จะสื่อสารสองทางได้ การศึกษานี้เป็นการเสนอให้เห็นโครงสร้าง 3 มิติในการบันทึกสุขภาพผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วยระบบเชื่อมโยงในแง่มุมของข้อมูลส่วนบุคคล สังคม และด้านการแพทย์ เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพ 8) ควรพัฒนาระบบระบบที่ผู้ป่วยหนึ่งคนมีเวชระเบียนฉบับเดียวที่สามารถใช้เข้ารับรักษาที่สถานบริการสุขภาพใดก็ได้ โดยมีลักษณะของข้อมูลข่าวสารเป็นมาตรฐานเดียวกัน แต่แบบฟอร์มเวชระเบียนไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน

2. ด้านโครงสร้างการบริหารการพัฒนา ประกอบด้วย 4 แนวทางปฏิบัติ คือ 1) ควรจัดตั้งหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ เพื่อบริหารจัดการระบบเวชระเบียนของประเทศ 2) หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรประกอบด้วยบุคลากรที่หลากหลายที่มีความรู้ความเข้าใจ ทางเวชระเบียน สารสนเทศสุขภาพ เทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบสุขภาพเช่น นักเวชสถิติ แพทย์ นักเทคโนโลยีสารสนเทศ 3) คณะกรรมการบริหารหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นสหวิชาชีพมีความรู้ความสามารถหลากหลาย 4) องค์กรวิชาชีพเวชระเบียนควรเข้ามามีบทบาทในการนำการพัฒนางานเวชระเบียนของประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารการพัฒนาของ จอร์จ เอฟ แกนท์ (George F. Gant) การบริหารการพัฒนาจะบรรลุผลตามที่กำหนด ขึ้นอยู่กับมีการกระทำหน้าที่วางแผนเพื่อประสานงานระหว่างกระทรวงที่รับผิดชอบ มีการจัดตั้งหน่วยงานใหม่ๆ รวมทั้งการเอารัฐวิสาหกิจและหน่วยงานทางเอกชนมาช่วยในการพัฒนา มีการกระจายอำนาจและการมอบหมายหน้าที่ ต้องการหน่วยงานทางวิชาการมาช่วยเหลือ กระทรวงที่มีหน้าที่พัฒนาต้องมีสมรรถภาพทางการบริหาร

3. ด้านยุทธศาสตร์และการลงทุน ประกอบด้วย 6 แนวปฏิบัติ คือ 1) กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์สารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ให้ชัดเจนในการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพมาใช้ในระบบบริการสุขภาพของประเทศ 2) ควรกำหนดยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพให้มีเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ /ระบบสุขภาพบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ไว้ในแผนแม่บทด้วย เช่นเดียวกับระบบอิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ คาทริน เอ็ม เครสเวลล์ และคณะ (Kathrin M Cresswell and others) พบว่า กฎเกณฑ์ที่สำคัญในการปรับปรุงระบบ ได้แก่ ผู้นำ ยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าการปรับปรุงด้านใดด้านหนึ่งจะไม่เพียงพอแต่ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ 3) เพื่อให้มีความมั่นคง ในการพัฒนาระบบ

เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพของประเทศ รัฐบาลควรมีการบริหารจัดการในด้านการลงทุนในการวางระบบพื้นฐานรองรับฐานข้อมูลสุขภาพที่มากขึ้น 4) รัฐบาลควรมีการลงทุนเพื่อการวิจัยประเมินเทคโนโลยีสารสนเทศบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based) หรือหลักฐานความจำเป็นทางสุขภาพ (evidence-based health need) สอดคล้องกับการศึกษาของ สตีเฟน ที แพเรนท์ และเจฟเฟอรี เอส แมคคัลลัฟ (Stephen T. Parente and Jeffrey S. McCullough) พบว่า การบันทึกข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์มีผลดีเล็กน้อยและมีผลกระทบทางบวกในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้วยเหตุผลดังกล่าวควรส่งเสริมให้มีการลงทุนในการประเมินบนพื้นฐานข้อมูลหลักฐานจำเป็น 5) กระทรวงสาธารณสุขควรจัดสรรงบประมาณเพื่อลงทุนให้เกิดระบบการแลกเปลี่ยนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ โรเจอร์ เทเลอร์ และ คณะ (Roger Taylor and Others) พบว่า เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ สามารถประหยัดทรัพยากรได้ 81-162 ล้านดอลลาร์หรือมากกว่านี้ในแต่ละปี และลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายได้เป็นอย่างมาก แต่อย่างไรก็ตามเพื่อให้ประโยชน์อย่างเต็มที่ที่จะต้องจัดระบบอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการและโครงสร้างการดูแลสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้อง ตระหนักถึงผลดีของระบบและแรงจูงใจในการส่งเสริมมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงข้อมูลในเครือข่ายที่ได้รับการพัฒนาในด้านการวัด การรายงาน และค่าตอบแทนตามประสิทธิภาพ 6) มีการระดมทุนระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อการพัฒนาาระบบสารสนเทศสุขภาพ

4. ด้านการบริหารกิจการและภาวะผู้นำ ประกอบด้วย 6 แนวปฏิบัติ คือ 1) กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยงานสารสนเทศสุขภาพกลางของประเทศที่เป็นหน่วยงานกึ่งอิสระมาทำหน้าที่พัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพ (e-Health) เพื่อดำเนินการจัดทำมาตรฐานกลางให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ระหว่างโรงพยาบาลทั้งภาครัฐทุกกระทรวงและเอกชน 2) ควรสร้างระบบและกลไกให้ทุกหน่วยงานร่วมกันพัฒนาระบบมาตรฐานกลางสารสนเทศสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ พบว่า หน่วยงานกลางของประเทศ ควรส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงพาณิชย์ รวมทั้งผู้แทนจากภาคเอกชนต่าง ๆ 3) กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 4) กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านเวชระเบียนหรือข้อมูลสุขภาพให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ชัดเจน 5) ผู้นำขององค์กรวิชาชีพหรือผู้นำการบริหารการพัฒนาต้องเลือกผู้ที่มีความสามารถในการประสานงานได้ดี สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ 6) มีการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ให้กับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการยอมรับในงานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์แก่ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับ ดิน ปรัชญพฤทธิ ที่กล่าวว่าพฤติกรรมหรือค่านิยมเกี่ยวกับการพัฒนาประเทศหรือความมุ่งมั่นในการพัฒนา ได้แก่ การยอมให้ผู้อื่นเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความอดทนอดกลั้น ความเสมอภาค การพัฒนาเศรษฐกิจ ความหวังในชาติ องค์กร ความเสียสละ ความกล้าเสี่ยงตัดสินใจ ความผูกพันในงานและปฏิบัติงานให้สัมฤทธิ์ผล

5. ด้านการสร้างความร่วมมือ ประกอบด้วย 4 แนวทางปฏิบัติ คือ 1) ในระยะเริ่มต้น สถาบันการศึกษาควรเข้ามามีส่วนร่วมเป็นผู้นำโดยร่วมกับองค์กรวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนางานวิชาการงานวิจัย และนวัตกรรมด้านเวชระเบียน 2) องค์กรวิชาชีพเวชระเบียนควรสร้างความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญจากสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานด้านเวชระเบียน 3) ควรร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในการวางโครงสร้างระบบสารสนเทศสุขภาพเนื่องจากข้อมูลทางการแพทย์มีในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน 4) หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ นอกกระทรวงเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การพัฒนา โดยนำเสนอความต้องการและการออกแบบการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและครอบคลุม เช่น กระทรวงวิทยาศาสตร์ กระทรวงต่างประเทศ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักวิจัยและพัฒนา หน่วยงานผู้จ่ายด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ เรนโฮลด์ ฮ็อก (Reinhold Haux) พบว่า เวชสารสนเทศ (Medical Informatics) เป็นรากฐานหนึ่งของเวชศาสตร์และการดูแลสุขภาพซึ่งมีผลต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน งานวิจัยด้านนี้จึงมีแนวโน้มในเรื่องเกี่ยวข้องกับข้อมูลโดยอัตโนมัติและการเก็บรักษาข้อมูล เพื่อใช้ในการวินิจฉัยและการรักษาโรคต่อไป บทบาทของ สมาคม เวชสารสนเทศนานาชาติ (International Medical Information Association : IMIA) จึงมีในด้านการสร้างความร่วมมือ การเชื่อมโยงข้อมูล และส่งเสริมงานวิจัยให้แพร่หลาย

6. ด้านการบริการและการนำไปใช้ประโยชน์ ประกอบด้วย 4 แนวทางปฏิบัติ คือ 1) หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนกลางของประเทศ สามารถให้บริการข้อมูลทางการแพทย์เชิงสถิติ สามารถสืบค้นได้ทันที เพื่อการตัดสินใจสำหรับผู้บริหาร การวางแผน ทั้งการป้องกัน รักษา ควบคุมโรค วางแผนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ และการคิดกรอบอัตราค่าสิ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิโคลัส เอ็ดเวิร์ดสัน และคณะ (Nicholas Edwardson and Others) พบว่าการนำเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายนี้ ทำให้เกิดการเรียกเก็บที่เพิ่มขึ้น 11.09 ดอลลาร์ ต่อครั้งของผู้ป่วย และเพิ่มขึ้น 11.49 ดอลลาร์ ในการคิดแบบสะสม (per patient collection) ดังนั้น ถึงแม้ว่าจะต้องใช้เงินลงทุนจำนวนมากในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ แต่ผลคุ้มค่าในระยะยาว 2) หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรวางนโยบายเพื่อให้เกิดการบริการข้อมูลทางการแพทย์ตามความเหมาะสม ให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เช่น ข้อมูลการวินิจฉัย การรักษาผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณ์ พงศ์พิรุณ พบว่าเนื่องจากปัจจุบันมีระบบที่เป็นตัวเลือกมากมาย จึงควรสร้างกลไกกลางระดับประเทศ เพื่อเป็นจุดเชื่อมโยงระบบต่าง ๆ ที่มีอยู่เข้าด้วยกัน ดังตัวอย่างในประเทศยุโรป ซึ่งมีคอคอยดูประตู (gateway) ที่เชื่อมต่อระบบต่าง ๆ ที่ยังมีความจำเป็นอยู่ ในขณะเดียวกันก็ส่งเสริมให้ทุกระบบที่มีอยู่ ทำการพัฒนาต่อยอดเพื่อให้ความสอดคล้องกันให้มากขึ้น ลดความซ้ำซ้อนลง สามารถสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ กำหนดกลุ่มเป้าหมายโรงพยาบาลต่าง ๆ ให้ชัดเจน 3) ควรมีการวิจัยเพื่อทราบว่าผู้ป่วยคิดอย่างไรกับการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลจนไม่สะดวกใช้ 4) ควรมีการวิจัยเพื่อทราบว่าผู้ให้บริการสุขภาพคิดอย่างไรกับการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลจนไม่สะดวกใช้

7. ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีเพื่อพัฒนาเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วย 11 แนวปฏิบัติ คือ 1) กำหนดโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ระดับชาติ (National eHealth) ที่เอื้อให้ระบบทำงานได้ดี เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพให้เกิดประโยชน์ต่อระบบบริหารจัดการสาธารณสุขของประเทศ ทั้งผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง 2) ข้อมูลสุขภาพของประเทศต้องเป็นเอกภาพ (unity) มีมาตรฐานกลาง กำหนดโครงสร้างชุดข้อมูลมาตรฐาน (Standard data set) ความหมายมาตรฐาน มาตรฐานความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัว สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันได้ระหว่างสถานบริการสุขภาพ เพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของแสกเทียน อยู่เถา พบว่าแนวทางการพัฒนางานเวชระเบียนที่สำคัญ คือ พัฒนารูปแบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ที่สมบูรณ์เป็นมาตรฐาน และให้มีชุดข้อมูลมาตรฐานเหมือนกันทั้งประเทศ 3) การดำเนินงานข้อมูลทางการแพทย์ควรเป็นข้อมูลข่าวสารที่เป็นสากล (International Information) การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนควรสอดคล้องกับความเป็นสากลที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ 4) มีการกำหนดรูปแบบรหัสที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 5) การดำเนินงานข้อมูลทางการแพทย์ ที่เป็นข้อมูลขนาดใหญ่ (Big data) ควรเป็นในลักษณะมีความสะดวกใช้ และมีความปลอดภัย 6) ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่พร้อมสามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันโดยระบบที่มีความเร็วสูง มีการพัฒนา เทคโนโลยีและคุณภาพข้อมูลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของเคลเมนต์ เจ แมคโดนัลด์ (Clement J. McDonald) พบว่า ทุกองค์กรต้องการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ แต่อุปสรรคที่สำคัญคือความแตกต่างของระบบงานต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้ว โดยเฉพาะในด้านโครงสร้างระบบการให้รหัส ดังนั้นเราควรให้ความสนใจกับการเชื่อมโยงมากกว่าสนใจที่ระบบของเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ มีอีกหนึ่งปัญหาที่ยังคงอยู่คือเรื่องการเก็บข้อมูลของแพทย์ในรูปแบบรหัสที่มีประสิทธิภาพ 7) ศูนย์ข้อมูลกลางกำหนดระบบการทำงานของเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพให้ชัดเจนก่อนทำการปรับปรุงหรือพัฒนา 8) มีระบบการเก็บข้อมูลที่มีความปลอดภัยโดยกำหนดระบบการเข้าถึงข้อมูลได้อย่างเหมาะสม ตามความต้องการใช้งานกับผู้ใช้เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการแบ่งปันข้อมูล 9) จัดทำระบบให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเอง 10) สร้างระบบค้นหาข้อมูลอัตโนมัติเพื่อให้สามารถเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ เอ็น แลนซ์ ดาวน์ิง และคณะ (N Lance Downing and Others) พบว่า มีการแลกเปลี่ยนเพิ่มขึ้นร้อยละ 13 ใน 11 หน่วยงาน แสดงให้เห็นว่า การค้นหาข้อมูลอัตโนมัติและการกำหนดเกณฑ์อนุญาตเท่าที่จำเป็น มีผลต่อนโยบายการตัดสินใจ เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่มากขึ้น 11) ควรมีการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพในโรงพยาบาลมากกว่าการจัดหาเงินทุนสนับสนุนอย่างเดียว

8. ด้านมาตรฐานและความสามารถในการทำงานร่วมกัน ประกอบด้วย 7 แนวปฏิบัติ คือ 1) เพื่อการบริหารข้อมูลทางการแพทย์ ทุกส่วนควรมองเห็นข้อมูลเพื่อการดำเนินงานในส่วนที่ตนรับผิดชอบผู้ปฏิบัติดำเนินงานได้ทันที ผู้บริหารสามารถตัดสินใจ วางแผน สั่งการได้ทันเวลา 2) การทำงานด้านเวชระเบียนควรคำนึงถึงความเป็น มาตรฐานสากล (International standard) เพื่อให้เกิดมาตรฐานข้อมูลเดียวกัน เป็นประโยชน์การสื่อสารด้านสารสนเทศสุขภาพระหว่างประเทศ ช่วยในการควบคุมโรคได้ทันเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลเลียม อี เอ็นซินโนสา (William E.

Encinosa) พบว่าเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ สามารถลดอัตราตาย ลดค่าใช้จ่ายได้ ดังนั้น เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์จึงช่วยในการประสานงานดูแลผู้ป่วย 3) มีมาตรฐานในการส่งข่าวสารระหว่างกัน เพื่อให้ถึงกันและเข้าใจตรงกัน เช่น ตกลงค่าใช้จ่ายร่วมกันในการบ่งบอกอาการการวินิจฉัย และการรักษา 4) จัดทำระบบให้ผู้ดูแลสุขภาพใช้ข้อมูลร่วมกันภายในสถานบริการเดียวกัน ภาคีเครือข่าย และสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน 5) มีระบบความปลอดภัยในการส่งข่าวสารระหว่างกันเพื่อสร้างความมั่นใจกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของสมันตา เค เบนเนอร์ และคณะ (Samantha K Brenner and Others) พบว่า มี 25 เรื่องที่เทคโนโลยีสารสนเทศมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และ 43 เรื่องไม่พบว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ 6) ระบบซอฟต์แวร์ที่ใช้มีมาตรฐานตามเกณฑ์ที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นมาตรฐาน สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล และทำงานได้สอดคล้องกัน เพื่อสร้างความยอมรับให้กับผู้เกี่ยวข้อง และให้ความปลอดภัยกับผู้ใช้ 7) การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (CQI) มีความจำเป็นต่อความสำเร็จในการปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของของ คาทริน เอ็ม แครสเวลล์ และคณะ (Kathrin M Cresswell and others) พบว่า กุญแจที่สำคัญในการปรับปรุงระบบ ได้แก่ การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

9. ด้านการออกกฎหมาย นโยบาย การปฏิบัติ ประกอบด้วย 5 แนวปฏิบัติ คือ

1) มีกฎหมายที่เกี่ยวกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพโดยเฉพาะ เช่นเกี่ยวกับความปลอดภัยของข้อมูล มีการคุ้มครองประชาชน และผู้ดูแลสุขภาพ 2) มีกฎหมาย ระเบียบที่กำหนดการจัดเก็บข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล และการเผยแพร่ข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ พบว่า ควรออกกฎหมายและกำหนดเกณฑ์เกี่ยวกับระบบสารสนเทศแบบคอมพิวเตอร์ในส่วนที่สามารถทำได้ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเชิงองค์กรมากนัก และมีความสอดคล้องกับขนาดและข้อจำกัดของโรงพยาบาล ในเรื่องคุณลักษณะของรูปแบบข้อมูล (datatype) ที่สามารถสื่อสารระหว่างระบบต่าง ๆ ได้ ดังเช่น HIPPA (Health Insurance Portability and Accountability Act) ของสหรัฐอเมริกา 3) มีการกำหนดแนวนโยบายในการสร้างระบบเพื่อให้เกิดวิสัยทัศน์และแนวปฏิบัติที่ต้องการ มีการติดตามประเมินผลอย่างเหมาะสม 4) กำหนดกฎหมายเกี่ยวกับการใช้งานร่วมกัน (sharing) ของข้อมูลสุขภาพ 5) มีนโยบาย แนวทางปฏิบัติ โครงสร้างเฉพาะด้าน เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อรองรับข้อมูลในระบบดิจิทัล สอดคล้องกับการศึกษาของโดริ เอ ครอสส์ และคณะ (Dori A cross and Others) พบว่า ควรมีการกระทำเพื่อแก้ปัญหา โดยพยายามร่วมกันของผู้ดูแลข้อมูล และดำเนินนโยบายระดับชาติซึ่งจะส่งผลให้การแลกเปลี่ยนสารสนเทศสุขภาพ มีการพัฒนาแบบยั่งยืน

10. ด้านการพัฒนาบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 แนวปฏิบัติ คือ 1) บุคลากรเวชระเบียนควรมีสรรถนะหลักคือ ความรู้ความเข้าใจทางเวชระเบียน โรค รหัสทางการแพทย์ การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (reimbursement) มีคุณลักษณะด้านการประสานงานที่ดี มีทัศนคติที่ดีและมีใจรักในวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของสมเพิ่ม สุขสมบุญวงศ์ และคณะ พบว่า ด้านความรู้ควรเน้นคุณลักษณะเกี่ยวกับ ความรู้ความเข้าใจความสำคัญของศาสตร์ทางรหัสทางการแพทย์ การบริหารจัดการองค์กร และความรู้ความเข้าใจความสำคัญของศาสตร์ด้านเวชระเบียน และสอดคล้องกับชูซาน เอ็ม เมอร์ฟี มัท (Susan M. Murphy-Muth) กล่าวว่า ภายใต้ระบบค่าตอบแทนการชำระเงินคืนโรงพยาบาล บนพื้นฐานของการให้รหัสโรคและหัตถการของผู้ป่วย รหัสนั้นจะนำไปสู่

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสัมพันธ์ (DRGs) ของผู้ป่วยแต่ละรายและอัตราค่าตอบแทน เพราะฉะนั้นเป็นเรื่องสำคัญที่การบันทึกข้อมูลการอ่านให้ได้รับความชัดเจนถูกต้องเพื่อการให้รหัสที่ถูกต้อง 2) บุคลากรด้านเวชระเบียนสามารถดูแลและพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ได้ เช่นการออกแบบ การสร้าง การปฏิบัติและสนับสนุนบริการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 3) บุคลากรเวชระเบียนควรมีสมรรถนะเฉพาะเพื่อรองรับระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) คือ ความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กฎหมายเกี่ยวกับธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ โจแอน โดโรธี วาเลอเรียส (Joanne Dorothy Valerius) พบว่า ความรับผิดชอบต่อคุณภาพข้อมูลเมื่อระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันที่มุ่งเน้นคุณภาพของข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ บทบาทย่อมเปลี่ยนแปลงไป การจัดการกำลังคนในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ มีการเติบโตของงานที่ต้องใช้บุคลากรที่มีการศึกษาด้านสารสนเทศสุขภาพ (health information) และสอดคล้องกับการวิจัยของสมเพิ่ม สุขสมบูรณ์วงศ์ และคณะ พบว่า ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศควรเน้นคุณลักษณะเกี่ยวกับการจัดการฐานข้อมูลด้านเวชระเบียน 4) บุคลากรด้านเวชระเบียนควรพัฒนาตนเองให้สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรหัสทางการแพทย์ หรืองานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการงานเวชระเบียน 5) บุคลากรด้านเวชระเบียนควรมีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ความรับผิดชอบ และมีความซื่อสัตย์ และมีความคิดสร้างสรรค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมเพิ่ม สุขสมบูรณ์วงศ์ และคณะ พบว่า คุณลักษณะของผู้สำเร็จการศึกษา ด้านคุณธรรม จริยธรรม ควรเน้นให้มีความตระหนักในคุณค่าและจริยธรรม เสียสละ ซื่อสัตย์สุจริต มีจรรยาบรรณทางวิชาการและวิชาชีพ 6) ควรกำหนดกรอบตำแหน่งบุคลากรงานเวชระเบียนในโรงพยาบาลควรมีตั้งแต่ระดับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในระดับผู้ช่วย ผู้ปฏิบัติ และในระดับควบคุม ตรวจสอบ และบริหารหน่วย

11. ด้านองค์กรวิชาชีพ ประกอบด้วย 12 แนวปฏิบัติ คือ 1) องค์กรวิชาชีพของเวชระเบียนควรประกอบด้วยบุคลากรเฉพาะด้านเวชระเบียนเพื่อความเป็นวิชาชีพ และมีที่ปรึกษาจากสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย เช่นแพทย์ นักเทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้แทนจากองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงสถาบันการศึกษา 2) การบริหารองค์กรวิชาชีพของเวชระเบียนควรมีการกระจายทั้งภาครัฐ และเอกชน กำหนดให้ผู้แทนวิชาชีพเวชระเบียนจากเขตสุขภาพทุกเขตเป็นตัวแทนเข้ามาเป็นคณะกรรมการบริหาร 3) องค์กรวิชาชีพต้องสร้างความเข้มแข็งให้เกิดสภาวิชาชีพมีบทบาทในการพัฒนามาตรฐานงาน บุคลากรและการวิจัย และการจัดการศึกษา 4) องค์กรวิชาชีพต้องเป็นแหล่งรวมผู้เชี่ยวชาญด้านเวชระเบียนเพื่อเป็นที่พึ่งในการพัฒนางานเวชระเบียนในระบบบริการสุขภาพ 5) องค์กรวิชาชีพจัดทำข้อบังคับเพื่อเป็นแนวทางมาตรฐานในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรด้านเวชระเบียน เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในวิชาชีพ เช่นการรับรองใบประกอบวิชาชีพของบุคลากรด้านเวชระเบียน สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเทียน อยู่เถา พบว่า แนวทางการพัฒนาวิชาชีพที่สำคัญคือ เป็นมาตรฐานและมีความชัดเจน มีใบประกอบวิชาชีพเป็นที่ยอมรับ สมาคมมีความเข้มแข็ง 6) ผลักดันให้เกิดความตระหนักในการนำสารสนเทศสุขภาพไปช่วยในการพัฒนาการวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ และประกอบารตัดสินใจ 7) องค์กรวิชาชีพสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 8) องค์กรวิชาชีพสร้างวัฒนธรรมองค์กรเรื่องความรับผิดชอบต่อ ความซื่อสัตย์ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุคลากรรุ่นน้องๆ 9) ควรกำหนด

กรอบตำแหน่งบุคลากรเวชระเบียนในโรงพยาบาลทุกระดับ 10) ควรกำหนดกรอบตำแหน่งนักเวชสถิติ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำสารสนเทศสุขภาพ ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 11) ควรกำหนดกรอบตำแหน่งนักเวชสถิติ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำสารสนเทศสุขภาพ ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการสารสนเทศ เช่น สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 12) ควรกำหนดกรอบตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชสถิติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

12. ด้านการจัดการศึกษา ประกอบด้วย 16 แนวปฏิบัติ คือ 1) ในการบริหารการศึกษา ต้องมีเครือข่ายและประสานความร่วมมือในการพัฒนาการจัดการศึกษา 2) การจัดการศึกษา สถาบันการศึกษาควรทำความร่วมมือกันระหว่างสถาบันการศึกษาที่จัดการศึกษาด้านเวชระเบียนหรือสารสนเทศสุขภาพ 3) การจัดการศึกษาสถาบันการศึกษาควรทำความร่วมมือกับองค์วิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) การจัดการศึกษาต้องคำนึงถึงคนในศตวรรษที่ 21 โดยจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับคนยุคใหม่ 5) การจัดการเรียนการสอนควรเชิญผู้บริหารมาสอนเพื่อให้ความมีความเข้าใจถึงสมรรถนะของบุคลากรด้านเวชระเบียน 6) การจัดการศึกษาควรให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศในระดับสามารถประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานเวชระเบียน 7) หลักสูตรที่จัดการศึกษาต้องให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องศัพท์แพทย์ และโรค ที่สามารถสื่อสารกับแพทย์ได้ดี 8) ในการจัดหลักสูตรเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในงานเวชระเบียนควรจัดเป็นวิชาเอก เนื่องจากการทำงานข้อมูลสุขภาพมีหลายส่วน สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนของอเมริกา ที่มีหลักสูตรการบริหารเวชระเบียน หลักสูตรเทคโนโลยีเวชระเบียน และหลักสูตรผู้ปฏิบัติงานเวชระเบียน 9) การพัฒนาสู่การเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือ สารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ต้องทำความเข้าใจการเปลี่ยนของประชากร ปัญหา ความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ 10) หลักสูตรที่จัดสอนให้ผู้เรียนเข้าใจเรื่องการให้ความสำคัญต่อผู้ป่วย (people focus) สอดคล้องกับการศึกษาของสมเพิม สุขสมบูรณ์วงศ์ และคณะ พบว่า ควรเน้นคุณลักษณะการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 11) หลักสูตรที่เปิดสอนต้องพัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะการวิเคราะห์ระบบการวิเคราะห์ข้อมูล การบริหารข้อมูลแบบมีอาชีพ เพื่อได้สารสนเทศสำหรับการบริหารได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา 12) หลักสูตรที่เปิดสอนต้องพัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะในการเป็นล่ามในการประสานหลักขององค์กร ระหว่างผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานบริการกับระดับผู้บริหารและผู้ใช้อื่น ๆ 13) การจัดการศึกษาที่ปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรมโดยเฉพาะความซื่อสัตย์ มีความคิดสร้างสรรค์ มีความรับผิดชอบ สอดคล้องกับการศึกษาของสมเพิม สุขสมบูรณ์วงศ์ และคณะ พบว่า คุณลักษณะของผู้สำเร็จการศึกษา ด้านคุณธรรม จริยธรรม ควรเน้นให้มีความตระหนักในคุณค่าและจริยธรรม เสียสละ ซื่อสัตย์สุจริต มีจรรยาบรรณทางวิชาการและวิชาชีพ 14) ครูผู้สอนควรเป็นครูต้นแบบเพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการเรียนให้กับนักศึกษา 15) การจัดการศึกษาบุคลากรด้านเวชระเบียนควรเพิ่มบทบาทในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลให้มีคุณภาพพร้อมใช้งานและสนับสนุนข้อมูลเพื่อการบริหาร 16) การจัดการศึกษาบุคลากรด้านเวชระเบียนควรเพิ่มความสำคัญในวิชาเกี่ยวกับรหัสทางการแพทย์เนื่องจากข้อมูลในระบบอิเล็กทรอนิกส์มีความจำเป็นต้องบันทึกเป็นรหัสมาตรฐาน

13. ด้านการขับเคลื่อน ประกอบด้วย 20 แนวปฏิบัติ คือ 1) ควรมีการวางแผนและดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกลไกเพื่อให้เกิดเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เป็นระยะๆ เช่น 3 ปี 5 ปี 7 ปี และ 10 ปี โดยให้ความสำคัญกับโครงสร้างที่รองรับด้วย สอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งกล่าวว่า “การพัฒนาอาจต้องวางแผน 20 ปี โดยช่วง 5 ปีแรก เป็นการปฏิรูประบบ 5 ปีต่อมา สร้างระบบให้ขึ้น และ 5 ปีต่อมาต่อยอดให้ยั่งยืนและเก็บเกี่ยวให้เต็มภาพ” 2) กระทรวงสาธารณสุขต้องสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้เกิดเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 3) ในระยะเริ่มต้นควรสร้างเป็นต้นแบบ (Model) โดยทำเป็นความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารการพัฒนาของ จอร์จ เอฟ แกนท์ (George F. Gant) ที่ว่าการบริหารการพัฒนาจะบรรลุผลตามที่กำหนดขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย แต่ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือต้องการหน่วยงานทางวิชาการมาช่วยเหลือในด้านการวิจัย ฝึกอบรม ให้คำปรึกษา และยังต้องการการให้การสนับสนุนของประชาชน 4) องค์กรวิชาชีพหรือสภาวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการตั้งหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนกลางของประเทศเพื่อนำเสนอมาตรฐานวิชาชีพ นโยบาย กฎหมาย และมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 5) องค์กรวิชาชีพเพิ่มบทบาทการสร้างเชื่อมั่นและยอมรับความเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง 6) มีคณะทำงานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ขึ้นมาเพื่อทำงานประสานกับคณะกรรมการธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์แห่งชาติ สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (สพธอ) ในการผลักดันให้เกิดมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 7) องค์กรวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการสร้างความร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ ในการเชื่อมโยงข้อมูล 8) พัฒนาความรู้ให้กับประชาชนเพื่อทำความเข้าใจระบบ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และการมีส่วนร่วมในกระบวนการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลสุขภาพบุคคล (Personal Health Record: PHR) สอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งกล่าวว่า “ด้วยบริบทลักษณะประชากรของประเทศไทยแล้ว หากจะส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลสุขภาพตนเองแล้ว ควรพัฒนาความรู้เรื่องการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้กับประชาชนก่อนเป็นอันดับแรก” 9) เครือข่ายสถานพยาบาลร่วมมือกันส่งเสริมให้เกิดมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลในเครือข่าย โปรแกรมการวัดคุณภาพข้อมูล การรายงาน ค่าตอบแทนตามประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ พบว่าโรงพยาบาลและผู้ให้บริการในระดับจังหวัด ควรส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อมุ่งพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ที่สามารถเป็นแกนต่อไปในอนาคตได้ 10) องค์กรวิชาชีพต้องเพิ่มบทบาทในการสร้างความร่วมมือในการสร้างและพัฒนามาตรฐานวิชาชีพ 11) องค์กรวิชาชีพจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม เช่นคนต้นแบบด้านเวชระเบียนเพื่อสร้างแบบอย่างที่ดี (Role Model) ในวิชาชีพ เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากร 12) จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูล เช่นปรับกระบวนการทำงาน จัดการอบรมให้ความรู้บุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเทียน อยู่เถา (2556) พบว่า ควรมีการจัดอบรมพัฒนาความรู้บุคลากรด้านเวชระเบียน ในด้านเวชระเบียน เวชสถิติ เวชสารสนเทศ คอมพิวเตอร์ และการวิจัยทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง และสร้างเครือข่ายทั้งจากภายในประเทศและระดับนานาชาติ และสอดคล้องกับแนวคิดของสหพันธ์องค์กรบันทึกสุขภาพสากล ที่จัดประชุมเพื่อพัฒนามาตรฐานเวชระเบียนและปรับปรุงคุณภาพเวชระเบียน 13) บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียนเห็น

ความสำคัญของวิชาชีพด้านเวชระเบียน เข้าใจในบทบาทหน้าที่ สามารถใช้ประโยชน์จากบุคลากรเวชระเบียนได้อย่างเต็มศักยภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ พบว่า ควรมีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสารสนเทศที่มีอยู่ในระดับต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ เช่น การตั้งฐานข้อมูลของโรงพยาบาลมาวิเคราะห์เป็นกลุ่ม ๆ ผ่านมุมมองที่แตกต่างกัน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ เนื่องจากพบว่าบุคลากรทางสาธารณสุขส่วนใหญ่ ยังมุ่งแต่เพียงจัดทำข้อมูลส่งหน่วยงานกลาง ขาดทักษะการใช้ประโยชน์ 14) บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียน เข้าใจในกระบวนการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และยอมรับมาตรการที่ถูกกำหนดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ มอร์แกน ไพร์ส (Morgan Price) พบว่า การให้การศึกษาและกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพมีความจำเป็นต่อบุคลากรเหล่านี้เพื่อใช้ประโยชน์จากเวชระเบียนได้อย่างเต็มที่ 15) ผู้บริหารมีบทบาทในการสนับสนุนและผลักดันให้ก้าวสู่ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 16) ผู้บริหารวางกรอบนโยบายและจัดสรรทรัพยากรเพื่อเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 17) ให้ความรู้ผู้ป่วยและประชาชน ให้เข้าใจและเห็นความสำคัญของเวชระเบียน เช่น ความรู้เรื่องความปลอดภัยของข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์และเคารพสิทธิผู้ป่วย 18) สร้างความเชื่อมั่นในกลุ่มสังคมที่เกี่ยวข้องยอมรับ เช่นหน่วยงานผู้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ซี พีเตอร์ วิกแมนน์ (C. Peter weagemann) พบว่า ถ้าสามารถทำให้แพทย์ใช้สารสนเทศสุขภาพ เราก็จะประสบความสำเร็จในการใช้ระบบนี้ 19) สร้างผู้นำทางความคิด ในการพัฒนาระบบเวชระเบียนของประเทศ เช่นส่งเสริมผู้ที่มีความรู้ในระดับปริญญาเอก หรือผู้บริหารยุคใหม่ เพื่อเป็นผู้สร้างสรรค์นวัตกรรม สื่อสารกับผู้บริหารส่วนต่าง ๆ และกลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ 20) สรรหาบุคลากรที่ร่วมบุกเบิกในการขับเคลื่อน ซึ่งต้องเป็นผู้ที่เสียสละ และรักในวิชาชีพ มีความอดทนและมุ่งมั่น สอดคล้องกับแนวคิดของ ดิน ปรีชญพทุทธิ กล่าวว่า พฤติกรรมหรือค่านิยมเกี่ยวกับการพัฒนาประเทศ หรือความมุ่งมั่นในการพัฒนา คือพฤติกรรมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง การยอมให้ผู้อื่นเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความห่วงใยในชาติ องค์กร เสียสละ ความผูกพันในงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ โจแอน โดโรธี วาเลอเรียส (Joanne Dorothy Valerius) พบว่า ความรับผิดชอบต่อการทำงานระหว่างหน่วยงาน มนุษย์สัมพันธ์มีความจำเป็นมากในการทำงานร่วมกัน โดยเฉพาะเมื่อมีการวางระบบใหม่และเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างกันและกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

จากผลการศึกษาวิจัย เรื่อง การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้พัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย เชนนโยบาย ต่อไป ดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมให้นำระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เข้ามาแทนที่ระบบเอกสาร โดยให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงข้อมูล ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยต้องเป็นมาตรฐาน สื่อสารและแลกเปลี่ยนกันได้

2. กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้เทคโนโลยี บันทึกข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health record : PHR) รวมทั้งผู้ดูแลสุขภาพสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพโดยสามารถบันทึกข้อมูลสุขภาพตนเองได้ ในระบบสุขภาพบุคคล

3. ควรจัดตั้งหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ เพื่อบริหารจัดการระบบเวชระเบียนของประเทศ เสนอนโยบายเพื่อให้เกิดการบริการข้อมูลทางการแพทย์ ตามความเหมาะสม เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ซึ่งหน่วยงานดังกล่าว ควรประกอบด้วยบุคลากรที่หลากหลายมีความรู้ความเข้าใจทางเวชระเบียน สารสนเทศสุขภาพ เทคโนโลยีสารสนเทศ และมีองค์วิชาชีพเวชระเบียนเข้ามามีบทบาทในการนำการพัฒนา

4. กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพให้มีเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์หรือระบบสุขภาพบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ ไว้ในแผนแม่บทด้วย

5. กระทรวงสาธารณสุขควรลงทุนเพื่อการวิจัยประเมินเทคโนโลยีสารสนเทศและหลักฐานความจำเป็นทางสารสนเทศสุขภาพ เพื่อการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการวิจัยเพื่อศึกษาผลกระทบจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

6. กระทรวงสาธารณสุขควรจัดสรรงบประมาณเพื่อลงทุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนสารสนเทศในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ และการระดมทุนระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อการพัฒนาสารสนเทศสุขภาพ

7. ออกกฎหมายที่เกี่ยวกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ โดยเฉพาะ เช่น เกี่ยวกับความปลอดภัยของข้อมูล มีการคุ้มครองประชาชนและผู้ให้บริการสุขภาพ การจัดเก็บข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล การใช้ข้อมูลร่วมกัน และการเผยแพร่ข้อมูล

8. กระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดกรอบตำแหน่งบุคลากรด้านเวชระเบียนในโรงพยาบาลให้ครอบคลุมทุกระดับ

9. กลุ่มบริหารงานบุคคล กระทรวงสาธารณสุข ควรเสนอความจำเป็นต่อคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) เพื่อเพิ่มกรอบตำแหน่งสำหรับนักวิชาการเวชสถิติ สำหรับกระทรวงสาธารณสุข และเพิ่มตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชสถิติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

10. สถาบันอุดมศึกษาที่จัดการศึกษาในหลักสูตรด้านเวชระเบียนควรพิจารณาให้มีสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับบุคลากรเวชระเบียนในยุคเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ควรมีการวางแผนการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 20 ปี โดยแบ่งเป็นช่วง 5 ปีแรกปฏิรูประบบ 5 ปีต่อมาสร้างระบบ 5 ปีต่อมาประเมินและพัฒนา และ 5 ปีสุดท้ายต่อยอดและพัฒนาเต็มเต็มระบบ

2. การสร้างความร่วมมือในการพัฒนา ในระยะเริ่มต้นสถาบันการศึกษาควรเข้ามามีเป็นผู้นำร่วมกับองค์วิชาชีพเวชระเบียน กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนางานวิชาการ งานวิจัย และนวัตกรรมด้านเวชระเบียน

3. หน่วยงานระดับโรงพยาบาลควรมีการสร้าง ความเข้าใจเกี่ยวกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ให้กับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการยอมรับในงานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์แก่ผู้ปฏิบัติงาน
4. หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ นอกกระทรวง เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การพัฒนา โดยทุกฝ่ายมีส่วนในการนำเสนอความต้องการ และออกแบบการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและครอบคลุม
5. ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีเพื่อพัฒนาเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ควรกำหนดโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ระดับชาติที่เอื้อให้ระบบทำงานได้ดี กำหนดโครงสร้างชุดข้อมูลมาตรฐาน มาตรฐานความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัว สร้างความมั่นใจกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ และสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสถานบริการได้
6. การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ควรสอดคล้องกับความเป็นสากลที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย
7. จัดทำระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ให้ผู้ดูแลสุขภาพใช้ข้อมูลร่วมกันในสถานบริการเดียวกัน หรือภาคีเครือข่าย
8. ด้านการพัฒนาบุคลากรเวชระเบียน ควรพัฒนาสมรรถนะหลัก คือ มีความรู้ความเข้าใจทางเวชระเบียน โรค รหัสทางการแพทย์ การจัดทำรายงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล และพัฒนาตนเองให้มีความเชี่ยวชาญเพื่อเข้าไปเป็นส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรหัสทางการแพทย์ และด้านอื่นๆที่เป็นสมรรถนะของของเวชระเบียน และพัฒนาสมรรถนะเฉพาะเพื่อรองรับระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ คือความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กฎหมายเกี่ยวกับธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการดูแลและพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และควรมีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยเฉพาะความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ และความคิดสร้างสรรค์
9. ด้านองค์กรวิชาชีพ องค์กรวิชาชีพเวชระเบียนต้องสร้างความเข้มแข็งให้เกิดสภาวิชาชีพ ที่ถูกต้องตามกฎหมาย มีบทบาทในการพัฒนามาตรฐานงานเวชระเบียน การพัฒนาและส่งเสริมความก้าวหน้าบุคลากร การวิจัย และการศึกษา องค์กรวิชาชีพจัดทำข้อบังคับเพื่อเป็นแนวทางมาตรฐานในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรด้านเวชระเบียน การรับรองใบประกอบวิชาชีพของบุคลากรด้านเวชระเบียน สร้างวัฒนธรรมองค์กรเรื่องความรับผิดชอบต่อสังคม และความซื่อสัตย์
10. ด้านการจัดการศึกษา สถาบันการศึกษาต้องมีเครือข่ายและประสานความร่วมมือในการพัฒนาการจัดการศึกษา โดยทำความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
11. การจัดการศึกษาต้องคำนึงถึงสมรรถนะคนในศตวรรษที่ 21 ควรจัดให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เทคโนโลยีสารสนเทศในระดับสามารถประยุกต์ในการดำเนินงานเวชระเบียน สามารถวิเคราะห์ระบบงานได้ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์แพทย์ และโรค ที่สามารถสื่อสารกับแพทย์ได้ดี เป็นผู้ประสานงานหลักขององค์กร ระหว่างผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานบริการกับระดับผู้บริหารและผู้ใช้อื่น ๆ สามารถวิเคราะห์ข้อมูล และบริหารข้อมูลแบบมีอาชีพ รวมทั้งการปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรมในเรื่องความซื่อสัตย์ ความคิดสร้างสรรค์ และความรับผิดชอบต่อสังคม

12. การจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนควรจัดเป็นวิชาเอกเนื่องจากการทำงานข้อมูลสุขภาพมีหลายส่วน

13. ด้านการขับเคลื่อน ในระยะเริ่มต้นการพัฒนาควรสร้างระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ต้นแบบ โดยความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง องค์กรวิชาชีพหรือสภาวิชาชีพเข้ามามีบทบาทสำคัญในการก่อตั้งหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนกลางของประเทศเพื่อนำเสนอมาตรฐานวิชาชีพ นโยบาย กฎหมายและมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ มีคณะทำงานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่ประสานกับคณะกรรมการธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์แห่งชาติ สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ ในการผลักดันให้เกิดมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ สร้างความเชื่อมั่นในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในกลุ่มสังคมผู้เกี่ยวข้อง ให้ความรู้กับประชาชนเพื่อรองรับระบบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ และสรรหาบุคลากรเพื่อร่วมบุกเบิกในการขับเคลื่อนซึ่งต้องเป็นผู้ที่เสียสละ รักในวิชาชีพ มีความอดทนและมุ่งมั่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัย ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย
2. ควรมีการวิจัยแนวทางการประเมินความสำเร็จการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย
3. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาจรรยาบรรณวิชาชีพเวชระเบียนสำหรับประเทศไทย
4. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานเวชระเบียนสำหรับประเทศไทย
5. ควรมีการวิจัยคุณลักษณะสำหรับนักจัดการสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์



รายการอ้างอิง

- กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. **ระบบสารสนเทศแบบคอมพิวเตอร์ ในโรงพยาบาลและคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2548.
- กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ และสัญญา ศรีรัตนะ. “การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข.” **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 14, 5 (กันยายน – ตุลาคม 2548): 830.
- กรมการปกครอง. “ใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนสมาคม.” ทะเบียนเลขที่ จ.4872/2553.
- กรมการแพทย์. **การประเมินผลหลักสูตร**. กรุงเทพฯ: โรงเรียนเวชสถิติ, 2529.
- กาญจนา แก้วเทพ. **ประสบการณ์ไทยคดีศึกษา**. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2538.
- คณะกรรมการพัฒนาข้าราชการพลเรือน. **ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการพลเรือน**. เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2557. เข้าถึงได้จาก www.ocsc.go.th
- _____. **มาตรฐานกำหนดตำแหน่ง (สายงานประเภททั่วไป)**. เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2557. เข้าถึงได้จาก www.ocsc.go.th/jop/specification/operation
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. **ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552**. เข้าถึงเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2557. เข้าถึงได้จาก www.healthstation.in.th
- คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. **หลักสูตรการจัดการมหาบัณฑิต สาขาการจัดการเวชสารสนเทศ**. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556.
- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลรามธิบดี. **ความหมายของคำว่า “เวชระเบียน”**. เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2557. เข้าถึงได้จาก www.si.mahido.ac.th/office_h/Medrecord/stunit/index.htm
- ชูศักดิ์ เจนประโคน. **เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2545.
- เชาว์ โจรนแสง. **เอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ หน่วยที่ 1-7**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2554.
- ดิน ปรัชญพฤทธิ. **การบริหารการพัฒนา: ความหมาย เนื้อหา แนวทาง และปัญหา**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- _____. **การบริหารการพัฒนา**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555.
- ธัญวัฒน์ รัตนศักดิ์. **การบริหารการพัฒนา**. เชียงใหม่: คณินิจการพิมพ์, 2546.
- นวนรณ อีระอัมพรพันธุ์. “การสำรวจระบบสารสนเทศในโรงพยาบาลไทย.” **วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมินนิโซตา สหรัฐอเมริกา**, 2011.
- นันทยา แก้วรัตนปัทมา. **ประวัติเวชระเบียนไทย: หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทย**. เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2558. เข้าถึงได้จาก www.nham.ot.th/content/87/1/
- นงนุช วงษ์สุวรรณ. **การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management)**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์, 2553.
- นิโกลาส์ แชรแอส. **ประวัติศาสตร์และการเมืองแห่งราชอาณาจักรสยาม**. แปลโดย สันต์ ท. โกมลบุตร. พระนคร: สำนักพิมพ์ก้าวหน้า, 2506. อ้างถึงใน นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และคณะ. **รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ**. กรุงเทพฯ: สุขศาลา, 2556.

- ณัฐปคัลภ์ ญาณมโนวิศิษฐ์. **การบริหารการพัฒนา**. กรุงเทพฯ: บริษัท สยามมาพร จำกัด, 2555.
- บุญเลี้ยง ทูมทอง. **การพัฒนาหลักสูตร**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554.
- เปี่ยมพงษ์ นัยบ้านด่าน. **วารสารการศึกษาพยาบาล 2543**. เข้าถึงเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2557. เข้าถึงได้จาก nature.psu.ac.th/journal/learn.org/index.html
- พงศ์ศรีณีย์ พลศรีเลิศ. **Bureaucracy แนวคิดที่ยังใช้ได้ แต่ต้องปรับปรุงยุค**. เข้าถึงเมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2558. เข้าถึงได้จาก <https://phongzahrun.wordpress.com>
- “พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553.” **ราชกิจจานุเบกษา** เล่มที่ 166, ตอนที่ 74 (19 สิงหาคม 2542): 1-23.
- พิชฌาย์วีร์ สีนสวัสดิ์. “ปัจจัยส่งผลต่อการเป็นสถาบันอุดมศึกษาในกำกับของรัฐของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก.” **วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาบริหารการศึกษา ภาควิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร**, 2555.
- “แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559).” **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม 128, ตอนพิเศษ 152 (14 ธันวาคม 2554): 31.
- ภาวิตา ธาราศรีสุทธิ และวิบูลย์ ไตวณะบุตร. **หลักและทฤษฎีการบริหารการศึกษา**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2542.
- ภูวนิดา คุณผลินศึกษา. “การบริหารการพัฒนายุทธศาสตร์การท่องเที่ยวของกรุงเทพมหานคร แบบบูรณาการ.” **วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์**, 2550.
- มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น. **การปฏิรูปการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับ ความจำเป็นด้านสุขภาพในบริบทสังคมไทย**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2555.
- ยุทธศาสตร์การพัฒนาข้าราชการพลเรือน**. เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2557. เข้าถึงได้จาก www.cosc.gp.th.
- ยุวดี ตปนียากร. **วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดรัชการพระบาทสมเด็จพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว**. ม.ป.ท., ม.ป.ป., อ้างถึงใน นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และคณะ. **รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ**. กรุงเทพฯ: สุขศาลา, 2556.
- ราชบัณฑิตยสถาน. **พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554**. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน, 2556.
- เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ. **ปรมาจารย์คุณภาพ**. เข้าถึงเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2557. เข้าถึงได้จาก uhost.rmutp.ac.th/tasanee.p/unit%205/5-1qguru.html
- _____. **การบริหารการพัฒนา**. กรุงเทพฯ: บริษัท บพิตรการพิมพ์ จำกัด, 2558.
- วิชัย โสสุวรรณจินดา. **การบริหารทรัพยากรมนุษย์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ โพธิ์เพชร บริษัทก้าวใหม่จำกัด, 2556.
- วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. **การบริหารการพัฒนา**. เข้าถึงเมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2558. เข้าถึงได้จาก <https://www.13nn.org/posts/62778>

วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. **การบริหารการพัฒนา: แนวคิด ความหมาย ความสำคัญ และตัวแบบการ**

ประยุกต์. เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2558. เข้าถึงได้จาก www.wiruch.com

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. **รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553).** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส), 2555.

สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. **ประวัติวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสาธารณสุข กาญจนภิเษก.** สงขลา: ศุภกาญจน์พริ้นติ้งแอนด์เซอร์วิส, 2541.

_____. **แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2554 – 2558.** นนทบุรี: ยุทธศาสตร์การพิมพ์ จำกัด, 2554.

สมพร เอกรัตน์. **เวชระเบียน 1.** กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช, 2537.

สมเพิ่ม สุขสมบูรณ์วงศ์ และคณะ. “ทิศทางการผลิตบุคลากรด้านเวชระเบียนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข.” วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2549.

สมศักดิ์ เจริญชัยปิยกุล. **50 ปีโรงพยาบาลราชวิถี.** กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน), 2544.

สายหยุด ศิริภาภรณ์. **การวิเคราะห์รูปแบบองค์กรของสถาบันการศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.** กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี, 2544, อ้างถึงใน สุนทรีย์ คำเพ็ง. “การพัฒนาแบบการบริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต สาขาบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2544.

สิริมา หมอนไหม. “การบริหารการศึกษาเพื่อสิทธิเด็กในโรงเรียนมัธยมศึกษาตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กแห่งสหประชาชาติ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต สาขาบริหารการศึกษา ภาควิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2554.

แสงเทียน อยู่เถา. “ปัญหาและแนวทางการพัฒนางานเวชระเบียนและวิชาชีพเวชระเบียนในประเทศไทย.” เอกสารการประชุมวิชาการคณะสังคมศาสตร์ ประจำปี 2555. เสนอที่คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุมิตร สุวรรณ. **เอกสารประกอบการสอน แนวคิด/ทฤษฎีเกี่ยวกับ HCRD ในองค์การ.** เข้าถึงเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2557. เข้าถึงได้จาก www.ku.ac.th

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. **ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล.** กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพลเรือน, 2540.

_____. **คู่มือวิเคราะห์อัตรากำลังของส่วนราชการ.** กรุงเทพฯ: บริษัท ประชุมช่าง จำกัด, 2553.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบเอ็ด พ.ศ. 2555 – 2559.** เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2557. เข้าถึงได้จาก www.Nesdb.go.th

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.). **แผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561).** กรุงเทพฯ: บริษัท วิชั่น พริ้นท์ แอนด์มีเดีย, 2556.

- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. **รายงานการวิจัยเรื่องรูปแบบการบริหารจัดการสถาบันอุดมศึกษาแนวใหม่.** สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2546.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.** กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิง จำกัด, 2553.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน.** กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด, 2557.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 – 2559.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555.
- ศิริภัสสรค์ วงศ์ทองดี. **การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556.
- ศิริพงษ์ เสาภายน. **หลักการบริหารการศึกษา: ทฤษฎีและแนวปฏิบัติ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บুক พอยท์, 2548.
- ศุภชัย ยาวะประภาส. **การบริหารงานบุคคลภาครัฐไทย: กระแสใหม่และสิ่งท้าทาย.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท จุดทอง จำกัด, 2548.
- ศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย.** เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2558. เข้าถึงได้จาก www.this.or.th
- หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์รามธิบดี หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์รามธิบดี. **เวชระเบียนเล่มแรก.** เข้าถึงเมื่อ 24 มีนาคม 2555. เข้าถึงได้จาก http://library.ra.mahidol.ac.th/ram/rama_begin-subpgT1-2.php
- อนันต์ เกตุวงศ์. **การบริหารการพัฒนา.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2523.
- _____. **การบริหารการพัฒนา.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
- อนุชา โสมาบุตร. **Teacher Weekly.** เข้าถึงเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2557. เข้าถึงได้จาก teacherweekly.wordpress.com/2013/09/25/constructivist-theory/
- อภิชาติ รอดสม. **ขับเคลื่อนปฏิรูปการศึกษาด้านสุขภาพ.** นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก, 2557.
- อุทัย เลาหวิเชียร. **การบริหารการพัฒนา.** กรุงเทพฯ: มูลนิธิอาเซียน, 2529.
- อำพล จินดาวัฒนะ. **แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษ กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2559.** นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด, 2552.

ภาษาต่างประเทศ

- Almunawar, Mohammad Nabil and other. “Electronic Health Object Transforming Health Care Systems From Static to Interactive and Extensible.” **INQUIRY** 8, 52 (January-December 2015).
- Bradley, William L. **สยามแต่ปางก่อน 35 ปี ในบางกอกของหมอบรัดเลย์**. แปลโดย ศรีเทพ กุสุมาณ อยุธยา และศรีลักษณ์ ส่างเมือง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มติชน, 2547, อ้างถึงใน นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และคณะ. รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: สุขศาลา, 2556.
- Brenner, Samantha K. and other. “Effects of health information technology on patient outcomes: a systematic review.” **Journal of the American Medical Informatics Association** 23, 5 (September 2016): 1016-1036.
- Cresswell, Kathrin M., Bates, David W., Sheikh, Aziz. “Ten key considerations for the successful optimization of large-scale health information technology.” **Journal of the American Medical Informatics Association** 24, 1 (2017): 182-187.
- Cross, Dori A., Lin Sunny C. and Adler-Milstein, Julia. “Assessing payer perspectives on health information exchange.” **Journal of the American Medical Informatics Association** 23, 2 (March 2016): 297-303.
- Downing, N Lance and other. “Health information exchange policies of 11 diverse health systems and the associated impact on volume of exchange.” **Journal of the American Medical Informatics Association** 24, 1 (2017): 113-122.
- Edwardson, Nicholas., Kash, Bitu A., Janakiraman, Rakumar. “Measuring the Impact of Electronic Health Record Adoption on Charge Capture.” **International Journal of Medical Informatics** 79, 9 (July 2016): 599-610.
- Edward W.Weidner. “Development Administration: A New Focus for Research,” in Ferrel Heady and Sybil L. Stokes (s.), *Papers in Comparative Public Administration* (Ann Arbor, Michigan Institute of Public Administration, The University of Michigan, 1962, อ้างถึงใน อุทัย เลหาวิเชียร. **การบริหารการพัฒนา**. กรุงเทพฯ: มุลนิธิอาเซียน, 2529.
- Encinosa, William E. “Health Information Technology and its Effects on Hospital Costs, Outcomes, and Patient Safety.” **INQUIRY** 48, 4 (Winter 2011-2012): 288-303.
- Faculty of Medicine, Siriraj Hospital. **Statistical Report**. University of Medical Sciences Dhonburi, Thailand, 1963.
- Friedman, Harry J. “Administrative Roles in Local Governments.” in Edward W.Weidner (ed), *Development Administration in Asia* (Durham, North Carolina : Duck University Press, 1970.

- Gant, George F. **Development Administration: Concepts, Goals, Methods.** England: The University of Wisconsin Press, 1979.
- _____. **Development Administration: Concepts, Goals, Methods.** Madison, Wisconsin: The University of Wisconsin Press, 1979, อ้างถึงใน ดิน ประชัญพฤทธิ. **การบริหารการพัฒนา.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555.
- Harry J. Friedman. "Administrative Roles in Local Governments." in Edward W. Weidner (ed), **Development Administration in Asia.** Durham, North Carolina: Duck University Press, 1970.
- Haux, Reinhold. "Aims and tasks of medical informatics." **International Journal of Medical Informatics** 44, 1 (March 1997): 9-20.
- _____. "Medical Informatics: Past, present, future." **International Journal of Medical Informatics** 79, 9 (September 2010): 599-610.
- Huffman, Edna K. **Manual for Medical Record Librarians.** 5th ed. Berwyn, Illinois: Physicians' Record Company, 1963.
- Kijsanayotin B., Kasitipradith N., Pannarunothai S. **eHealth in Thailand : the current status.** Accessed July 1, 2016. Available from europopmc.org/abstract/med/20841712
- Jennifer Cofer. **Health Information Management.** 10th ed. Illinois: Physicians' Record Company, 1994.
- Lator, Kathleen M., Shirley Eichenwald-Maki. **Health Information Management.** 2nd ed. Chicago, Illinois: American Health Information Management Association, 2006.
- McCullough, Jeffrey S. and others. "The Effect of Health Information Technology on Quality in U.S. Hospitals." **Health Affairs** 29, 4 (April 2010): 647-654.
- McDonald, Clement J. "The Barriers to Electronic Medical Record System and How to Overcome Them." **J Am Med Inform Assoc** 4, 3 (May-June 1997): 213-21.
- Murphy-Muth, Susan M. **Medical Records: Management in a Changing Environment.** The United States of America: Aspen Publishers, 1987.
- Nawanan Theera-Ampornpant. "Thai Hospitals' Adoption of Information Technology: A Theory Development and Nationwide Survey." Ph.D. dissertation, Faculty of The Graduate School, University of Minnesota, 2011.
- Parente, Stephen T. and Jeffrey S. McCullough. "Health Information Technology And Patient Safety: Evidence From Panel Data." **Health Affairs** 28, 2 (March-April 2009): 357-60.
- Price, Morgan. "Adopting electronic medical records. Are they just electronic paper records?." **Canadian Family Physician** 59, 7 (July 2013): abstract.
- Riggs, Fred W. **Development Administration.** Durham, North Carolina: Duck University Press, 1970.

- Rita Finnegan and Margret Amatayakul. **Medical Record Management**. 9th ed. Berwyn, Illinois: Physicians' Record Company, 1990.
- Speedie, Stuart M. "The impact of electronic health records on people with diabetes in three different emergency departments." **Journal of the American Medical Informatics Association** 21, e1 (February 2014): e71-e77.
- Stanfield, Peggy S. and Hui, Y.H. **Introduction to the Health Professionals**. 3rd ed. The United States of America: John and Bartlett Publishers, 1998.
- Taylor, Roger and others. "Promoting Health Information Technology: Is There A Case For More Aggressive Government Action?." **Health Affairs** 24, 5 (September 2005).
- Valerius, Joanne Dorothy. "Experiences of Health Information Managers with 20+ Years of Experiences in the Complex and Ever-Changing Health Environment." A dissertation submitted to the faculty of University of Minnesota, 2014.
- Waegemann, C. Peter. "Health Information technology's problem." **Health Affairs** 32, 3 (March 2013): 629.
- Weidner, Edward W. "Development Administration: A New Focus for Research." in Ferrel Heady and Sybil L. Stokes (s.), *Papers in Comparative Public Administration*. Ann Arbor, Michigan Institute of Public Administration, The University of Michigan, 1962, อ้างถึงใน อุทัย เล้าหวิเชียร. **การบริหารการพัฒนา**. กรุงเทพฯ: มุขนิธิอาเซีย, 2529.
- World Health Organization. **Medical Records Manual: A guide for Developing Countries**. Geneva: World Health Organization, 2006.
- World Health Organization and International Telecommunication Union. **National eHealth Strategy Toolkit**. Geneva: World Health Organization, 2012.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

หนังสือขอสัมภาษณ์งานวิจัย
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ

มหาวิทยาลัยศิลปากร



ที่ ศธ 0520.203.2/110

ภาควิชาการบริหารการศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
พระราชวังสนามจันทร์ นครปฐม 73000

1 กุมภาพันธ์ 2559

เรื่อง ขอสัมภาษณ์งานวิจัย

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์ จำนวน 1 ชุด

ด้วย นางนพมาศ เครือสุวรรณ รหัสนักศึกษา 56252911 นักศึกษาระดับปริญญาโทชั้น
สาขาวิชาการบริหารการศึกษา ภาควิชาการบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้รับ
อนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การบริหารการพัฒนางานवेशระเบียนในประเทศไทย”

ในการนี้ภาควิชาการบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ท่านในฐานะ
ผู้ทรงคุณวุฒิให้นักศึกษาสัมภาษณ์เกี่ยวกับการบริหารการพัฒนางานवेशระเบียนในประเทศไทย เพื่อนำไป
ประกอบการพัฒนางานวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประเสริฐ อินทร์รักษ์)

หัวหน้าภาควิชาการบริหารการศึกษา

งานธุรการ

โทรศัพท์/โทรสาร 034-219136

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ตอนที่ 1

1. ผศ.ชลชาติ ตันติวานิช
 วุฒิการศึกษาสูงสุด ปริญญาโทสถิติ สถาบันพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
 ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
 สถานที่ทำงาน คณะวิทยาศาสตร์ประยุกต์ สถาบันพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
 ประสบการณ์ในการทำงาน อดีตหัวหน้าหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติ โรงเรียนเวชสถิติ
2. นางสาวจริย์ สอิ่ง
 วุฒิการศึกษาสูงสุด ปริญญาโทสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
 ตำแหน่ง วิทยากรชำนาญการพิเศษ
 สถานที่ทำงาน วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก
 ประสบการณ์ อดีตหัวหน้าหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์
 และสาธารณสุข กาญจนภิเษก
3. ศาสตราจารย์ บุญธรรม กิจปรีดาปริสุทธิ
 วุฒิการศึกษาสูงสุด ปริญญาโท ครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ตำแหน่ง ประธานหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
 สถานที่ทำงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 ประสบการณ์ อดีตผู้อำนวยการโครงการการศึกษาต่อเนื่อง คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รศ.ดร.แสงเทียน อยู่เถา
 วุฒิการศึกษาสูงสุด ปริญญาเอก เทคโนโลยีการสารสนเทศ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
 ตำแหน่ง อาจารย์ประจำหลักสูตรการจัดการมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสารสนเทศทางการแพทย์
 สถานที่ทำงาน คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 ประสบการณ์ อาจารย์ประจำหลักสูตรเวชสถิติ
5. นางนันทยา แก้วรัตนปัทมา
 วุฒิการศึกษาสูงสุด ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต ชีวสถิติ มหาวิทยาลัยมหิดล
 ตำแหน่ง ข้าราชการบำนาญ
 ประสบการณ์อดีตหัวหน้างานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศิริราช
6. นางพรพรรณ ขวัญละมุล
 วุฒิการศึกษาสูงสุด ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน
 ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่เวชสถิติ ชำนาญงาน หัวหน้างานเวชระเบียนและสถิติ
 สถานที่ทำงาน งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลราชวิถี



ภาคผนวก ข
แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ



แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ
เรื่อง พัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการของงานเวชระเบียนในประเทศไทย มี 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้สัมภาษณ์

ตอนที่ 2 ประเด็นการสัมภาษณ์

ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้สัมภาษณ์

- 1.1 ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....
- 1.2 วุฒิการศึกษาสูงสุด.....
- 1.3 ตำแหน่ง.....
- 1.4 ประสบการณ์ในการทำงาน.....
- 1.5 วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์.....
- 1.6 เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์.....

ตอนที่ 2 ประเด็นการสัมภาษณ์

พัฒนาการงานเวชระเบียนในประเทศไทยเป็นมาอย่างไร

.....

.....

.....

.....

นางนพมาส เครือสุวรรณ

นักศึกษาหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร



ภาคผนวก ค
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ



ที่ ศธ 6806 (ขค)/น/๒๕๖

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
พระราชวังสนามจันทร์
อ.เมือง จ.นครปฐม 73000

21 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เรียน

ด้วย นางนพมาศ เครือสุวรรณ รหัสประจำตัว 56252911 นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต
สาขาวิชา การบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง " การบริหารการ
พัฒนางานवेशระเบียบในประเทศไทย " มีความประสงค์ จะขอเก็บรวบรวมข้อมูลจาก ผู้บริหาร นักวิชาการหรือ
อาจารย์ และผู้อำนวยการหรือหัวหน้างาน เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดแจ้ง ผู้บริหาร นักวิชา
การหรืออาจารย์ และผู้อำนวยการหรือหัวหน้างาน ทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่นักศึกษา
ดังกล่าวด้วย

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดให้ความอนุเคราะห์ จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม)

รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ฝ่ายวิชาการและวิจัย

รักษาราชการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย
นครปฐม โทร.034-218790

รายชื่อเชี่ยวชาญ

ตอนที่ 2 เทคนิคการวิจัย แบบ EDFR

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหาร/ผู้เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียน

1. นายแพทย์ ชาญวิทย์ ทรเทพ
ตำแหน่ง ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8
สถานที่ทำงาน สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. ดร.ปัทมา ทองสม
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ
สถานที่ทำงาน ส่วนพัฒนาการศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
3. แพทย์หญิง มานิตา พรธนวดี
ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการ
สถานที่ทำงาน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
4. นายแพทย์ พลวรรธน์ วิฑูรกลชิต
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ
สถานที่ทำงาน ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
5. ดร. นายแพทย์ บุญชัย กิจสนาโยธิน
ตำแหน่ง ผู้จัดการงานวิจัย เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส)
อุปนายกสมาคมสารสนเทศทางการแพทย์ไทย
สถานที่ทำงาน ศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย กระทรวงสาธารณสุข
6. แพทย์หญิง กฤติยา ศรีประเสริฐ
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ
สถานที่ทำงาน สำนักตรวจสอบการชดเชยคุณภาพและบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช)
7. นางบังอร ดวงรัตน์
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ
สถานที่ทำงาน วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก
8. นายชัยวัฒน์ พันธุ์ศรี
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ
สถานที่ทำงาน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

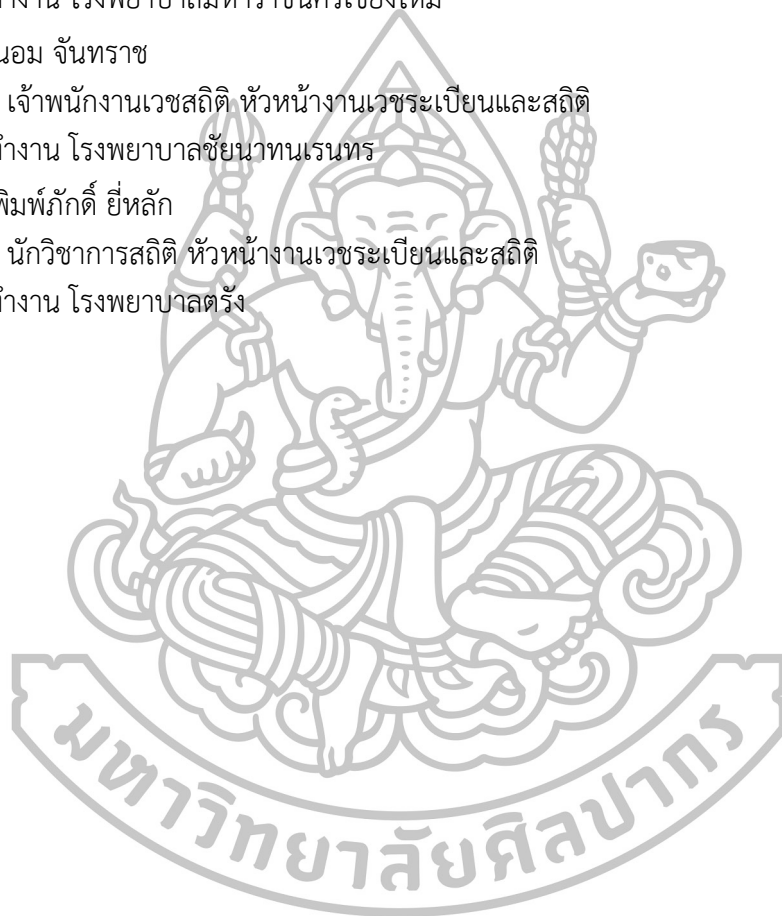
กลุ่มที่ 2 นักวิชาการ อาจารย์

9. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย
ตำแหน่ง อธิบดีคนบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนเรศวร
10. รศ. ดร.นายแพทย์ วรรษา เปาอินทร์
ตำแหน่ง เลขาธิการสมาคมเวชสารสนเทศไทย
สถานที่ทำงาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
11. ผศ.นพ. พรณรงค์ โชติวรรณ
ตำแหน่ง อธิบดีอาจารย์ประจำ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้เชี่ยวชาญด้านรหัสทางการแพทย์
12. ผศ.ดร.ภัทร์ พลอยแหวน
ตำแหน่ง ประธานหลักสูตร วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน
สถานที่ทำงาน คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
13. ดร.นพ.นวรรณ ชีระอัมพรพันธุ์
ตำแหน่ง อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์
สถานที่ทำงาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
14. นาวาโท ดร.บุญเรือง เกิดอรุณเดช
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงานเครือข่ายวิจัยภาครัฐ
ผู้เชี่ยวชาญด้านยุทธศาสตร์การพัฒนาพฤติกรรมและระบบสารสนเทศ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
สถานที่ทำงาน ศูนย์วิจัยเทคโนโลยีสารสนเทศ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนเรศวร
15. ดร. ธนาธร ทะนานทอง
ตำแหน่ง หัวหน้าสาขาเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์
สถานที่ทำงาน วิทยาลัยเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มหาวิทยาลัยรังสิต

กลุ่มที่ 3 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหาร หัวหน้างานเวชระเบียน

16. นายแพทย์ไกรสร อัมมวรรณ
ตำแหน่ง ประธานกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศ เครือโรงพยาบาลมหาชัย
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลมหาชัย
17. นายแพทย์ชุมพล เตชะอำไพ
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลโพธาราม

18. นายประสพชัย พานาดา
ตำแหน่ง นักวิชาการสถิติ รองผู้อำนวยการฝ่ายอำนวยการ
นายกสมาคมเวชสถิติแห่งประเทศไทย
สถานที่ทำงาน สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
19. นางบุญจิรา กิตติสิทธิ์
ตำแหน่ง หัวหน้างานเวชระเบียนและสถิติ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
20. นางปรานอม จันทราช
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติ หัวหน้างานเวชระเบียนและสถิติ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร
21. นางสาวพิมพ์ภักดิ์ ยี่หลัก
ตำแหน่ง นักวิชาการสถิติ หัวหน้างานเวชระเบียนและสถิติ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลตรัง





ภาคผนวก ง

แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

แบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ

มหาวิทยาลัยศิลปากร



แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

EDFR รอบที่ 1

เรื่อง ทิศทางการบริหารการพัฒนาองานเวชระเบียนในประเทศไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญ ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับทิศทางการบริหารพัฒนาองานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย มี 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้สัมภาษณ์

ตอนที่ 2 ประเด็นการสัมภาษณ์

ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้สัมภาษณ์

- 1.1 ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์
- 1.2 ตำแหน่ง
- 1.3 ที่ทำงาน
- 1.4 ประสบการณ์ในการทำงาน
- 1.5 วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์
- 1.6 เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์

ตอนที่ 2 ประเด็นการสัมภาษณ์

ทิศทางการบริหารพัฒนาองานเวชระเบียนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยควรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

นางนพมาส เครือสุวรรณ

นักศึกษาหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร



แบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ
EDFR รอบที่ 2
เรื่อง การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการนำผลการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่อง การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ในรอบที่ 1 มาสังเคราะห์และรวบรวมจัดหมวดหมู่ และนำมาสร้างแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ใช้ในการเก็บข้อมูลรอบที่ 2 เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เพื่อพิจารณาหาแนวทางในการกำหนดทิศทางการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย

ข้อมูลที่ท่านตอบจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่อย่างใด ผู้วิจัยรับรองว่าข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามฉบับนี้จะเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะเป็นภาพรวมเท่านั้น



นางนพมาศ เครือสุวรรณ
นักศึกษาหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

- คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
- 5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย มากที่สุด
- 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย มาก
- 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ปานกลาง
- 2 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย น้อย
- 1 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย น้อยที่สุด

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | |
|--------|---|-----------------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | อนาคตของงานเวชระเบียน | | | | | |
| 1 | เพื่อรองรับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในอนาคต ระบบเวชระเบียนควรเป็นรูปแบบดิจิทัลหรือเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record : EMR) เข้ามาแทนระบบเอกสาร | | | | | |
| 2 | ในการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ควรให้ความสำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูล ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยต้องเป็นมาตรฐาน สื่อสารและแลกเปลี่ยนกันได้ | | | | | |
| 3 | การบริการสุขภาพควรให้ความสำคัญที่ตัวบุคคล (people focus) โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญสามารถให้บริการแบบเข้าถึงผู้ป่วยได้รวดเร็ว | | | | | |
| 4 | เจ้าของประวัติเวชระเบียนผู้ป่วย ควรถือเวชระเบียนของตนเองได้เพื่อสามารถยื่นต่อสถานบริการที่ใดๆ ที่ตนเองเข้ารับการรักษา | | | | | |
| 5 | ระบบการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนควรรองรับเทคโนโลยี ที่ง่ายต่อการใช้ของผู้ให้บริการสุขภาพ | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | |
|--------|--|-----------------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | รัฐบาลควรปฏิรูประบบสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้เทคโนโลยี บันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ (Personal Health Record : PHR) | | | | | |
| 7 | ผู้ดูแลสุขภาพสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพโดยสามารถบันทึกข้อมูลสุขภาพตนเองได้ ในระเบียนสุขภาพบุคคล | | | | | |
| 8 | เพื่อให้การดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยที่รวดเร็วควรสร้างเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเคลื่อนที่ได้ (Mobile Health : mHealth) เช่น พัฒนาแอปพลิเคชันด้านระเบียนสุขภาพบุคคลในมือถือ | | | | | |
| 9 | ควรพัฒนาระบบเวชระเบียนที่ผู้ป่วยหนึ่งคนมีเวชระเบียนฉบับเดียว (single record) ที่สามารถใช้เข้ารักษาที่สถานบริการสุขภาพใดก็ได้ โดยมีลักษณะของข้อมูลข่าวสารเป็นมาตรฐานเดียวกัน แต่แบบฟอร์มเวชระเบียนไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน | | | | | |
| | โครงสร้างการบริหารการพัฒนา | | | | | |
| 10 | ควรจัดตั้งหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ (National Medical Record) เพื่อบริหารจัดการระบบเวชระเบียนของประเทศ | | | | | |
| 11 | หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรประกอบด้วยบุคลากรที่หลากหลายที่มีความรู้ความเข้าใจทางเวชระเบียน สารสนเทศสุขภาพ เทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบสุขภาพ เช่น นักเวชสถิติ แพทย์ นักเทคโนโลยีสารสนเทศ | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | |
|--------|---|-----------------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | คณะกรรมการบริหารหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควร ประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นสหวิชาชีพมีความรู้ ความสามารถหลากหลาย | | | | | |
| 13 | องค์กรวิชาชีพเวชระเบียนควรเข้ามามีบทบาท ในการนำการพัฒนางานเวชระเบียนของ ประเทศ | | | | | |
| | ยุทธศาสตร์และการลงทุน | | | | | |
| 14 | กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดนโยบายและ ยุทธศาสตร์สารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ให้ชัดเจนในการนำระบบเทคโนโลยี สารสนเทศสุขภาพมาใช้ในระบบบริการสุขภาพ ของประเทศ | | | | | |
| 15 | ควรกำหนดยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพให้มี เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ / ระเบียบสุขภาพ บุคคล ไว้ในแผนแม่บทด้วย เช่นเดียวกับระบบ อิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ | | | | | |
| 16 | เพื่อให้มีความมั่นคง ในการพัฒนาระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพของประเทศ รัฐบาลควรมีการบริหารจัดการในด้านการลงทุน ในการวางระบบพื้นฐานรองรับฐานข้อมูล สุขภาพที่มากขึ้น | | | | | |
| 17 | รัฐบาลควรมีการลงทุนเพื่อการวิจัยประเมิน เทคโนโลยีสารสนเทศบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based) หรือหลักฐานความจำเป็น ทางสุขภาพ (evidence-based health need) | | | | | |
| 18 | กระทรวงสาธารณสุขควรจัดสรรงบประมาณเพื่อ ลงทุนให้เกิดระบบการแลกเปลี่ยนด้าน เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | |
|--------|--|-----------------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | มีการระดมทุนระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อ การพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพ | | | | | |
| | การบริหารกิจการและภาวะผู้นำ | | | | | |
| 20 | กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนการจัดตั้ง หน่วยงานสารสนเทศสุขภาพกลางของประเทศที่ เป็นหน่วยงานกึ่งอิสระมาทำหน้าที่พัฒนาระบบ สารสนเทศสุขภาพ (e-Health) เพื่อดำเนินการ จัดทำมาตรฐานกลางให้สามารถแลกเปลี่ยน ข้อมูลกันได้ระหว่างโรงพยาบาลทั้งภาครัฐ ทุก กระทรวงและเอกชน | | | | | |
| 21 | ควรสร้างระบบและกลไกให้ทุกหน่วยงานร่วมกัน พัฒนาระบบมาตรฐานกลางสารสนเทศสุขภาพ | | | | | |
| 22 | กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทกำหนดนโยบายที่ เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง | | | | | |
| 23 | กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดหน้าที่ของ หน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการ ดำเนินงานด้านเวชระเบียนหรือข้อมูลสุขภาพให้ ชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ชัดเจน | | | | | |
| 24 | ผู้นำขององค์กรวิชาชีพหรือผู้นำการบริหารการ พัฒนาต้องเลือกผู้ที่มีความสามารถในการ ประสานงานได้ดี สร้างความร่วมมือกับ หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ | | | | | |
| 25 | มีการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ให้กับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการ ยอมรับในงานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์แก่ ผู้ปฏิบัติงาน | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | |
|--------|---|-----------------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | การสร้างความร่วมมือ | | | | | |
| 26 | ในระยะเริ่มต้นสถาบันการศึกษาควรเข้าร่วม เป็นผู้นำโดยร่วมกับองค์กรวิชาชีพ กระทรวง สาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ในการ พัฒนางานวิชาการงานวิจัย และนวัตกรรมด้าน เวชระเบียน | | | | | |
| 27 | องค์กรวิชาชีพเวชระเบียนควรสร้างร่วมมือ กับผู้เชี่ยวชาญจากสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อ พัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานด้านเวชระเบียน | | | | | |
| 28 | ควรร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในการ วางโครงสร้างระบบสารสนเทศสุขภาพเนื่องจาก ข้อมูลทางการแพทย์มีในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐ และเอกชน | | | | | |
| 29 | หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวช ระเบียนของประเทศ ควรประสานความร่วมมือ กับหน่วยงานอื่นๆ นอกกระทรวงเข้ามามีส่วน ร่วมในการกำหนดนโยบาย การพัฒนา โดย นำเสนอความต้องการและการออกแบบการ จัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและครอบคลุม | | | | | |
| | การบริการและการนำไปใช้ | | | | | |
| 30 | หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงาน เวชระเบียนกลางของประเทศ สามารถให้บริการ ข้อมูลทางการแพทย์เชิงสถิติ สามารถสืบค้นได้ ทันที เพื่อการตัดสินใจสำหรับผู้บริหาร การ วางแผน ทั้งการป้องกัน รักษา ควบคุมโรค วางแผนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ และการคิดกรอบ อัตรากำลัง | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | |
|--------|---|-----------------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 | หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงาน เวชระเบียนของประเทศ ควรวางนโยบาย เพื่อให้เกิดการบริการข้อมูลทางการแพทย์ ตามความเหมาะสม ให้เกิดการแลกเปลี่ยน ข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เช่นข้อมูลการ วินิจฉัย การรักษาผู้ป่วย | | | | | |
| 32 | ควรมีการวิจัยเพื่อทราบว่าผู้ป่วยคิดอย่างไร กับการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลจน ไม่สะดวกใช้ | | | | | |
| 33 | ควรมีการวิจัยเพื่อทราบว่าผู้ให้บริการสุขภาพ คิดอย่างไรกับการรักษาความปลอดภัยของ ข้อมูลจนไม่สะดวกใช้ | | | | | |
| | โครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี | | | | | |
| 34 | กำหนดโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์ระดับชาติ (National eHealth) ที่เอื้อให้ระบบทำงานได้ดี เพื่อ พัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพให้เกิด ประโยชน์ต่อระบบบริหารจัดการสาธารณสุข ของประเทศ ทั้งผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง | | | | | |
| 35 | ข้อมูลสุขภาพของประเทศต้องเป็นเอกภาพ (unity) มีมาตรฐานกลาง กำหนดโครงสร้าง ชุดข้อมูลมาตรฐาน (Standard data set) ความหมายมาตรฐาน มาตรฐานความ ปลอดภัยและความเป็นส่วนตัว สามารถ แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันได้ระหว่างสถาน บริการสุขภาพ เพื่อประโยชน์ในการส่งต่อ ผู้ป่วยเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | |
|--------|--|-----------------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36 | การดำเนินงานข้อมูลทางการแพทย์ควรเป็นข้อมูลข่าวสารที่เป็นสากล (International Information) การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนควรสอดคล้องกับความเป็นสากล ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ | | | | | |
| 37 | มีการกำหนดรูปแบบรหัสที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | | | | | |
| 38 | การดำเนินงานข้อมูลทางการแพทย์ ที่เป็นข้อมูลขนาดใหญ่ (Big data) ควรเป็นในลักษณะมีความสะดวกใช้ และมีความปลอดภัย เช่น ลักษณะของเว็บแอปพลิเคชัน โดยให้ผู้ใช้งานผ่านเว็บเบราว์เซอร์ ซอร์ฟแวร์ และข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้บนเซิร์ฟเวอร์ของผู้ให้บริการ (Cloud computing) | | | | | |
| 39 | มีระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่พร้อมสามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันโดยระบบที่มีความเร็วสูง มีการพัฒนา เทคโนโลยีและคุณภาพข้อมูลอย่างต่อเนื่อง | | | | | |
| 40 | ศูนย์ข้อมูลกลางกำหนดระบบการทำงานของเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพให้ชัดเจนก่อนทำการปรับปรุงหรือพัฒนา | | | | | |
| 41 | มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีความปลอดภัย โดยกำหนดระบบการเข้าถึงข้อมูลได้อย่างเหมาะสม ตามความต้องการใช้งานกับผู้ใช้ข้อง เพื่อประโยชน์ในการแบ่งปันข้อมูล | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | |
|--------|--|-----------------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42 | จัดทำระบบให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเอง | | | | | |
| 43 | สร้างระบบค้นหาข้อมูลอัตโนมัติเพื่อให้สามารถเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ | | | | | |
| 44 | ควรมีการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพในโรงพยาบาลมากกว่าการจัดหาเงินทุนสนับสนุนอย่างเดียว | | | | | |
| | มาตรฐานและความสามารถในการทำงานร่วมกัน | | | | | |
| 45 | เพื่อการบริหารข้อมูลทางการแพทย์ ทุกส่วนควรมองเห็นข้อมูลเพื่อการดำเนินงานในส่วนที่ตนที่รับผิดชอบ ผู้ปฏิบัติดำเนินงานได้ทันที ผู้บริหารสามารถตัดสินใจ วางแผน สั่งการได้ทันเวลา | | | | | |
| 46 | การทำงานด้านเวชระเบียนควรคำนึงถึงความเป็นมาตรฐานสากล (International standard) เพื่อให้เกิดมาตรฐานข้อมูลเดียวกัน เป็นประโยชน์การสื่อสารด้านสารสนเทศสุขภาพระหว่างประเทศ ช่วยในการควบคุมโรคได้ทันเวลา | | | | | |
| 47 | มีมาตรฐานในการส่งข่าวสารระหว่างกัน เพื่อให้ถึงกันและเข้าใจตรงกัน เช่นตกลงค่าใช้จ่ายร่วมกัน ในการบ่งบอกอาการการวินิจฉัย และการรักษา | | | | | |
| 48 | จัดทำระบบให้ผู้ดูแลสุขภาพใช้ข้อมูลร่วมกัน ภายในสถานบริการเดียวกัน ภาคีเครือข่าย และสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน | | | | | |
| 49 | มีระบบความปลอดภัยในการส่งข่าวสารระหว่างกัน เพื่อสร้างความมั่นใจกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | |
|--------|--|-----------------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50 | ระบบซอฟต์แวร์ที่ใช้มีมาตรฐานตามเกณฑ์ ที่ได้รับการรองรับว่าเป็นมาตรฐาน สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล และทำงานได้สอดคล้องกัน เพื่อสร้างความยอมรับให้กับผู้เกี่ยวข้อง และให้ความปลอดภัยกับผู้ใช้ | | | | | |
| 51 | การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (CQI) มีความจำเป็นต่อความสำเร็จในการปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ | | | | | |
| | การออกกฎหมาย นโยบาย การปฏิบัติ | | | | | |
| 52 | มีกฎหมายที่เกี่ยวกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพโดยเฉพาะ เช่นเกี่ยวกับความปลอดภัยของข้อมูล มีการคุ้มครองประชาชน และผู้ดูแลสุขภาพ | | | | | |
| 53 | มีกฎหมาย ระเบียบที่กำหนดการจัดเก็บข้อมูล การเข้าถึง ข้อมูล และการเผยแพร่ข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ | | | | | |
| 54 | มีการกำหนดแผนนโยบายในการสร้างระบบ เพื่อให้เกิดวิสัยทัศน์และแนวปฏิบัติที่ต้องการ มีการติดตามประเมินผลอย่างเหมาะสม | | | | | |
| 55 | กำหนดกฎหมายเกี่ยวกับการใช้งานร่วมกัน (sharing) ของข้อมูลสุขภาพ | | | | | |
| 56 | มีนโยบาย แนวทางปฏิบัติ โครงสร้าง เฉพาะด้าน เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อรองรับข้อมูลในระบบดิจิทัล | | | | | |
| | การพัฒนาบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง | | | | | |
| 57 | บุคลากรเวชระเบียนควรมีสรรถนะหลักคือ ความรู้ความเข้าใจทางเวชระเบียน โรค รหัสทาง การแพทย์ การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (reimbursement) มีคุณลักษณะด้านการ ประสานงานที่ดี มีทัศนคติที่ดีและมีใจรักในวิชาชีพ | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | |
|--------|--|-----------------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 58 | บุคลากรด้านเวชระเบียนสามารถดูแลและพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ได้ เช่นการออกแบบ การสร้าง การปฏิบัติและสนับสนุนบริการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | | | | | |
| 59 | บุคลากรเวชระเบียนควรมีสรรถณะเฉพาะเพื่อรองรับระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) คือ ความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กฎหมายเกี่ยวกับธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ | | | | | |
| 60 | บุคลากรด้านเวชระเบียนควรพัฒนาตนเองให้สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรหัสทางการแพทย์ หรืองานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการงานเวชระเบียน | | | | | |
| 61 | บุคลากรด้านเวชระเบียนควรมีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ความรับผิดชอบ และมีความซื่อสัตย์ และมีความคิดสร้างสรรค์ | | | | | |
| 62 | ควรกำหนดกรอบตำแหน่งบุคลากรงานเวชระเบียนในโรงพยาบาลควรมีตั้งแต่ระดับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในระดับผู้ช่วย ผู้ปฏิบัติ ในระดับควบคุม ตรวจสอบ และบริหารหน่วย | | | | | |
| | องค์กรวิชาชีพ | | | | | |
| 63 | องค์กรวิชาชีพของเวชระเบียนควรประกอบด้วยบุคลากรเฉพาะด้านเวชระเบียนเพื่อความเป็นวิชาชีพ และมีที่ปรึกษาจากสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย เช่นแพทย์ นักเทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้แทนจากองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงสถาบันการศึกษา | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | |
|--------|--|-----------------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 64 | การบริหารองค์วิชาชีพของเวชระเบียนควรมีการกระจายทั้งภาครัฐ และเอกชน กำหนดให้ผู้แทนวิชาชีพเวชระเบียนจากเขตสุขภาพทุกเขตเป็นตัวแทนเข้ามาเป็นคณะกรรมการบริหาร | | | | | |
| 65 | องค์วิชาชีพต้องสร้างความเข้มแข็งให้เกิดสภาวิชาชีพ มีบทบาทในการพัฒนามาตรฐานงานบุคลากรและการวิจัย และการจัดการศึกษา | | | | | |
| 66 | องค์วิชาชีพต้องเป็นแหล่งรวมผู้เชี่ยวชาญด้านเวชระเบียนเพื่อเป็นที่พึ่งในการพัฒนางานเวชระเบียนในระบบบริการสุขภาพ | | | | | |
| 67 | องค์วิชาชีพจัดทำข้อบังคับเพื่อเป็นแนวทางมาตรฐานในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรด้านเวชระเบียน เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในวิชาชีพ เช่นการรับรองใบประกอบวิชาชีพของบุคลากรด้านเวชระเบียน | | | | | |
| 68 | ผลักดันให้เกิดความตระหนักรู้ในการนำสารสนเทศสุขภาพไปช่วยในการพัฒนาการวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ และประกอบการตัดสินใจ | | | | | |
| 69 | องค์วิชาชีพสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | | | | | |
| 70 | องค์วิชาชีพสร้างวัฒนธรรมองค์กรเรื่องความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุคลากรรุ่นน้องๆ | | | | | |
| 71 | ควรกำหนดกรอบตำแหน่งบุคลากรเวชระเบียนในโรงพยาบาลทุกระดับ | | | | | |
| 72 | ควรกำหนดกรอบตำแหน่งนักเวชสถิติ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำสารสนเทศสุขภาพ ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | |
|--------|---|-----------------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 73 | ควรกำหนดกรอบตำแหน่งนักเวชสถิติ หรือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำสารสนเทศ สุขภาพ ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการสารสนเทศ เช่น สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ | | | | | |
| 74 | ควรกำหนดกรอบตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชสถิติ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | | | | | |
| | การจัดการศึกษา | | | | | |
| 75 | ในการบริหารการศึกษาต้องมีเครือข่ายและ ประสานความร่วมมือในการพัฒนาการจัดการ การศึกษา | | | | | |
| 76 | การจัดการศึกษาสถาบันการศึกษาควรทำความ ร่วมมือกันระหว่างสถาบันการศึกษาที่จัด การศึกษาด้านเวชระเบียนหรือสารสนเทศ สุขภาพ | | | | | |
| 77 | การจัดการศึกษาสถาบันการศึกษาควรทำความ ร่วมมือกับองคค์วิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง | | | | | |
| 78 | การจัดการศึกษาต้องคำนึงถึงคนในศตวรรษ ที่ 21 จัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้ สอดคล้องกับคนยุคใหม่ | | | | | |
| 79 | การจัดการเรียนการสอนควรเชิญผู้บริหารมา สอนเพื่อให้มีความมีความเข้าใจถึงสมรรถนะ ของบุคลากรด้านเวชระเบียน | | | | | |
| 80 | การจัดการศึกษาควรให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เรื่อง เทคโนโลยีสารสนเทศในระดับสามารถ ประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานเวชระเบียน | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | |
|--------|---|-----------------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 81 | หลักสูตรที่จัดการศึกษาต้องให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องศัพท์แพทย์ และโรคที่สามารถสื่อสารกับแพทย์ได้ดี | | | | | |
| 82 | ในการจัดหลักสูตรเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในงานเวชระเบียนควรจัดเป็นวิชาเอก เนื่องจากการทำงานข้อมูลสุขภาพมีหลายส่วน | | | | | |
| 83 | การพัฒนาสู่การเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือ สารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ต้องทำความเข้าใจการเปลี่ยนของประชากร ปัญหาความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ | | | | | |
| 84 | หลักสูตรที่จัดสอนให้ผู้เรียนเข้าใจเรื่องการให้ความสำคัญต่อผู้ป่วย (people focus) | | | | | |
| 85 | หลักสูตรที่เปิดสอนต้องพัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะการวิเคราะห์ระบบ การวิเคราะห์ข้อมูล การบริหารข้อมูลแบบมีอาชีพ เพื่อได้สารสนเทศสำหรับการบริหารได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา | | | | | |
| 86 | หลักสูตรที่เปิดสอนต้องพัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะในการเป็นล่ามในการประสานหลักขององค์กร ระหว่างผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานบริการกับระดับผู้บริหารและ ผู้ใช้อื่น ๆ | | | | | |
| 87 | การจัดการศึกษาที่ปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรมโดยเฉพาะความซื่อสัตย์ มีความคิดสร้างสรรค์ มีความรับผิดชอบ | | | | | |
| 88 | ครูผู้สอนควรเป็นครุต้นแบบเพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการเรียนให้กับนักศึกษา | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | |
|--------|--|-----------------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 89 | การจัดการศึกษาบุคลากรด้านเวชระเบียน ควรเพิ่มบทบาทในการตรวจสอบคุณภาพ ข้อมูลให้มีคุณภาพพร้อมใช้งานและสนับสนุน ข้อมูลเพื่อการบริหาร | | | | | |
| 90 | การจัดการศึกษาบุคลากรด้านเวชระเบียน ควรเพิ่มความสำคัญในวิชาเกี่ยวกับรหัสทาง การแพทย์เนื่องจากข้อมูลในระบบ อิเล็กทรอนิกส์มีความจำเป็นต้องบันทึกเป็น รหัสมาตรฐาน | | | | | |
| 91 | หลักสูตรที่เปิดสอนควรมีถึงระดับปริญญา เอก โดยระดับปริญญาโท และเอก ควร เปิดรับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง | | | | | |
| | การขับเคลื่อน | | | | | |
| 92 | ควรมีการวางแผนและดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง กับกลไกเพื่อให้เกิดเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ เป็นระยะๆ เช่น 3 ปี 5 ปี 7 ปี และ 10 ปี โดยให้ความสำคัญกับ โครงสร้างที่รองรับด้วย | | | | | |
| 93 | กระทรวงสาธารณสุขต้องสนับสนุนด้าน เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้เกิดเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ | | | | | |
| 94 | ในระยะเริ่มต้นควรสร้างเป็นต้นแบบ (Model) โดยทำเป็นความร่วมมือระหว่าง สถาบันการศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศกระทรวง สาธารณสุข โรงพยาบาล | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | |
|--------|--|-----------------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 95 | องค์กรวิชาชีพหรือสภาวิชาชีพมีบทบาทสำคัญ ในการตั้งหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงาน เวชระเบียนกลางของประเทศเพื่อนำเสนอ มาตรฐานวิชาชีพ นโยบาย กฎหมาย และ มาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | | | | | |
| 96 | องค์กรวิชาชีพเพิ่มบทบาทการสร้างเชื่อมั่น และยอมรับความเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง | | | | | |
| 97 | มีคณะทำงานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ขึ้นมา เพื่อทำงานประสานกับคณะกรรมการธุรกรรม อิเล็กทรอนิกส์แห่งชาติ สำนักงานพัฒนา ธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (สพธอ) ในการ ผลักดันให้เกิดมาตรฐานเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ | | | | | |
| 98 | องค์กรวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการสร้างความ ร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ ในการเชื่อมโยงข้อมูล | | | | | |
| 99 | พัฒนาความรู้ให้กับประชาชนเพื่อทำความเข้าใจ ระบบ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และการมีส่วน ร่วมในกระบวนการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมในการ บันทึกข้อมูลสุขภาพบุคคล | | | | | |
| 100 | เครือข่ายสถานพยาบาลร่วมมือกันส่งเสริมให้ เกิดมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เพื่อ แลกเปลี่ยนข้อมูลในเครือข่าย โปรแกรมการ วัดคุณภาพข้อมูล การรายงาน ค่าตอบแทน ตามประสิทธิภาพ | | | | | |
| 101 | องค์กรวิชาชีพต้องเพิ่มบทบาทในการสร้าง ความร่วมมือในการสร้างและพัฒนา มาตรฐานวิชาชีพ | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | |
|--------|--|-----------------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 102 | องค์กรวิชาชีพจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม เช่นคนต้นแบบด้านเวชระเบียน เพื่อสร้างแบบอย่างที่ดี (Role Model) ใน วิชาชีพ เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากร | | | | | |
| 103 | จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูล เช่น ปรับกระบวนการทำงาน จัดการอบรมให้ ความรู้บุคลากร | | | | | |
| 104 | บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงาน เวชระเบียนเห็นความสำคัญของวิชาชีพด้าน เวชระเบียน เข้าใจในบทบาทหน้าที่ สามารถ ใช้ประโยชน์จากบุคลากรเวชระเบียนได้อย่าง เต็มศักยภาพ | | | | | |
| 105 | บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงาน เวชระเบียน เข้าใจในกระบวนการ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และยอมรับ มาตรการที่ถูกกำหนดขึ้น | | | | | |
| 106 | ผู้บริหารมีบทบาทในการสนับสนุนและ ผลักดันให้ก้าวสู่ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | | | | | |
| 107 | ผู้บริหารวางกรอบแนวนโยบายและจัดสรร ทรัพยากรเพื่อเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | | | | | |
| 108 | ให้ความรู้ผู้ป่วยและประชาชนให้เข้าใจและ เห็นความสำคัญของเวชระเบียน เช่นความรู้ เรื่องความปลอดภัยของข้อมูล การพิทักษ์ สิทธิ์และเคารพสิทธิผู้ป่วย | | | | | |
| 109 | สร้างความเชื่อมั่นในกลุ่มสังคมที่เกี่ยวข้อง ยอมรับ เช่นหน่วยงานผู้ใช้ข้อมูลจากเวช ระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | |
|--------|--|-----------------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 110 | สร้างผู้นำทางความคิด ในการพัฒนาระบบ เวชระเบียนของประเทศ เช่นส่งเสริมผู้ที่มี ความรู้ในระดับปริญญาเอก หรือผู้บริหารยุค ใหม่ เพื่อเป็นผู้สร้างสรรค์นวัตกรรม สื่อสาร กับผู้บริหารส่วนต่าง ๆ และกลุ่มเทคโนโลยี สารสนเทศ | | | | | |
| 111 | สรรหาบุคลากรที่ร่วมบุกเบิกในการ ขับเคลื่อนซึ่งต้องเป็นผู้ที่เสียสละ และรักใน วิชาชีพ มีความอดทนและมุ่งมั่น | | | | | |

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....



ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง



แบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ
EDFR รอบที่ 3
เรื่อง การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการนำผลการตอบแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ ในเรื่อง การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ในรอบที่ 2 มาหา ค่ามัธยฐาน (median) ค่าฐานนิยม (mode) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquatile range) ในแต่ละข้อ แบบสอบถามนี้ใช้ในการเก็บข้อมูลรอบที่ 3 เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในข้อคำถามที่ยังมีความเห็นไม่เป็นที่แน่นอน เพื่อพิจารณายืนยันคำถามข้อที่ 4 ข้อที่ 74 และข้อที่ 91

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ในการแทนค่าสถิติของคำตอบจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและคำตอบเดิมของผู้เชี่ยวชาญดังนี้

- M หมายถึง ตำแหน่งของค่ามัธยฐาน (median) คำตอบของผู้เชี่ยวชาญทั้งกลุ่ม
- * หมายถึง ตำแหน่งของค่าฐานนิยม (mode) คำตอบของผู้เชี่ยวชาญทั้งกลุ่ม
- ↔ หมายถึง ช่วงของค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquatile range)
- X หมายถึง ตำแหน่งของคำตอบที่ท่านได้เลือกในแบบสอบถามรอบที่ 2
- ✓ หมายถึง ตำแหน่งของคำตอบที่ท่านเลือกในแบบสอบถามรอบที่ 3

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง สำหรับความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

นพมาศ เครือสุวรรณ
นักศึกษาหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

- คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย
- ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
- 5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย มากที่สุด
- 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย มาก
- 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ปานกลาง
- 2 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย น้อย
- 1 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย น้อยที่สุด

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|--------|---|--------------------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | อนาคตของงานเวชระเบียน | | | | | | |
| 1 | เพื่อรองรับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในอนาคต ระบบเวชระเบียนควรเป็นรูปแบบดิจิทัลหรือเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record : EMR) เข้ามาแทนระบบเอกสาร | | | | | | |
| 2 | ในการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อประโยชน์สำหรับผู้ป่วยควรให้ความสำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูล ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยต้องเป็นมาตรฐานสื่อสารและแลกเปลี่ยนกันได้ | | | | | | |
| 3 | การบริการสุขภาพควรให้ความสำคัญที่ตัวบุคคล (people focus) โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญสามารถให้บริการแบบเข้าถึงผู้ป่วยได้รวดเร็ว | | | | | | |
| 4 | เจ้าของประวัติเวชระเบียนผู้ป่วย ควรถือเวชระเบียนของตนเองได้เพื่อสามารถยื่นต่อสถานบริการที่ใดๆ ที่ตนเองเข้ารับการรักษา | | | X | M | * | |
| 5 | ระบบการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนควรรองรับเทคโนโลยี ที่ง่ายต่อการใช้ของผู้ให้บริการสุขภาพ | | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|--------|---|--------------------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 6 | รัฐบาลควรปฏิรูประบบสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้เทคโนโลยี บันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ (Personal Health Record : PHR) | | | | | | |
| 7 | ผู้ดูแลสุขภาพสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพโดยสามารถบันทึกข้อมูลสุขภาพตนเองได้ ในระเบียนสุขภาพบุคคล (Personal Health Record : PHR) | | | | | | |
| 8 | เพื่อให้การดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยที่รวดเร็วควรสร้างเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เป็นระบบสุขภาพเคลื่อนที่ได้ (Mobile Health : mHealth) เช่น พัฒนาแอปพลิเคชันด้านระเบียนสุขภาพบุคคลในมือถือ | | | | | | |
| 9 | ควรพัฒนาระบบเวชระเบียนที่ผู้ป่วยหนึ่งคนมีเวชระเบียนฉบับเดียว (single record) ที่สามารถใช้เข้ารับรักษาที่สถานบริการสุขภาพใดก็ได้ โดยมีลักษณะของข้อมูลข่าวสารเป็นมาตรฐานเดียวกัน แต่แบบฟอร์มเวชระเบียนไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน | | | | | | |
| | โครงสร้างการบริหารการพัฒนา | | | | | | |
| 10 | ควรจัดตั้งหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนเวชระเบียนของประเทศ (National Medical Record) เพื่อบริหารจัดการระบบเวชระเบียนของประเทศ | | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|--------|---|--------------------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 11 | หน่วยงานเวชระเบียนของประเทศ ควรประกอบด้วยบุคลากรที่หลากหลายที่มีความรู้ความเข้าใจ ทางเวชระเบียน สารสนเทศสุขภาพ เทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบสุขภาพ เช่น นักเวชสถิติ แพทย์ นักเทคโนโลยีสารสนเทศ | | | | | | |
| 12 | คณะกรรมการบริหารหน่วยงานเวชระเบียนของประเทศ ควรประกอบด้วยสมาชิก ที่เป็นสหวิชาชีพมีความรู้ความสามารถหลากหลาย | | | | | | |
| 13 | องค์กรวิชาชีพเวชระเบียนควรเข้ามามีบทบาทในการนำการพัฒนางานเวชระเบียนของประเทศ | | | | | | |
| | ยุทธศาสตร์และการลงทุน | | | | | | |
| 14 | กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์สารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ให้ชัดเจนในการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพมาใช้ในระบบบริการสุขภาพของประเทศ | | | | | | |
| 15 | ควรกำหนดยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพให้มีเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ /ระบบสุขภาพบุคคลไว้ในแผนแม่บทด้วย เช่นเดียวกับระบบอิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ | | | | | | |
| 16 | เพื่อให้มีความมั่นคง ในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของประเทศ รัฐบาลควรมีการบริหารจัดการในด้านการลงทุนในการวางระบบพื้นฐานรองรับฐานข้อมูลที่มากขึ้น | | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|--------|--|--------------------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 17 | รัฐบาลควรมีการลงทุนเพื่อการวิจัยประเมินเทคโนโลยีสารสนเทศบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based) หรือหลักฐานความจำเป็นทางสุขภาพ (evidence-based health need) | | | | | | |
| 18 | กระทรวงสาธารณสุขควรจัดสรรงบประมาณเพื่อลงทุนให้เกิดระบบการแลกเปลี่ยนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ | | | | | | |
| 19 | มีการระดมทุนระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อการพัฒนาาระบบสารสนเทศสุขภาพ | | | | | | |
| | การบริหารกิจการและภาวะผู้นำ | | | | | | |
| 20 | กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยงานสารสนเทศสุขภาพกลางของประเทศที่เป็นหน่วยงานกึ่งอิสระมาทำหน้าที่พัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพ (e-Health) เพื่อดำเนินการจัดทำมาตรฐานกลางให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ระหว่างโรงพยาบาลทั้งภาครัฐ ทุกกระทรวงและเอกชน | | | | | | |
| 21 | ควรสร้างระบบและกลไกให้ทุกหน่วยงานร่วมกันพัฒนาระบบมาตรฐานกลางสารสนเทศสุขภาพ | | | | | | |
| 22 | กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง | | | | | | |
| 23 | กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านเวชระเบียนหรือข้อมูลสุขภาพให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ชัดเจน | | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|--------|--|--------------------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 24 | ผู้นำขององค์กรวิชาชีพหรือผู้นำการบริหารการพัฒนาต้องเลือกผู้ที่มีความสามารถในการประสานงานได้ดี สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ | | | | | | |
| 25 | มีการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ให้กับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการยอมรับในงานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์แก่ผู้ปฏิบัติงาน | | | | | | |
| | การสร้างความร่วมมือ | | | | | | |
| 26 | ในระยะเริ่มต้นสถาบันการศึกษาควรเข้าร่วมเป็นผู้นำโดยร่วมกับองค์กรวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนางานวิชาการงานวิจัย และนวัตกรรมด้านเวชระเบียน | | | | | | |
| 27 | องค์กรวิชาชีพควรสร้างความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญจากสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานด้านเวชระเบียน | | | | | | |
| 28 | ควรร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในการวางโครงสร้างระบบสารสนเทศสุขภาพเนื่องจากข้อมูลทางการแพทย์มีในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน | | | | | | |
| 29 | หน่วยงานเวชระเบียนกลางของประเทศ ควรประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ นอกกระทรวงเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการพัฒนา โดยนำเสนอความต้องการและการออกแบบการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและครอบคลุม | | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|--------|--|--------------------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | การบริการและการนำไปใช้ | | | | | | |
| 30 | หน่วยงานเวชระเบียนกลางของประเทศ สามารถให้บริการข้อมูลทางการแพทย์เชิงสถิติ สามารถสืบค้นได้ทันที เพื่อการตัดสินใจสำหรับผู้บริหาร การวางแผน ทั้งการป้องกัน รักษา ควบคุมโรค วางแผนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ และการคิดกรอบอัตรากำลัง | | | | | | |
| 31 | หน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนงานเวชระเบียนของประเทศ ควรวางนโยบายเพื่อให้เกิดการบริการข้อมูลทางการแพทย์ตามความเหมาะสม ให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เช่น ข้อมูลการวินิจฉัย การรักษาผู้ป่วย | | | | | | |
| 32 | ควรมีการวิจัยเพื่อทราบว่าผู้ป่วยคิดอย่างไรกับการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลจนไม่สะดวกใช้ | | | | | | |
| 33 | ควรมีการวิจัยเพื่อทราบว่าผู้ให้บริการสุขภาพคิดอย่างไรกับการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลจนไม่สะดวกใช้ | | | | | | |
| | โครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี | | | | | | |
| 34 | กำหนดโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ระดับชาติ (National eHealth) ที่เอื้อให้ระบบทำงานได้ดี เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพให้เกิดประโยชน์ต่อระบบบริหารจัดการสาธารณสุขของประเทศ ทั้งผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง | | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|--------|--|--------------------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 35 | ข้อมูลสุขภาพของประเทศต้องเป็นเอกภาพ (unity) มีมาตรฐานกลาง กำหนดโครงสร้างชุดข้อมูล มาตรฐาน (Standard data set) ความหมาย มาตรฐาน มาตรฐานความปลอดภัยและความเป็น ส่วนตัว สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันได้ ระหว่างสถานบริการสุขภาพ เพื่อประโยชน์ในการส่ง ต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ | | | | | | |
| 36 | การดำเนินงานข้อมูลทางการแพทย์ควรเป็นข้อมูล ข่าวสารที่เป็นสากล (International Information) การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนควรสอดคล้องกับความ เป็นสากล ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ | | | | | | |
| 37 | มีการกำหนดรูปแบบบรรทัดที่มีประสิทธิภาพมี ความจำเป็นในการพัฒนาระบบเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ | | | | | | |
| 38 | การดำเนินงานข้อมูลทางการแพทย์ ที่เป็นข้อมูล ขนาดใหญ่ (Big data) ควรเป็นในลักษณะมี ความสะดวกใช้ และมีความปลอดภัย เช่น ลักษณะ ของเว็บแอปพลิเคชันโดยให้ผู้ใช้งานผ่านเว็บ เบราวเซอร์ ซอร์ฟแวร์และข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้ บนเซิร์ฟเวอร์ของผู้ให้บริการ (Cloud computing) | | | | | | |
| 39 | มีระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่พร้อมสามารถ เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันโดยระบบที่มีความเร็วสูง มีการพัฒนา เทคโนโลยีและคุณภาพข้อมูลอย่าง ต่อเนื่อง | | | | | | |
| 40 | ศูนย์ข้อมูลกลางกำหนดระบบการทำงานของ เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพให้ชัดเจนก่อนทำการ ปรับปรุงหรือพัฒนา | | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|--------|---|--------------------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 41 | มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีความปลอดภัยโดยกำหนดระบบการเข้าถึงข้อมูลได้อย่างเหมาะสมตามความต้องการใช้งานกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการแบ่งปันข้อมูล | | | | | | |
| 42 | จัดทำระบบให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเอง | | | | | | |
| 43 | สร้างระบบค้นหาข้อมูลอัตโนมัติเพื่อให้สามารถเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ | | | | | | |
| 44 | ควรมีการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพในโรงพยาบาลมากกว่าการจัดหาเงินทุนสนับสนุนอย่างเดียว | | | | | | |
| | มาตรฐานและความสามารถในการทำงานร่วมกัน | | | | | | |
| 45 | เพื่อการบริหารข้อมูลทางการแพทย์ ทุกส่วนควรมองเห็นข้อมูลเพื่อการดำเนินงานในส่วนที่ตนที่รับผิดชอบ ผู้ปฏิบัติดำเนินงานได้ทันที ผู้บริหารสามารถตัดสินใจ วางแผน สั่งการได้ทันเวลา | | | | | | |
| 46 | การทำงานด้านเวชระเบียนควรคำนึงถึงความเป็น มาตรฐานสากล (International standard) เพื่อให้เกิดมาตรฐานข้อมูลเดียวกัน เป็นประโยชน์การสื่อสารด้านสารสนเทศสุขภาพระหว่างประเทศ ช่วยในการควบคุมโรคได้ทันเวลา | | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|--------|--|--------------------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 47 | มีมาตรฐานในการส่งข่าวสารระหว่างกัน เพื่อให้ถึงกันและเข้าใจตรงกัน เช่นตกลงค่าใช้จ่ายร่วมกันในการบ่งบอกอาการการวินิจฉัย และการรักษา | | | | | | |
| 48 | จัดทำระบบให้ผู้ดูแลสุขภาพใช้ข้อมูลร่วมกันภายในสถานบริการเดียวกัน ภาครีเอกชน และสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน | | | | | | |
| 49 | มีระบบความปลอดภัยในการส่งข่าวสารระหว่างกัน เพื่อสร้างความมั่นใจกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ | | | | | | |
| 50 | ระบบซอฟต์แวร์ที่ใช้มีมาตรฐานตามเกณฑ์ ที่ได้รับการรองรับว่าเป็นมาตรฐาน สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล และทำงานได้สอดคล้องกัน เพื่อสร้างความยอมรับให้กับผู้เกี่ยวข้อง และให้ความปลอดภัยกับผู้ใช้ | | | | | | |
| 51 | การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (CQI) มีความจำเป็นต่อความสำเร็จในการปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ | | | | | | |
| | การออกกฎหมาย นโยบาย การปฏิบัติ | | | | | | |
| 52 | มีกฎหมายที่เกี่ยวกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพโดยเฉพาะ เช่นเกี่ยวกับความปลอดภัยของข้อมูล มีการคุ้มครองประชาชน และผู้ดูแลสุขภาพ | | | | | | |
| 53 | มีกฎหมาย ระเบียบที่กำหนดการจัดเก็บข้อมูล การเข้าถึง และการเผยแพร่ข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ | | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|--------|---|--------------------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 54 | มีการกำหนดแนวนโยบายในการสร้างระบบเพื่อให้เกิดวิสัยทัศน์และแนวปฏิบัติที่ต้องการ มีการติดตามประเมินผลอย่างเหมาะสม | | | | | | |
| 55 | กำหนดกฎหมายเกี่ยวกับการใช้งานร่วมกัน (sharing) ของข้อมูลสุขภาพ | | | | | | |
| 56 | มีนโยบาย แนวทางปฏิบัติ โครงสร้าง เฉพาะด้าน เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อรองรับข้อมูลในระบบดิจิทัล | | | | | | |
| | การพัฒนาบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง | | | | | | |
| 57 | บุคลากรเวชระเบียนควรมีสมรรถนะหลักคือ ความรู้ ความเข้าใจทางเวชระเบียน โรค รหัสทางการแพทย์ การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (reimbursement) มีคุณลักษณะด้านการประสานงานที่ดี มีทัศนคติที่ดี และมีใจรักในวิชาชีพ | | | | | | |
| 58 | บุคลากรด้านเวชระเบียนสามารถดูแลและพัฒนา ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ได้ เช่น การออกแบบ การสร้าง การปฏิบัติและสนับสนุนบริการ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | | | | | | |
| 59 | บุคลากรเวชระเบียนควรมีสมรรถนะเฉพาะเพื่อรองรับระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) คือ ความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กฎหมายเกี่ยวกับธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ | | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|--------|---|--------------------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 60 | บุคลากรด้านเวชระเบียนควรพัฒนาตนเองให้สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรหัสทางการแพทย์ หรืองานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียน | | | | | | |
| 61 | บุคลากรด้านเวชระเบียนควรมีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ความรับผิดชอบ และมีความซื่อสัตย์ และมีความคิดสร้างสรรค์ | | | | | | |
| 62 | บุคลากรงานเวชระเบียนในโรงพยาบาลควรมีตั้งแต่ระดับเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ปฏิบัติในระดับผู้ช่วย เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน ปฏิบัติงานในระดับผู้ปฏิบัติ นักเวชสถิติ ปฏิบัติงานในระดับควบคุม ตรวจสอบ และบริหารหน่วย | | | | | | |
| | องค์กรวิชาชีพ | | | | | | |
| 63 | องค์กรวิชาชีพของเวชระเบียนควรประกอบด้วยบุคลากรเฉพาะด้านเวชระเบียนเพื่อความเป็นวิชาชีพ และมีที่ปรึกษาจากสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย เช่น แพทย์ นักเทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้แทนจากองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงสถาบันการศึกษา | | | | | | |
| 64 | การบริหารองค์กรวิชาชีพของเวชระเบียนควรมีการกระจายทั้งภาครัฐ และเอกชน กำหนดให้ผู้แทนวิชาชีพเวชระเบียนจากเขตสุขภาพทุกเขตเป็นตัวแทนเข้ามาเป็นคณะกรรมการบริหาร | | | | | | |
| 65 | องค์กรวิชาชีพต้องสร้างความเข้มแข็งให้เกิดสภาวิชาชีพ มีบทบาทในการพัฒนามาตรฐานงานบุคลากรและการวิจัย และการจัดการศึกษา | | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|--------|---|--------------------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 66 | องค์กรวิชาชีพต้องเป็นแหล่งรวมผู้เชี่ยวชาญ ด้านเวชระเบียนเพื่อเป็นที่พึ่งในการพัฒนางาน เวชระเบียนในระบบบริการสุขภาพ | | | | | | |
| 67 | องค์กรวิชาชีพจัดทำข้อบังคับเพื่อเป็นแนวทาง มาตรฐานในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรด้าน เวชระเบียน เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในวิชาชีพ เช่นการรับรองใบประกอบวิชาชีพของบุคลากร ด้านเวชระเบียน | | | | | | |
| 68 | ผลักดันให้เกิดความตระหนักรู้ในการนำ สารสนเทศสุขภาพไปช่วยในการพัฒนาการ วินิจฉัย การรักษา การป้องกัน การให้คำปรึกษา ทางสุขภาพ และประกอบการตัดสินใจ | | | | | | |
| 69 | องค์กรวิชาชีพสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริม มาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | | | | | | |
| 70 | องค์กรวิชาชีพสร้างวัฒนธรรมองค์กรเรื่องความ รับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดี ให้กับบุคลากรรุ่นน้องๆ | | | | | | |
| 71 | ควรกำหนดกรอบตำแหน่งบุคลากรเวชระเบียน ในโรงพยาบาลทุกระดับ | | | | | | |
| 72 | ควรกำหนดกรอบตำแหน่งนักเวชสถิติ หรือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำสารสนเทศ สุขภาพ ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|--------|--|--------------------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 73 | ควรกำหนดกรอบตำแหน่งนักเวชสถิติ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำสารสนเทศสุขภาพ ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการสารสนเทศ เช่น สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ | | | | | | |
| 74 | ควรกำหนดกรอบตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชสถิติ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | | | X | M | * | |
| | การจัดการศึกษา | | | | | | |
| 75 | ในการบริหารการศึกษาต้องมีเครือข่ายและประสานความร่วมมือในการพัฒนาการจัดการศึกษา | | | | | | |
| 76 | การจัดการศึกษาสถาบันการศึกษาควรทำความร่วมมือกันระหว่างสถาบันการศึกษาที่จัดการศึกษาด้านเวชระเบียนหรือสารสนเทศสุขภาพ | | | | | | |
| 77 | การจัดการศึกษาสถาบันการศึกษาควรทำความร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง | | | | | | |
| 78 | การจัดการศึกษาต้องคำนึงถึงคนในศตวรรษที่ 21 จัดกิจกรรมการเรียนรู้การสอนให้สอดคล้องกับคนยุคใหม่ | | | | | | |
| 79 | การจัดการเรียนการสอนควรเชิญผู้บริหารมาสอนเพื่อให้ความมีความเข้าใจถึงสมรรถนะของบุคลากรด้าน เวชระเบียน | | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|--------|--|--------------------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 80 | การจัดการศึกษาควรให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศในระดับสามารถประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานเวชระเบียน | | | | | | |
| 81 | หลักสูตรที่จัดการศึกษาต้องให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องศัพท์แพทย์ และโรค ที่สามารถสื่อสารกับแพทย์ได้ดี | | | | | | |
| 82 | ในการจัดหลักสูตรเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในงานเวชระเบียนควรจัดเป็นวิชาเอก เนื่องจากการทำงานข้อมูลสุขภาพมีหลายส่วน | | | | | | |
| 83 | การพัฒนาสู่การเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือ สารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ต้องทำความเข้าใจการเปลี่ยนของประชากร ปัญหา ความต้องการของประชาชน ผู้รับบริการ | | | | | | |
| 84 | หลักสูตรที่จัดสอนให้ผู้เรียนเข้าใจเรื่องการใช้ความสำคัญต่อผู้ป่วย (people focus) | | | | | | |
| 85 | หลักสูตรที่เปิดสอนต้องพัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะการวิเคราะห์ระบบ การวิเคราะห์ข้อมูล การบริหารข้อมูลแบบมีอาชีพ เพื่อได้สารสนเทศสำหรับการบริหารได้อย่างรวดเร็วทันเวลา | | | | | | |
| 86 | หลักสูตรที่เปิดสอนต้องพัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะในการเป็นล่ามในการประสานหลักขององค์กร ระหว่างผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานบริการกับระดับผู้บริหารและ ผู้ใช้อื่น ๆ | | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|--------|---|--------------------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 87 | การจัดการศึกษาที่ปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม โดยเฉพาะความซื่อสัตย์ มีความคิดสร้างสรรค์ มีความรับผิดชอบ | | | | | | |
| 88 | ครูผู้สอนควรเป็นครูต้นแบบเพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการเรียนให้กับนักศึกษา | | | | | | |
| 89 | การจัดการศึกษามหาวิทยาลัยด้านเวชระเบียนควรเพิ่มบทบาทในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลให้มียุทธศาสตร์พร้อมใช้งานและสนับสนุนข้อมูลเพื่อการบริหาร | | | | | | |
| 90 | การจัดการศึกษามหาวิทยาลัยด้านเวชระเบียนควรเพิ่มความรู้ในวิชาเกี่ยวกับรหัสทางการแพทย์เนื่องจากข้อมูลในระบบอิเล็กทรอนิกส์มีความจำเป็นต้องบันทึกเป็นรหัสมาตรฐาน | | | | | | |
| 91 | หลักสูตรที่เปิดสอนควรมีถึงระดับปริญญาเอก โดยระดับปริญญาโท และเอก ควรเปิดรับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง | | | X | M | * | |
| | การขับเคลื่อน | | | | | | |
| 92 | ควรมีการวางแผนและดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกลไกเพื่อให้เกิดเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เป็นระยะๆ เช่น 3 ปี 5 ปี 7 ปี และ 10 ปี โดยให้ความสำคัญกับโครงสร้างที่รองรับด้วย | | | | | | |
| 93 | กระทรวงสาธารณสุขต้องสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้เกิดเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|--------|---|--------------------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 94 | ในระยะเริ่มต้นควรสร้างเป็นต้นแบบ (Model) โดยทำเป็นความร่วมมือระหว่าง สถาบันการศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล | | | | | | |
| 95 | องค์กรวิชาชีพหรือสภาวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการตั้งหน่วยงานกลางเวชระเบียนกลางของประเทศเพื่อนำเสนอนโยบาย กฎหมาย และมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และมาตรฐานวิชาชีพ | | | | | | |
| 96 | องค์กรวิชาชีพเพิ่มบทบาทการสร้างเชื่อมั่น และยอมรับความเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง | | | | | | |
| 97 | มีคณะทำงานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ขึ้นมา เพื่อทำงานประสานกับคณะกรรมการธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์แห่งชาติ สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (สพธอ) ในการผลักดันให้เกิดมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | | | | | | |
| 98 | องค์กรวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการสร้างความร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ ในการเชื่อมโยงข้อมูล | | | | | | |
| 99 | พัฒนาความรู้ให้กับประชาชนเพื่อทำความเข้าใจระบบ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และการมีส่วนร่วมในกระบวนการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลสุขภาพบุคคล (Personal Health Record : PHR) | | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|--------|---|--------------------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 100 | เครือข่ายสถานพยาบาลร่วมมือกันส่งเสริมให้เกิดมาตรฐานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลในเครือข่าย โปรแกรมการวัดคุณภาพข้อมูล การรายงาน ค่าตอบแทนตามประสิทธิภาพ | | | | | | |
| 101 | องค์กรวิชาชีพต้องเพิ่มบทบาทในการสร้างความร่วมมือในการสร้างและพัฒนามาตรฐานวิชาชีพ | | | | | | |
| 102 | องค์กรวิชาชีพจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม เช่นคนต้นแบบด้านเวชระเบียนเพื่อสร้างแบบอย่างที่ดี (Role Model) ในวิชาชีพ เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากร | | | | | | |
| 103 | จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูล เช่นปรับกระบวนการทำงาน จัดการอบรมให้ความรู้บุคลากร | | | | | | |
| 104 | บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียนเห็นความสำคัญของวิชาชีพด้านเวชระเบียน เข้าใจในบทบาทหน้าที่ สามารถใช้ประโยชน์จากบุคลากรเวชระเบียนได้อย่างเต็มศักยภาพ | | | | | | |
| 105 | บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียน เข้าใจในกระบวนการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และยอมรับมาตรการที่ถูกกำหนดขึ้น | | | | | | |
| 106 | ผู้บริหารมีบทบาทในการสนับสนุนและผลักดันให้ก้าวสู่เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | | | | | | |

| ข้อที่ | การบริหารการพัฒนางานवेशะเบียน ในประเทศไทย | ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วย) | | | | | ข้อเสนอแนะ |
|--------|---|--------------------------------|---|---|---|---|------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 107 | ผู้บริหารวางกรอบแนวนโยบายและจัดสรร ทรัพยากรเพื่อवेशะเบียนอิเล็กทรอนิกส์ | | | | | | |
| 108 | ให้ความรู้ผู้ป่วยและประชาชนให้เข้าใจและเห็น ความสำคัญของवेशะเบียน เช่นความรู้เรื่อง ความปลอดภัยของข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์และ เคารพสิทธิผู้ป่วย | | | | | | |
| 109 | สร้างความเชื่อมั่นในกลุ่มสังคมที่เกี่ยวข้อง ยอมรับ เช่นหน่วยงานผู้ใช้ข้อมูลจากवेशะเบียน อิเล็กทรอนิกส์ | | | | | | |
| 110 | สร้างผู้นำทางความคิด ในการพัฒนาระบบเวช ะเบียนของประเทศ เช่นส่งเสริมผู้ที่มีความรู้ใน ระดับปริญญาเอก หรือผู้บริหารยุคใหม่ เพื่อเป็น ผู้สร้างสรรค์นวัตกรรม สื่อสารกับผู้บริหารส่วน ต่าง ๆ และกลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ | | | | | | |
| 111 | สรรหาคณากรที่ร่วมบุกเบิกในการขับเคลื่อนซึ่ง ต้องเป็นผู้ที่เสียสละ และรักในวิชาชีพ มีความ อดทนและมุ่งมั่น | | | | | | |

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง



ภาคผนวก จ
คำสถิติในการวิจัย

มหาวิทยาลัยศิลปากร

ตารางแสดงค่าสถิติ

Statistics

| | | futer1 | futer2 | futer3 | futer4 | futer5 | futer6 | futer7 | futer8 | futer9 |
|-------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| N | Valid | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Median | | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 4.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |
| Mode | | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Percentiles | 25 | 5.00 | 5.00 | 4.00 | 4.00 | 5.00 | 4.00 | 4.00 | 4.00 | 4.50 |
| | 50 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 4.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |
| | 75 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |

Statistics

| | | stru1 | stru2 | stru3 | stru4 |
|-------------|---------|-------|-------|-------|-------|
| N | Valid | 21 | 21 | 21 | 21 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Median | | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |
| Mode | | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Percentiles | 25 | 3.50 | 5.00 | 4.00 | 4.00 |
| | 50 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |
| | 75 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |

Statistics

| | | stra1 | stra2 | stra3 | stra4 | stra5 | stra6 |
|-------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| N | Valid | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Median | | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |
| Mode | | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Percentiles | 25 | 5.00 | 4.50 | 5.00 | 4.00 | 4.00 | 4.00 |
| | 50 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |
| | 75 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |

Statistics

| | | gove1 | gove2 | gove3 | gove4 | gove5 | gove6 |
|-------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| N | Valid | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Median | | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |
| Mode | | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Percentiles | 25 | 4.00 | 5.00 | 4.00 | 4.00 | 4.00 | 4.00 |
| | 50 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |
| | 75 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |

Statistics

| | | coor1 | coor2 | corr3 | corr4 |
|-------------|---------|-------|-------|-------|-------|
| N | Valid | 21 | 21 | 21 | 21 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Median | | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |
| Mode | | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Percentiles | 25 | 4.00 | 4.50 | 5.00 | 4.00 |
| | 50 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |
| | 75 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |

Statistics

| | | serv1 | serv2 | serv3 | serv4 |
|-------------|---------|-------|-------|-------|-------|
| N | Valid | 21 | 21 | 21 | 21 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Median | | 5.00 | 4.00 | 5.00 | 5.00 |
| Mode | | 5 | 4 | 5 | 5 |
| Percentiles | 25 | 4.00 | 4.00 | 4.00 | 4.00 |
| | 50 | 5.00 | 4.00 | 5.00 | 5.00 |
| | 75 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |

Statistics

| | | intr1 | intr2 | intr3 | intr4 | intr5 | intr6 |
|-------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| N | Valid | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Median | | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |
| Mode | | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Percentiles | 25 | 4.00 | 5.00 | 4.00 | 4.00 | 4.00 | 4.50 |
| | 50 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |
| | 75 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |

Statistics

| | | intr7 | intr8 | intr9 | intr10 | intr11 |
|-------------|---------|-------|-------|-------|--------|--------|
| N | Valid | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Median | | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 4.00 | 5.00 |
| Mode | | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| Percentiles | 25 | 4.00 | 5.00 | 4.00 | 4.00 | 4.00 |
| | 50 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 4.00 | 5.00 |
| | 75 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |

Statistics

| | | dri8 | dri9 | dri10 | dri11 | dri12 | dri13 | dri14 |
|-------------|---------|----------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| N | Valid | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Median | | 4.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |
| Mode | | 4 ^a | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Percentiles | 25 | 4.00 | 4.00 | 4.00 | 4.00 | 4.00 | 4.00 | 4.00 |
| | 50 | 4.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |
| | 75 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Statistics

| | | dri15 | dri16 | dri17 | dri18 | dri19 | dri20 |
|-------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| N | Valid | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Median | | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |
| Mode | | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Percentiles | 25 | 4.00 | 4.00 | 4.00 | 4.00 | 4.00 | 4.00 |
| | 50 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |
| | 75 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 |



ประวัติผู้วิจัย

| | | |
|-----------------|--|-----------------|
| ชื่อ – สกุล | นางนพมาศ เครือสุวรรณ | |
| ที่อยู่ | 132/25 หมู่ 6 ตำบลบางเลน อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม | |
| ที่ทำงาน | วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก 56 หมู่ 1 ตำบลราษฎร์นิยม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี | |
| ประวัติการศึกษา | | |
| พ.ศ. 2530 | สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรเวชสถิติ โรงเรียนเวชสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | |
| พ.ศ. 2537 | สำเร็จการศึกษาวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | |
| พ.ศ. 2549 | สำเร็จการศึกษาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร | |
| พ.ศ. 2556 | ศึกษาต่อระดับปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร | |
| ประวัติการทำงาน | | |
| พ.ศ. 2530 | เจ้าหน้าที่เวชสถิติ 2 | โรงพยาบาลตรัง |
| พ.ศ. 2540 | นักสถิติ 6 | โรงพยาบาลนครปฐม |
| พ.ศ. 2545 | วิทยากร 5 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก | |
| พ.ศ. 2546 | วิทยากร 6 หัวหน้าภาควิชาเวชระเบียน วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก | |
| พ.ศ. 2555 | วิทยากร ชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก | |