

การพัฒนาคุณภาพ

กับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
การประชุมผู้บริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล (CFO)

จัดโดยสำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ณ โรงแรมไมเด้า งามวงศ์วาน

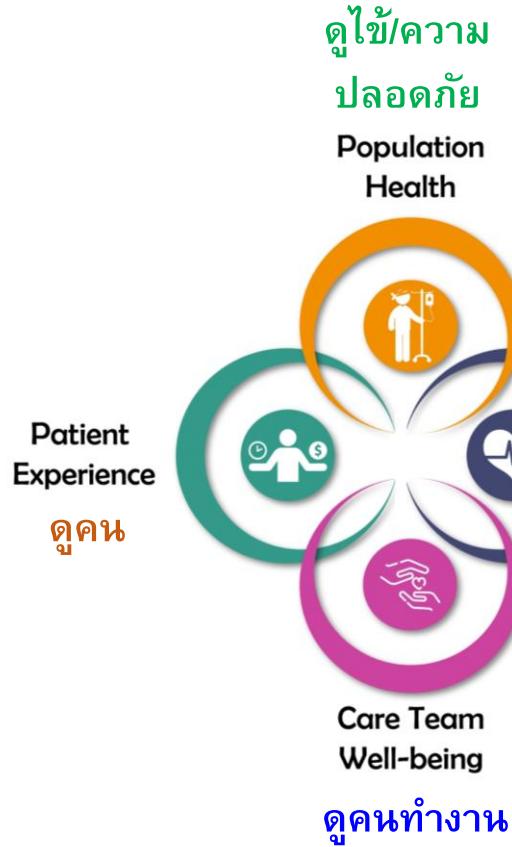
พุธ 10 ธันวาคม 2568 9.00-10.00 น.



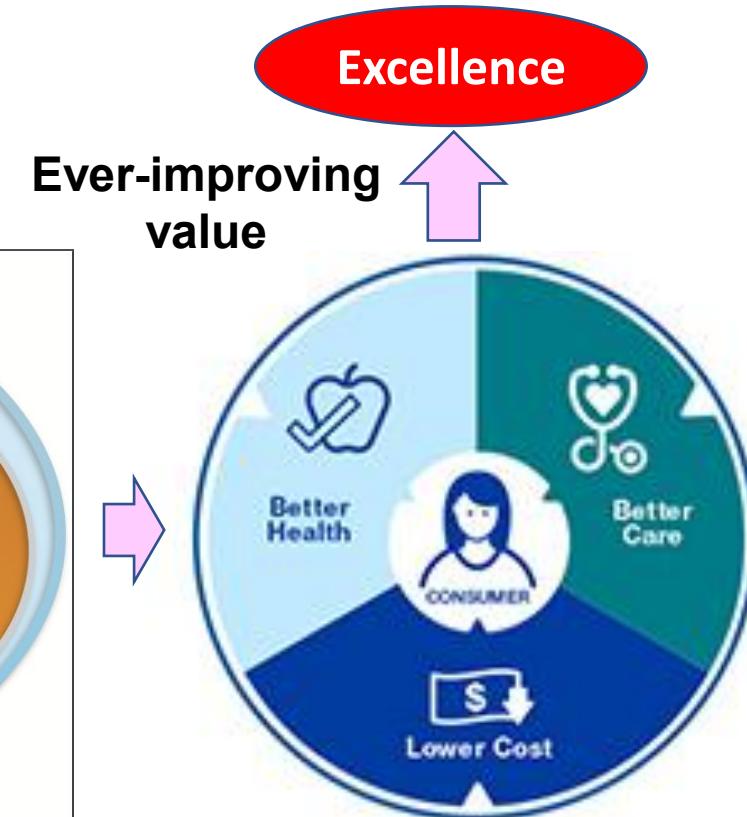
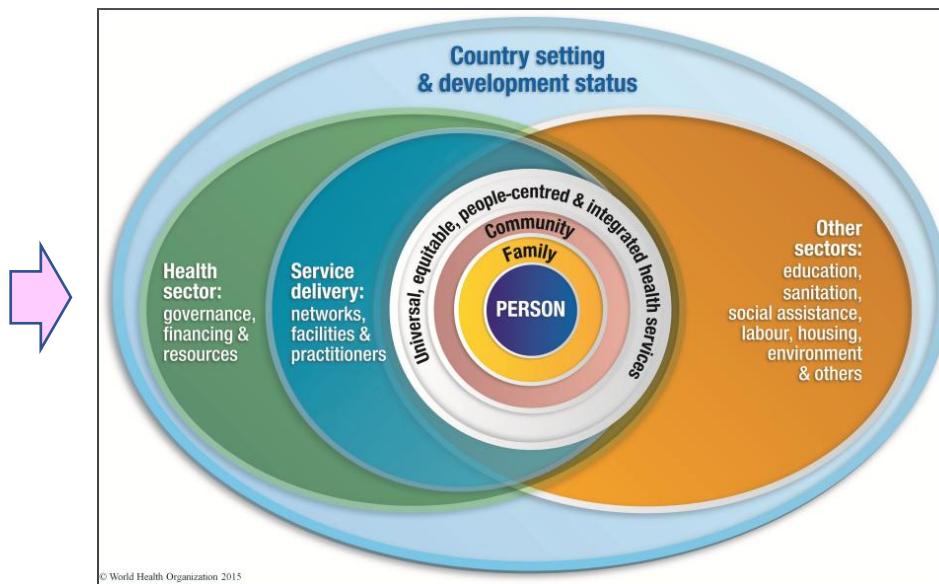
Aims of Healthcare:

Value-based Healthcare

Aims of Healthcare: Triple-> Quadruple -> Quintuple



Success Healthcare Organization



บริการสุขภาพที่มีคุณค่า (Value-based Healthcare)

ดูไข้

Better Health

ความเป็นเลิศทางเทคนิค Technical excellence
วัตถุประสงค์ด้านคลินิก Clinical objective
มิติความเหมาะสม Appropriateness
มิติประสิทธิผล Effectiveness
มิติความปลอดภัย Safety



ดูคน

Better Care

ความเป็นเลิศด้านบริการ Service excellence
วัตถุประสงค์ด้านสังคม Social objective
มิติคนเป็นศูนย์กลาง People-centeredness
ประสบการณ์ของผู้ป่วย Patient experience
มิติความเป็นธรรม Equity

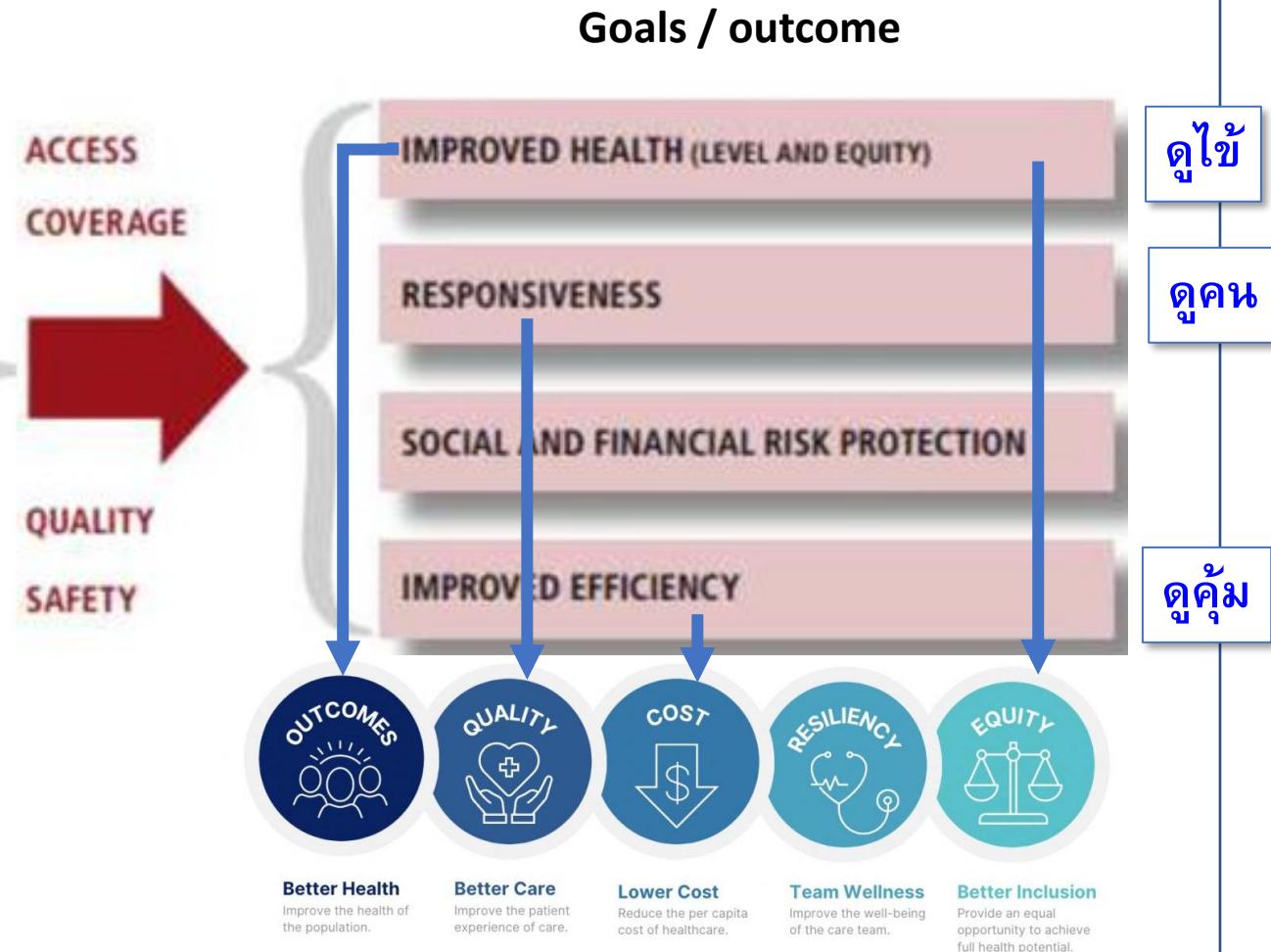
Better Value

ความเป็นเลิศด้านการจัดการ Management excellence
วัตถุประสงค์ด้านเศรษฐศาสตร์ Economic Objective
มิติประสิทธิภาพ Efficiency

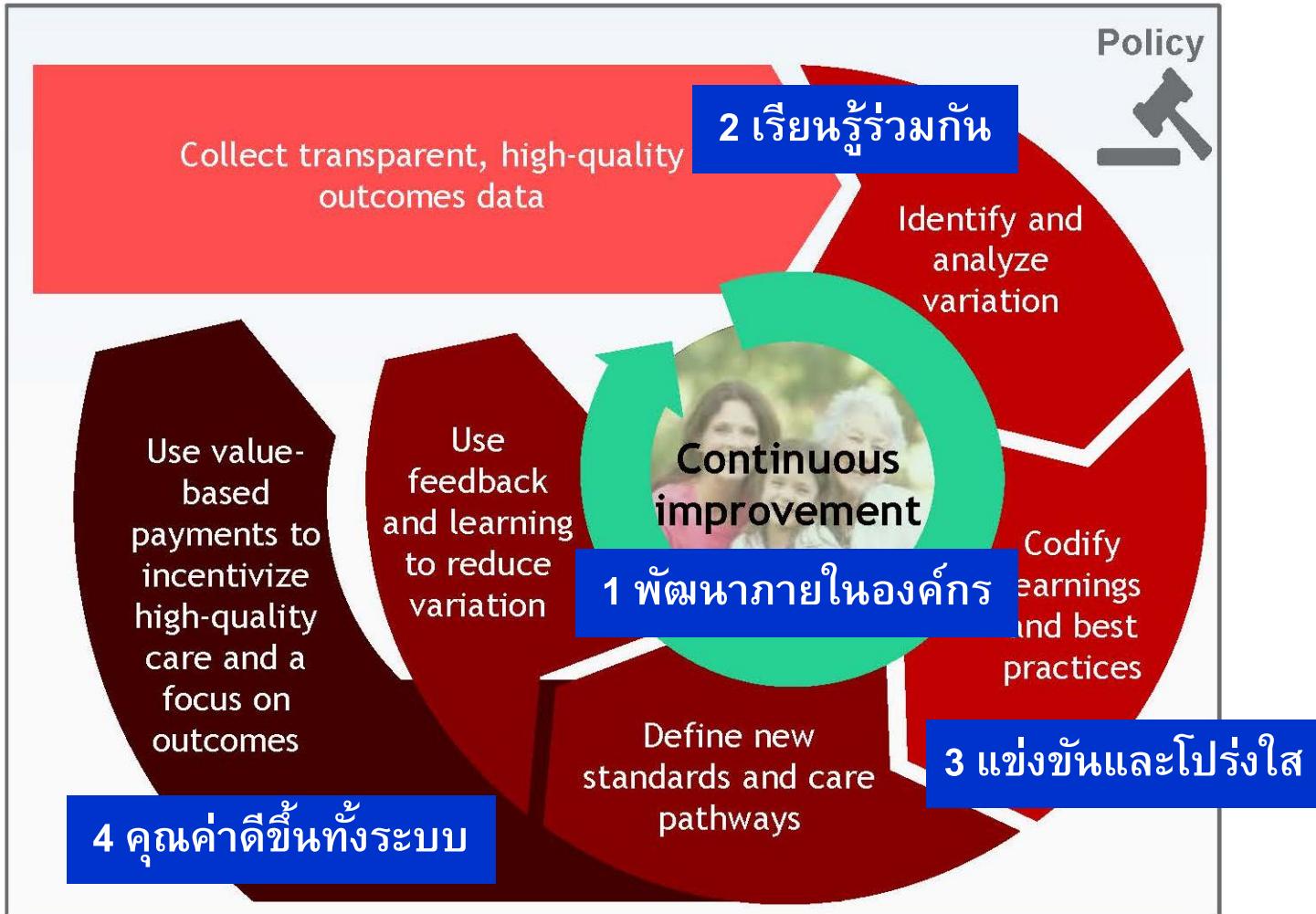
ดูคุ้ม

“ดูคน ดูไข้ ดูคุ้ม” กับ Outcome ของ System Building Blocks

System building blocks



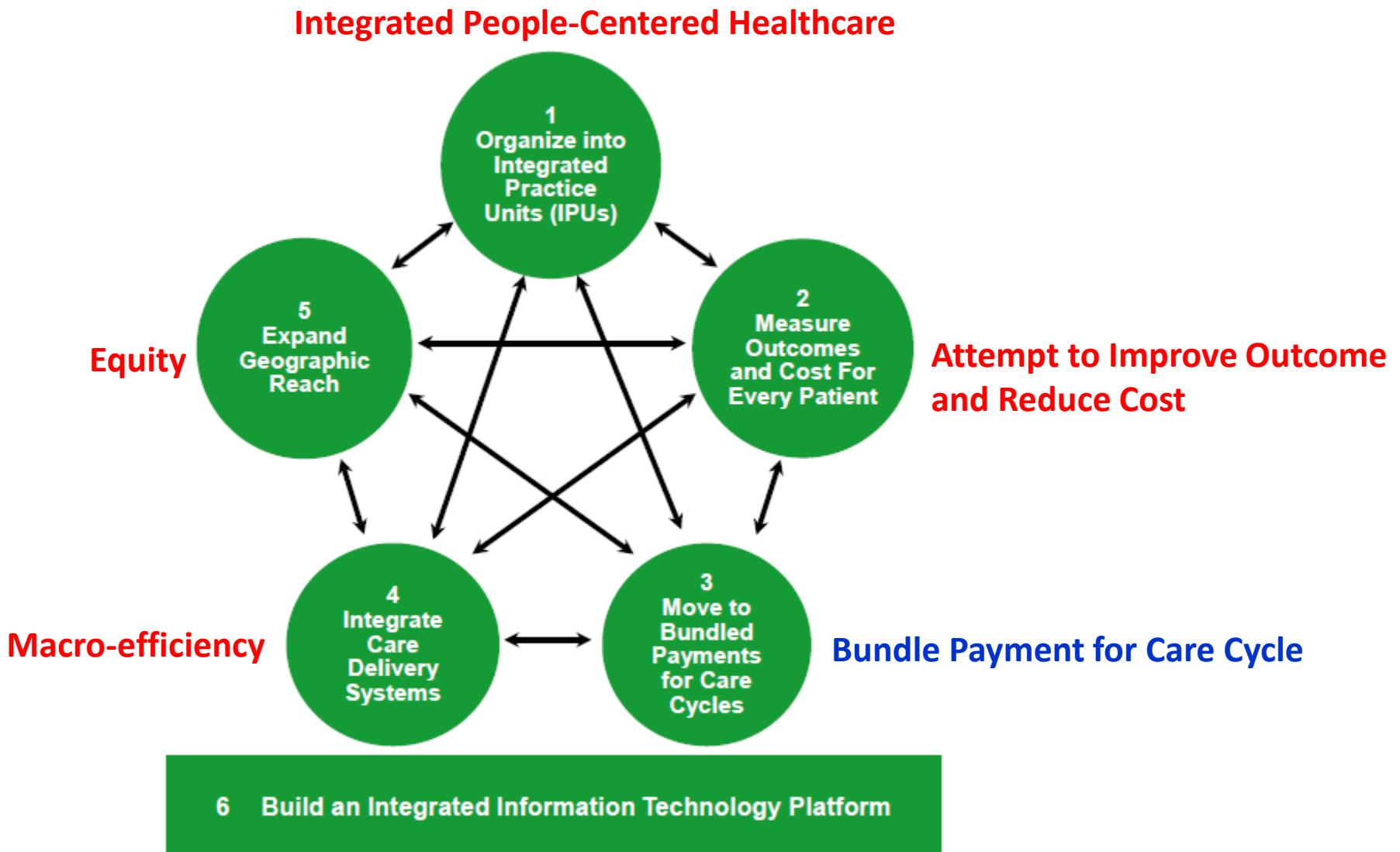
Improve Value for Patients Through Improvement Cycle



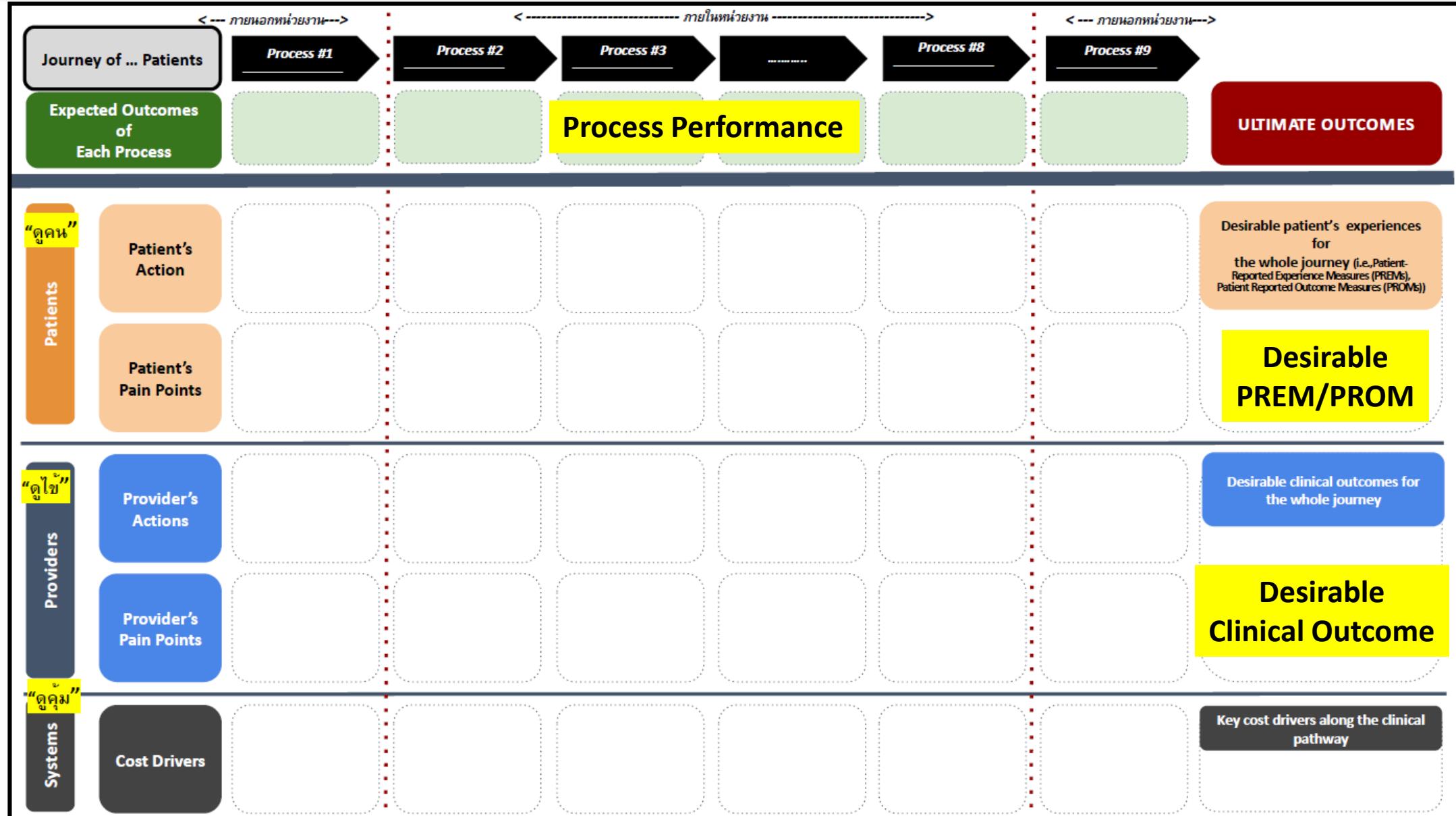
Enablers



Strategic Agenda เพื่อสร้าง Value-based Health Care Delivery



Combined Patient Journey Map & Service Blueprint



ตัวอย่างเครื่องมือสำหรับ care redesign/integration of value chain (patient journey)

1. Measurement and Feedback Tools (To evaluate performance, patient outcomes, and guide improvements):

- Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)
- Patient-Reported Experience Measures (PREMs)
- Clinical Outcome Tracking Dashboards
- Care Quality Benchmarking Tools
- Utilization and Variation Analytics
- Patient Satisfaction Surveys

2. Clinical Pathway Management Tools (To standardize best-practice workflows across the patient journey):

- Clinical Pathway Design
- Standard Operating Procedures (SOPs)
- Checklists and Order Sets
- Clinical Decision Support Systems (CDSS)
- Prehabilitation/Rehabilitation Programs

3. Patient Engagement and Self-Management Tools (To activate and support patients in managing their care):

- Personalized Patient Education Platforms
- Interactive Treatment Plans via Apps
- Digital Consent and Shared Decision Aids
- Symptom Tracking and Reminders
- Community Health Worker Programs

4. Care Coordination & Integration Tools (To promote continuity and integration across providers, settings, and time):

- Integrated Practice Units (IPUs)
- Multidisciplinary Teams (MDTs)
- Care Navigators / Case Managers
- Shared Care Plans
- Transition-of-Care Protocols
- Referral Management Systems

ตัวอย่างเครื่องมือสำหรับ care redesign/integration of value chain (patient journey)

5. Health Information and Digital Communication Tools (To enable real-time information sharing, documentation, and remote communication):

- Shared Electronic Health Records (EHRs)
- Health Information Exchanges (HIEs)
- Telemedicine Platforms
- Remote Monitoring Devices
- Patient Portals / Mobile Health Apps
- Secure Messaging Systems

6. Financial Alignment & Incentives Tools (To align provider behavior with value-based goals):

- Bundled Payment Models
- Capitated Payment with Quality Bonuses
- Pay-for-Performance Schemes
- Shared Savings Programs
- Value-Based Purchasing Metrics

7. Governance & Organizational Change Management Tools (To support redesign processes, governance structures, and transformation leadership):

- Redesign Workshops and Process Mapping Tools
- Value Improvement Committees
- Learning Health System Frameworks
- Policy and Incentive Alignment Plans
- Stakeholder Engagement Strategies

ดูไข้: Clinical Effectiveness

องค์ประกอบสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ
Evidence-based	Clinical appraisal, CPG, CareMap, Clinical audit
Care integration	Care integration design (by medical condition) Care implementation Care team Finance & incentive
Outcome measurement	Clinical outcome, Functional outcome PREM (patient's reported experience measure) PROM (patient's reported outcome measure)
Safety management	Risk management process Learning from incident Learning from daily operation
Digital technology	E-bedside observation & monitoring of clinical deterioration Digital rounding Closed loop medication management Communication between level of care

การดูแลด้านความเจ็บป่วยนั้นอาจพิจารณา องค์ประกอบต่อไปนี้

- ความเหมาะสมทางด้านวิชาการแพทย์ โดยใช้ evidence-based practice
- การออกแบบระบบบริการในลักษณะบูรณาการ โดยยึดเอา medical condition เป็นตัวตั้ง
- การวัดผลลัพธ์ทั้งด้านคลินิก ด้าน functional และส่วนที่ผู้ป่วยรายงานผล (patient reported)
- การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย
- การใช้ digital technology เพื่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความปลอดภัย

Ask Me 3

การโปรแกรมจิตใจเพื่อการดูแลผู้ป่วย

Patient's Personal Record

Collective Sensemaking

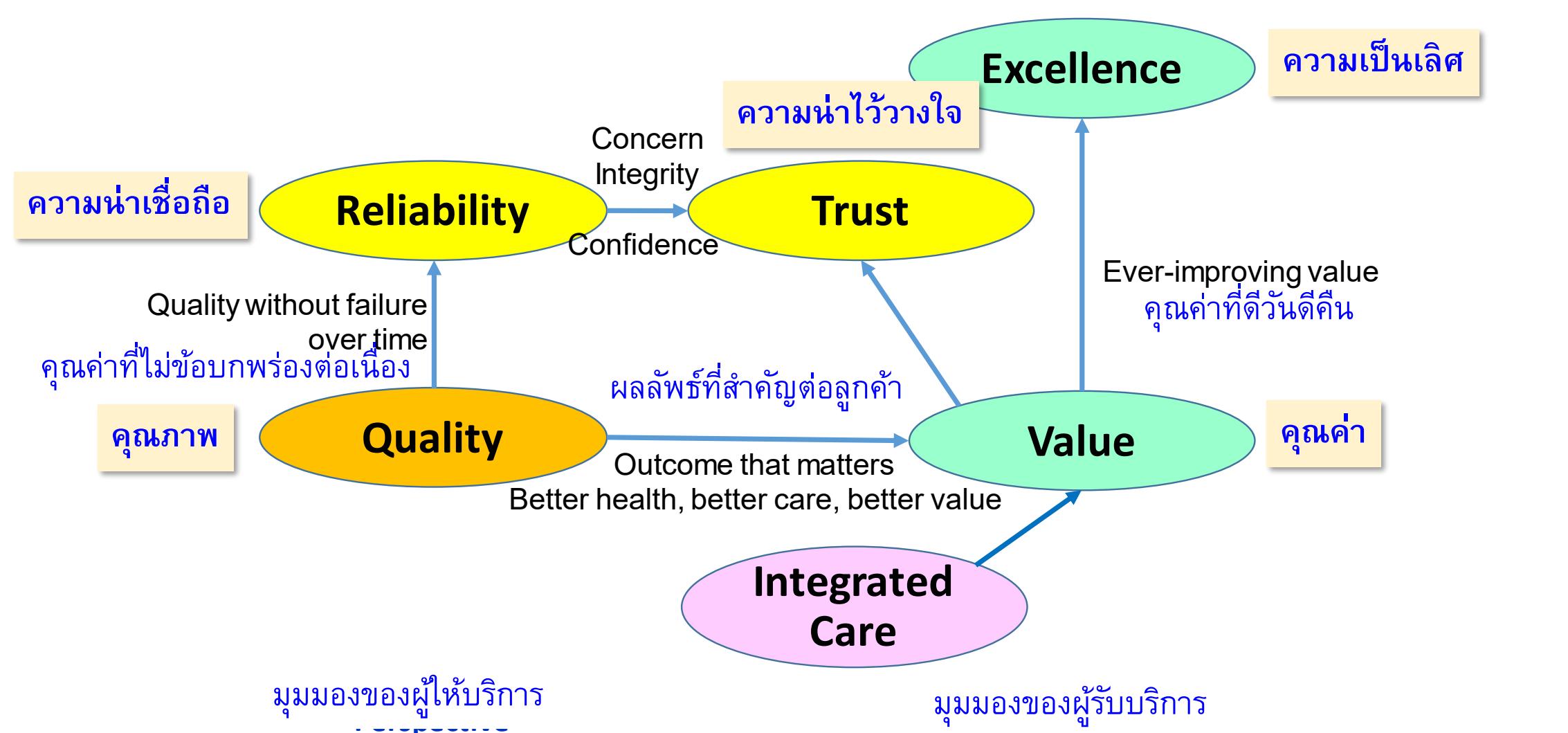
Somerville Protocol for Preserving Patient's Sleep

Compassionate Care Bundle

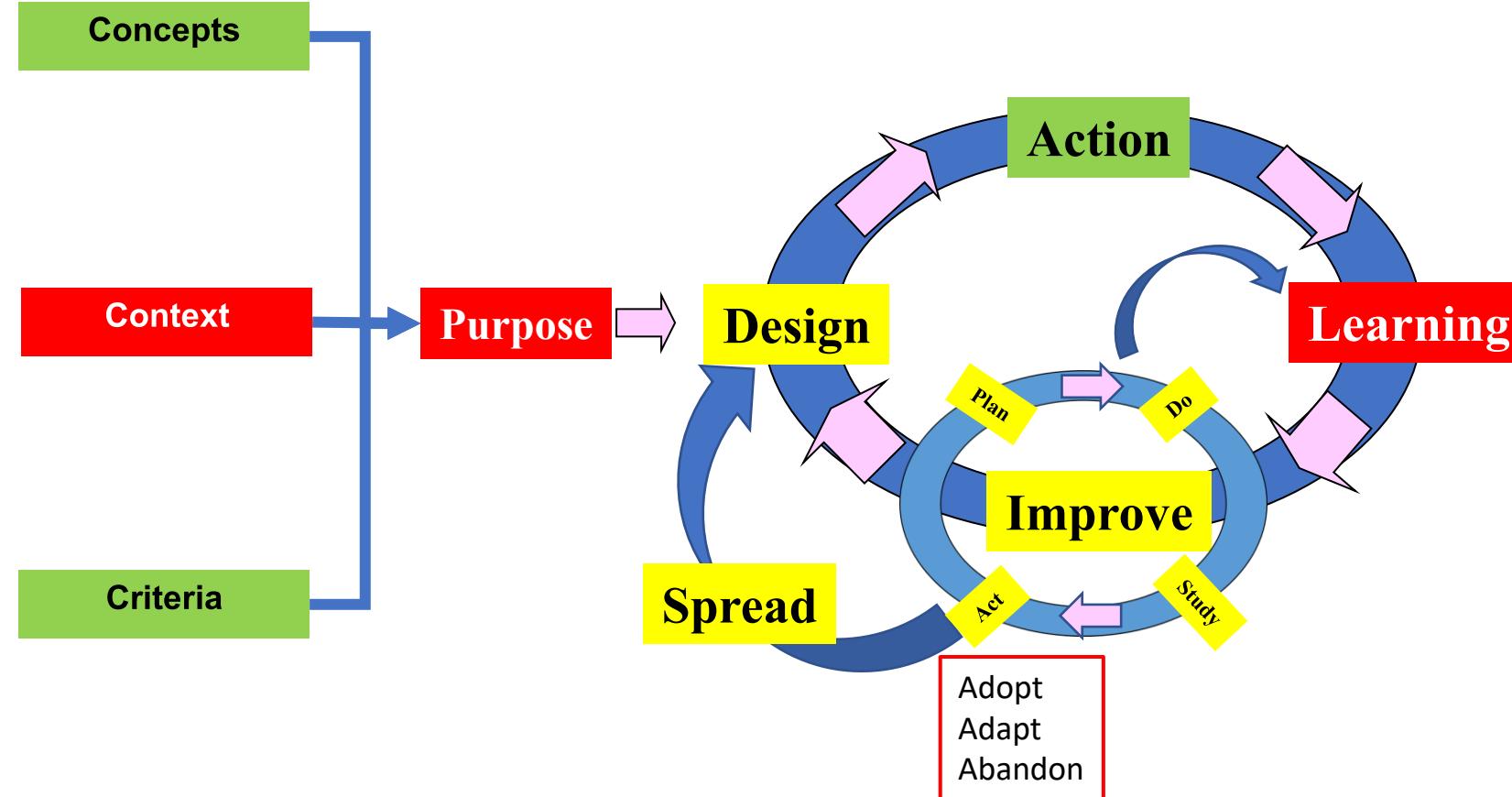
Patient & Family Engagement

Quality Improvement

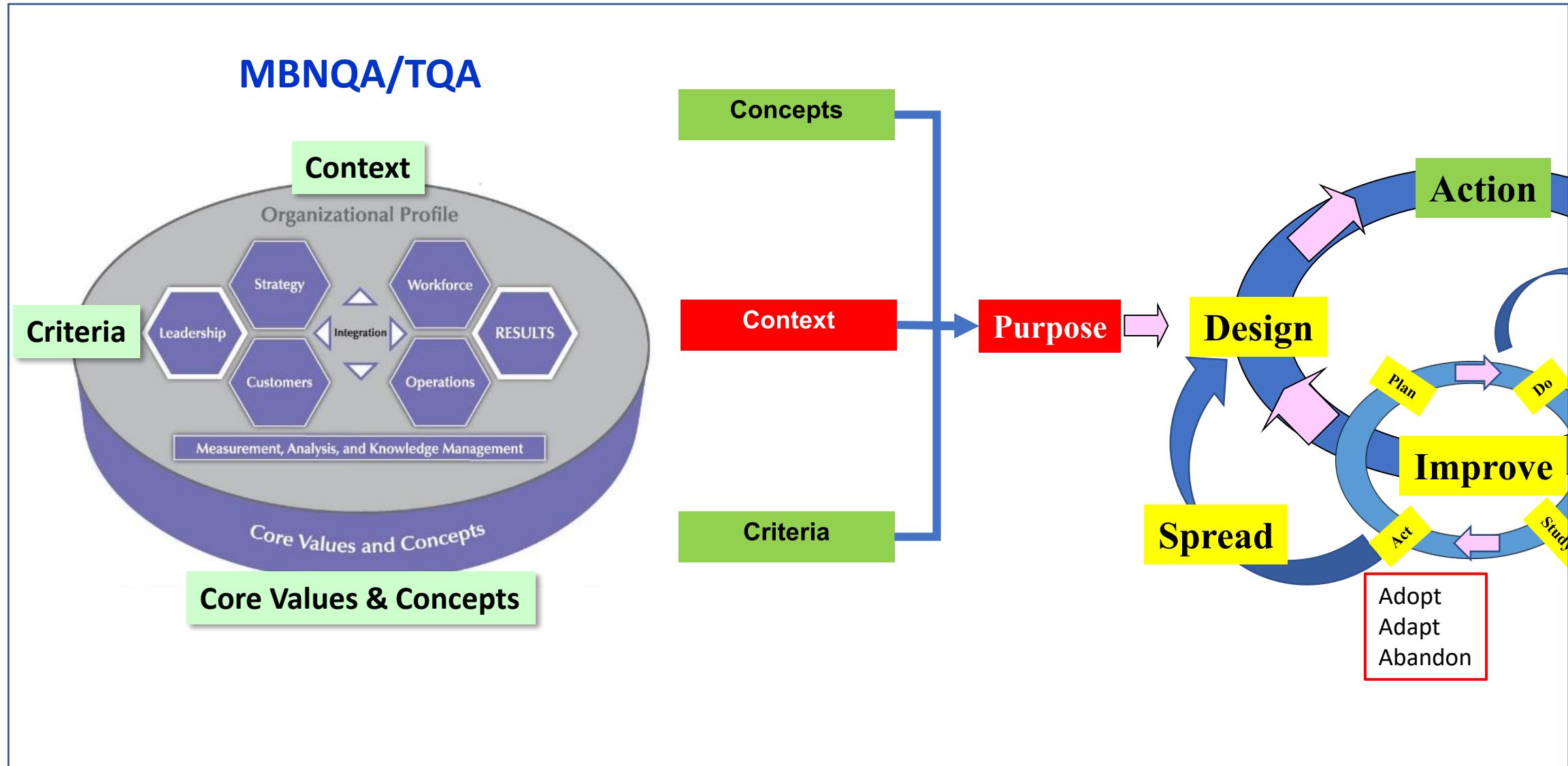
ความเชื่อมโยงของคำที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ



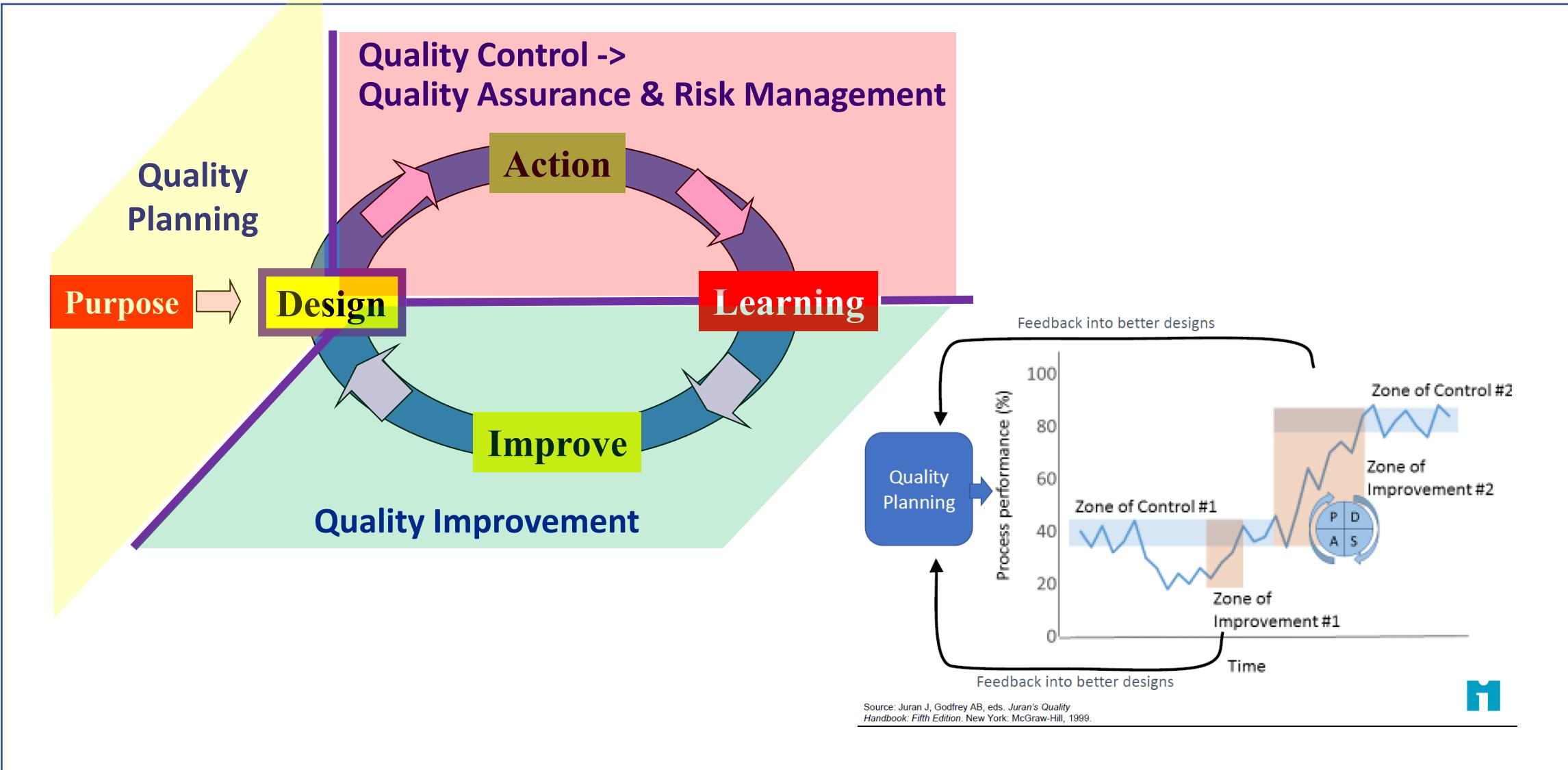
3C-DALI : วงศ์อแห่งการเรียนรู้และพัฒนา



3C & MBNQA Framework for Excellence

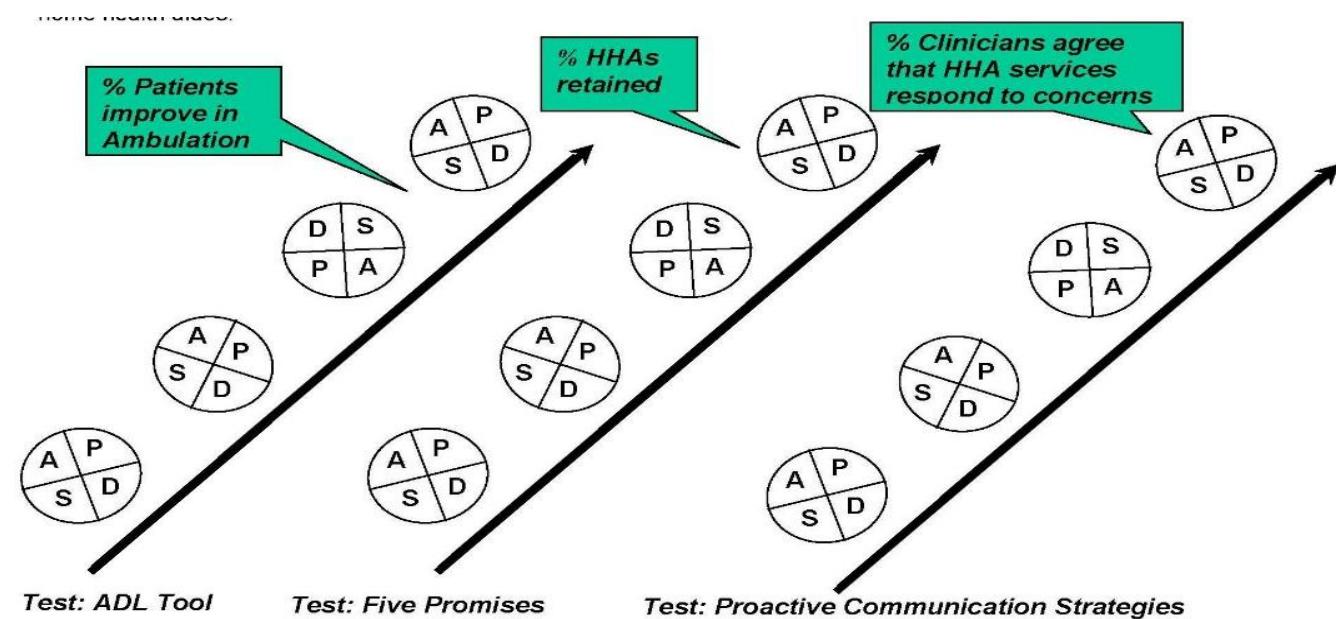
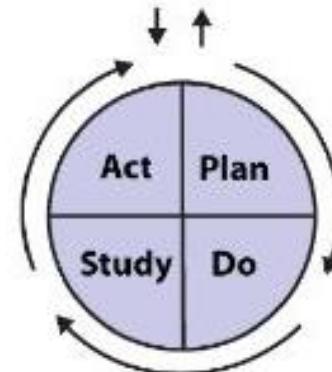


DALI & Juran Trilogy: All Three Elements Are Needed



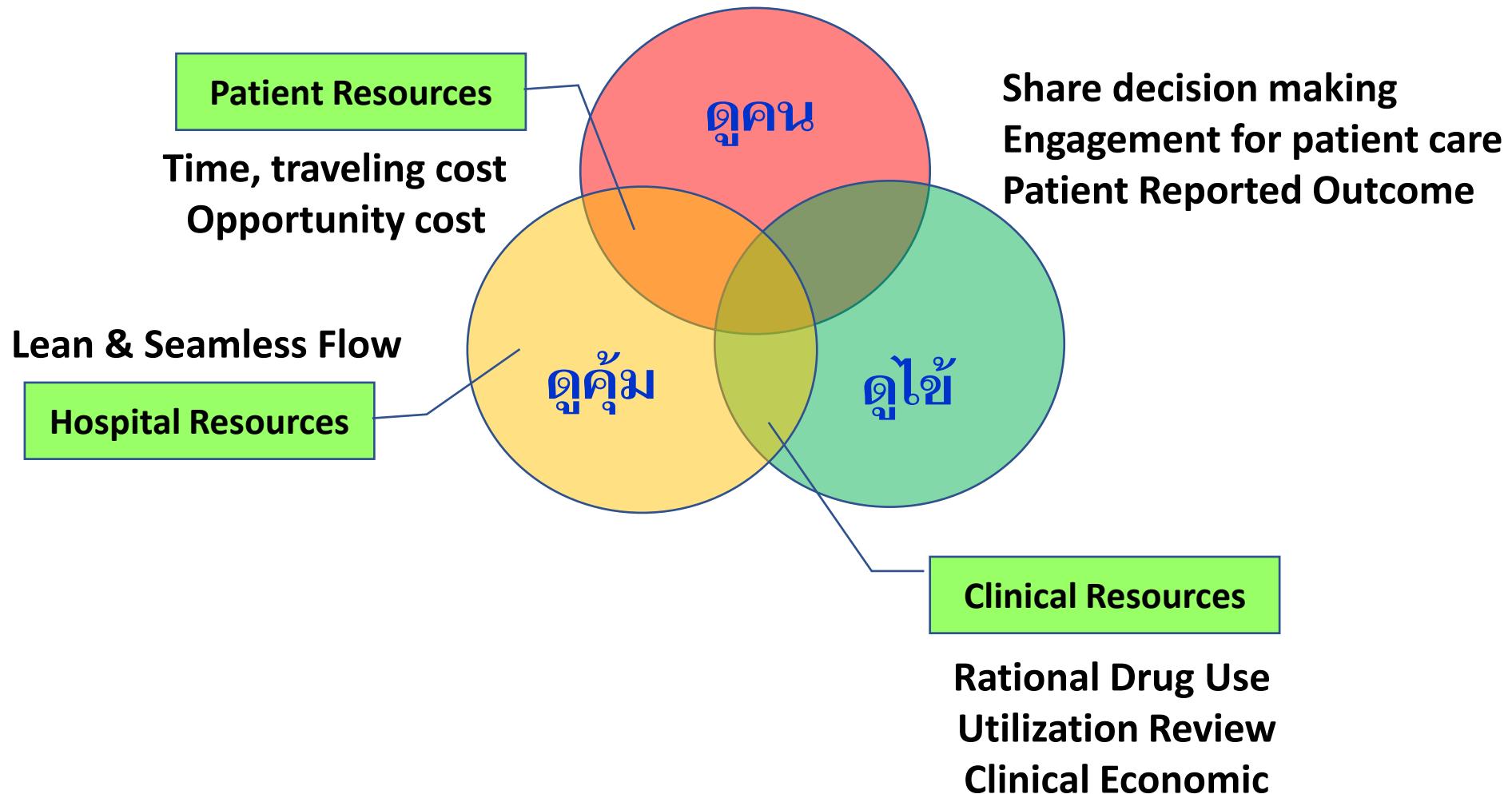
The Model for Improvement

The Model for Improvement



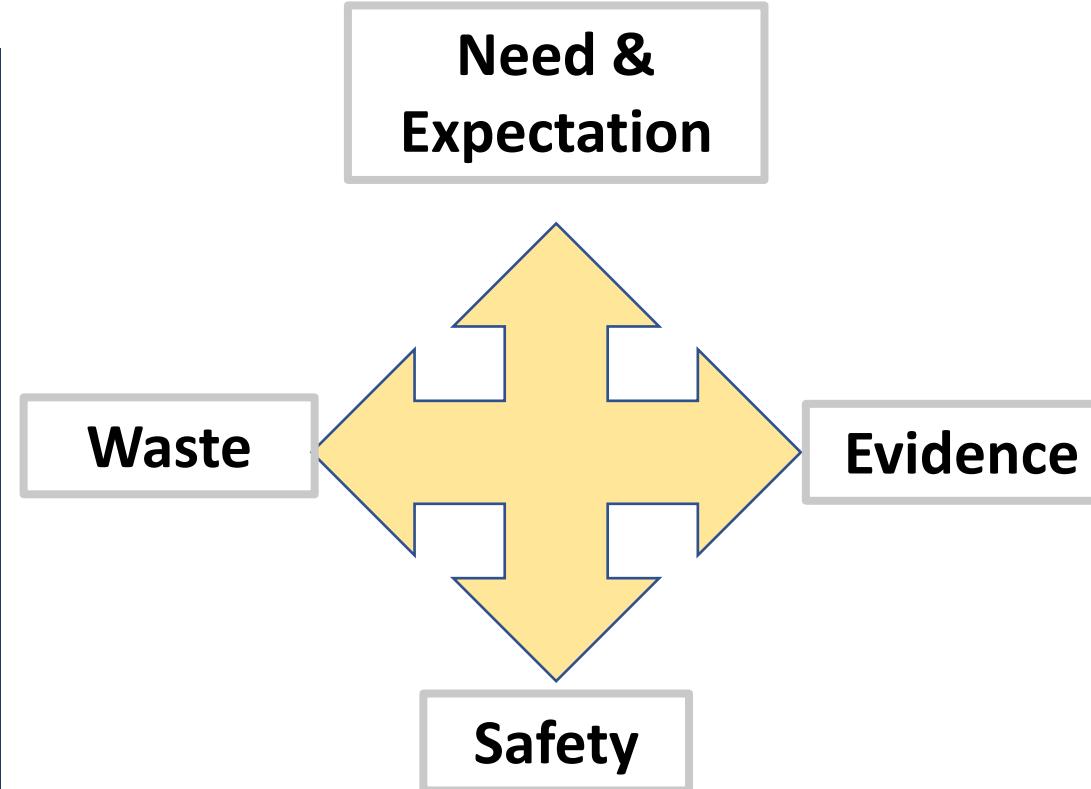
Economic Objective (Efficiency)

Overlapping Parts

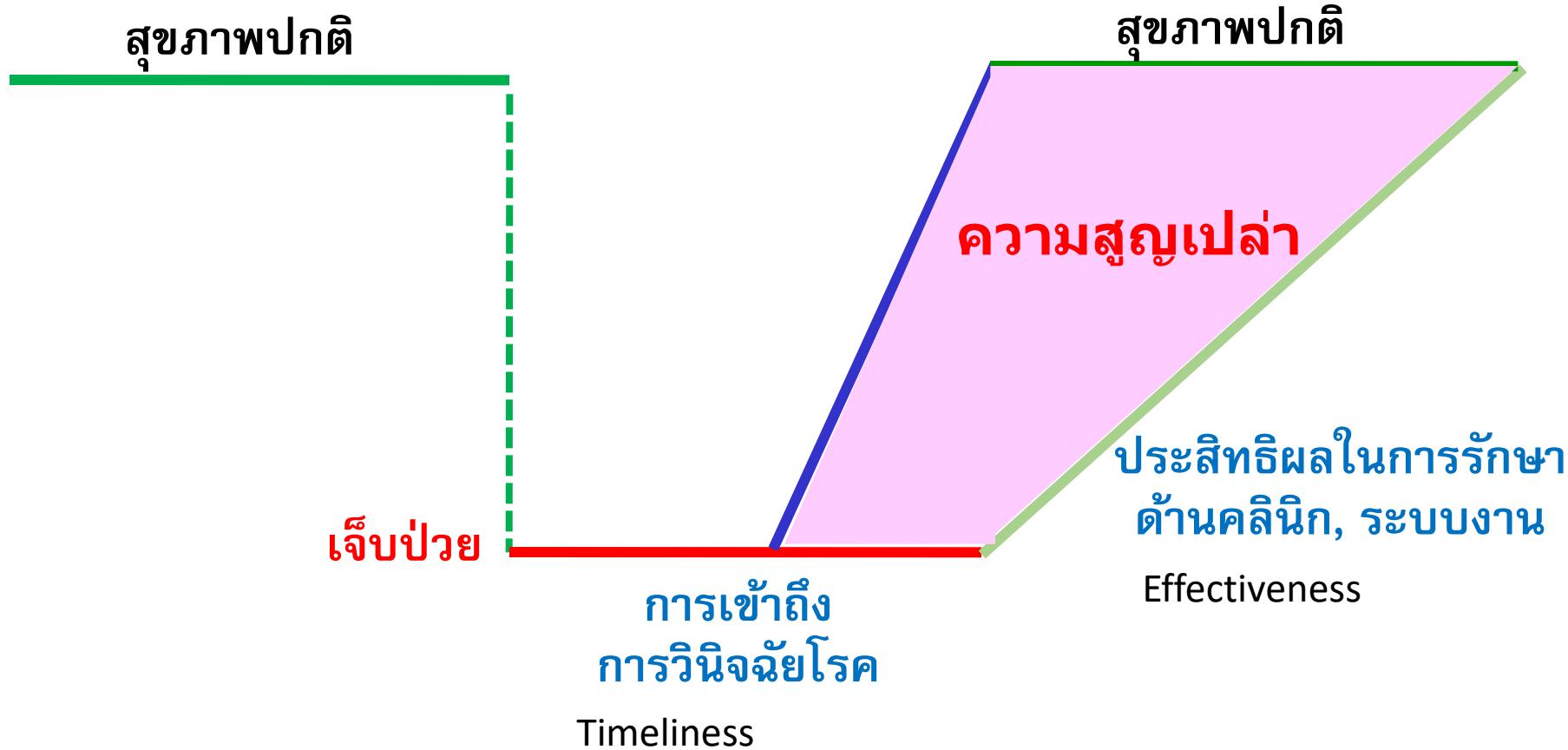


ทบทวนและเรียนรู้จากการอบรม (NEWS)

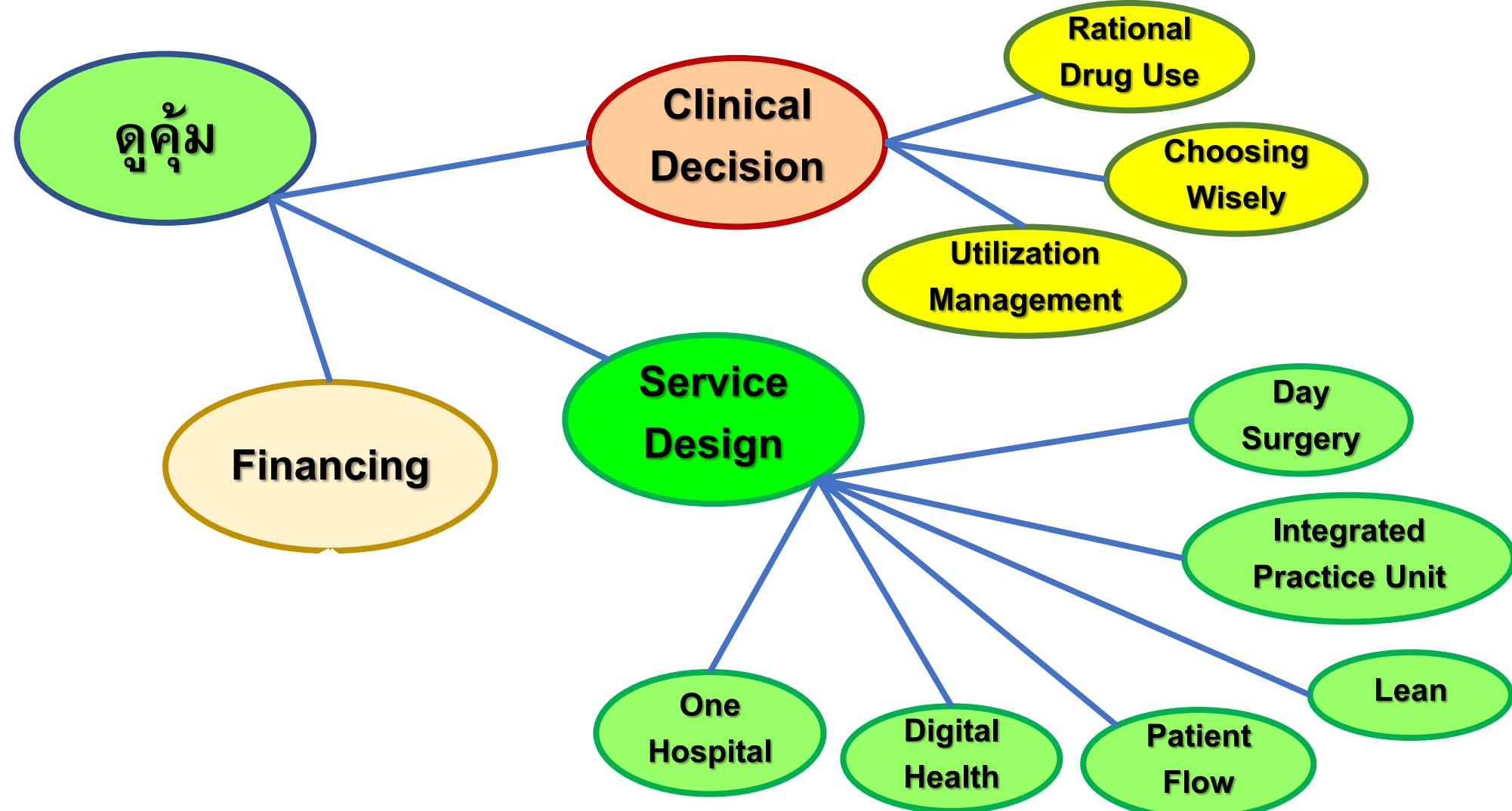
**Diagnostic
Medication
Procedure
Visit/Hospitalization
Workflow/patient flow
Workforce/talent
Non-value added process
Queue/Waiting time
Communication failure
Information loss
Duplication of work
Repeat work
(ดูคู่ม)**



ลดความสูญเปล่าโดยคืนสู่ภาวะที่พึงประสงค์โดยเร็วที่สุด



ดูคุ้ม: รพ. ทำอะไรได้บ้างเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร

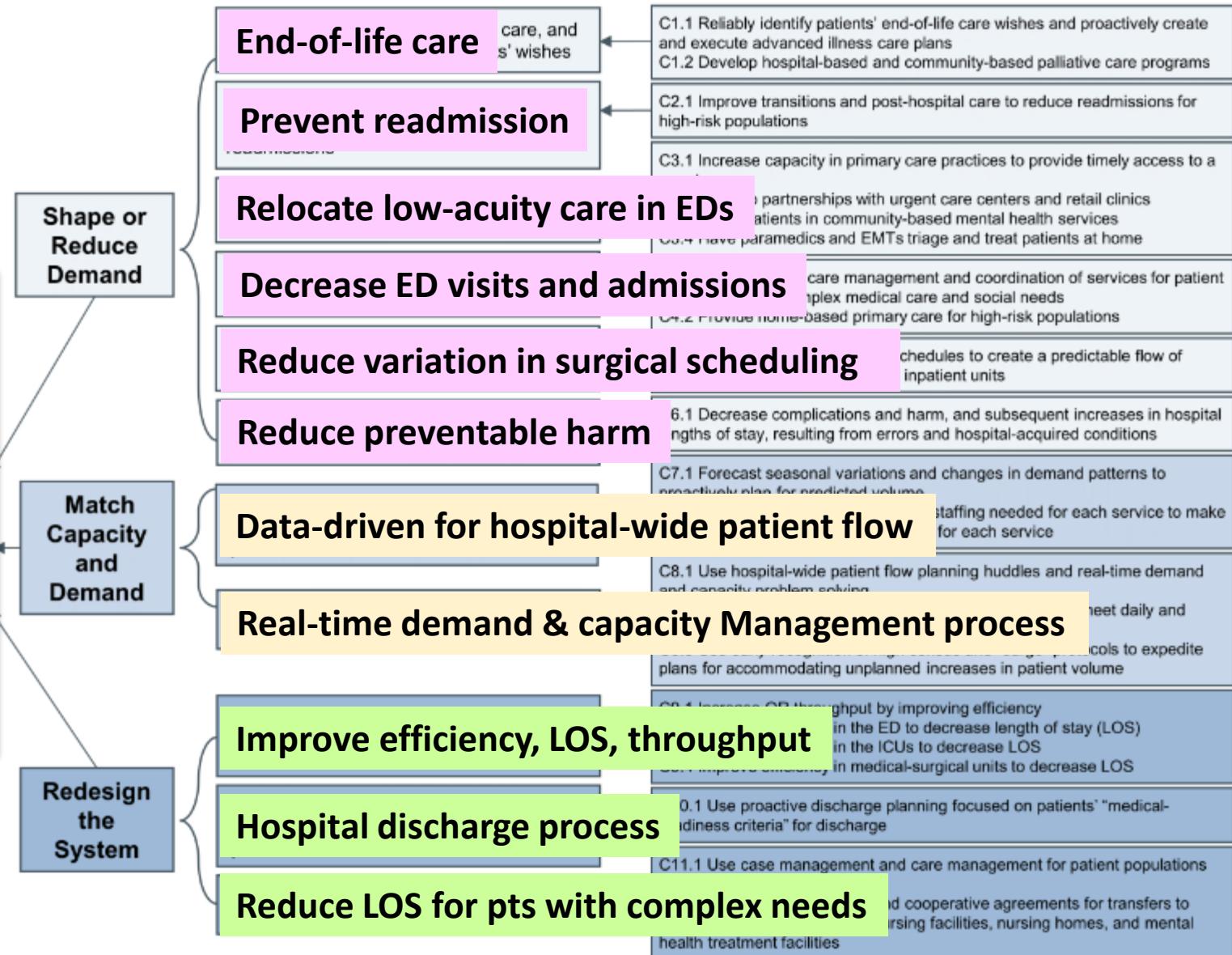


ดูคุ้ม : วิธีการหลัก ๆ ในการลดต้นทุนบริการสุขภาพ

- ใช้แพทย์และบุคลากรวิชาชีพให้ทำงาน **เต็มศักยภาพ**ตามใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- ลด **process variation** ที่เพิ่มความซับซ้อนและต้นทุน (เช่น reconcile WAD & WAI)
- ขจัดการให้บริการหรือการทดสอบที่ไม่เพิ่มคุณค่า หรือมีคุณค่าน้อย
- ลด **cycle time** ทุกขั้นตอนตลอด care cycle เพื่อขยาย capacity ของบุคลากรและสถานที่
- ลงทุนกับการเพิ่มทรัพยากรหรือบริการที่จะช่วย**ลดต้นทุนโดยรวม**ตลอด care cycle (เช่น การมาตรวจเพิ่ม การใช้ telemedicine)
- เปลี่ยนการให้บริการที่ไม่ซับซ้อนไปทำในสถานบริการที่ใช้ทรัพยากรน้อยกว่า
- ลดการให้บริการที่ซ้ำซ้อน (service duplication) ระหว่างสถานพยาบาล
- ลดการทำงานสนับสนุนที่ไม่มีประสิทธิภาพ (เช่น การนัดหมาย การบริหารจัดการ)
- เพิ่มความตระหนักรေงต้นทุนในทีมงาน (เช่น ต้นทุนของการใช้ทรัพยากร ระหว่าง suture & staple)
- เพิ่มประสิทธิภาพและ automation ใน การเรียกเก็บเงิน

ធ្វើគំរូ: Hospital-wide Patient Flow

- Decrease overutilization of hospital services
- Optimize patient placement to ensure the right care, in the right place, at the right time
- Increase clinician & staff satisfaction
- Demonstrate ROI for health systems moving toward value-based care strategies



10 Healthcare Quality Improvement Trends



- 1. Augmented Reality training:** การฝึกอบรมที่ใช้เทคโนโลยีที่ผสมโลกแห่งความเป็นจริงและความเสมือนจริง
- 2. Leverage data for healthcare:** ใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการจัดบริการสุขภาพ
- 3. Patient-customer experience personalization:** สร้างประสบการณ์เฉพาะตัวสำหรับผู้ป่วย ด้วยการรับรู้และตอบสนอง patient preference มีการสื่อสารที่เปิดกว้าง
- 4. Using wearable devices in healthcare:** ใช้ wearable device ในการเก็บข้อมูล ติดตามพฤติกรรมสุขภาพส่งสัญญาณเตือน ติดตามจากระยะไกล (remote tracking)
- 5. Hospitals using smart technology:** ใช้ connectivity & automation -> comfort, efficiency, safety
- 6. Artificial Intelligence and Internet of Things:** ใช้ปัญญาประดิษฐ์และ IoT เพื่อให้มีความถูกต้องแม่นยำมากขึ้น ลดความซ้ำซ้อนของงานที่ทำด้วยมือ ลดข้อผิดพลาด
- 7. Big data and analytics transforming data into health outcome:** ใช้ big data & analytics เพื่อเปลี่ยนข้อมูลมาเป็นผลลัพธ์สุขภาพ ที่คาดการณ์ได้ค่อนข้างแน่นอนเกี่ยวกับผลลัพธ์ ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นไปได้
- 8. Interest in population health management:** การจัดการสุขภาพประชากร ทั้งระดับประชากรทั่วไป กลุ่มผู้ป่วย หรือ cohort of individuals
- 9. Technology will drive efficiency:** ใช้เทคโนโลยีมาช่วยเคลื่อนประสิทธิภาพด้วยการมีระบบที่บูรณาการตลอด care continuum และ automation
- 10. Personalized medicine:** unique need, genetic makeup, lifestyle -> pharmacogenomics -> access?

10 Strategies to Improve Clinical Efficiency



1. Optimize physician time

การใช้ enterprise document management & enterprise imaging เพื่อช่วยให้แพทย์สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในระบบ EHR ได้ง่ายขึ้น

2. Eliminate paperwork

บูรณาการเนื้อหาในเอกสารบันทึกและการแพทย์เข้าใน EHR workflow ร่วมกับการจัดหมวดหมู่เอกสารอัตโนมัติ จะช่วยให้เข้าถึงและวิเคราะห์ข้อมูลได้ง่ายขึ้น

3. Simplify health information management

การใช้ enterprise document management system (EDMS) และ intelligent document processing (IDP) ครอบคลุม entire medical record lifecycle

4. Eliminate data silos and care blind spots

การมี single interface ในการค้นหาบทวนเวชระเบียนรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เข้าใน platform เดียวกัน

5. Enable better care through patient portals

การใช้ patient portal เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงเวชระเบียนและผลการตรวจสุขภาพของตนเอง ตลอดจนแชร์ข้อมูลกับหน่วยอื่น

6. Streamline patient intake

7. Enable better care collaboration

8. Use clinician-centered EHR design

9. Choose the right technology partners

10. Measure performance continuously

10 Strategies to Improve Clinical Efficiency



1. Optimize physician time

2. Eliminate paperwork

3. Simplify health information management

4. Eliminate data silos and care blind spots

5. Enable better care through patient portals

6. Streamline patient intake

7. Enable better care collaboration

8. Use clinician-centered EHR design

9. Choose the right technology partners

10. Measure performance continuously

การลงคะแนนและให้คำยินยอมผ่าน mobile phone ช่วยลดความขัดในการรับผู้ป่วย

การจัดการความสัมพันธ์ของข้อมูล เอกสาร และกระบวนการ
บันแพลตฟอร์มเดียวกัน
การใช้เทคโนโลยีที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์แบบ real time

ออกแบบระบบ EHR โดยให้ความสำคัญกับความต้องการ
ของแพทย์

เลือกพันธมิตรทางเทคโนโลยีที่เหมาะสม สามารถบูรณาการ
solution ด้านเทคโนโลยีกับระบบที่มีอยู่แล้วได้

วัดผลการดำเนินการทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง มี regular
audit & feedback loop

For Hospitals, the Road to “Net Zero” Begins with Reprocessing “Single-Use” Devices

Net Zero Begins with Extending the Life of “Single-Use” Medical Devices

Hospitals that use FDA-cleared, reprocessed medical devices reduce cost, waste, and greenhouse gas emissions. They strengthen our supply chain too. Find out how.

 [LINKEDIN](#)

 [TWITTER](#)

 [NEWSLETTER](#)

ขั้นตอนการดำเนินการ

Phase 1

- สำรวจรายการ SUDs กั้งหมด
 - ราคาจัดซื้อหน่วยงานที่ใช้และผู้เกี่ยวข้อง
- แบ่งกลุ่ม SUDs เป็น **critical item, semi-critical item และ non critical items** (พร้อมรูปภาพของ SUDs)
- คำนวณ **unit cost** ในการ reprocessing (ประเมินความคุ้มค่า)

Phase 2

- แต่งตั้งคณะกรรมการ SUDs
- กำหนดนโยบายการนำ SUDs กลับมาใช้ซ้ำ
 - กำหนดเป็นคุณค่า SUDs (**tracking system**)
 - ระบุข้อกำหนด function การใช้งาน (หน่วยงานที่ใช้ร่วมกับ CSSD)
 - ระบุจำนวนครั้งที่จะใช้ซ้ำ (กดลงเก็บข้อมูลจากโครงการนำร่อง)
 - การทำความสะอาดและการตรวจสอบอย่างละเอียดทุกอุปกรณ์ หรือ จัดทำเป็นกลุ่ม family
 - การติดตามการใช้งานกับผู้ป่วยที่ใช้ SUDs เพื่อดู adverse event

ขั้นตอนการดำเนินการ

Phase 3

- เลือกหน่วยงานนำร่อง
- ทดลองปฏิบัติในหน่วยงานนำร่อง

Phase 4

- ประเมินผล และขยายผลในการปฏิบัติไปยังหน่วยงานอื่น ๆ

ตัวอย่างข้อมูลที่ควรมีเพื่อใช้ในการจัดการและขึ้นทะเบียน

ลำดับ	หน่วย ม	หมายเหตุ อุปกรณ์	รายการ	ราคาซื้อ , ชิ้น	ค่า Repr ocess (บาท)	จำนวนครั้ง reuse	จำนวน การใช้Re- use/ เที่ยบ	ประเภท	Function ในการใช้ สำหรับผ่าตัด	ขั้นตอน การผ่า ความ ละเอียด(A)	วิธีตรวจสอบการท่างาน (Function) (C&D)
15	OR	OR15	Disposable irrigate cassette	3,500	400	4	4	critical	ตัวถังสารส่งน้ำเพื่อ ^{กับถังน้ำมีอุบัติเหตุ} ติดนิ่งอยู่ในไหระ ชบุก	1,6,7,8	C1-2 D1,4,6
16	OR	OR16	Trocars 5-10mm	4,494	560	3	120	critical	เป็นตัวนำในการ ^{แพทย์ท้าพิวหนัง} ผู้ป่วยเพื่อใส่ เกร่อชนิด Lap	2,3,4,5,6, 7,8	C1-4 D1,2,3,6
17	OR	OR17 A	Curve dissector	6,527	560	5	180	critical	เป็นตัวขันเบื้อง ตัดขันนิ่งในการ ^{ท่าตัด Lap}	3,4,7,8	C1-4 D1,6

ขั้นตอนการทำความสะอาด Single Use Device เพื่อการ Reuse

1. เช็คทำความสะอาดพื้นผิวเครื่องมือ/ อุปกรณ์ภายนอก
2. ถอดแยกชิ้นส่วนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่สามารถถอดออกได้ (เช่น trocar ที่เป็น single use ของบางบริษัท สามารถถอดได้บางส่วน)
3. แซ่ อุปกรณ์/เครื่องมือในน้ำผึ้งสมสารทำความสะอาด่อนใช้มี ใช้เวลาตาม IFU ของบริษัทที่ทาง รพ ใช้ชี้งคำแนะนำ ก็จะถูกต้องตามลักษณะคราบสิ่งสกปรก ถ้าฟังแแห่นนาน ก็ใช้เวลาแซ่นนาน (เช่น 10 นาที)
4. ขัดถูทำความสะอาดใต้น้ำด้วยแปรงขันหุ่ม/ ฟองน้ำ ทุกซอกมุมจนไม่พบคราบเปื้อนใด ๆ หรือใส่ เข้าในเครื่อง ultrasonic
5. ใส่ Guide ชนิดที่มีขันแปรงพอเหมาะสมกับรู แยกเข้า-ออก ภายในท่อจุนไม่พบคราบสกปรก
6. ใช้ Syringe 20 ml ดูดน้ำยาเอนไซม์ดันผ่านท่อด้านในอย่างน้อย 4-5 ครั้งและตามด้วยน้ำสะอาด อย่างน้อย 4-5 ครั้ง
7. ล้างทำความสะอาดอุดด้วยน้ำจนสะอาด



An initiative of the ABIM Foundation

American Geriatrics Society



Leading Change. Improving Care for Older Adults.

Ten Things Clinicians and Patients Should Question

1 Don't recommend percutaneous feeding tubes in patients with advanced dementia; instead offer oral assisted feeding.

Careful hand feeding for patients with severe dementia is at least as good as tube feeding for the outcomes of death, aspiration pneumonia, functional status and patient comfort. Food is the preferred nutrient. Tube feeding is associated with agitation, increased use of physical and chemical restraints and worsening pressure ulcers.

2 Don't use antipsychotics as the first choice to treat behavioral and psychological symptoms of dementia.

People with dementia often exhibit aggression, resistance to care and other challenging or disruptive behaviors. In such instances, antipsychotic medicines are often prescribed, but they provide limited and inconsistent benefits, while posing risks, including over sedation, cognitive worsening and increased likelihood of falls, strokes and mortality. Use of these drugs in patients with dementia should be limited to cases where non-pharmacologic measures have failed and patients pose an imminent threat to themselves or others. Identifying and addressing causes of behavior change can make drug treatment unnecessary.

3

Avoid using medications other than metformin to achieve hemoglobin A1c <7.5% in most older adults; moderate control is generally better.

There is no evidence that using medications to achieve tight glycemic control in most older adults with type 2 diabetes is beneficial. Among non-older adults, except for long-term reductions in myocardial infarction and mortality with metformin, using medications to achieve glycated hemoglobin levels less than 7% is associated with harms, including higher mortality rates. Tight control has been consistently shown to produce higher rates of hypoglycemia in older adults. Given the long time frame to achieve theorized microvascular benefits of tight control, glycemic targets should reflect patient goals, health status and life expectancy. Reasonable glycemic targets would be 7.0 – 7.5% in healthy older adults with long life expectancy, 7.5 – 8.0% in those with moderate comorbidity and a life expectancy < 10 years, and 8.0 – 9.0% in those with multiple morbidities and shorter life expectancy.

4

Don't use benzodiazepines or other sedative-hypnotics in older adults as first choice for insomnia, agitation or delirium.

Large-scale studies consistently show that the risk of motor vehicle accidents, falls and hip fractures leading to hospitalization and death can more than double in older adults taking benzodiazepines and other sedative-hypnotics. Older patients, their caregivers and their providers should recognize these potential harms when considering treatment strategies for insomnia, agitation or delirium. Use of benzodiazepines should be reserved for alcohol withdrawal symptoms/delirium tremens or severe generalized anxiety disorder unresponsive to other therapies.

5

Don't use antimicrobials to treat bacteriuria in older adults unless specific urinary tract symptoms are present.

Cohort studies have found no adverse outcomes for older men or women associated with asymptomatic bacteriuria. Antimicrobial treatment studies for asymptomatic bacteriuria in older adults demonstrate no benefits and show increased adverse antimicrobial effects. Consensus criteria has been developed to characterize the specific clinical symptoms that, when associated with bacteriuria, define urinary tract infection. Screening for and treatment of asymptomatic bacteriuria is recommended before urologic procedures for which mucosal bleeding is anticipated.

6

Don't prescribe cholinesterase inhibitors for dementia without periodic assessment for perceived cognitive benefits and adverse gastrointestinal effects.

Although some randomized control trials suggest that cholinesterase inhibitors may improve cognitive testing results, it is unclear whether these changes are clinically meaningful. It is uncertain whether these medicines delay institutionalization, improve quality of life or lessen caregiver burden. No studies have investigated benefits beyond a year nor clarified the risks and benefits of long-term therapy. Clinicians, patients and their caregivers should discuss treatment goals of practical value that can be easily assessed and the nature and likelihood of adverse effects before beginning a trial of Cholinesterase inhibitors. If the desired effects (including stabilization of cognition) are not perceived within 12 weeks or so, the inhibitors should be discontinued.

7

Don't recommend screening for breast, colorectal, prostate or lung cancer without considering life expectancy and the risks of testing, overdiagnosis and overtreatment.

Cancer screening is associated with short-term risks, including complications from testing, overdiagnosis and treatment of tumors that would not have led to symptoms. For prostate cancer, 1,055 older men would need to be screened and 37 would need to be treated to avoid one death in 11 years. For breast and colorectal cancer, 1,000 older adults would need to be screened to prevent one death in 10 years. For lung cancer, much of the evidence for benefit from low dose CT screening for smokers is from healthier, younger patients under age 65. Further, although screening 1,000 persons would avoid four lung cancer deaths in six years, 273 persons would have an abnormal result requiring 36 to get an invasive procedure with eight persons suffering complications.

8

Avoid using prescription appetite stimulants or high-calorie supplements for treatment of anorexia or cachexia in older adults; instead, optimize social supports, discontinue medications that may interfere with eating, provide appealing food and feeding assistance, and clarify patient goals and expectations.

Unintentional weight loss is a common problem for medically ill or frail elderly. Although high-calorie supplements increase weight in older people, there is no evidence that they affect other important clinical outcomes, such as quality of life, mood, functional status or survival. Use of megestrol acetate results in minimal improvements in appetite and weight gain, no improvement in quality of life or survival, and increased risk of thrombotic events, fluid retention and death. In patients who take megestrol acetate, one in 12 will have an increase in weight and one in 23 will have an adverse event leading to death. The 2012 AGS Beers criteria lists megestrol acetate and cyproheptadine as medications to avoid in older adults. Systematic reviews of cannabinoids, dietary polyunsaturated fatty acids (DHA and EPA), thalidomide and anabolic steroids have not identified adequate evidence for the efficacy and safety of these agents for weight gain. Mirtazapine is likely to cause weight gain or increased appetite when used to treat depression, but there is little evidence to support its use to promote appetite and weight gain in the absence of depression.

9

Don't prescribe a medication without conducting a drug regimen review.

Older patients disproportionately use more prescription and non-prescription drugs than other populations, increasing the risk for side effects and inappropriate prescribing. Polypharmacy may lead to diminished adherence, adverse drug reactions and increased risk of cognitive impairment, falls and functional decline. Medication review identifies high-risk medications, drug interactions and those continued beyond their indication. Additionally, medication review elucidates unnecessary medications and underuse of medications, and may reduce medication burden. Annual review of medications is an indicator for quality prescribing in vulnerable elderly.

10

Don't use physical restraints to manage behavioral symptoms of hospitalized older adults with delirium.

Persons with delirium may display behaviors that risk injury or interference with treatment. There is little evidence to support the effectiveness of physical restraints in these situations. Physical restraints can lead to serious injury or death and may worsen agitation and delirium. Effective alternatives include strategies to prevent and treat delirium, identification and management of conditions causing patient discomfort, environmental modifications to promote orientation and effective sleep-wake cycles, frequent family contact and supportive interaction with staff. Nursing educational initiatives and innovative models of practice have been shown to be effective in implementing a restraint-free approach to patients with delirium. This approach includes continuous observation; trying re-orientation once, and if not effective, not continuing; observing behavior to obtain clues about patients' needs; discontinuing and/or hiding unnecessary medical monitoring devices or IVs; and avoiding short-term memory questions to limit patient agitation. Pharmacological interventions are occasionally utilized after evaluation by a medical provider at the bedside, if a patient presents harm to him or herself or others. If physical restraints are used, they should only be used as a last resort, in the least-restrictive manner, and for the shortest possible time.

2

Don't let older adults lie in bed or only get up to a chair during their hospital stay.

Up to 65% of older adults who are independent in their ability to walk will lose their ability to walk during a hospital stay. Walking during the hospital stay is critical for maintaining functional ability in older adults. Loss of walking independence increases the length of hospital stay, the need for rehabilitation services, new nursing home placement, risk for falls both during and after discharge from the hospital, places higher demands on caregivers and increases the risk of death for older adults. Bed rest or limited walking (only sitting up in a chair) during a hospital stay causes deconditioning and is one of the primary factors for loss of walking independence in hospitalized older adults. Older adults who walk during their hospital stay are able to walk farther by discharge, are discharged from the hospital sooner, have improvement in their ability to independently perform basic activities of daily living, and have a faster recovery rate after surgery.

3

Don't use physical restraints with an older hospitalized patient.

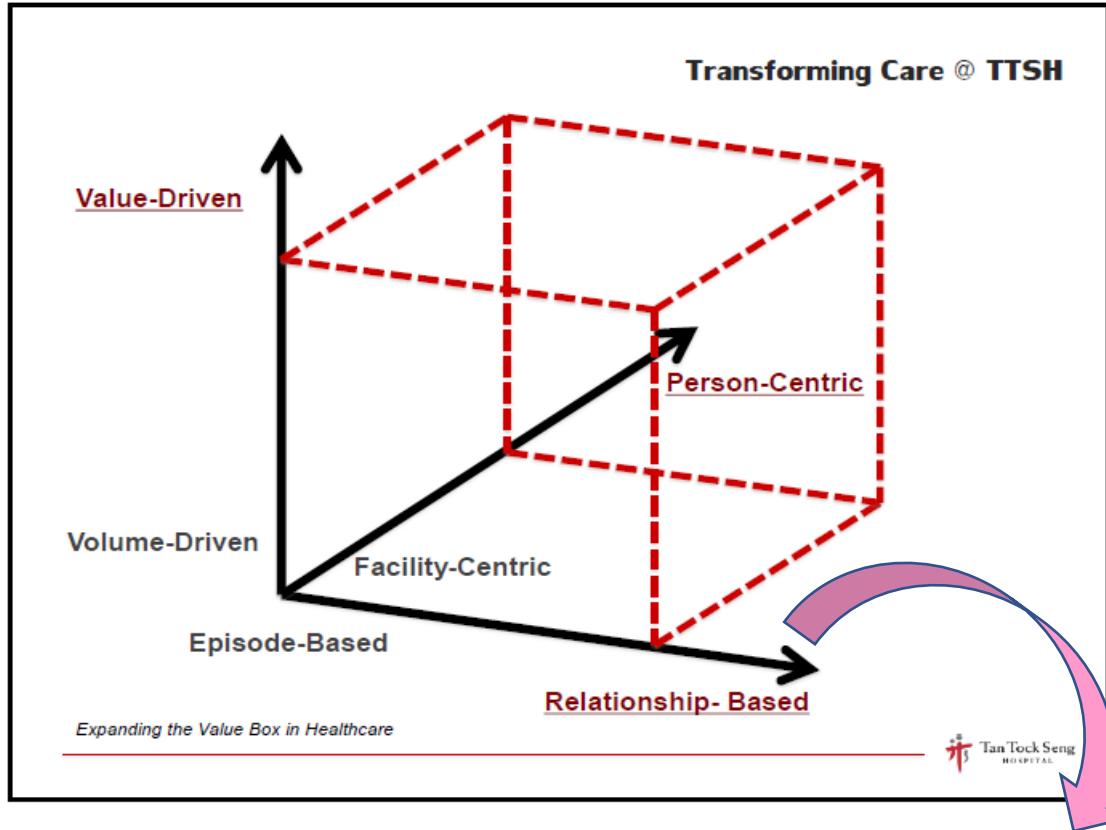
Restraints cause more problems than they solve, including serious complications and even death. Physical restraints are most often applied when behavioral expressions of distress and/or a change in medical status occur. These situations require immediate assessment and attention, not restraint. Safe, quality care without restraints can be achieved when multidisciplinary teams and/or geriatric nurse experts help staff anticipate, identify and address problems; family members or other caregivers are consulted about the patient's usual routine, behavior and care; systematic observation and assessment measures and early discontinuation of invasive treatment devices are implemented; staff are educated about restraints and the organizational culture and structure support restraint-free care.

4

Don't wake the patient for routine care unless the patient's condition or care specifically requires it.

Studies show sleep deprivation negatively affects breathing, circulation, immune status, hormonal function and metabolism. Sleep deprivation also impacts the ability to perform physical activities and can lead to delirium, depression and other psychiatric impairments. Multiple environmental factors affect a hospitalized person's ability for normal sleep. Factors include noise, patient care activities and patient-related factors such as pain, medication and co-existing health conditions.

Transforming Care at Tan Tock Seng Hospital



**Transition of Care along the Continuum
Population Health**

Core Skills Nurses for VBHC

Advanced education (formal & informal)

Continuous Learning

- Mentor/coach
- New learning method (simulation, national initiatives, learn from other industries)

Proficiency in technology

- Use to establish & maintain relationship
- Share best practice, improve patient safety, eliminate waste

Building relationship

- Beyond the hospitals, collaborate with partners

Community leadership

Performance-driven business

- Clinical value analysis
- Lean-> reduce waste, inefficiency, & cost

Emotional Intelligence (motivate & engage staff -> collaboration)

Flexibility & adaptability

Roles of Nurses in the New Era

Advocate patient to manage their health proactively

- Communication their care plan & expectation
- Engage patient for lifestyle change
- Identify potential pitfall
- Establish communication

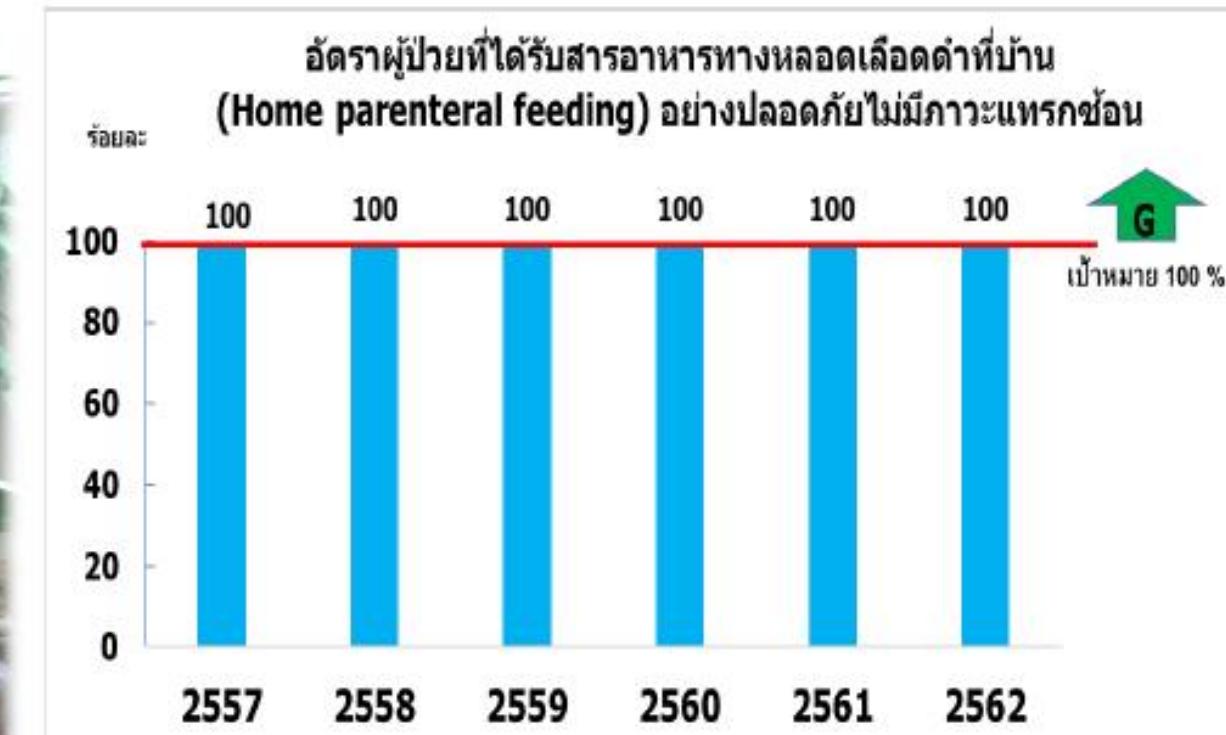
Create **better workflow & practice**

Smart use of **digital tools**

- Integrate valuable data
- Coordinate care
- Clinical decision support
- As resources to educate, engage, empower, motivate patients



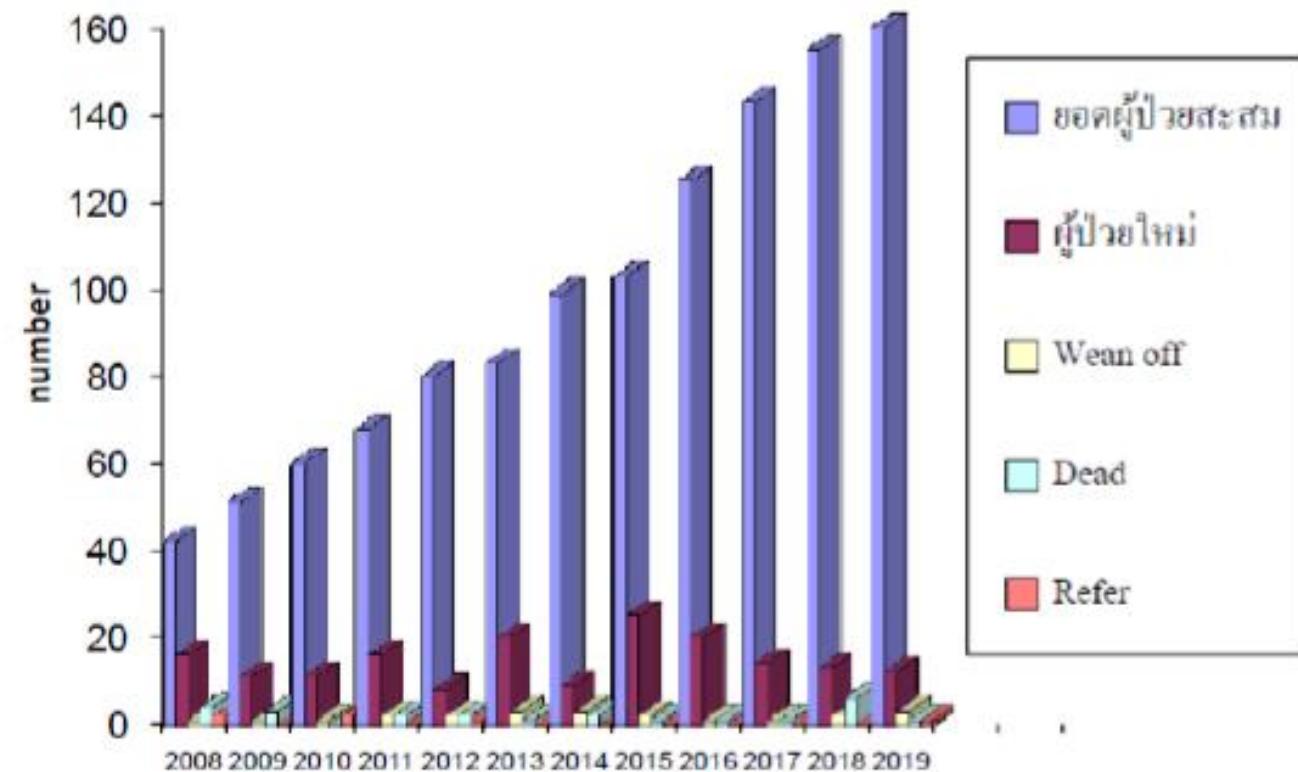
- เปลี่ยนชีวิตผู้ป่วยที่ต้องนอน รพ. ตลอดชีวิต ไปสู่ชีวิตครอบครัว
- อัตราการเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาไม่แตกต่างแบบ IPD
- ลดวันนอน(เตียง)แก่ผู้ป่วย acute case รายอื่น



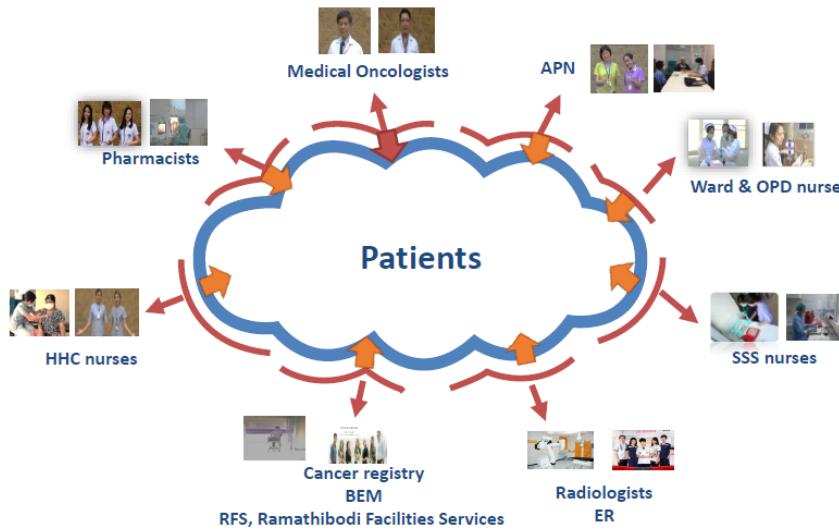
Home Mechanical Ventilator

Train her to be her own carer

สถิติผู้ป่วยเด็กที่ใช้ Home ventilator (2008-2019)

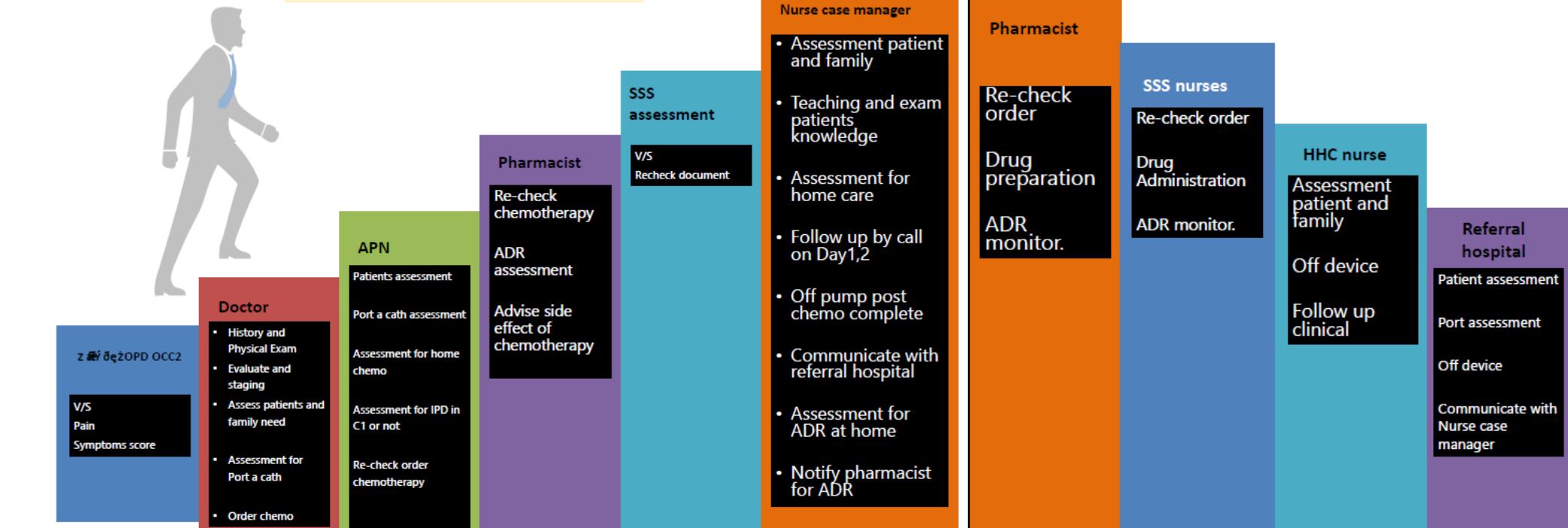


Home Chemotherapy



รพ.รามาธิบดี

Workflow of RHCM

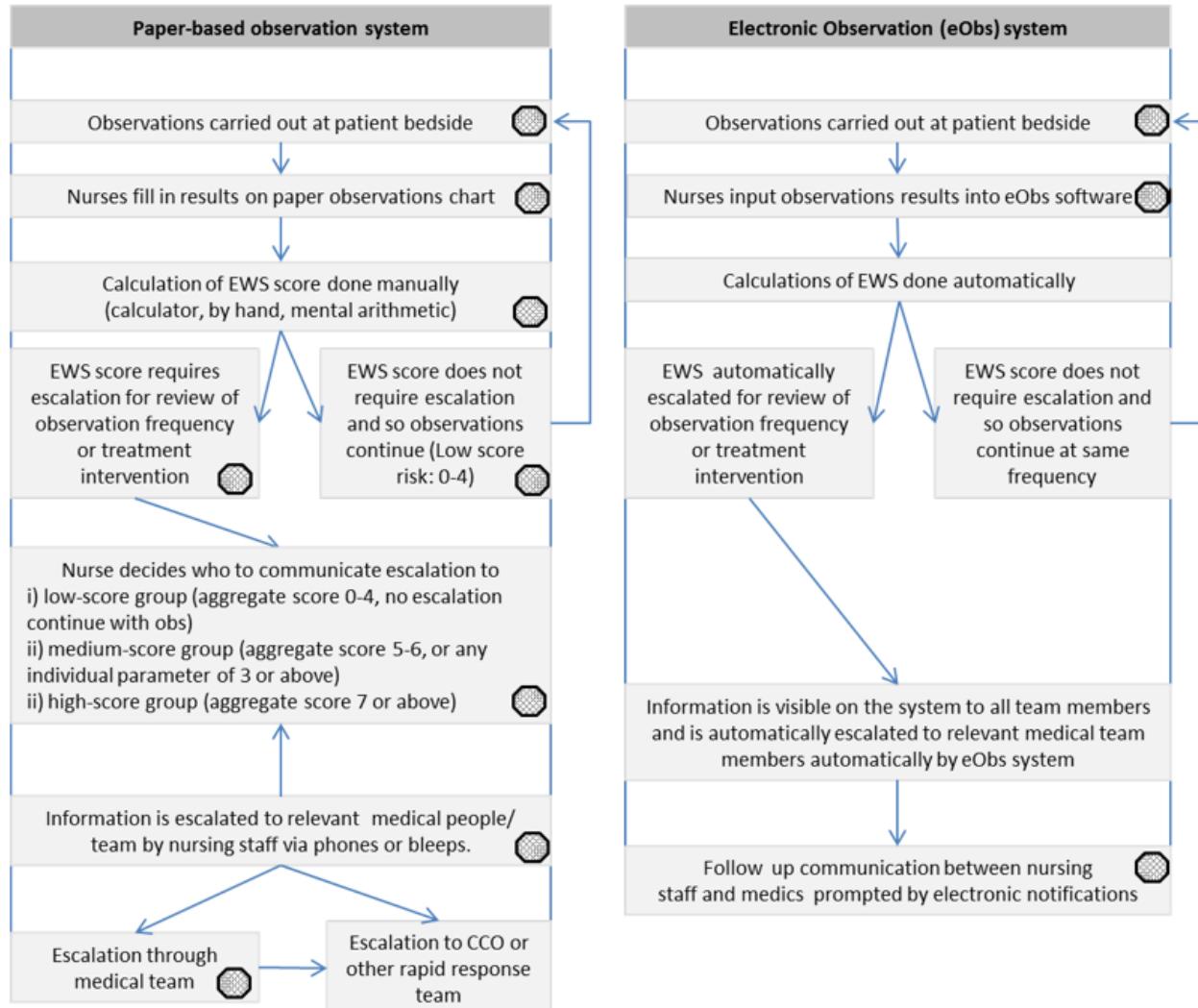




Digital Health

Observation Chart & Early Warning System

Electronic Patient Bedside Observation



Ⓐ = indicates opportunity for error to occur in information processing or communication

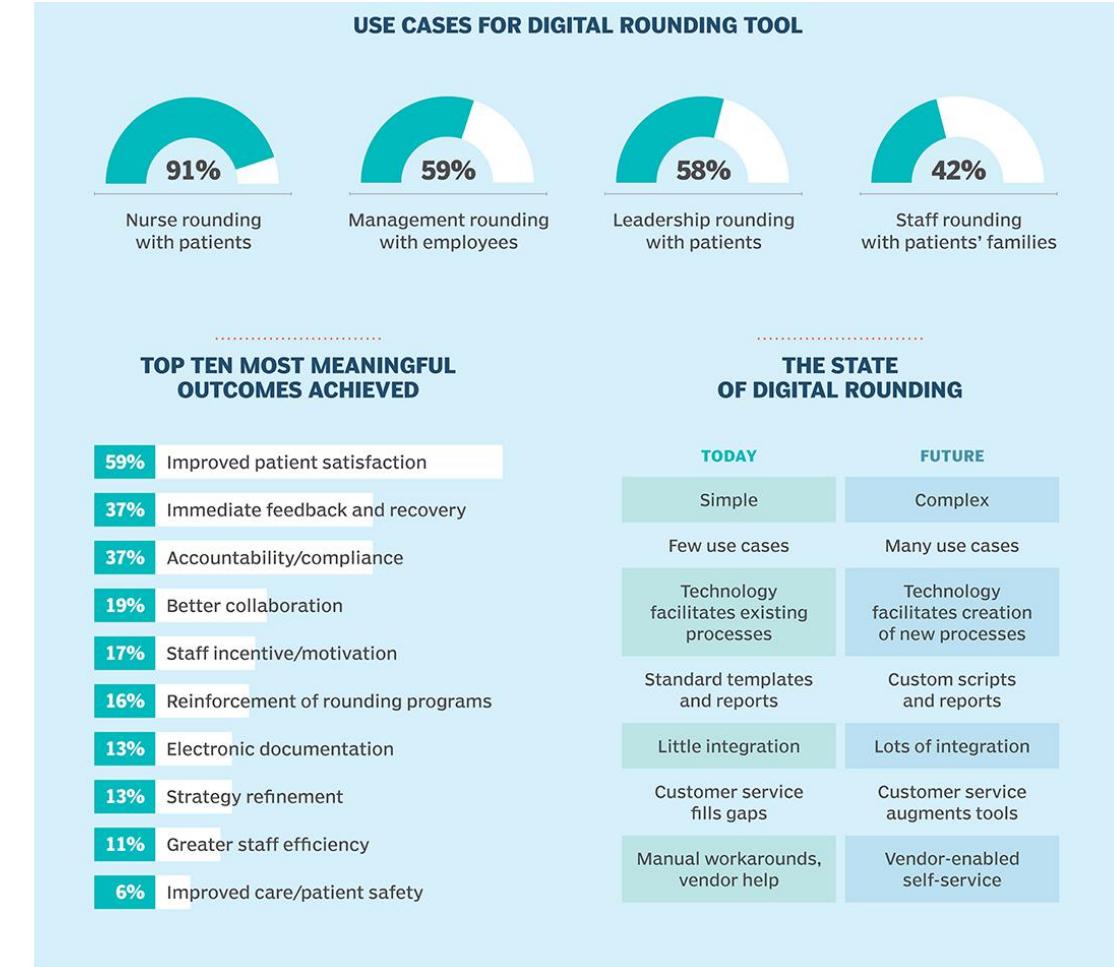
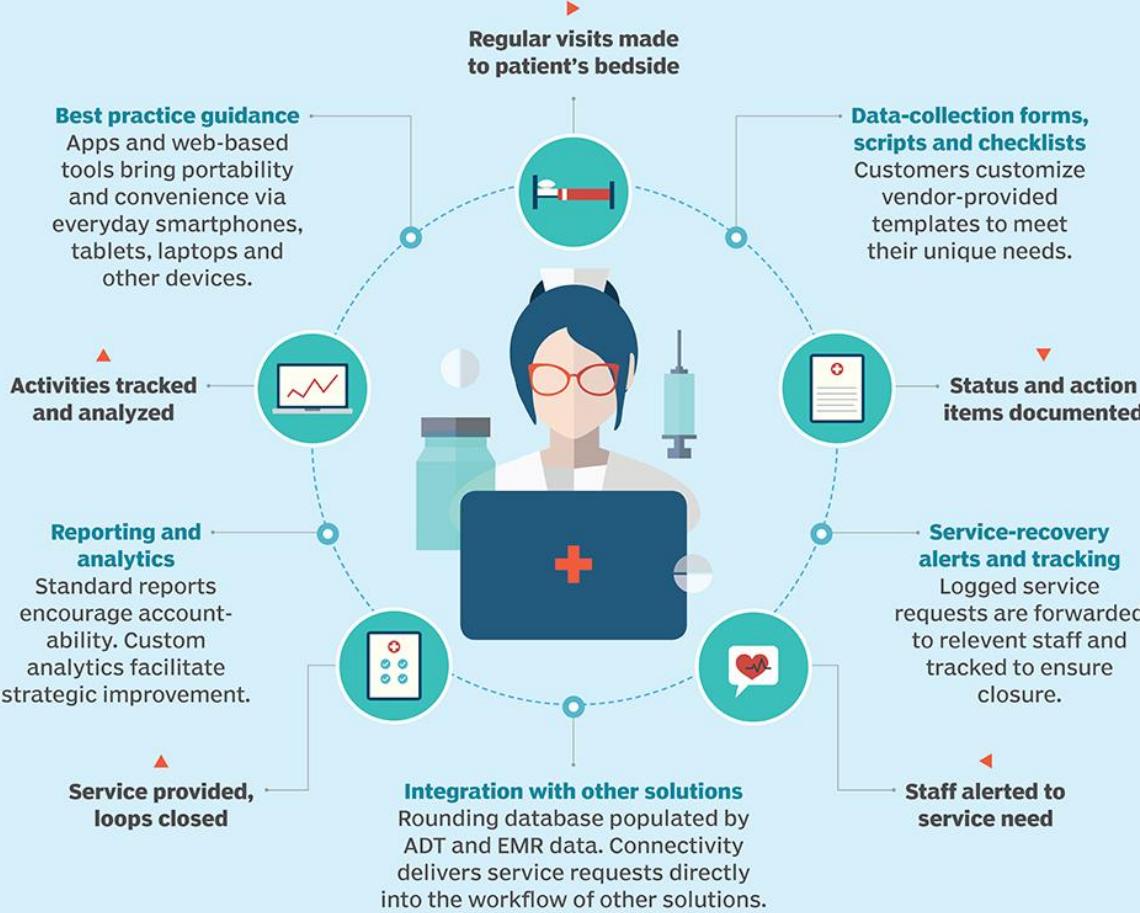
Electronic Patient Observations

Open Source and Open Standards

Key features:

- Capturing of vital signs and clinical risk indicators
- **Automated alerts, monitoring and scheduling**
- Bedside or community use with mobile devices
- Observations stored in real time
- Multi-level access control
- Open Source and Open Standards
- Customisable to specific needs and requirements
- National Early Warning Scores (NEWS)
- Traffic light system to indicate risk levels
- Full patient details available with one touch

Digital Rounding



Closed Loop Medication Management

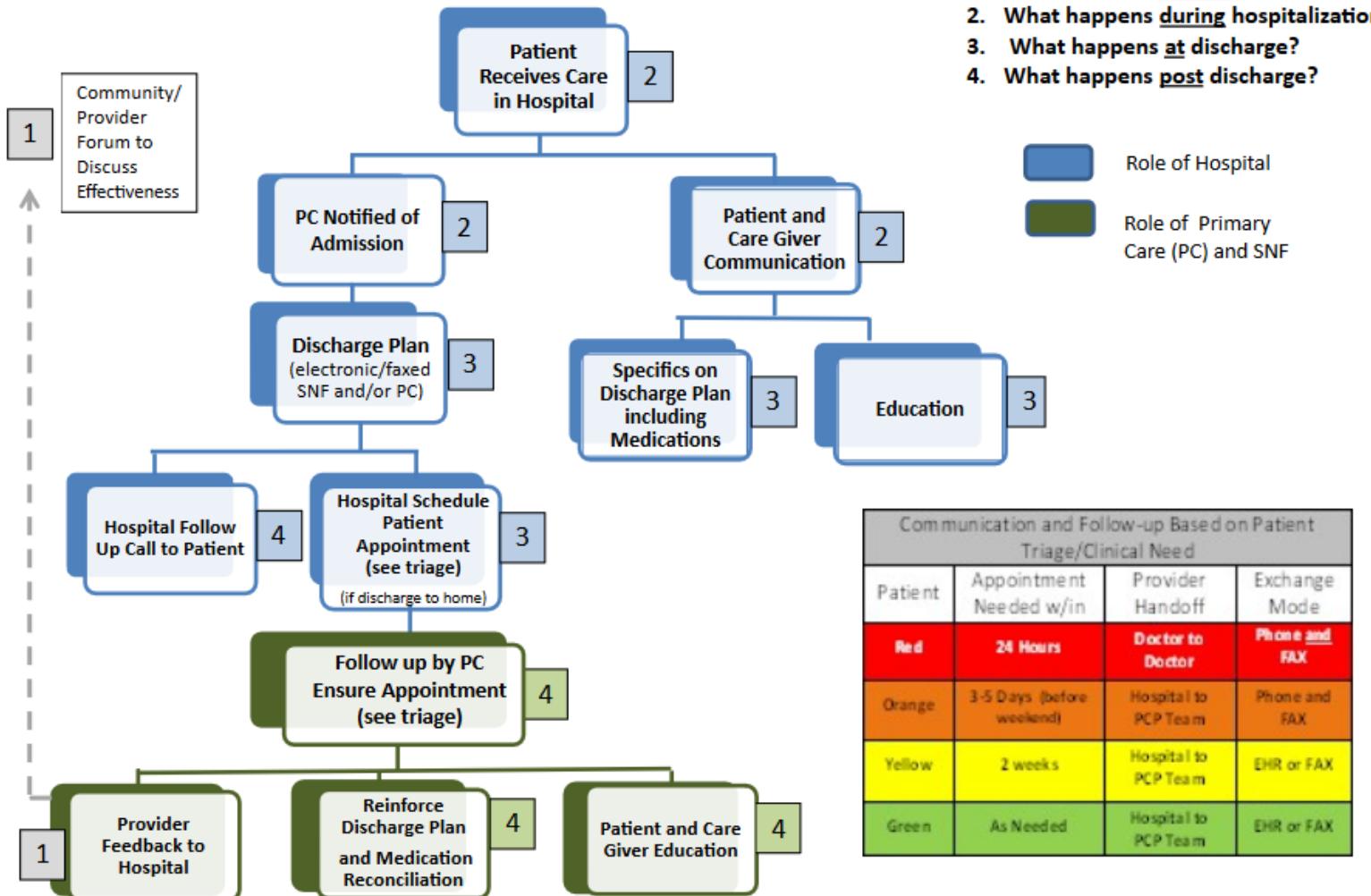


ระบบข้อมูลที่ต้องเชื่อมกัน

SMOOTH COMMUNICATIONS OVERVIEW

Cohesive plan of care between transitions
at arrival and discharge from the hospital
(Stays more than 24 hours)

DRAFT

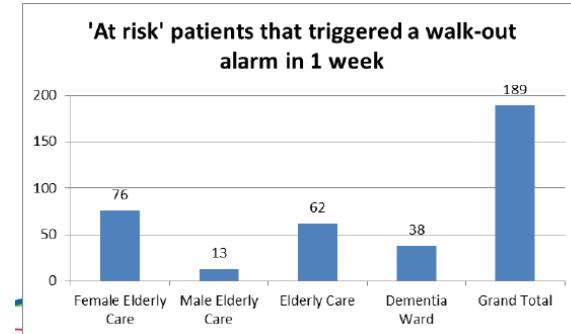
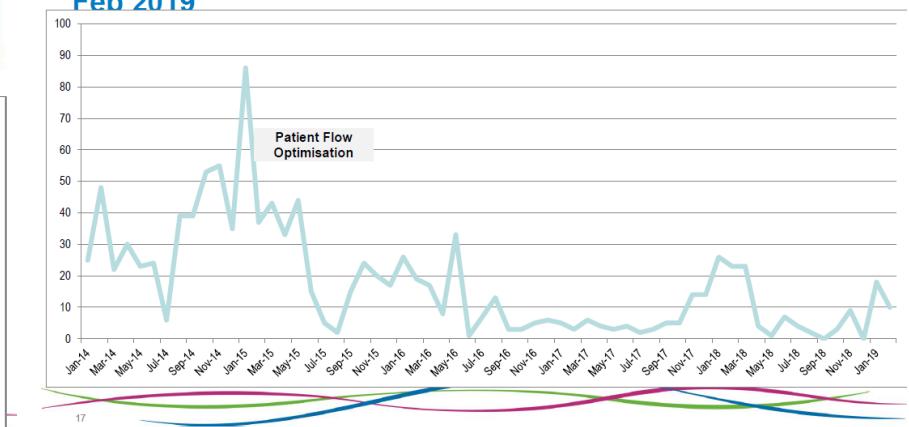


Real-Time Locating System (STLS)

Patient flow & safety together



Cancelled Operations due to Bed Shortages Jan 2014 – Feb 2019



Digital Narrative Medicine (DNM)



DNM IS THE FIRST DIGITAL PLATFORM DESIGNED ENTIRELY TO DEVELOP NARRATIVE MEDICINE PROGRAMS.

DNM IS A DIGITAL DIARY WHICH ALLOWS PATIENT TO SHARE THEIR STORIES WITH CAREGIVERS, USING A GUIDED PATH OF NARRATIVE PROMPTS

DNM TRANSFORMS THE CURRENT PATIENT DIGITAL EMPOWERMENT PROCESS INTO A RESOURCE FOR TREATMENT GUIDED BY DOCTORS.

DNM is a digital diary which allows patient to share their stories with caregivers using a guided path of narrative prompts.

Expecting Timeline for Adopting Digital Technology At Scale



(/us/en.html)

Utility still being explored

- Blockchain
- Virtual/augmented reality
- Digital assistants and voice recognition

Ready for near-term adoption

- E-consent
- Patient-reported outcomes captured using mobile devices
- Risk-based site monitoring
- Technology-based medication adherence solutions
- Assessing feasibility of protocol using multiple data sources

Next in line

- eSource (electronic recording and integration of all findings, observations, or other trial activities)
- Mine EHRs and patient records to assess protocol feasibility and target patients
- Workflow automation of some routine activities
- *Partially* virtual trials
- Digital biomarkers as *secondary endpoints*
- Natural language processing to produce patient safety narratives

Advanced technologies

- Synthetic and in-silico trials
- Artificial intelligence to analyze and interpret unstructured information from other studies and data
- Cognitive technologies to clean and analyze trial data
- *Completely* virtual trials
- Digital biomarkers as *primary endpoints*
- Natural language processing to perform more complex medical writing activities

Now

3 years

5 years

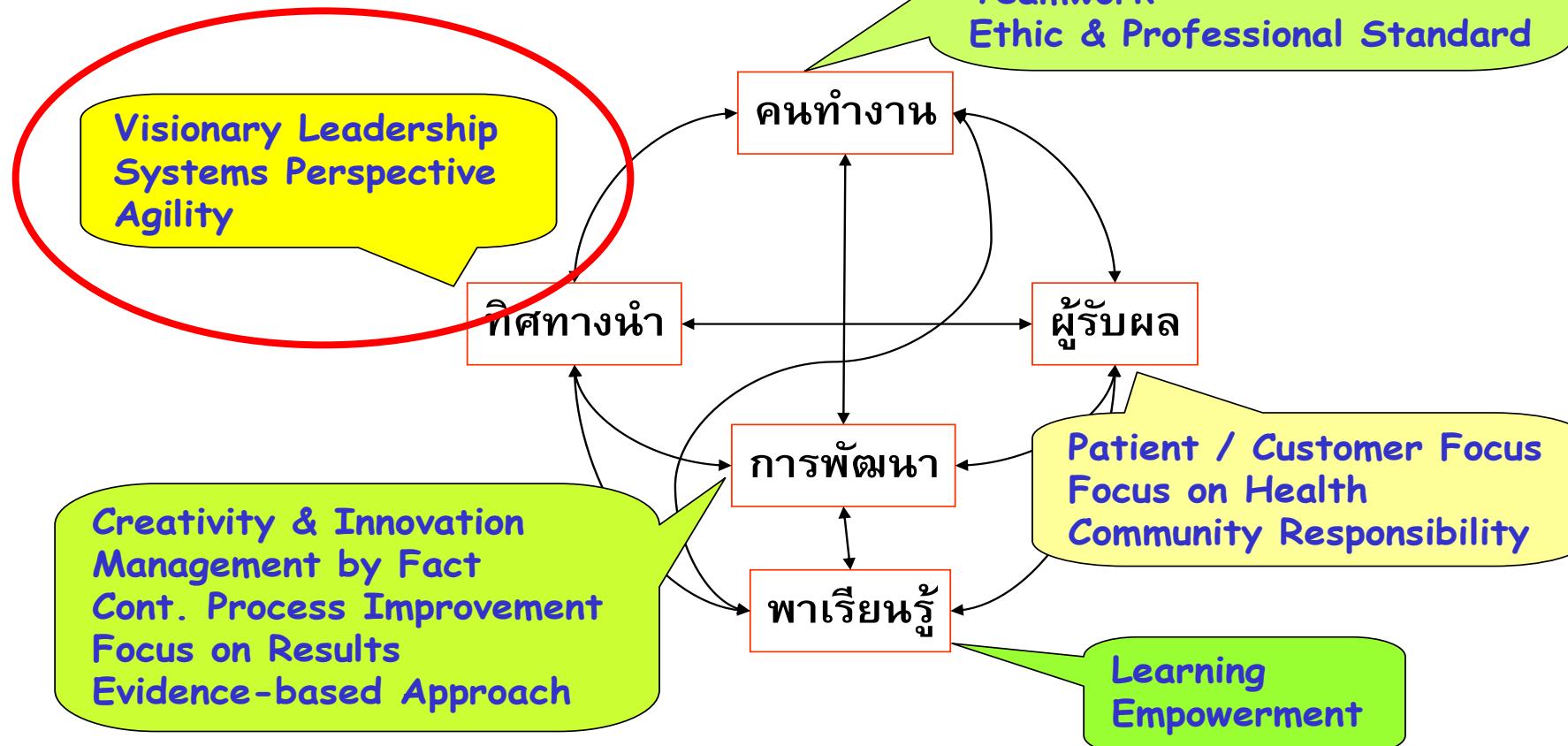
10 years

สร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย ด้วยค่านิยม “ทิศทางนำ”

Visionary Leadership, Systems Perspective, Agility & Resilience

ทิศทางนำ

Core Values & Concepts



Visionary Leadership

- กล้าฝัน กล้าขับเคลื่อนในสิ่งที่ยากลำบาก/ผู้คนอาจหัวเราะเยาะ
- เห็นโอกาสในปัญหาและความเสี่ยง ขับเคลื่อนด้วยวิสัยทัศน์ ค่านิยม
- ผู้นำที่มีสายตากว้างไกล เปลี่ยนแปลงสังคม มองภาพใหญ่ คิดเชิงกลยุทธ์
 - กำหนดเป้าหมายที่อาจหาญและยิ่งใหญ่ (BHAG-Big Hairy Audacious Goals)
 - มุ่งสร้างระบบบริการในฝัน integrated, people-centered care
 - ผู้นำมีวิสัยทัศน์ให้องค์กรเป็น Learning Organization, บุคลากรเป็น knowledge workers
 - ผู้นำมีวิสัยทัศน์มุ่งสู่ High Reliability Organization จัดบริการที่ ultrasafe
- นำเสนอความท้าทาย จูงใจให้คนเก่งมาร่วมตัวกัน สู่เป้าหมายที่สูงกว่า
- **Culture Hacking**
 - ทุกคนเป็นผู้นำในระดับที่ตนเองรับผิดชอบ: ฝันถึงการเปลี่ยนแปลงในทุกโอกาส
 - ทุกคนในองค์กรรับลูกวิสัยทัศน์ของผู้นำระดับสูง

Visionary Leadership : “Future Friday” Session



ผู้นำจัดสรรช่วงเวลาเฉพาะเจาะจงและเป็นประจำ (เช่น วันศุกร์สุดท้ายของเดือน 30 นาที) ให้ผู้นำแบ่งปัน “ภาพรวมในอนาคต” (future snapshot): สิ่งที่บรรดาผู้นำคาดหวังไว้สำหรับทีม / องค์กรในอีก 1, 3 หรือ 5 ปีข้างหน้า เกี่ยวกับความท้าทายหรือโอกาสที่เฉพาะเจาะจง

นี่ไม่ใช่การประชุมเชิงกลยุทธ์ แต่เป็น storytelling session เกี่ยวกับความเป็นไปได้ อาจแบ่งปันบทความแนวโน้มเทคโนโลยี หรือคำถament ที่จะตั้นความคิดก็ได้

Visionary Leadership : “Challenging the Status Quo”

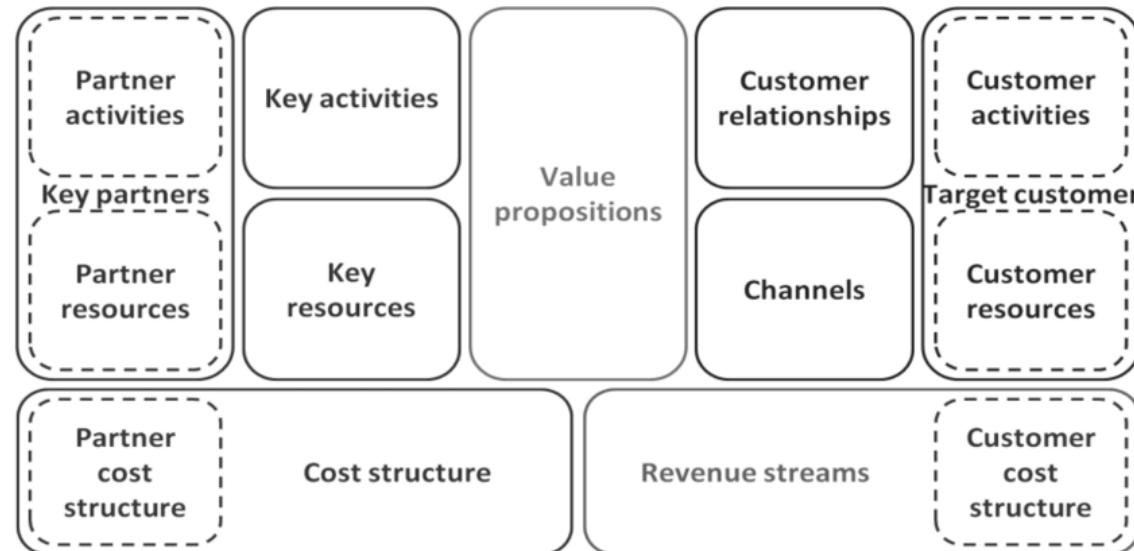


"Challenge the Status Quo" Micro-Experiments

ผู้นำประกาศต่อ public ว่าจะท้าทายกระบวนการ
หรือบรรทัดฐานการทำงานสักเรื่องหนึ่งที่ไม่มี
ประสิทธิภาพ หรือล้าสมัยภายในพื้นที่ของตนทุกเดือน

- **What** จะท้าทายอะไร
- **Why** เชื่อมโยงกับวิสัยทัศน์อนาคตเกี่ยวกับ
ประสิทธิภาพ / นวัตกรรม
- **How** จะทดลองวิธีการใหม่อย่างไร
- **What they learned** ได้เรียนรู้อะไร (แม้ว่าจะล้มเหลว
ก็ตาม)

Visionary Leadership : “The Co-Creation Canvas”

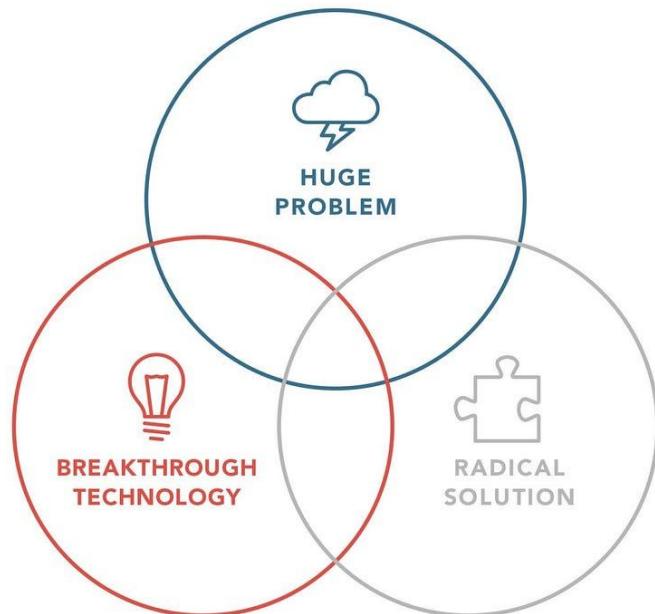


"The Co-Creation Canvas" (Visualizing Shared Futures)

ในการวางแผนเชิงกลยุทธ์หรือการเริ่มต้นโครงการขนาดใหญ่ ผู้นำจะนำเสนอวิสัยทัศน์ พร้อมทั้งจัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ "Co-Creation Canvas" ซึ่งเป็น **large, visual workspace** ที่ทีมต่าง ๆ จะมาร่วมกันระดมความคิด วางแผน และเขียนแนวคิดเกี่ยวกับวิสัยทัศน์ในการสร้างอนาคตตามที่ผู้นำได้วางไว้

Visionary Leadership : “Mentoring for the Moonshot”

MOONSHOT BLUEPRINT



Source: X, solveforx.com/about



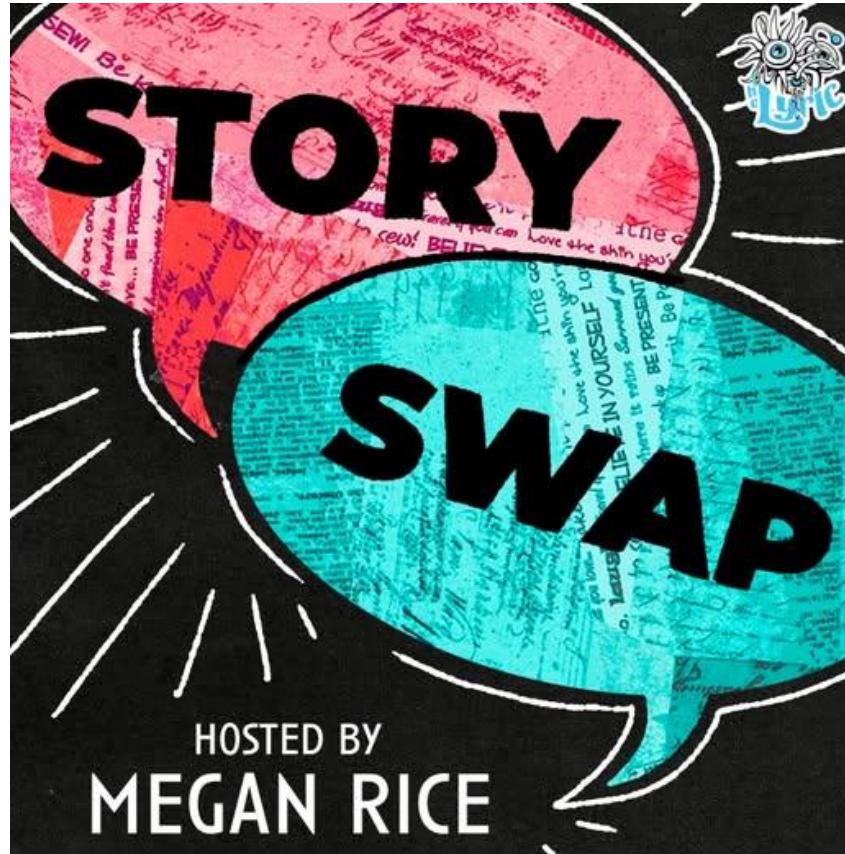
ผู้นำจะค้นหาและให้คำปรึกษาแก่บุคคล
หรือทีมเล็ก ๆ ใน "Moonshot project" ซึ่งเป็น¹
โครงการที่มีความทะเยอทะยาน อาจมีความ
เสี่ยงสูง และให้ผลตอบแทนสูง สอดคล้องกับ
วิสัยทัศน์ระยะยาวขององค์กร แต่อาจอยู่
นอกเหนือขอบเขตปกติของพวากษา นี่คือ
ช่วงเวลาให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้น big-picture
thinking และการอาชนะอุปสรรค

Visionary Leadership : “Anti-Vision Challenge”



ผู้นำจะขอให้ทีมอธิบาย “anti-vision” ของตนเป็นระยะ ๆ ว่าอนาคตจะเป็นอย่างไรหากพวกเขามิ่งปฏิบัติตามวิสัยทัศน์ปัจจุบัน จากนั้นร่วมกันระบุสัญญาณเตือนล่วงหน้าและวิธีดำเนินการที่จำเป็นเพื่อป้องกัน “anti-vision” ดังกล่าว

Visionary Leadership : “Strategic Story Swap”



"Strategic Story Swap"

ผู้นำแบ่งปันเรื่องราวส่วนตัวเกี่ยวกับช่วงเวลาที่พากษาเผชิญกับความไม่แน่นอน การตัดสินใจล้าเสียง ปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลง หรือมองเห็นมุมมองที่ก้าวล้ำชี้งหล่อหลอมมุมมองระยะยาวของพากษา แล้วก็เชิญชวนให้สมาชิกในทีมแบ่งปันเรื่องราวที่คล้ายกัน

Systems Perspective

- **Synthesis:** เห็นการปราศจากอยู่และความเชื่อมโยงของระบบ/หน่วยงาน ต่าง ๆ ในองค์กร เป็นองค์รวมที่เป็นเนื้อเดียวกัน (unified whole) ใส่ใจทุกส่วน ได้ยินทุกเสียง
- **Alignment:** ทำความเข้าใจและนำมายกติดชึ้นด้วยคำหลักขององค์กร ในทุกระดับ
- **Integration:** ประสานแควรวาง รับรู้และตอบสนองความต้องการของกันและกัน ให้ทุกข้อต่อของห่วงโซ่ (internal customer chain) มีความแข็งแรง
- **Culture Hacking**
 - **Synthesis:** (หน่วยงานของ) ฉันอยู่ตรงไหนในองค์กร มีความสำคัญต่อความสำเร็จขององค์กรอย่างไร ประสานร่วมมือกับคนอื่นอย่างไร
 - **Alignment:** งานที่ฉันทำอยู่ มีส่วนเติมเต็มให้กับวิสัยทัศน์ขององค์กร อย่างไร
 - **Integration:** (หน่วยงานของ) ฉันจะทำให้งานของเรองง่ายขึ้นได้อย่างไร



Systems Perspective by Technology

Systems perspective หมายถึงการบริหารจัดการองค์ประกอบทั้งหมดขององค์กรในลักษณะ unified cohesive whole เพื่อบรรลุพันธุ์ธุรกิจ ยกระดับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย และทำให้มั่นใจในความสำเร็จ

เทคโนโลยีอาจมีบทบาทต่อไปนี้

1. Integration & interoperability

- Electronic Health Record & Data Standards -> single, unified patient record
- Cloud infrastructure -> seamless data exchange & scalability

2. Coordinated care & population health

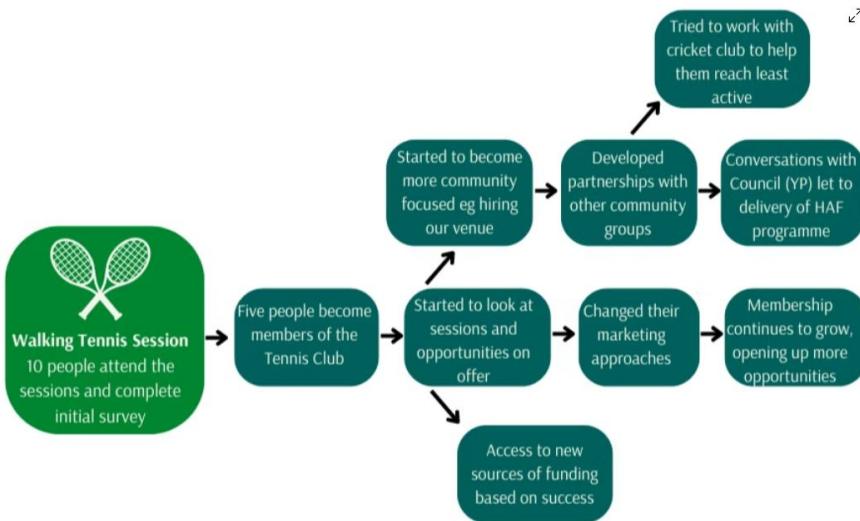
- Care team collaboration to coordinate follow-up and shared responsibilities
- Predictive analytics & risk stratification -> proactive wellness-focused model, targeted intervention

3. Management by fact & continuous improvement

- Advanced data analytics -> real-time measurable metrics
- Automated reporting & feedback loops

Systems Perspective : “Ripple Effect Challenge”

"The Ripple Effect Challenge" (Decision Impact Mapping)



สำหรับทุกการตัดสินใจที่สำคัญหรือทุกกลยุทธ์ ผู้นำและทีมจะต้องทำ "Ripple Effect Map" – a visual diagram แสดงถึงผลที่คาดว่าจะได้รับและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น (expected and potential unintended consequences) จากการตัดสินใจดังกล่าว อย่างน้อยครอบคลุมไปถึงแผนต่าง ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกัน กลุ่มผู้ป่วย หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก อย่างน้อย 3-5 กลุ่ม

Systems Perspective : “Role Reversal”

ROLE REVERSAL



"Cross-Functional Shadowing / Role Reversal" (Experiential Learning)

ผู้นำใช้เวลาหนึ่งวัน (หรืออาจถึงครึ่งวัน)
"ติดตาม" หรือ "สลับบทบาท" กับบุคคลจาก
หน่วยงานอื่นขององค์กร หรือพันธมิตรภายนอก
ตัวอย่างเช่น ผู้อำนวยการฝ่ายการเงินติดตาม
พยาบาลหน้างาน หรือหัวหน้าฝ่ายคลินิกใช้เวลา กับ
ทีมซัพพลายเชน

Systems Perspective : “Why 5 Times Deep”

5 Whys: Uncover Root Causes

The 5 Whys tool helps identify root causes of problems. However, misuse can lead to incorrect solutions. Learn how to avoid common mistakes.



"The 'Why 5 Times Deep' Problem-Solving" (Root Cause Analysis Hack)

เมื่อต้องจัดการกับปัญหาสำคัญๆ ผู้นำจะส่งเสริมให้มีการตาม “5 Whys”

จากปัญหาระมัดระวัง “Why” แต่ละข้อจะต้องขยายขอบเขตให้กว้างและลึกขึ้นเรื่อยๆ เพื่อค้นหาสาเหตุหลักเชิงระบบ (ไม่ใช่แค่สาเหตุเฉพาะหน้า)

“Why” สุดท้ายควรเชื่อมโยงกลับไปยังค่านิยมขององค์กรหรือทิศทางเชิงกลยุทธ์

Systems Perspective : “System Storytelling”



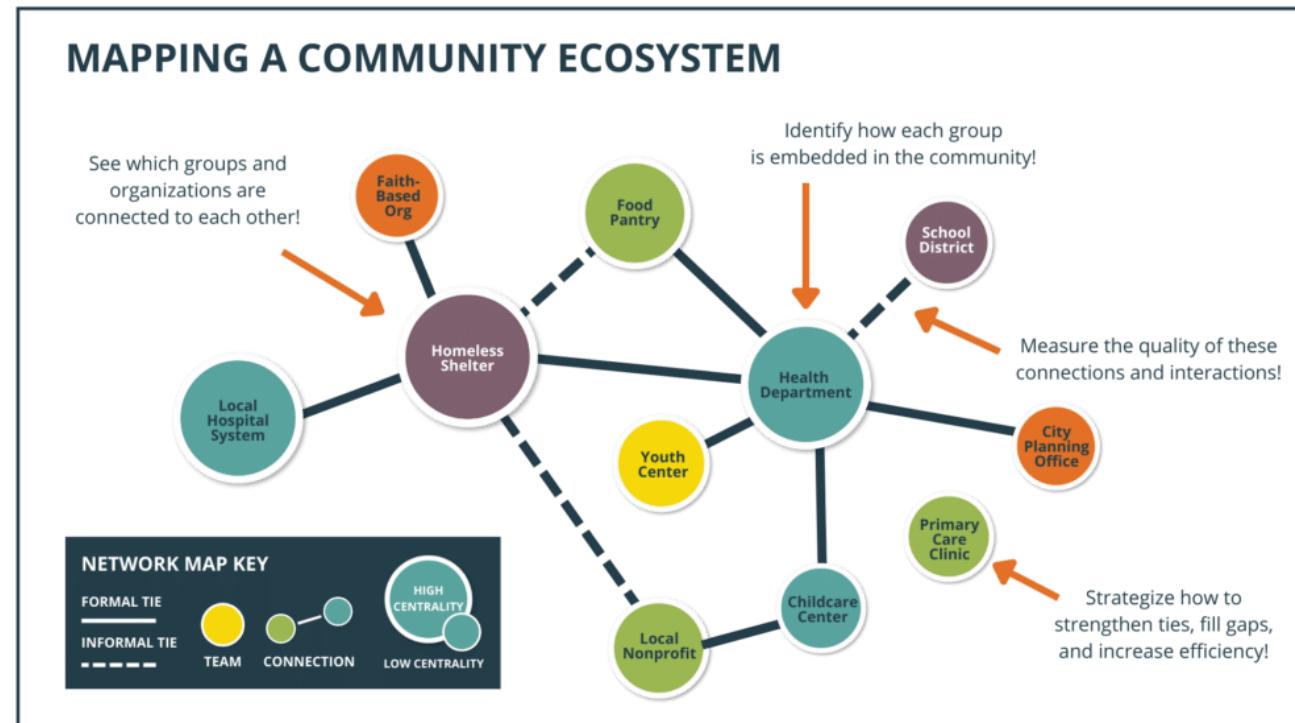
"System Storytelling" (Narrative & Impact)

ผู้นำจะรวบรวมและแบ่งปันเรื่องราวที่น่าสนใจ (compelling stories) ซึ่งเน้นถึงความเชื่อมโยงกัน (interconnectedness) - การเปลี่ยนแปลงเล็ก ๆ น้อย ๆ ในแผนกหนึ่งสามารถส่งผลกระทบเชิงบวก (หรือเชิงลบ) ครั้งใหญ่ในแผนกอื่นได้อย่างไร หรือ ความร่วมมือระหว่างแผนกต่าง ๆ ช่วยประหยัดเวลา ได้อย่างไร

Systems Perspective : “Ecosystem Mapping”

"Ecosystem Mapping Workshops" (Visualizing Interdependencies)

ประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ (เช่น ทุกไตรมาส) โดยผู้นำจากแผนกต่าง ๆ จะมาร่วมตัวกันเพื่อสร้างแผนผังระบบในเวศขององค์กร ระบุความสัมพันธ์ที่สำคัญ ทรัพยากรที่ใช้ร่วมกัน และจุดปัญหาทั่วไประหว่างแผนก กระบวนการ และพันธมิตรภายนอก.



Systems Perspective : “Stakeholder Safari”

“The 'Stakeholder Safari'”

(External System Awareness)



ส่งเสริมให้ผู้นำมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
ภายนอกที่หลากหลาย (เช่น ผู้ป่วย กลุ่มชุมชน
หน่วยงานกำกับดูแล ชัพพลายเออร์ คู่แข่ง) เป็นระยะ
ไม่ใช่เพียงแค่สำหรับการประชุมอย่างเป็นทางการ
เท่านั้น แต่เพื่อทำความเข้าใจมุมมองและแรงกดดันที่
เกี่ยวข้องกับองค์กรของพวกรเข้าด้วย

Agility & Resilience

- **Agility:** สามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างฉับไว มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติการ
 - ไวต่อการรับรู้และตอบสนองความต้องการ / การเปลี่ยนแปลง / ปัญหาใหม่ / ความหลากหลาย
 - มีความยืดหยุ่น ปรับตัวได้ง่ายเมื่อเผชิญกับภาวะที่มีอันตราย ตัดสินใจได้รวดเร็ว รับมือด้วยรอบเวลาที่สั้นลง
- **Resilience:** คาดการณ์ เตรียมรับมือ และกู้คืนสู่สภาพเดิมจากภัยพิบัติ เหตุฉุกเฉิน และการพลิกผันทางธุรกิจต่าง ๆ
- **Culture Hacking**
 - **Break the Rule:** ทบทวนและยกเลิกกฎที่ไม่เอื้อต่อการให้การดูแลผู้ป่วย
 - **Empower:** มีวิ่งเงินชัดเจนให้บุคลากรด้านหน้าแก่ปัญหาให้ผู้ป่วยเฉพาะรายได้
 - **Provocative Pressure:** ลองแheyด้วยเงื่อนไข / ข้อจำกัดบางอย่างว่าจะมีการปรับตัวอย่างไร

Culture Hacking to Foster an Agile Mindset

- **Empower frontline teams**

- **Decide and announce:** กำหนดให้ตัดสินใจใน low-risk operational issues ที่กำหนดไว้ได้เลย แล้วก็แค่ประกาศให้ทราบ ไม่ต้องขออนุมัติตามลำดับชั้น
- **Daily cross-functional huddles:** ยืนสุมหัวกัน 15 นาทีเกี่ยวกับ patient needs & bottleneck

- **Promote psychological safety and learning**

- **Blameless post-mortems (AAR):** focus on what, why, how to prevent, **not who**
- **Thoughtful experimentation:** กันเวลาและทรัพยากรให้ทีมลองหา unconventional solutions

- **Shift focus to patient/user value (incrementally)**

- **Patient journey mapping:** visually expose pain points & silos
- **VOC feedback loop:** real-time patient FB -> operation team's weekly review

- **Improve transparency and communication**

- **Visible metrics/data walls -> shared ownership for key, real-time metrics** ซึ่งทีมปรับปรุงได้
- **Go-See (leadership walkround)**

การวัดความสำเร็จของ Agile Mindset

- **Speed and flow**
 - Cycle time for a patient request (ผลของ daily cross-functional huddles)
 - Recurrence rate of key errors (ผลของ blameless AAR)
 - Number of process improvement ideas suggested and implemented ในแต่ละเดือน (ผลของ visible metrics)
 - Average time to approve a low-risk operational change (ผลของ decide and announce)
- **Mindset and engagement**
 - Blameless incident reporting rate (ผลของ psychological safety)
 - Pulse survey “ฉันได้รับการเสริมพลังให้ตัดสินใจเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว”
 - Cross-functional collaboration: จำนวนโครงการ การสื่อสารร่วมสายงาน
- **Outcome**
 - Net promotor score
 - Improved clinical outcome
 - Cost of poor quality, time-to-market for new services

หลักสูตร CIA

ធ្វើត្រួតសិក្សាប្រវត្តិការណ៍នៃការបង្កើតរបស់ខ្លួន

Clinical Internal Auditor

หัวข้อการฝึกอบรม

- การตรวจสอบเบื้องต้น Pre authorization Pre-audit / Post-audit
- การพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน
- การตรวจสอบเวชระเบียน 3 กองทุน สปสช. กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม
- แนวทางการตรวจสอบเบื้องต้นคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
- การตรวจสอบการวินิจฉัยโรค ICD 10-TM รหัส A-Z
- การตรวจสอบรหัสดักการ ICD 9 CM รหัส 00-99
- การบริหารการอุทธรณ์ ผลการตรวจสอบเวชระเบียน
- การตรวจสอบการวินิจฉัยโรคและรหัสดักการผู้นำรับ FDR

รุ่นที่ 1 15 – 17 ตุลาคม 2567
หลักสูตร CIA
รุ่นที่ 2 13 – 15 พฤษภาคม 2568

สำนักบริการวิชา
มหาวิทยาลัยมหสารคุณ
MAHASARAKHAM

โครงการ อบรมเชิงปฏิบัติการ

CFO ผู้บริหารการเงิน การคลังโรงพยาบาล

CPO ผู้บริหารระบบพัสดุทางการแทร

ผู้บริหารระบบจัดเก็บรายได้ในระบบศูนย์กลางด้านการเงิน FFI

UM
Nurse การบริหารทรัพยากรทางการ
ในระบบประกันสุขภาพ

CIA ผู้ตรวจสอบภายในเวชระเบียบ

www.ijerpi.org

โรงพยาบาลริเวอร์รันเพลส โยเกล
แอนด์ เรสซิเดนซ์ นนทบุรี

ค่าจ้างทักษะเบื้องต้น 6,000 บาท

08 2117 1663 ,
06 1294 9929
www.cfomph.com

ຮອບກາງອຸປະກອນ

คำถามจากผู้เข้าประชุม

Q: จะพัฒนาให้ครอบคลุม ดูคน ดูไข้ ดูคุ้ม ได้อย่างไร

A: เลือก clinical population ที่มีแนวโน้มว่าจะพัฒนาทั้ง 3 เรื่องไปพร้อมกัน เช่น ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Q: จะรองรับสถานการณ์ในปัจจุบันอย่างไร ที่มีแรงกดดันต่างๆ ทั้งจากนโยบาย จากผู้รับบริการ และข้อจำกัดด้านทรัพยากร แต่มีการ investigate ที่ดูเหมือนเกินความจำเป็น

A: อาจพิจารณาในสิ่งต่อไปนี้ (1) ตั้งสมมติฐานต่อสิ่งที่สังเกตเห็นและรวบรวม fact เพื่อสนับสนุนสมมติฐานนั้นไว้เสนอ กับผู้เกี่ยวข้อง (2) จำศีล ใช้ทรัพยากรให้น้อยที่สุด เท่าที่จำเป็น (3) เรียนรู้และตัดสินใจร่วมกัน เช่น การทำ CT abdomen ในกรณีส่งสัญญาสัติงอักเสบ (4) ตัดสินใจโดยพิจารณา balance จากมุ่งมองต่างๆ

Q: การป้องกันความขัดแย้งกับผู้ป่วย เมื่อไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ หรือบางเรื่องยังอยู่ระหว่างการวิเคราะห์ความคุ้มค่า แต่ยังไม่มีนโยบายชัดเจน

A: พูดคุยกับผู้ป่วย เช่น ใจความรู้สึกของผู้ป่วย มิใช่จากนโยบายหรือเหตุผลทางการแพทย์ ทำให้เห็นว่า ยังมีเวลาพิจารณาตัดสินใจ

Q: กรณีการใช้ยา generic บางตัวอาจไม่ได้ผลเท่ากับยา original และทำให้เกิดความเสียหายตามมา เช่น ยาแก้ซัก

A: เรื่องนี้ทำให้เห็นปัญหา generalizability ว่าไม่อาจใช้ได้กับทุกกรณี ถ้าเราสรุปว่ามีเรื่องใดที่ประยุกต์ใช้ไม่ได้ เรายังต้องวิเคราะห์ความไวที่จะตรวจพบปัญหาในผู้ป่วยบางราย และหาทางออกให้กับผู้ป่วยเหล่านั้น เช่น การเปิดช่องที่ผู้ป่วยสามารถไปซื้อยาที่ร้านขายยาได้



Bangkok Medical Software 17 Sep ·

รถเข็นจ่ายยาอัจฉริยะ (Medication Cart) จ่ายยาได้ถูกต้อง ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ เชื่อมต่อกับ HOSxP XE ได้ทันที!

💡 จุดเด่นที่โรงพยายาลนั้นใจ:

- Cassette 16 ช่อง พร้อมระบบล็อค
- ไฟ LED บอกสถานะการเปิดลิ้นชัก
- ใช้งานต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 7 ชั่วโมง
- สแกน QR Code เพื่อเปิดลิ้นชัก
- บันทึกเวลาการจ่ายยาผ่านแท็บเล็ตได้จ่าย

👉 ลดความเสี่ยงในการจ่ายยา

👉 รองรับการทำงานแบบ Paperless

👉 ควบคุมจ่ายด้วย QR Code + Tablet

👉 ราคาเริ่มต้นเพียง 350,000 บาท โปรโน้นพิเศษ !! ซื้อ 2 คันขึ้นไป เหลือเพียง 300,000 บาท/คัน

📞 สนใจติดต่อ: 061-019-8268
💬 แอดไลน์: BGS.MKT



ขอตอบคำถามเรื่อง Closed loop medication ครับ

เหตุผลที่ รพ หลายๆแห่งยังไม่ได้ใช้ครับ 1.ตัวเลือก his มีไม่มาก 2.HIS ที่พร้อมใช้ เป็น version ที่มี คิจช up ค่อนข้างนักและคิวนาน (ทั่วๆไปเป็น hosversion 3 ต้อง up เป็น version 4 ก่อน ซึ่ง ราคา 3-10 ล้าน และคิวนานมากครับ) 3.ราคาสูงครับ อย่างต่ำๆต้อง 2 เครื่องครับ

Visarut

Jarernpan Visarut

