

# การพัฒนาคุณภาพ กับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul

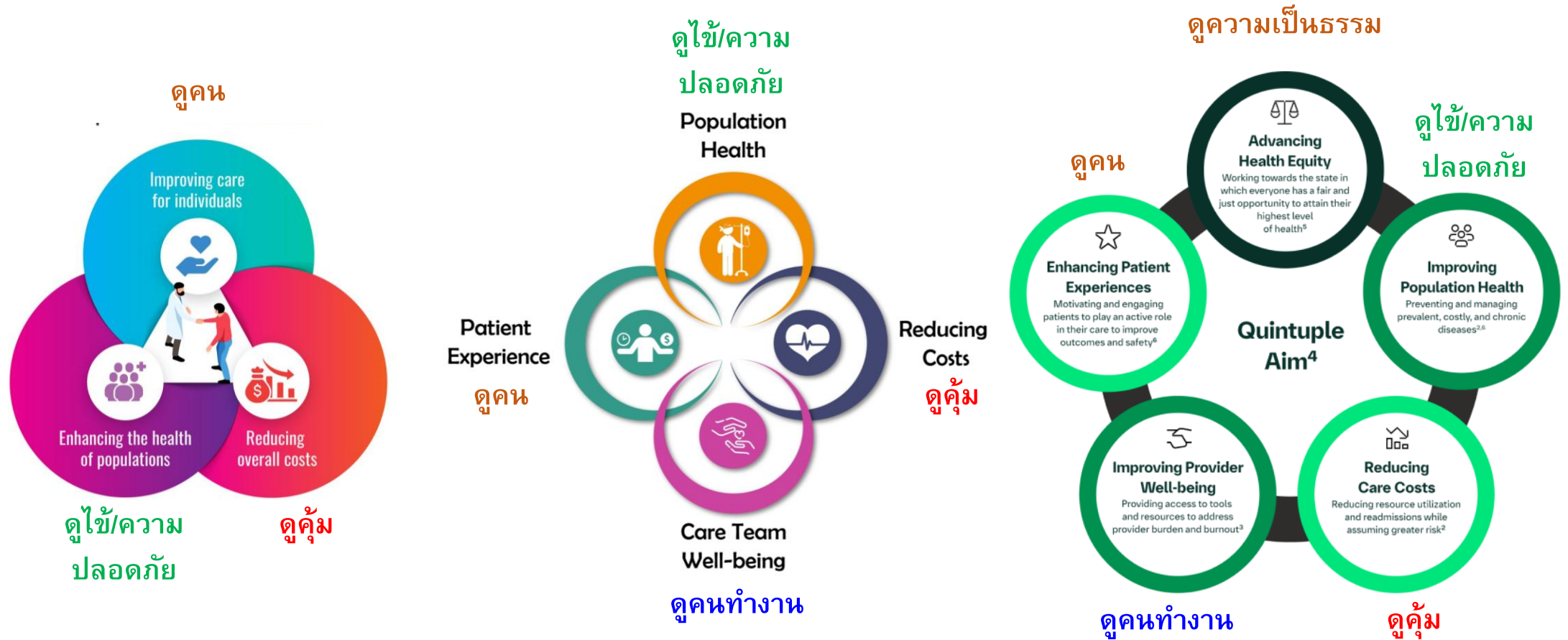
ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
การประชุมผู้บริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล (CFO)  
จัดโดยสำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ณ โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน

พุธ 10 ธันวาคม 2568 9.00-10.00 น.



# **Aims of Healthcare: Value-based Healthcare**

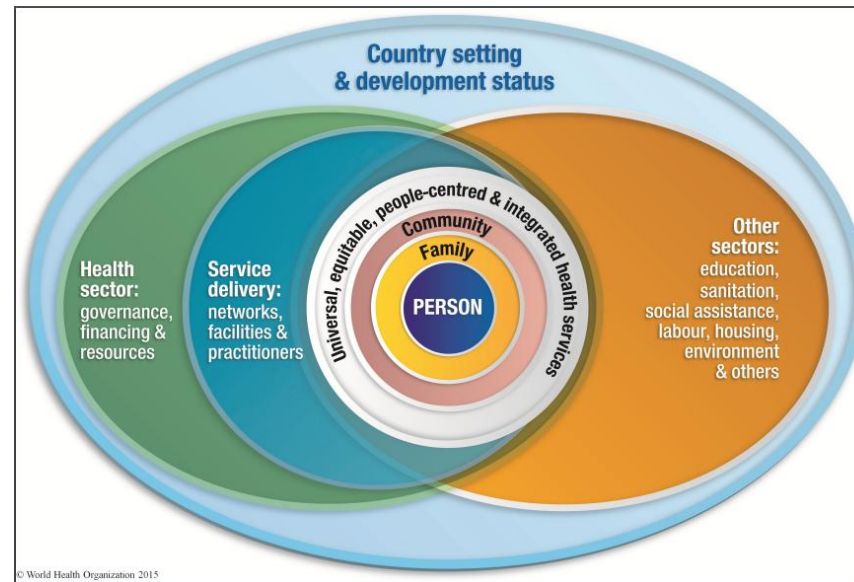
# Aims of Healthcare: Triple-> Quadruple -> Quintuple



# Success Healthcare Organization



**Ideal Organization**



**Ideal Healthcare System  
Integrated, people-center care**



**Ever-improving  
value**



**Excellence**



**Ideal Outcome  
Value-based Healthcare**

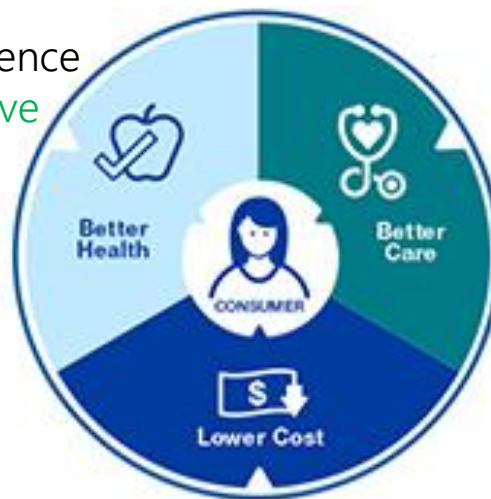


# บริการสุขภาพที่มีคุณค่า (Value-based Healthcare)

ดูใช้

## Better Health

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



ดูคน

## Better Care

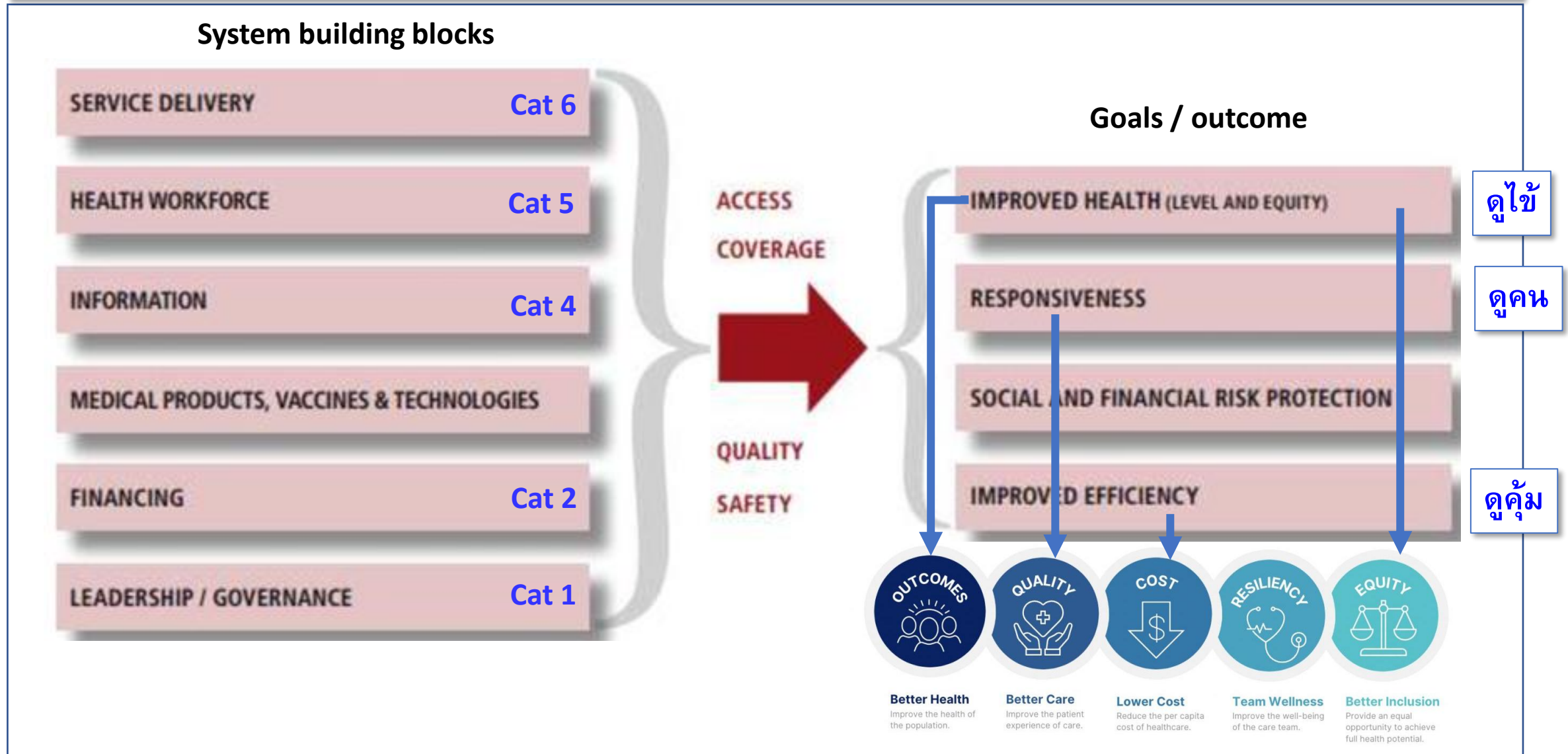
ความเป็นเลิศด้านบริการ Service excellence  
วัตถุประสงค์ด้านสังคม Social objective  
มิติคนเป็นศูนย์กลาง People-centeredness  
ประสบการณ์ของผู้ป่วย Patient experience  
มิติความเป็นธรรม Equity

## Better Value

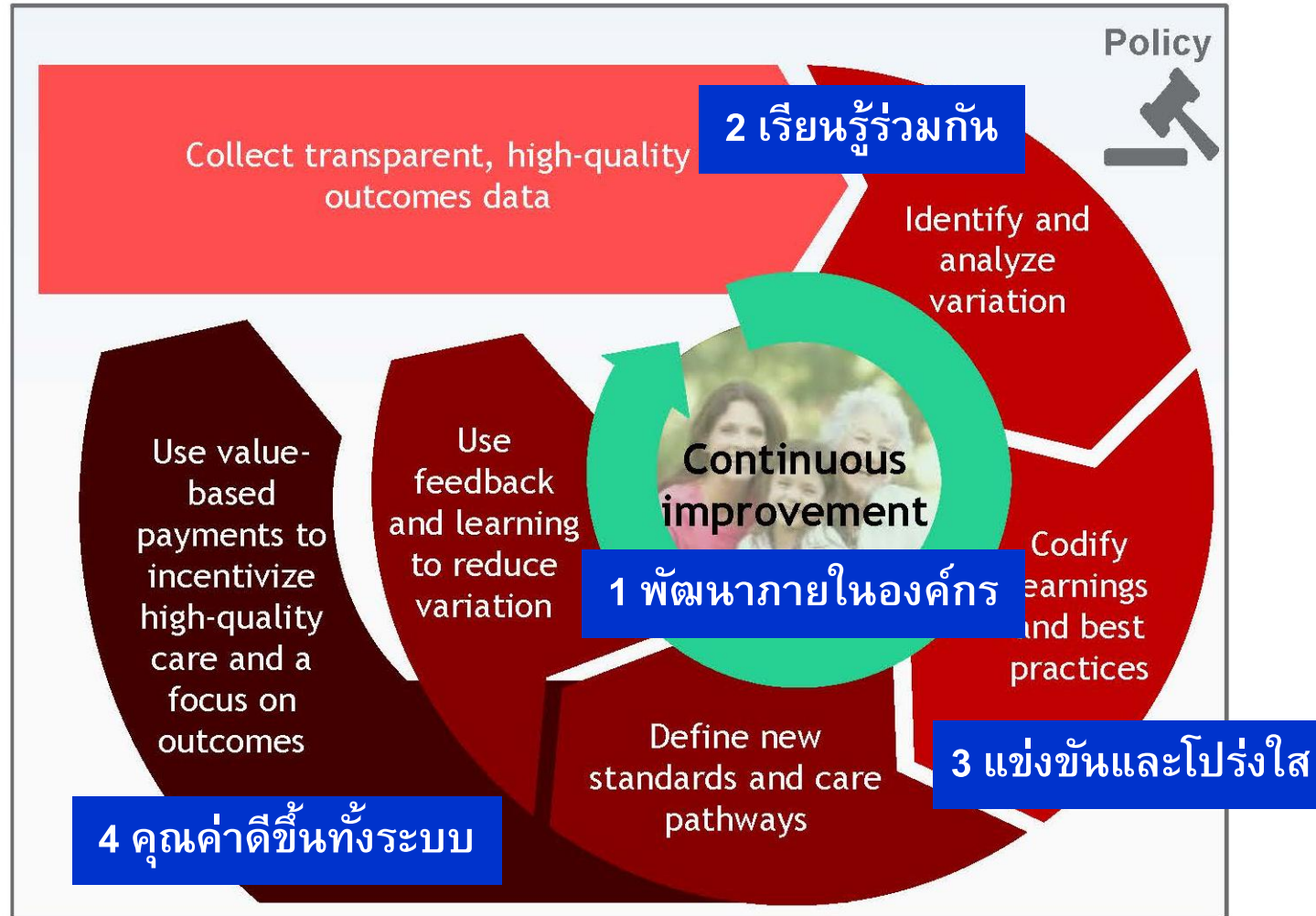
ความเป็นเลิศด้านการจัดการ Management excellence  
วัตถุประสงค์ด้านเศรษฐศาสตร์ Economic Objective  
มิติประสิทธิภาพ Efficiency

ดูคุ้ม

# “ดูคน ดูใช้ ดูคุ้ม” กับ Outcome ของ System Building Blocks

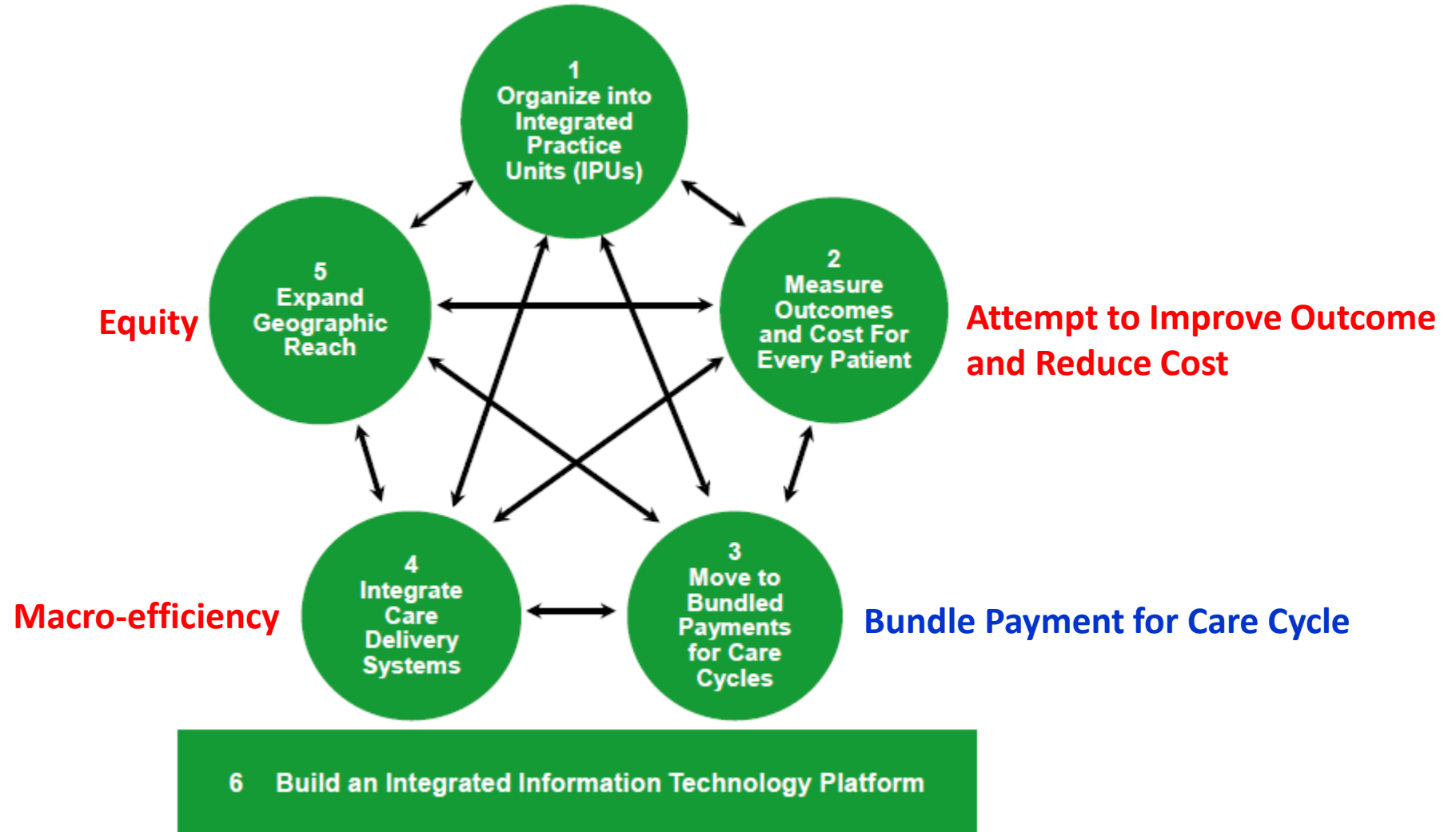


# Improve Value for Patients Through Improvement Cycle

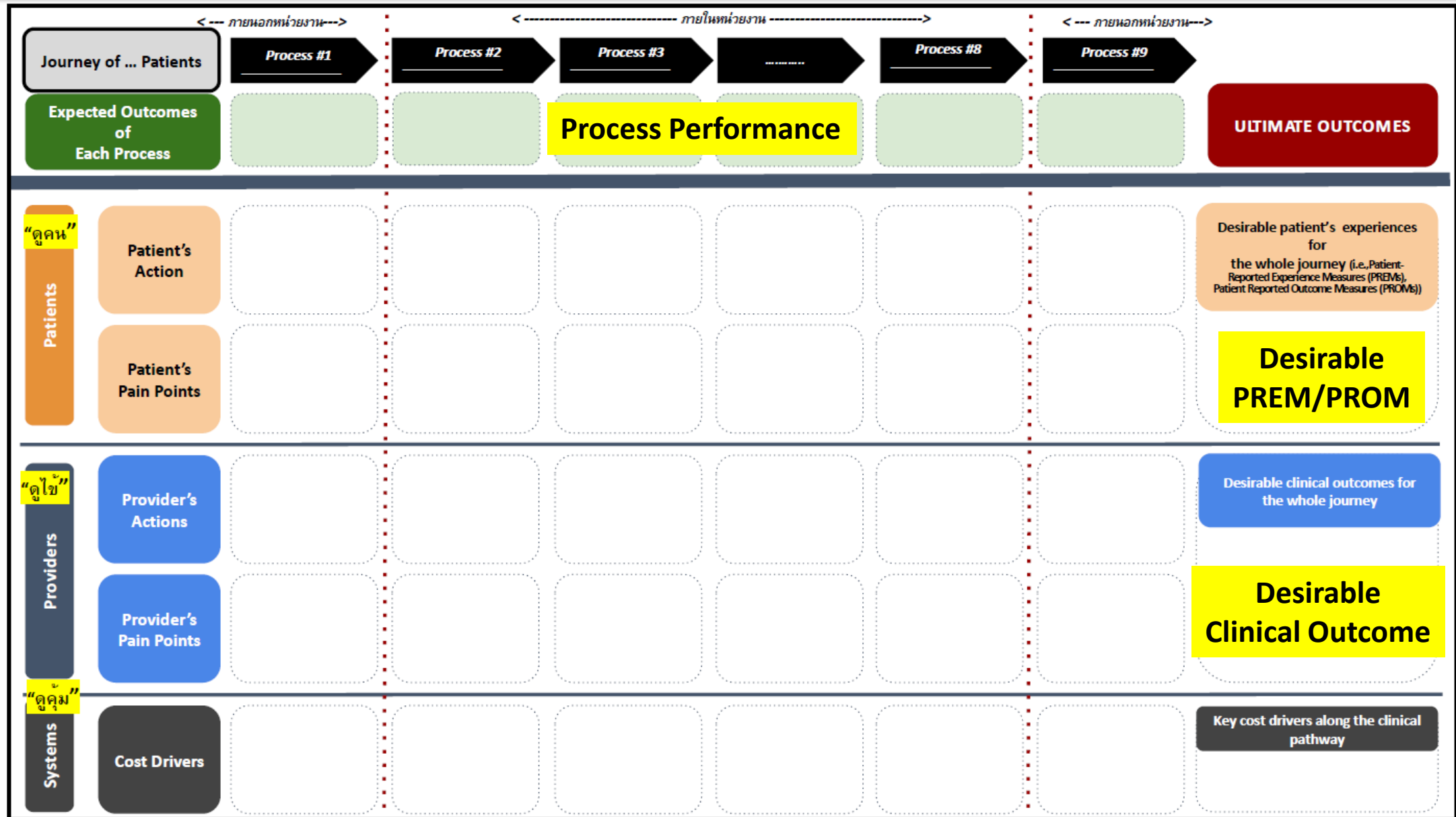


# Strategic Agenda เพื่อสร้าง Value-based Health Care Delivery

## Integrated People-Centered Healthcare



# 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

# ดูใช้: Clinical Effectiveness

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

## การดูแลด้านความเจ็บป่วยนั้นอาจพิจารณาองค์ประกอบต่อไปนี้

- ความเหมาะสมทางด้านวิชาการแพทย์ โดยใช้ evidence-based practice
- การออกแบบระบบบริการในลักษณะบูรณาการโดยยึดเอา 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**

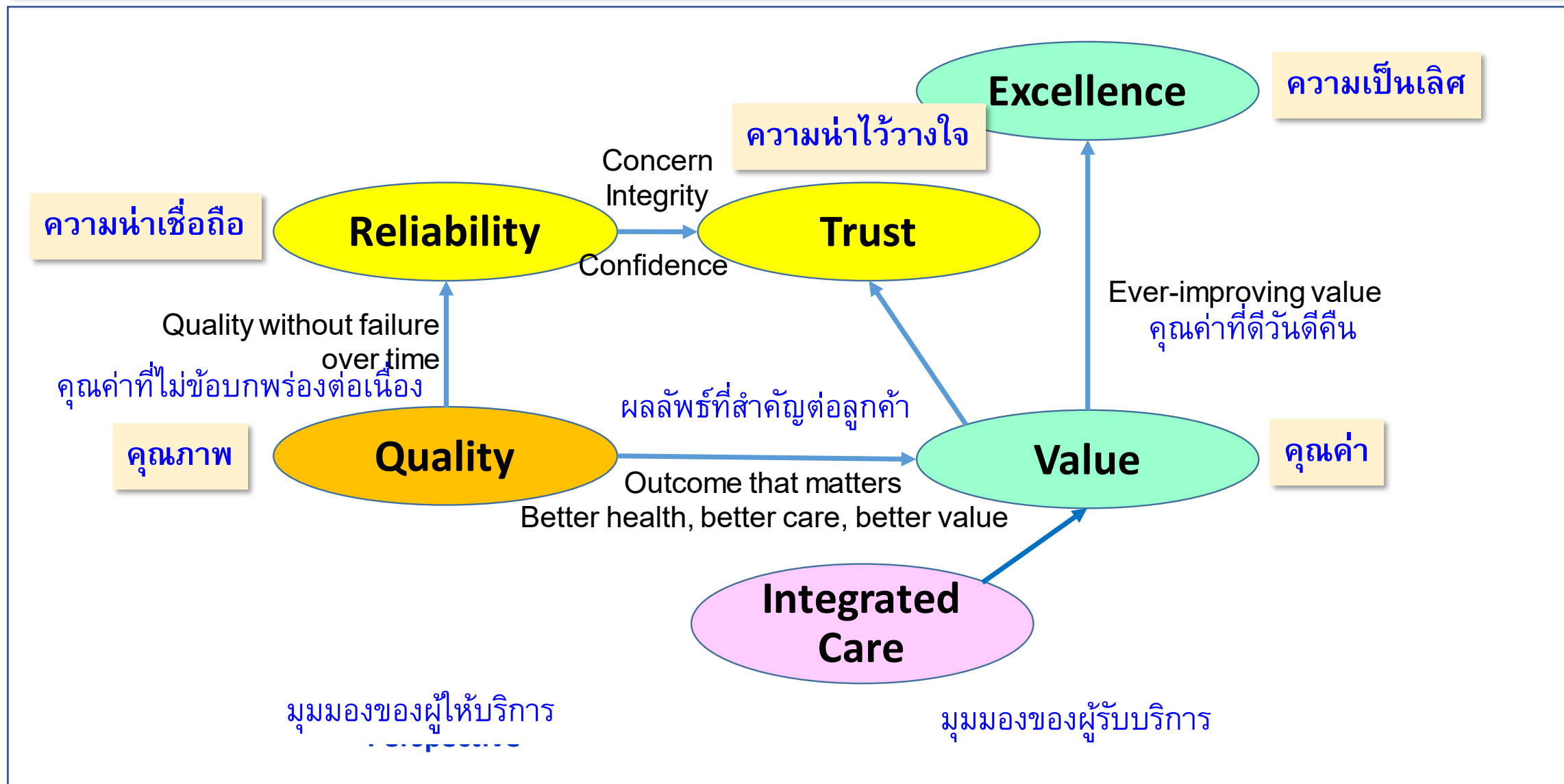
**Patient & Family Engagement**



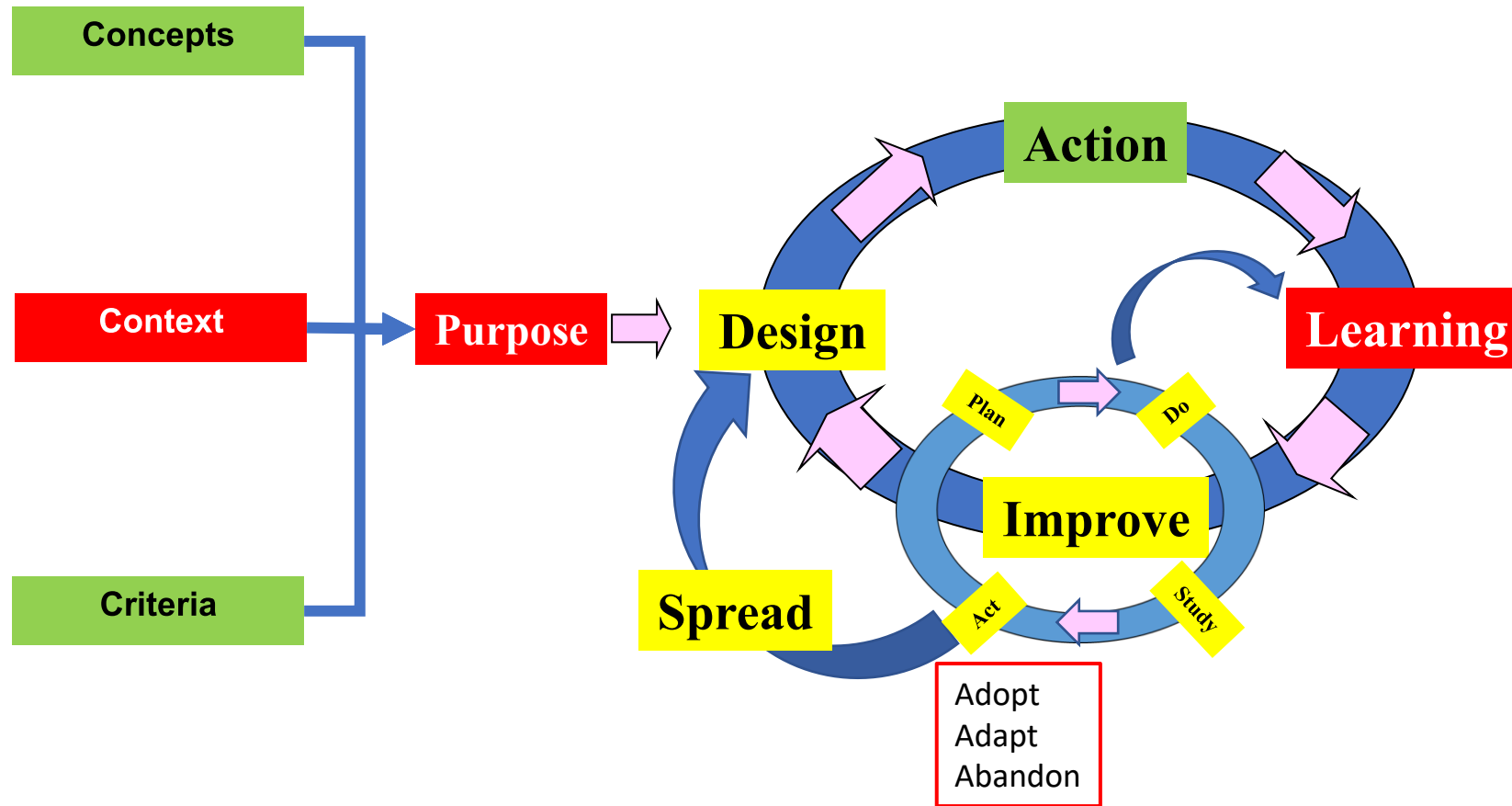
# Quality Improvement



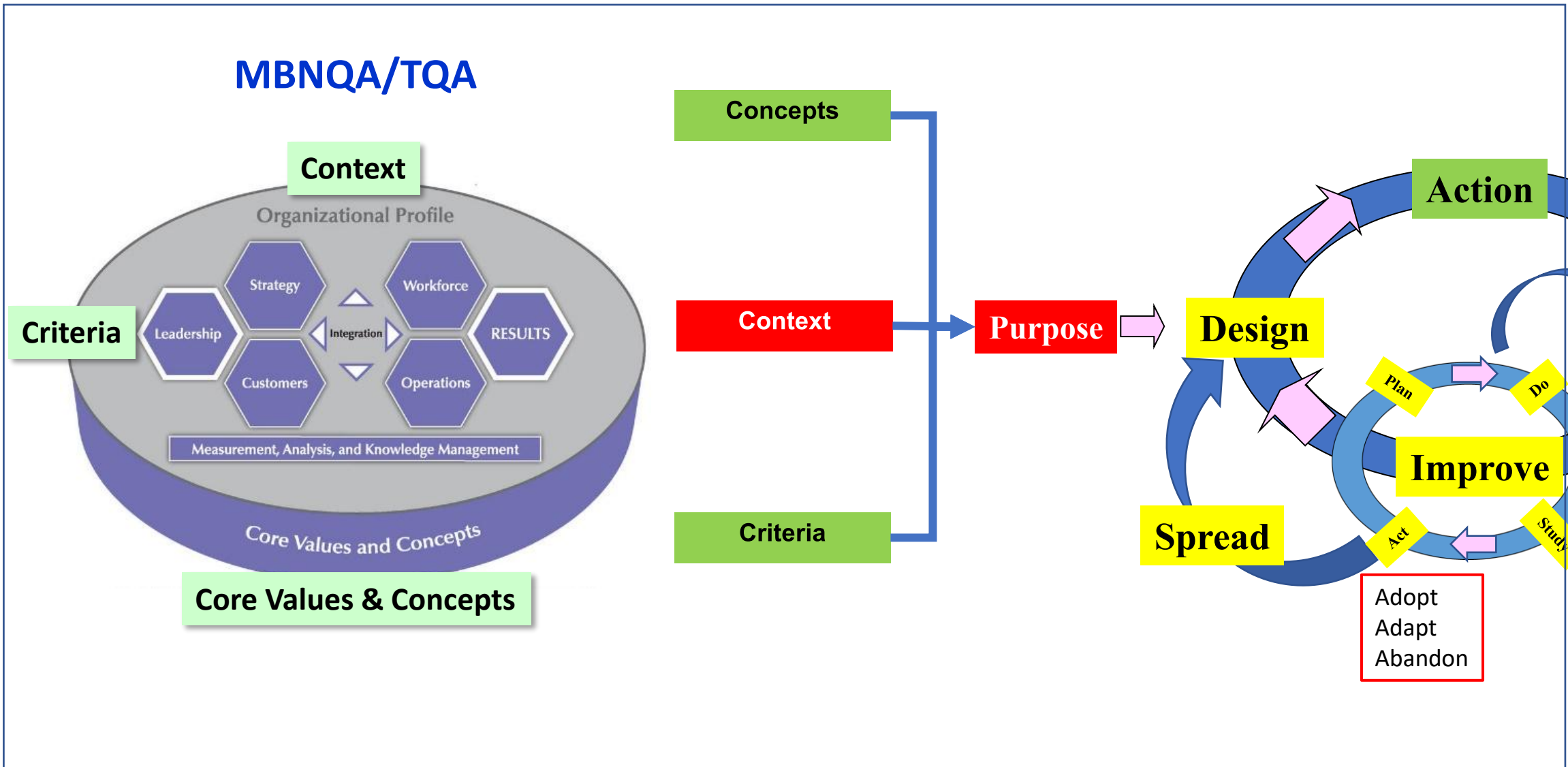
# ความเชื่อมโยงของคำที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ



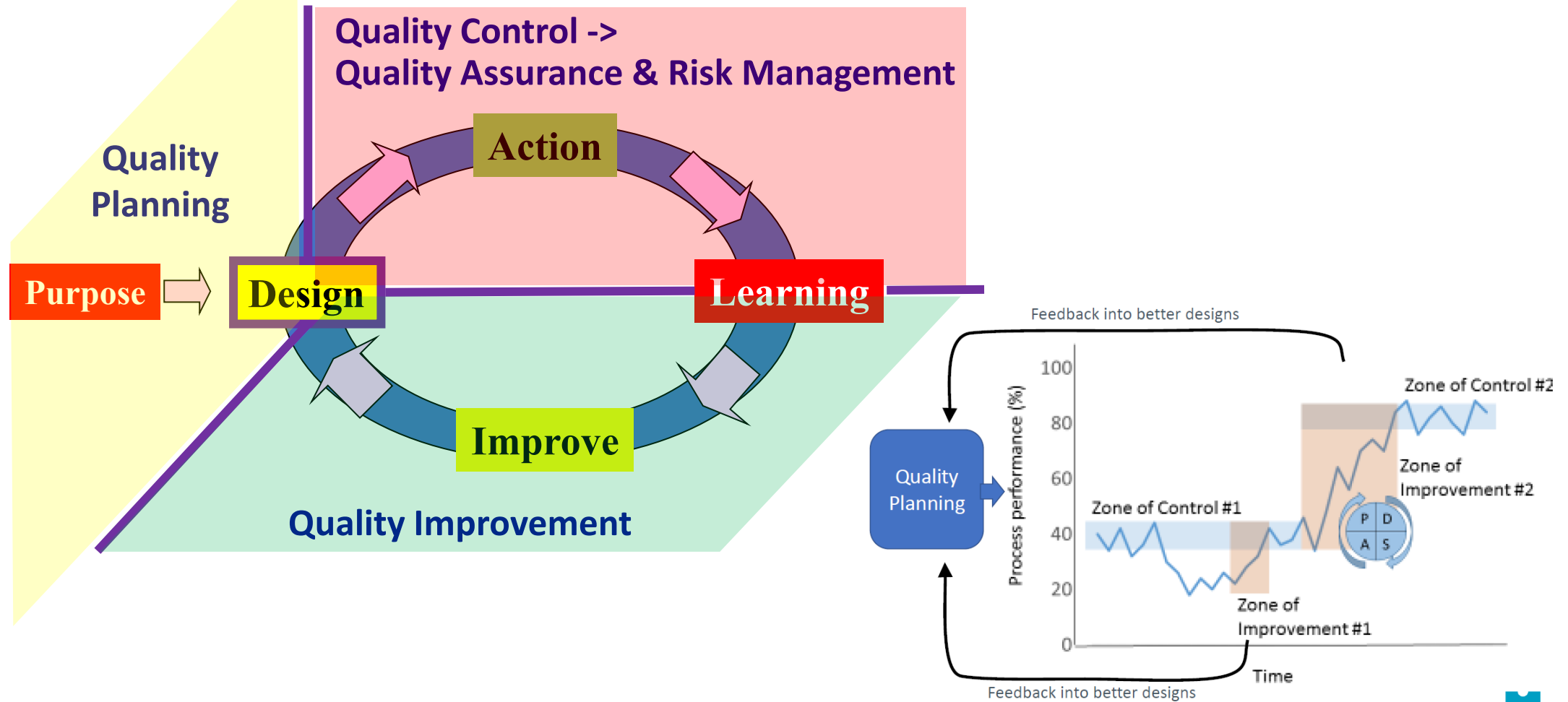
# 3C-DALI : วงล้อแห่งการเรียนรู้และพัฒนา



# 3C & MBNQA Framework for Excellence



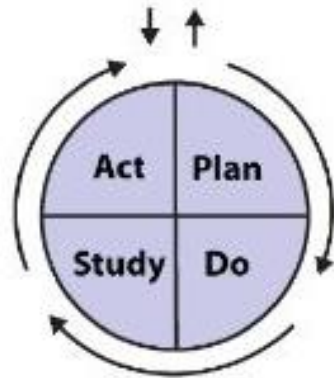
# DALI & Juran Trilogy: All Three Elements Are Needed



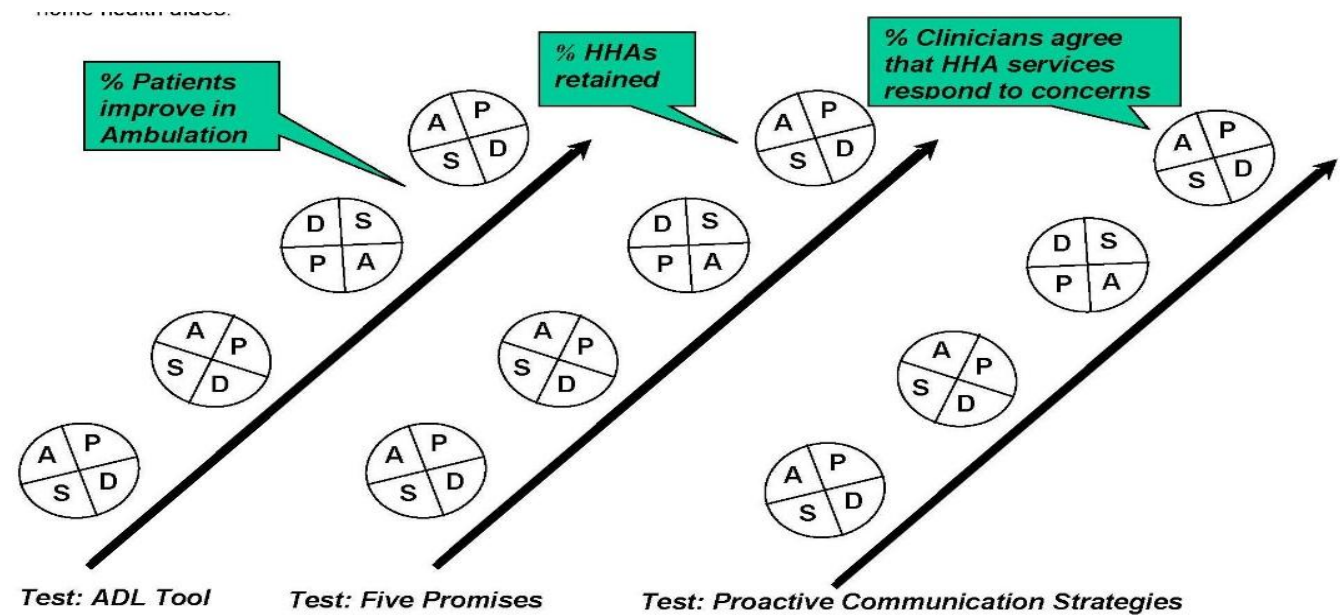
Source: Juran J, Godfrey AB, eds. *Juran's Quality Handbook: Fifth Edition*. New York: McGraw-Hill, 1999.

# The Model for Improvement

## The Model for Improvement



© 2012 Associates in Process Improvement

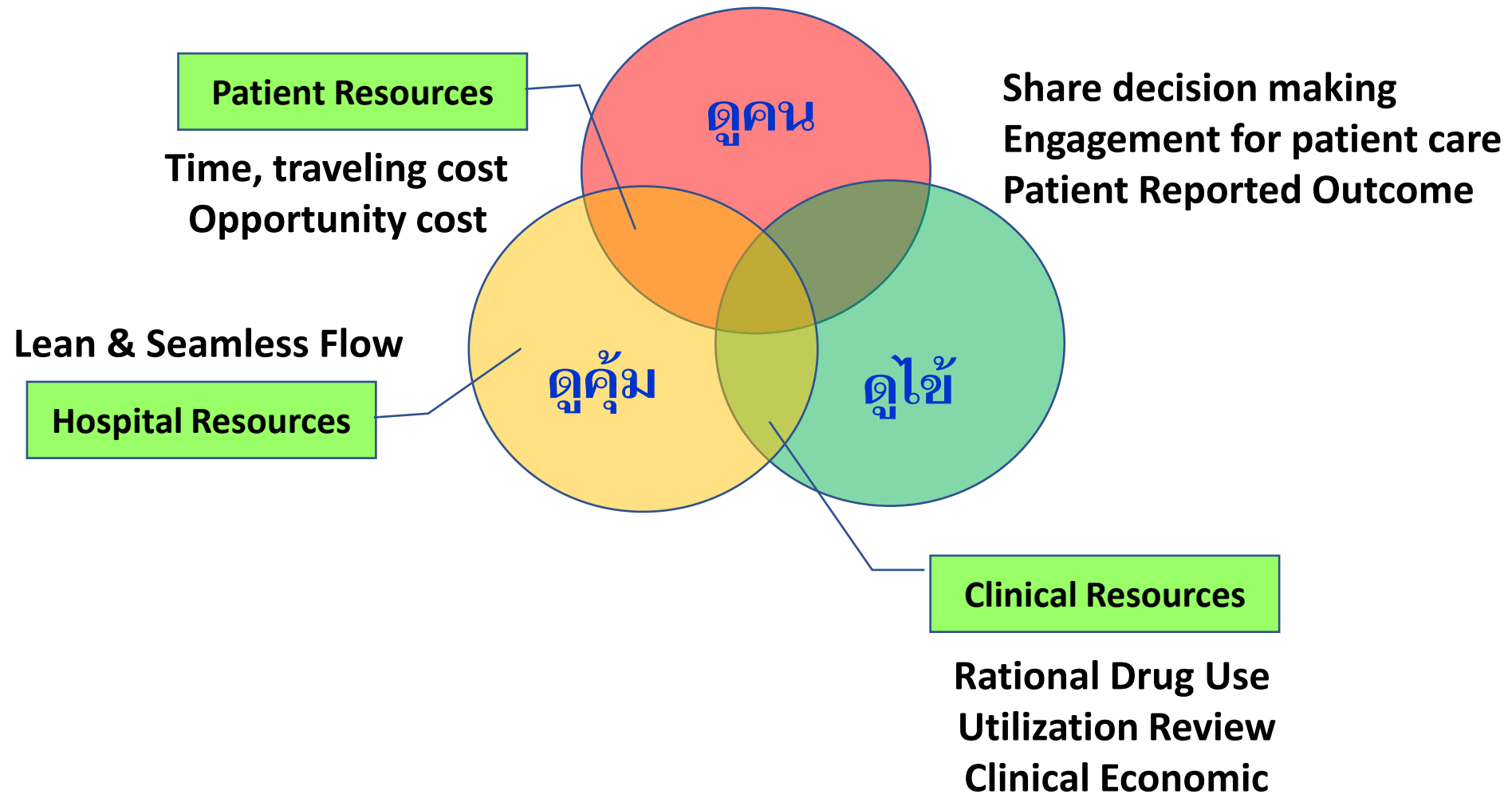




The background of the slide is an abstract pattern of dark gray, three-dimensional hexagonal blocks. These blocks are arranged in a honeycomb-like structure, with some blocks slightly raised or recessed. Between the blocks, there are glowing cyan or light blue lines that create a sense of depth and movement. The overall effect is a futuristic, technological aesthetic.

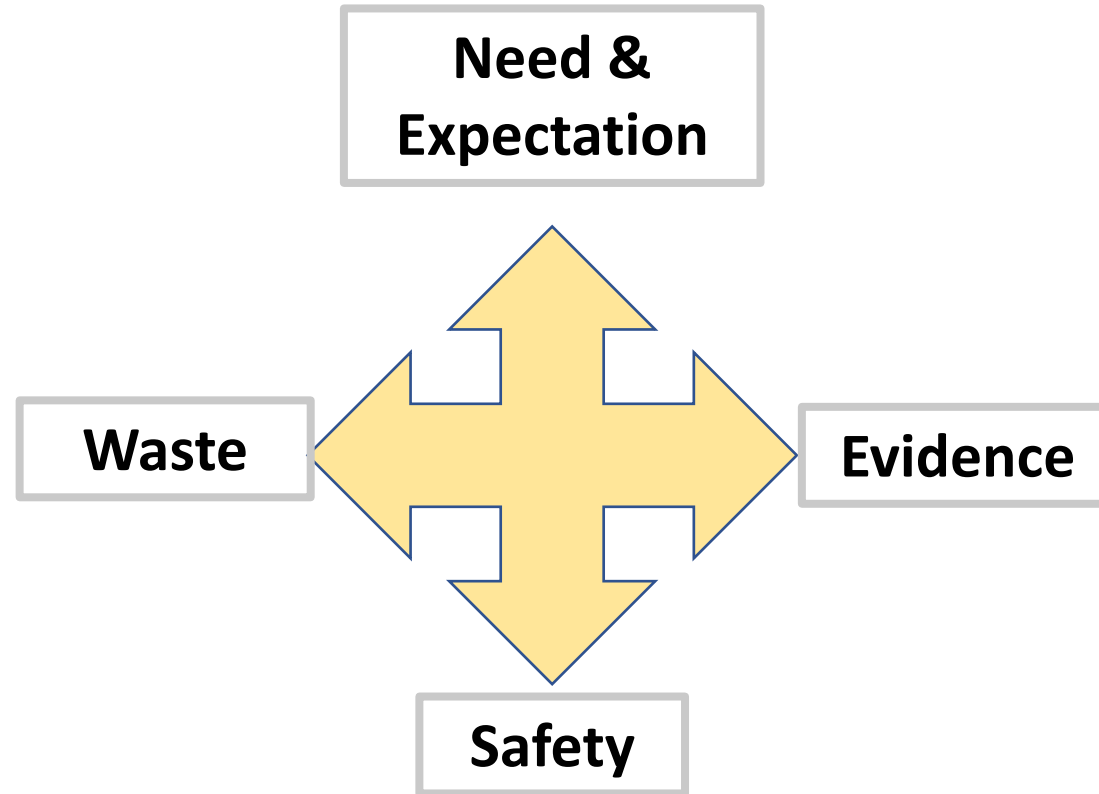
# Economic Objective (Efficiency)

## Overlapping Parts

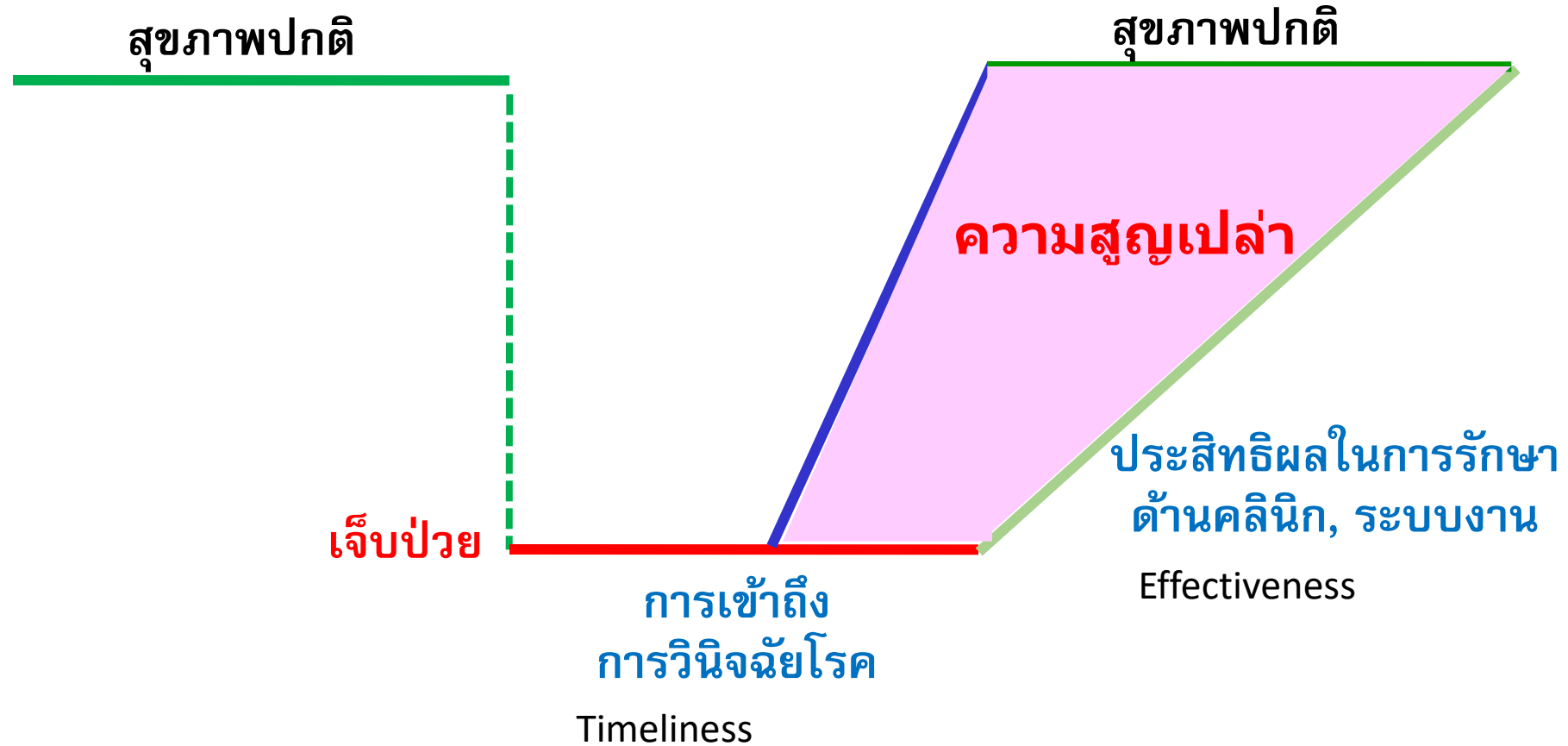


# บททวนและเรียนรู้จากรอบทิศ (NEWS)

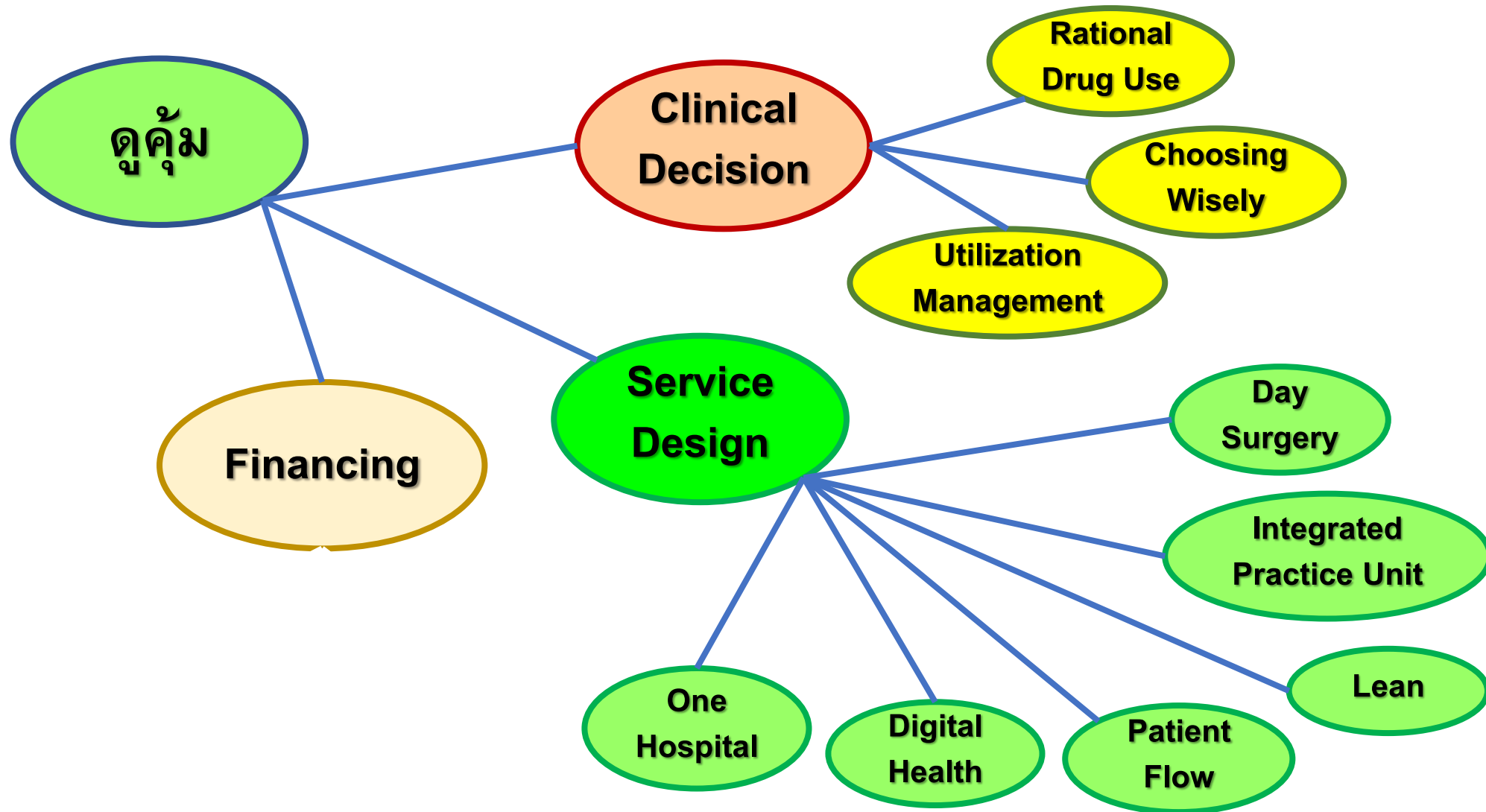
Diagnostic  
Medication  
Procedure  
Visit/Hospitalization  
Workflow/patient flow  
Workforce/talent  
Non-value added process  
Queue/Waiting time  
Communication failure  
Information loss  
Duplication of work  
Repeat work  
(ดูคุ่ม)



# ลดความสูญเปล่าโดยคืนสู่ภาวะที่พึงประสงค์โดยเร็วที่สุด



# ดูคุ้ม: รพ.ทำอะไรได้บ้างเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร

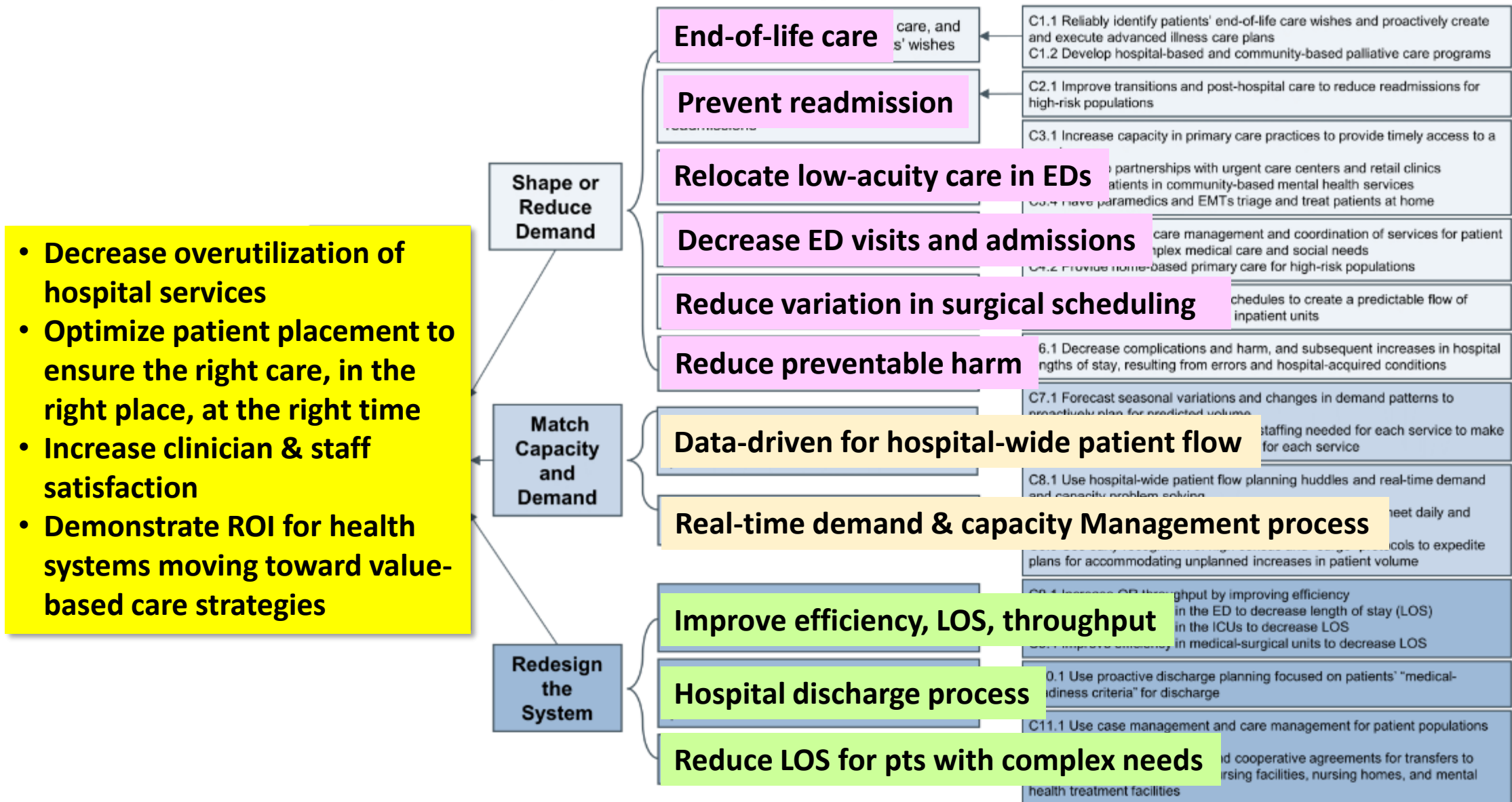




## ดูคุ่ม : วิธีการหลัก ๆ ในการลดต้นทุนบริการสุขภาพ

- ใช้แพทย์และบุคลากรวิชาชีพให้ทำงานเต็มศักยภาพตามใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- ลด **process variation** ที่เพิ่มความซับซ้อนและต้นทุน (เช่น reconcile WAD & WAI)
- จัดการให้บริการหรือการทดสอบที่ไม่เพิ่มคุณค่า หรือมีค่าน้อย
- ลด **cycle time** ทุกขั้นตอนตลอด care cycle เพื่อขยาย capacity ของบุคลากรและสถานที่
- ลงทุนกับการเพิ่มทรัพยากรหรือบริการที่จะช่วยลดต้นทุนโดยรวมตลอด care cycle (เช่น การมาตรวจเพิ่ม การใช้ telemedicine)
- เปลี่ยนการให้บริการที่ไม่ซับซ้อนไปทำในสถานบริการที่ใช้ทรัพยากรน้อยกว่า
- ลดการให้บริการที่ซ้ำซ้อน (service duplication) ระหว่างสถานพยาบาล
- ลดการทำงานสนับสนุนที่ไม่มีประสิทธิภาพ (เช่น การนัดหมาย การบริหารจัดการ)
- เพิ่มความตระหนักเรื่องต้นทุนในที่มงาน (เช่น ต้นทุนของการใช้ทรัพยากร ระหว่าง suture & staple)
- เพิ่มประสิทธิภาพและ automation ในการเรียกเก็บเงิน

# ดูคัม: Hospital-wide Patient Flow



# 10 Healthcare Quality Improvement Trends

1. **Augmented Reality training:** การฝึกอบรมที่ใช้เทคโนโลยีที่ผสานโลกแห่งความเป็นจริงและความเสมือนจริง
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 ติดตามพฤติกรรมสุขภาพ ส่งสัญญาณเตือน 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:** ใช้เทคโนโลยีมาขับเคลื่อนประสิทธิภาพด้วยการมีระบบที่บูรณาการตลอด care continuum และ automation
10. **Personalized medicine:** unique need, genetic makeup, lifestyle -> pharmacogenomics -> access?

# 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

การใช้ enterprise document management & enterprise imaging เพื่อช่วยให้แพทย์สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในระบบ EHR ได้ง่ายขึ้น

บูรณาการเนื้อหาในเอกสารบันทึกและภาพการแพทย์เข้าใน EHR workflow ร่วมกับการจัดหมวดหมู่เอกสารอัตโนมัติ จะช่วยให้เข้าถึงและวิเคราะห์ข้อมูลได้ง่ายขึ้น

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

การมี single interface ในการค้นหาทบทวนเวชระเบียน รวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เข้าใน platform เดียวกัน

การใช้ patient portal เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงเวชระเบียนและผลการตรวจทดสอบของตนเอง ตลอดจนแชร์ข้อมูลกับหน่วยอื่น

# 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

การลงทะเบียนและให้คำยินยอมผ่าน mobile phone ช่วยลดคอขวดในการรับผู้ป่วย

การจัดการความสัมพันธ์ของข้อมูล เอกสาร และกระบวนการบนแพลตฟอร์มเดียวกัน  
การใช้เทคโนโลยีที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์แบบ real time

ออกแบบระบบ EHR โดยให้ความสำคัญกับความต้องการของแพทย์

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.

[In LINKEDIN](#)[TWITTER](#)[NEWSLETTER](#)

# ขั้นตอนการดำเนินการ

## Phase 1

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

## Phase 2

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

# ขั้นตอนการดำเนินการ

## Phase 3

- เลือกหน่วยงานนำร่อง
- ทดลองปฏิบัติในหน่วยงานนำร่อง

## Phase 4

- ประเมินผล และขยายผลในการปฏิบัติไปยังหน่วยงานอื่น ๆ



# ตัวอย่างข้อมูลที่ควรมีเพื่อใช้ในการจัดการและขึ้นทะเบียน

ลำดับ	หน่วยงาน	หมายเลขอุปกรณ์	รายการ	ราคาชิ้น, อัน	ค่า Repr ocess (บาท)	จำนวนครั้ง reuse	จำนวน การใช้ Re- use/ เลื่อน	ประเภท	Functionการใช้ สำหรับผ่าตัด	ขั้นตอน การทำ ความ สะอาด(A)	วิธีตรวจสอบการทำงาน (Function) (C&D)
15	OR	OR15	Disposable irrigate cassette	3,500	400	4	4	critical	ดัดสายส่งน้ำล่อ กับด้ามมือถือเพื่อ ดัดเนื้อเยื่อในโพรง จมูก	1,6,7,8	C1-2 D1,4,6
16	OR	OR16	Trocar 5-10mm	4,494	560	3	120	critical	เป็นด้ามนำในการ แทงเข้าผิวหนัง ผู้ป่วยเพื่อใส่ เครื่องมือ 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	เป็นด้ามจับเนื้อเยื่อ, ดัดชิ้นเนื้อในการ ทำผ่าตัดLap	3,4,7,8	C1-4 D1,6

## ขั้นตอนการทำความสะอาด Single Use Device เพื่อการ Reuse

1. เช็ดทำความสะอาดพื้นผิวเครื่องมือ/ อุปกรณ์ภายนอก
2. ถอดแยกชิ้นส่วนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่สามารถถอดออกได้ (เช่น trocar ที่เป็น single use ของบางบริษัท ก็สามารถถอดได้บางส่วน)
3. แช่อุปกรณ์/เครื่องมือในน้ำผสมสารทำความสะอาดเอนไซม์ ใช้เวลาตาม IFU ของบริษัทที่ทาง รพ ใช้ซึ่งคำแนะนำก็อิงตามลักษณะคราบสิ่งสกปรก ถ้าฝังแน่นนาน ก็ใช้เวลาแช่นาน (เช่น 10 นาที)
4. ขัดถูทำความสะอาดใต้น้ำด้วยแปรงขนนุ่ม/ ฟองน้ำ ทุกซอกมุมจนไม่พบคราบเปื้อนใด ๆ หรือใส่ไว้ในเครื่อง ultrasonic
5. ใส่ Guide ชนิดที่มีขนแปรงพอเหมาะกับรู แขนงเข้า-ออก ภายในท่อจนไม่พบคราบสกปรก
6. ใช้ Syringe 20 ml ดูดน้ำยาเอนไซม์ดันผ่านท่อด้านในอย่างน้อย 4-5 ครั้งและตามด้วยน้ำสะอาดอย่างน้อย 4-5 ครั้ง
7. ล้างทำความสะอาดออกด้วยน้ำจนสะอาด





*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.**

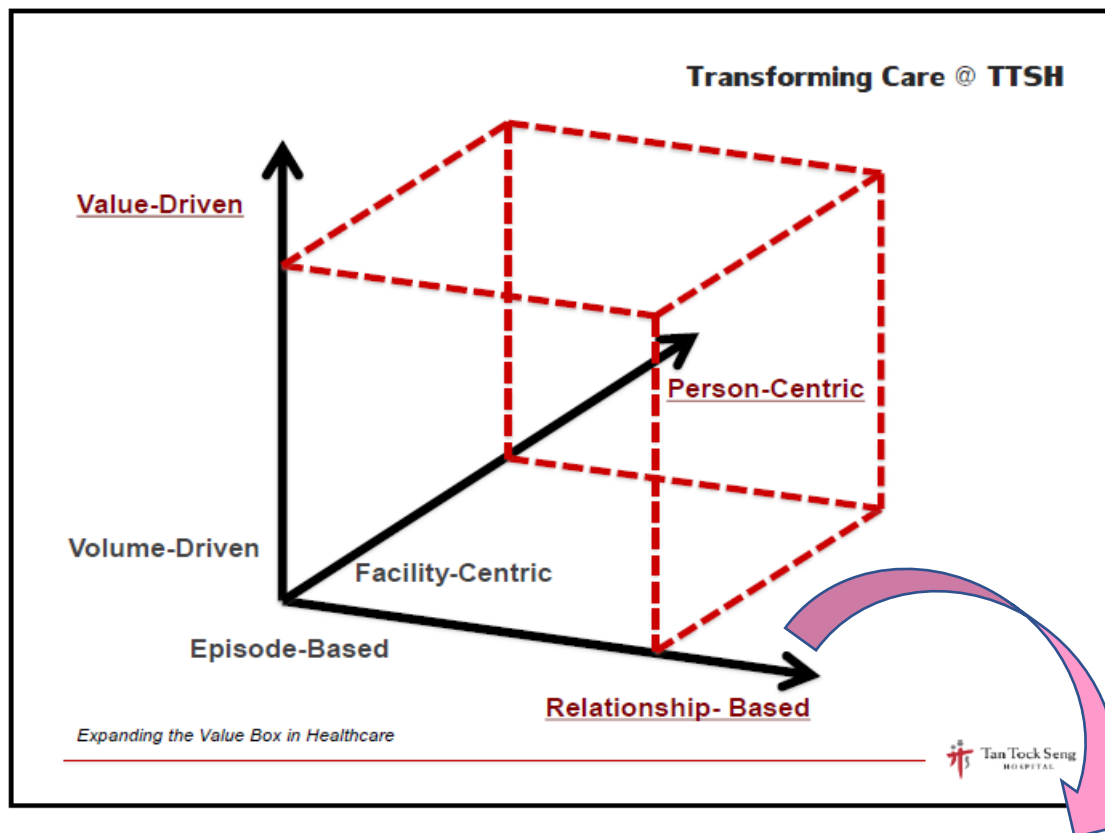
Restraints cause more problems than they solve, including serious complications and even death. Physical restraints are most often applied when behavioral expressions of distress and/or a change in medical status occur. These situations require immediate assessment and attention, not restraint. Safe, 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

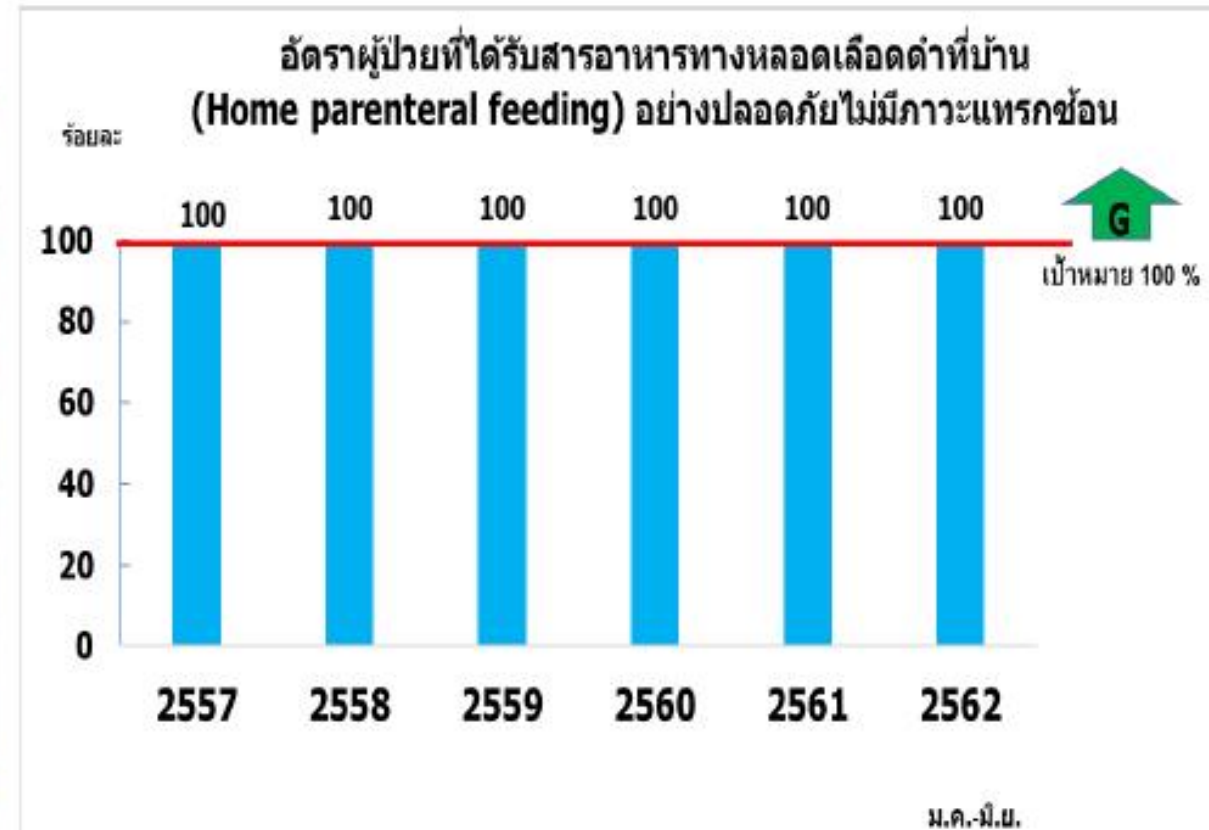
Create **better workflow & practice**

Smart use of **digital tools**

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



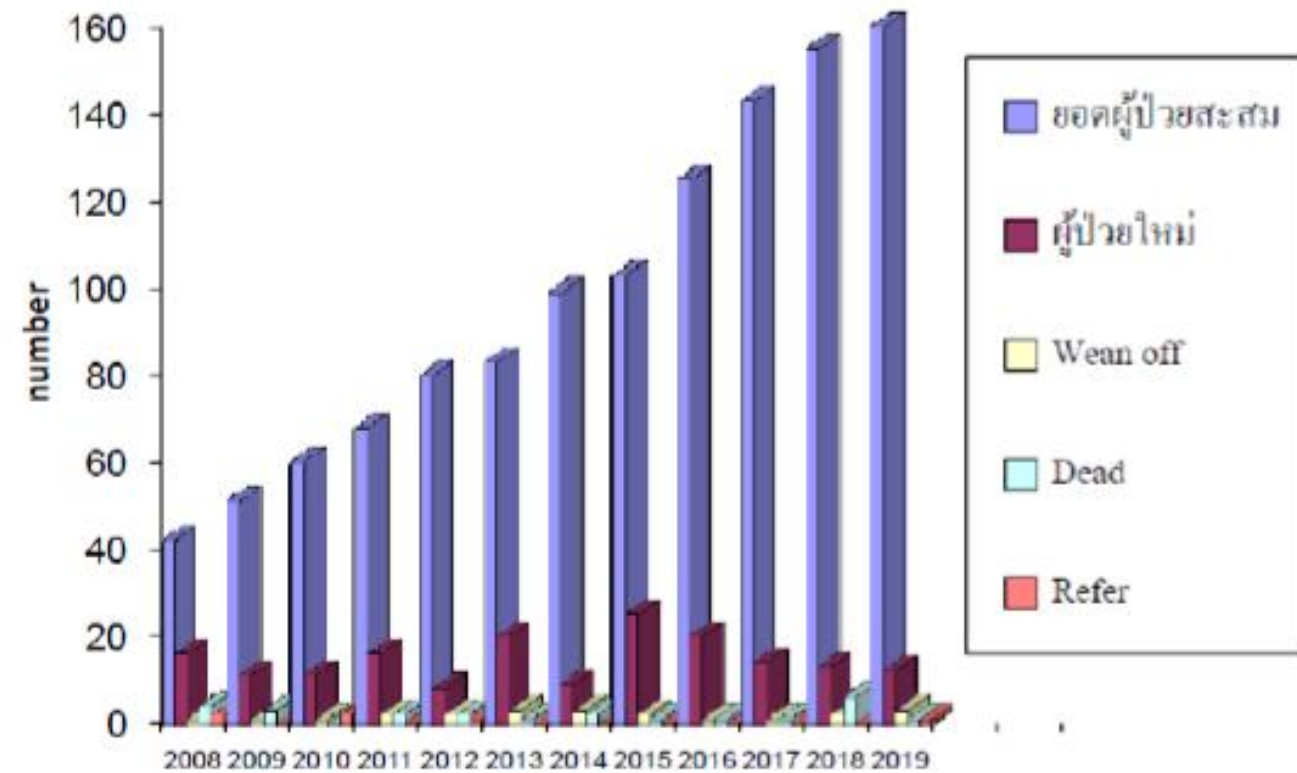
- เปลี่ยนชีวิตผู้ป่วยที่ต้องนอน รพ. ตลอดชีวิต ไปสู่ชีวิตครอบครัว
- อัตราการเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาไม่แตกต่างแบบ IPD
- ลดวันนอน(เตียง)แก่ผู้ป่วย acute case รายอื่น





## Home Mechanical Ventilator

สถิติผู้ป่วยเด็กที่ใช้ Home ventilator (2008-2019)

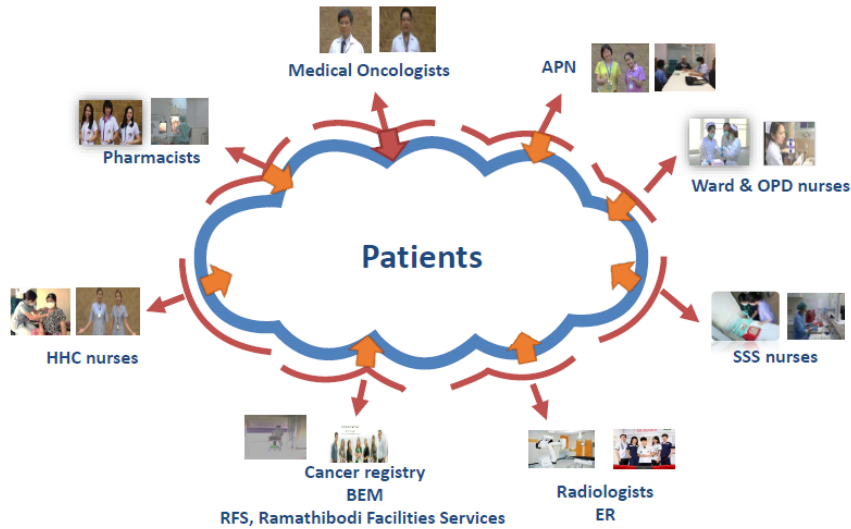


Train her to be her own carer

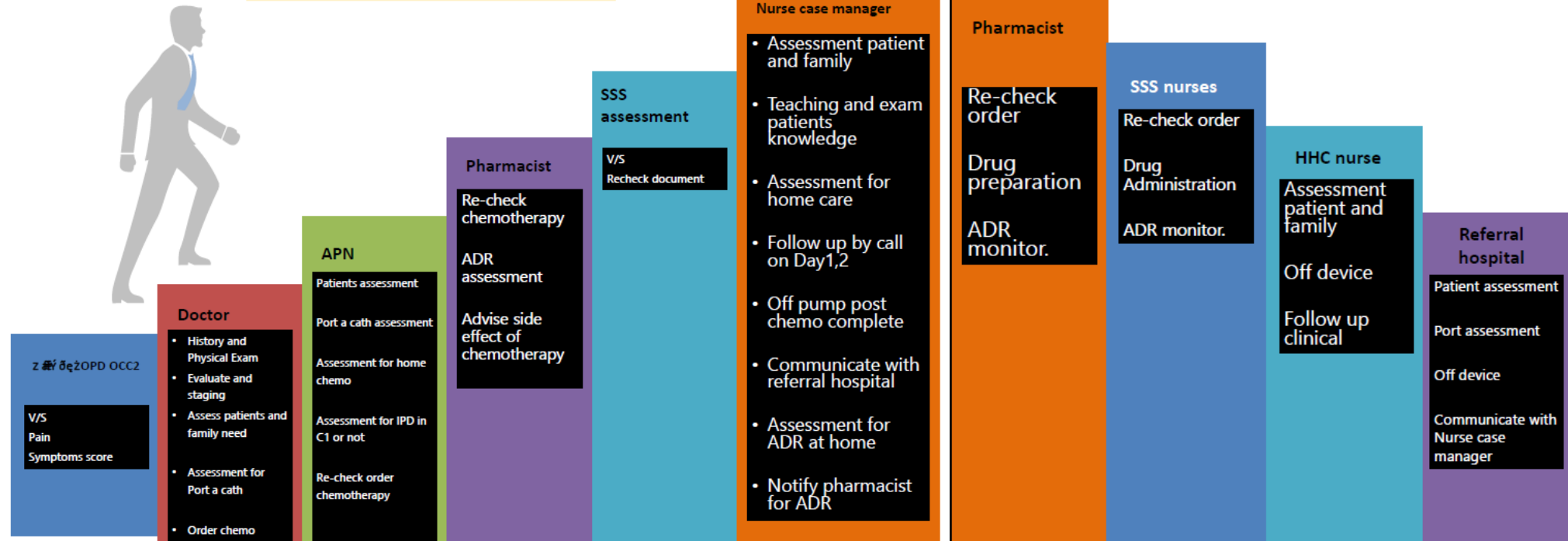


# Home Chemotherapy

รพ.รามธิบดี



## Workflow of RHCM



The background is a 3D-rendered pattern of dark gray hexagons. Some of these hexagons are slightly raised, creating a textured surface. Within the recessed areas between the hexagons, there are glowing teal or light blue lines that follow the edges of the pattern, giving it a digital or circuit-like appearance.

# Digital Health

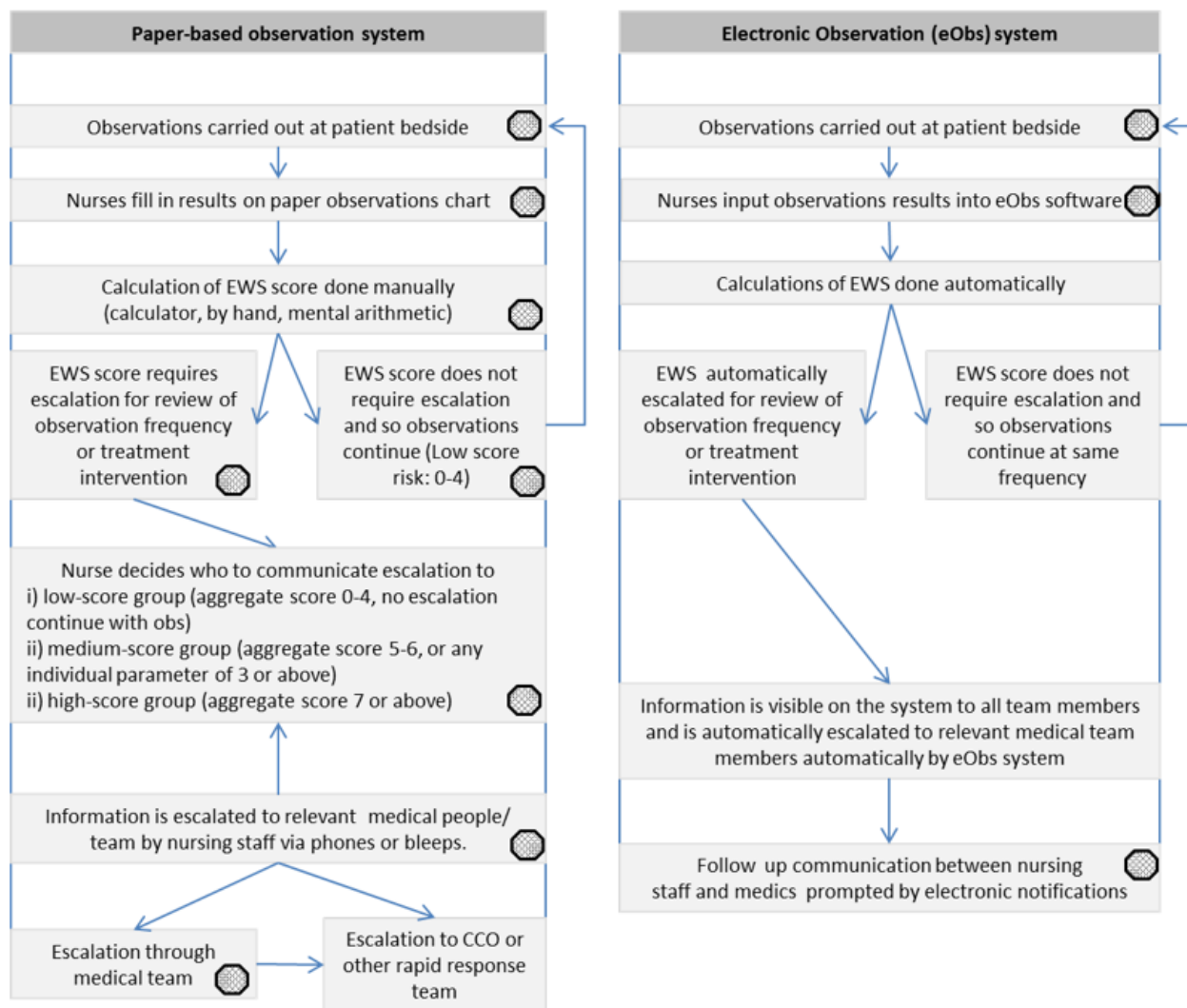


# Observation Chart & Early Warning System

<b>Respiratory Rate</b> (breaths/min)	>37
	36
	31-35
	21-30
	9-20
	5-8
	<4
<b>O<sub>2</sub> Flow Rate</b> (L/min)	>5
	1-5
	<1
<b>O<sub>2</sub> Saturation</b> (%)	>=93
	90-92
	85-89
	<=84
<b>Heart Rate</b> (beats/min)	Write >=140
	130s
	120s
	110s
	100s
	90s
	80s
	70s
	60s
	50s
	40s
	30s
	If heart rate >=240
Write value in box	

[illegible]

# Electronic Patient Bedside Observation



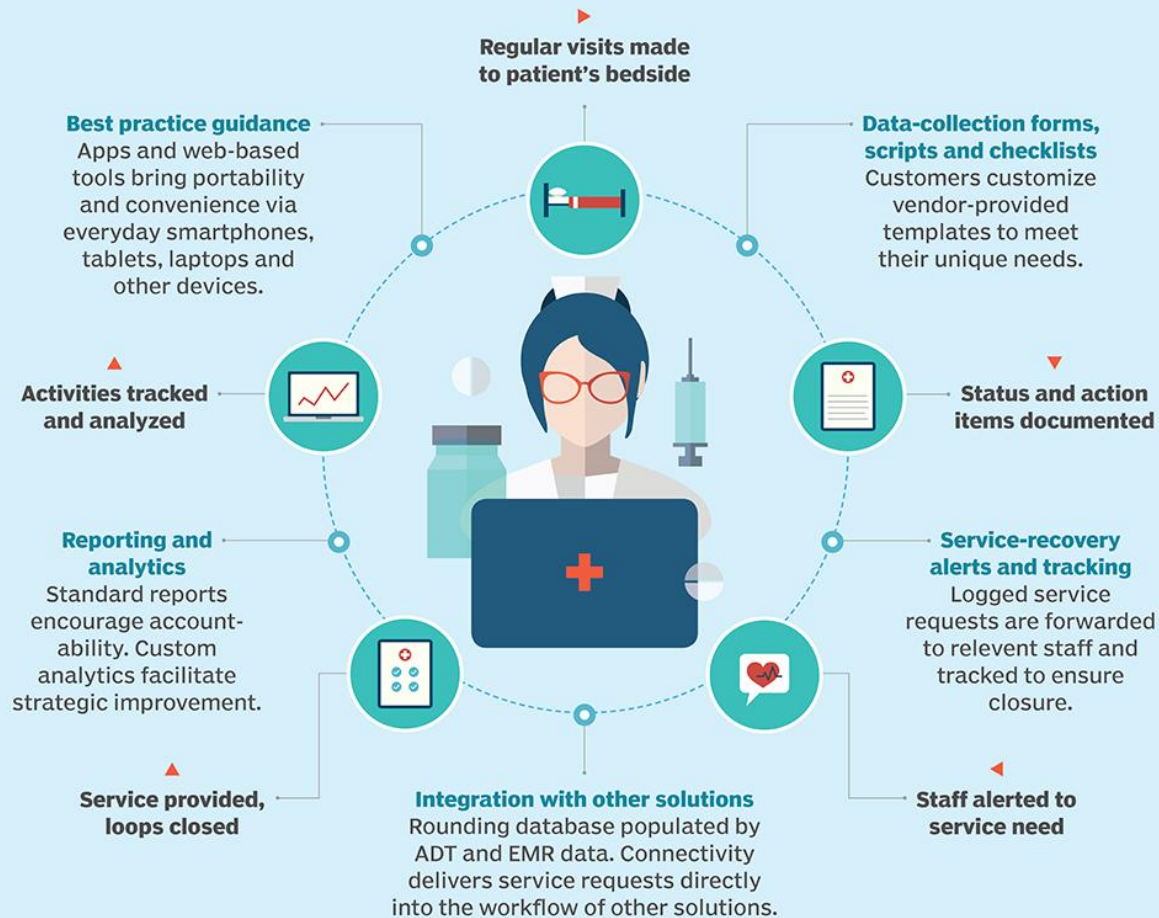
## Electronic Patient Observations

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



## USE CASES FOR DIGITAL ROUNDING TOOL



Nurse rounding with patients



Management rounding with employees



Leadership rounding with patients



Staff rounding with patients' families

## TOP TEN MOST MEANINGFUL OUTCOMES ACHIEVED

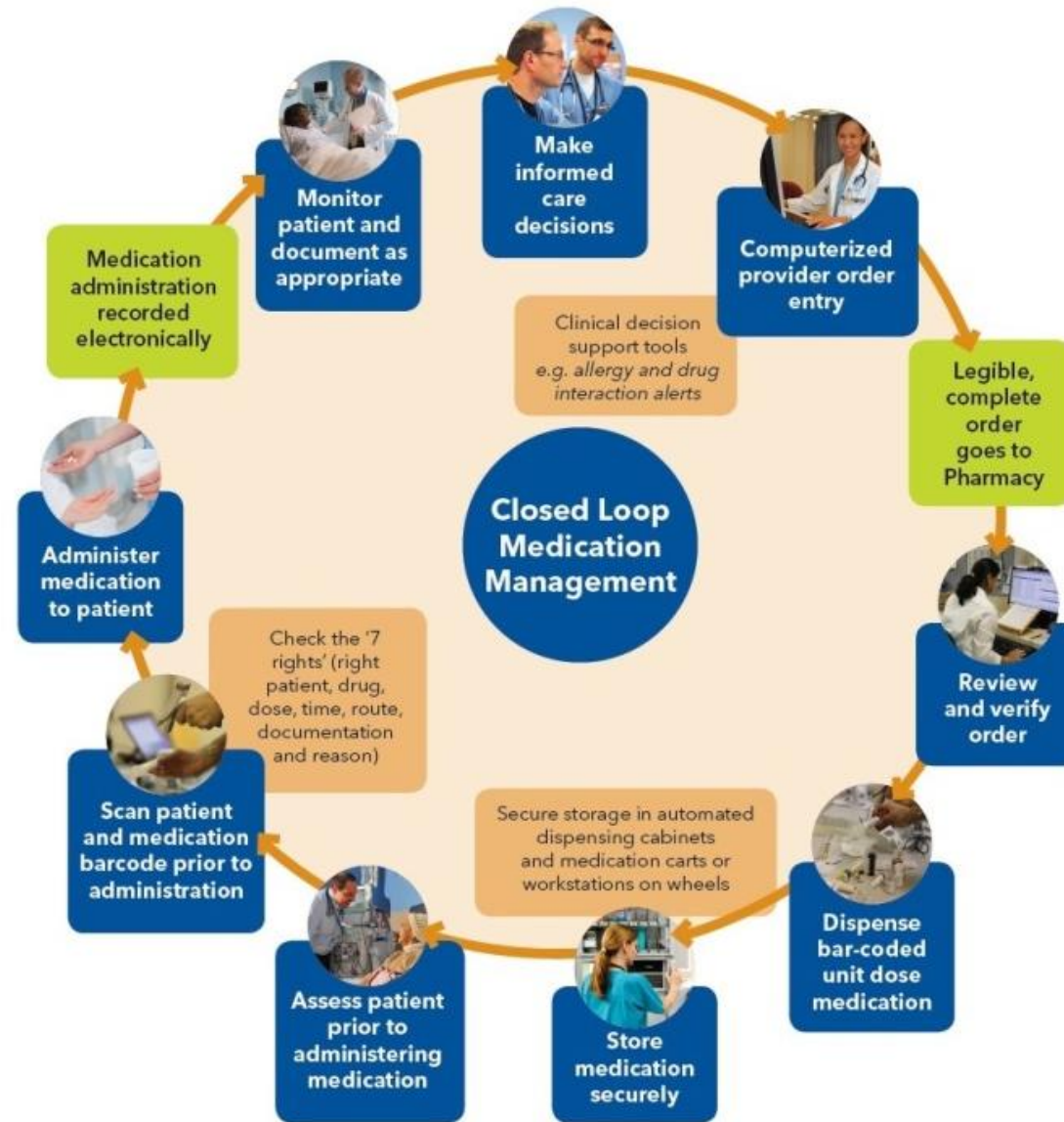


## THE STATE OF DIGITAL ROUNDING

TODAY	FUTURE
Simple	Complex
Few use cases	Many use cases
Technology facilitates existing processes	Technology facilitates creation of new processes
Standard templates and reports	Custom scripts and reports
Little integration	Lots of integration
Customer service fills gaps	Customer service augments tools
Manual workarounds, vendor help	Vendor-enabled self-service



# Closed Loop Medication Management



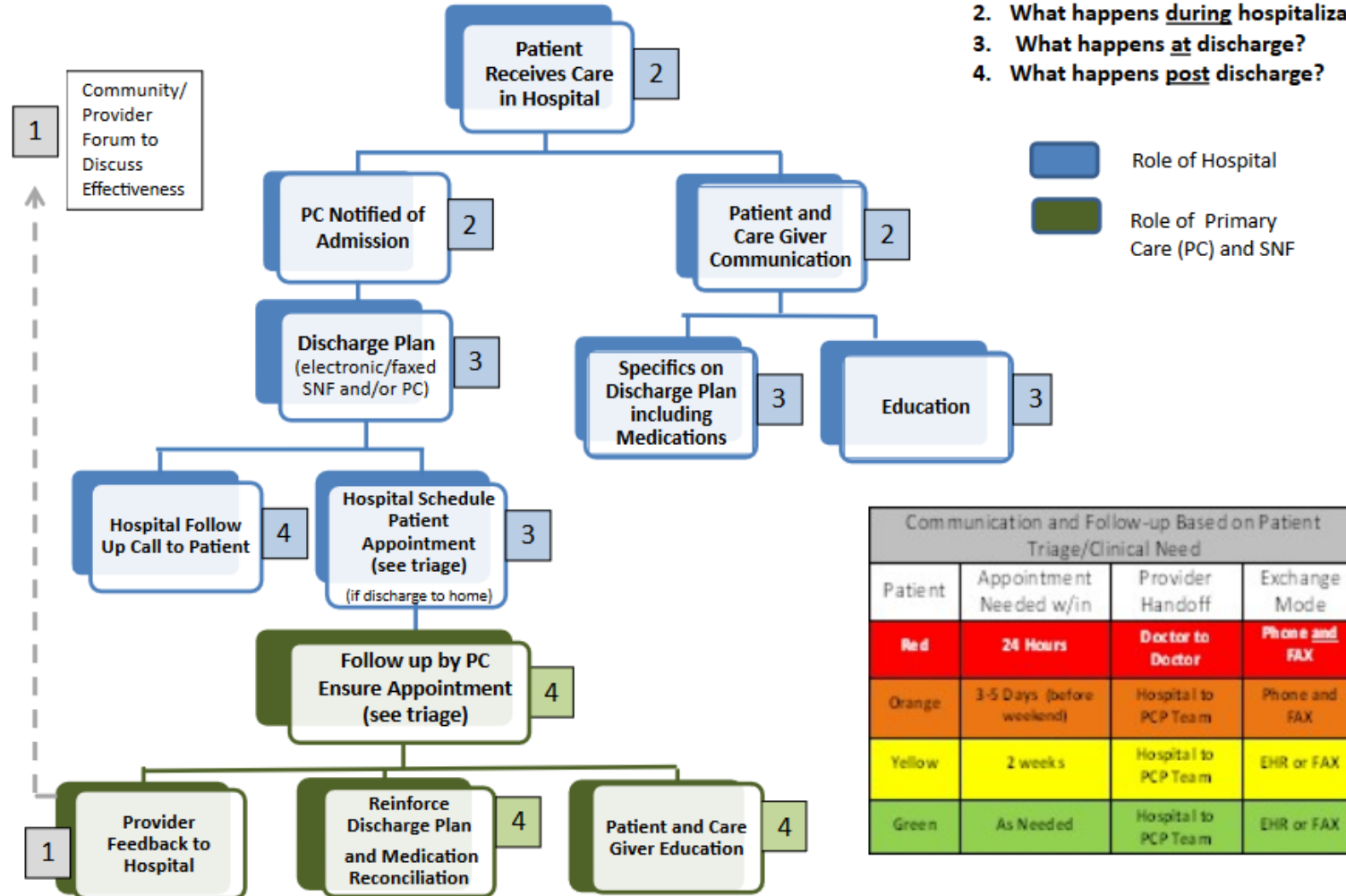
# ระบบข้อมูลที่ต่อเชื่อมกัน

## SMOOTH COMMUNICATIONS OVERVIEW

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

**DRAFT**

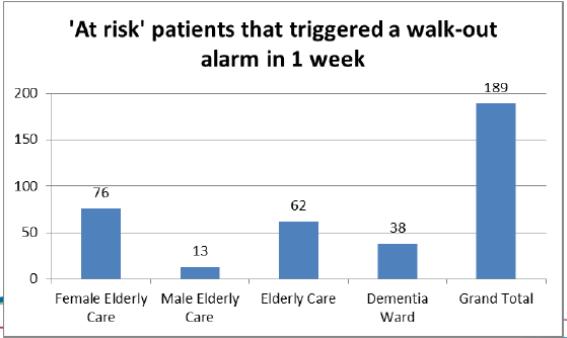
1. What happens prior to hospital care?
2. What happens during hospitalization?
3. What happens at discharge?
4. What happens post discharge?



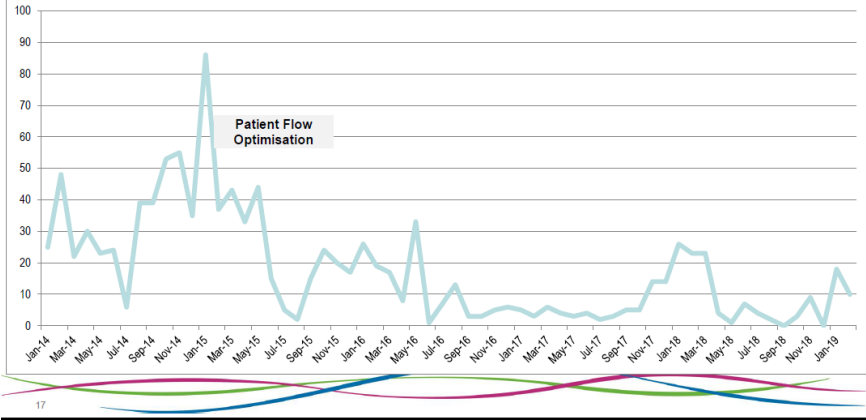


# Real-Time Locating System (STLS)

## 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

**Deloitte.**

(/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

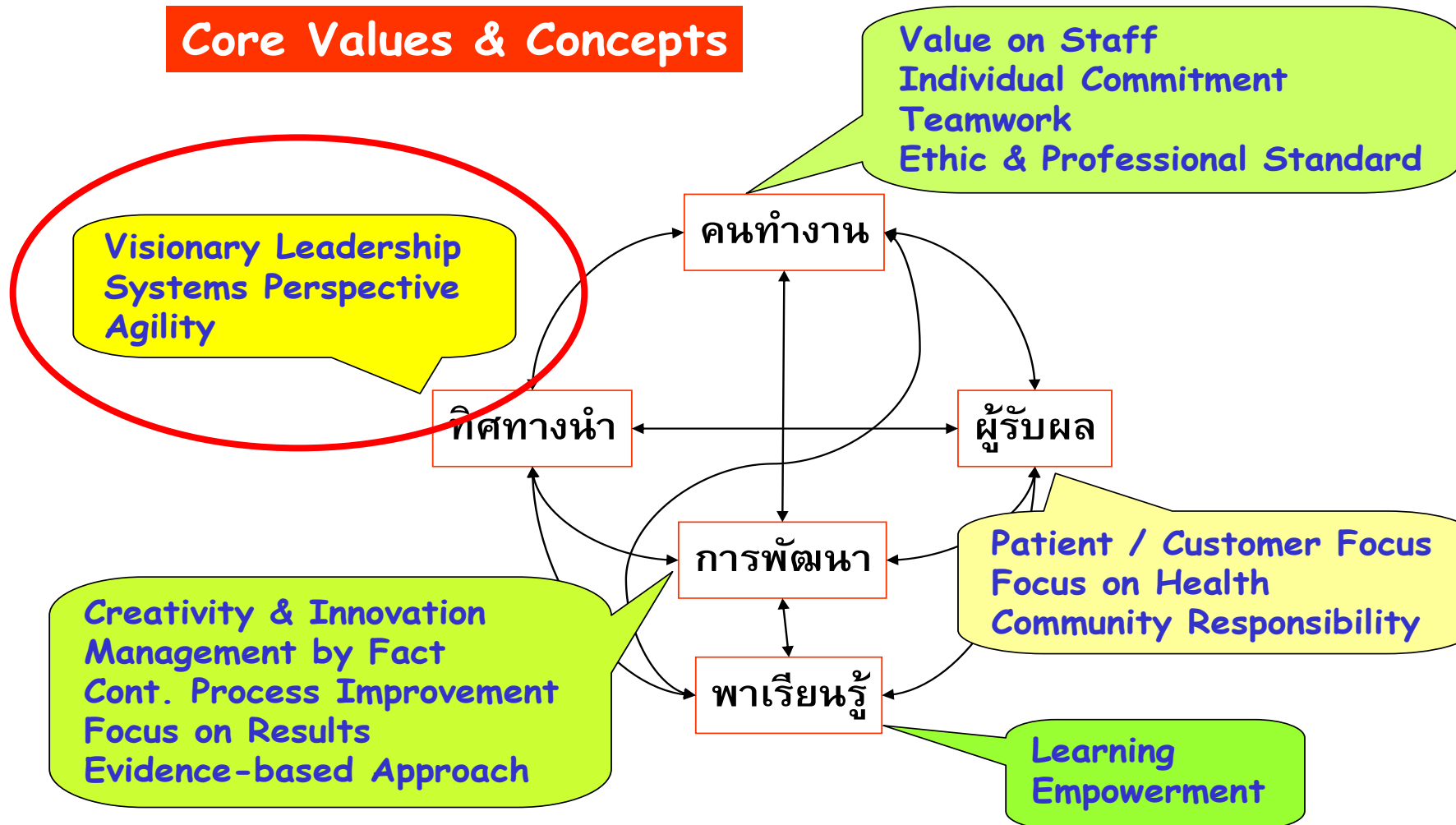
# สร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย ด้วยค่านิยม “ทิศทางการนำ”

**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 จูงใจให้คนเก่งมารวมตัวกัน สู่เป้าหมายที่สูงกว่า
- **Culture Hacking**
  - ทุกคนเป็นผู้นำในระดับที่ตนเองรับผิดชอบ: ฝึกถึงการเปลี่ยนแปลงในทุกโอกาส
  - ทุกคนในองค์กรรับลู่วิสัยทัศน์ของผู้นำระดับสูง

# 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 อาจแบ่งปันบทความ แนวโน้มเทคโนโลยี หรือคำถามที่กระตุ้นความคิดก็ได้

# Visionary Leadership : “Challenging the Status Quo”

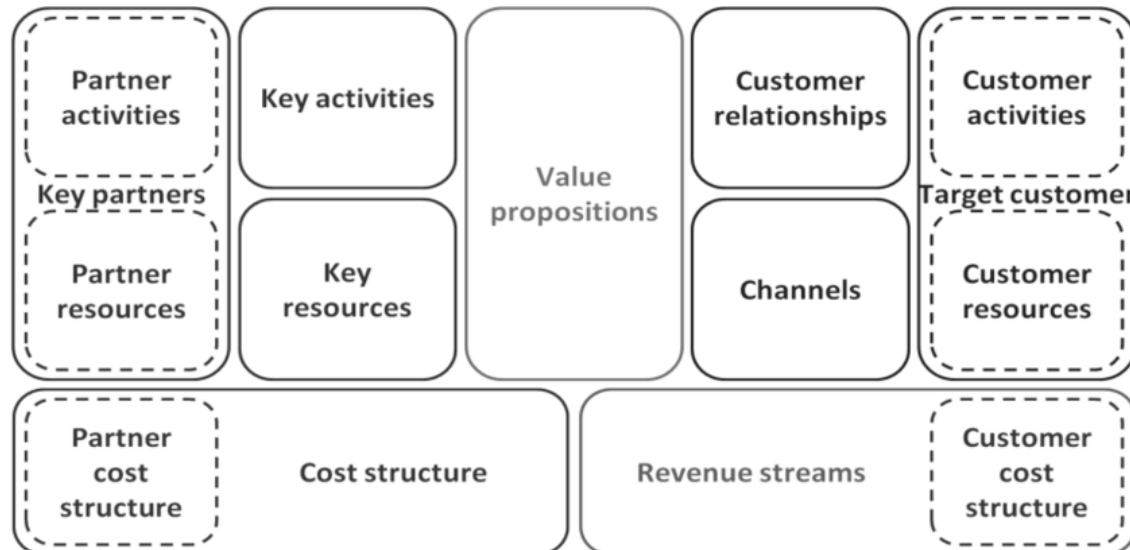


## "Challenge the Status Quo" Micro-Experiments

ผู้นำประกาศต่อ public ว่าจะท้าทายกระบวนการหรือบรรทัดฐานการทำงานสักเรื่องหนึ่งที่ไม่มีประสิทธิภาพ หรือล้าสมัยภายในพื้นที่ของตนทุกเดือน

- **What** จะท้าทายอะไร
- **Why** เชื่อมโยงกับวิสัยทัศน์อนาคตเกี่ยวกับประสิทธิภาพ / นวัตกรรม
- **How** จะทดลองวิธีการใหม่อย่างไร
- **What they learned** ได้เรียนรู้อะไร (แม้ว่าจะล้มเหลวก็ตาม)

# Visionary Leadership : “The Co-Creation Canvas”



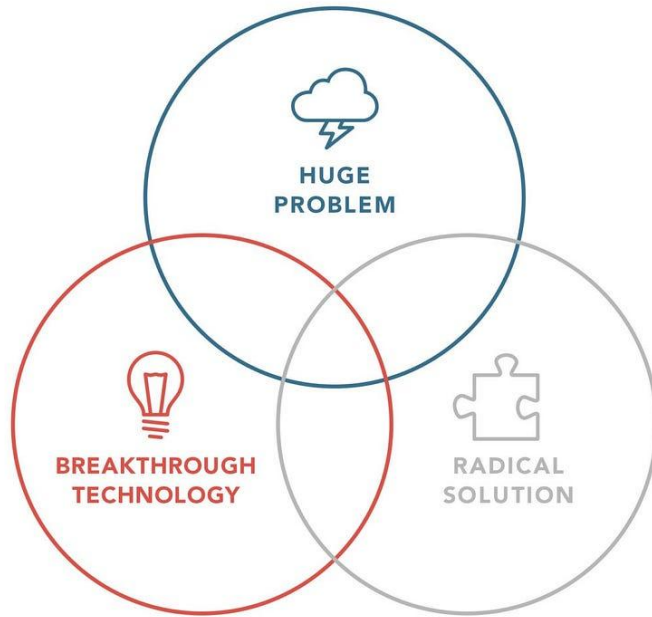
## "The Co-Creation Canvas"

### (Visualizing Shared Futures)

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

# Visionary Leadership : “Mentoring for the Moonshot”

## MOONSHOT BLUEPRINT



Source: X, [solveforx.com/about](https://solveforx.com/about)



ผู้นำจะค้นหาและให้คำปรึกษาแก่บุคคลหรือทีมเล็ก ๆ ใน "Moonshot project" ซึ่งเป็นโครงการที่มีความทะเยอทะยาน อาจมีความเสี่ยงสูง และให้ผลตอบแทนสูง สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ระยะยาวขององค์กร แต่อาจอยู่นอกเหนือขอบเขตปกติของพวกเขา นี่คือช่วงเวลาให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้น **big-picture thinking** และการเอาชนะอุปสรรค

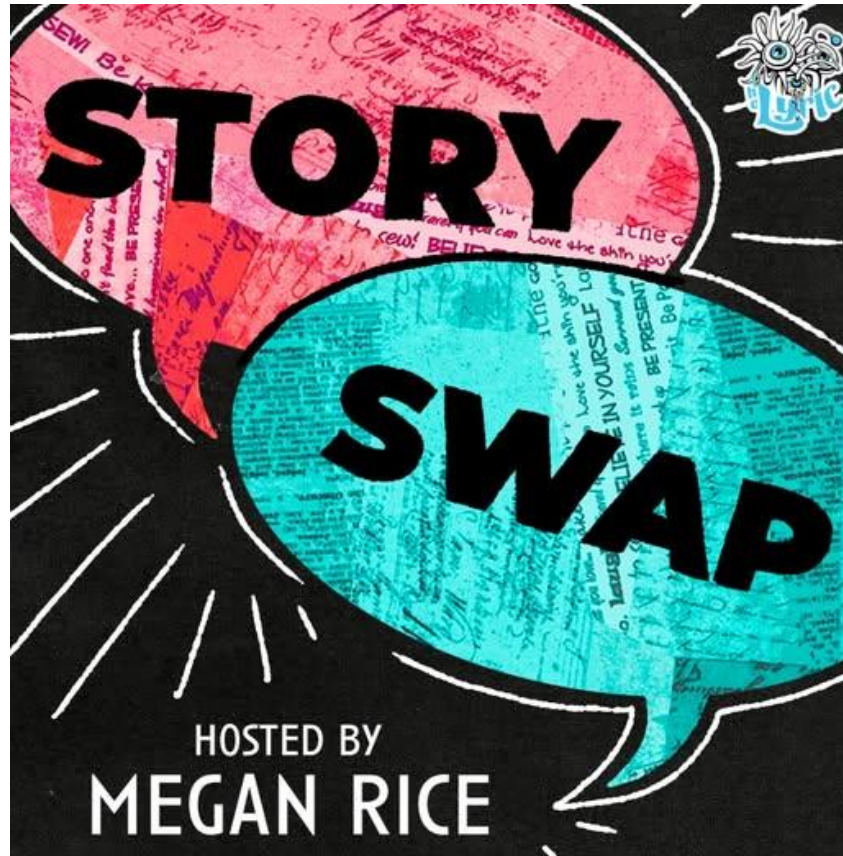


## Visionary Leadership : “Anti-Vision Challenge”



ผู้นำจะขอให้ทีมอธิบาย “anti-vision” ของ  
ตนเป็นระยะ ๆ ว่าอนาคตจะเป็นอย่างไรหาก  
พวกเขาไม่ปฏิบัติตามวิสัยทัศน์ปัจจุบัน จากนั้น  
ร่วมกันระบุสัญญาณเตือนล่วงหน้าและ  
วิธีดำเนินการที่จำเป็นเพื่อป้องกัน “anti-  
vision” ดังกล่าว

# Visionary Leadership : “Strategic Story Swap”



## "Strategic Story Swap"

ผู้นำแบ่งปันเรื่องราวส่วนตัวเกี่ยวกับ  
ช่วงเวลาที่พวกเขาเผชิญกับความไม่แน่นอน  
การตัดสินใจกล้าเสี่ยง ปรับตัวเข้ากับการ  
เปลี่ยนแปลง หรือมองเห็นมุมมองที่ก้าวล้ำซึ่ง  
หล่อหลอมมุมมองระยะยาวของพวกเขา แล้วก็  
เชิญชวนให้สมาชิกในทีมแบ่งปันเรื่องราวที่  
คล้ายกัน

# Systems Perspective

- **Synthesis:** เห็นการปรากฏอยู่และความเชื่อมโยงของระบบ/หน่วยงาน ต่าง ๆ ในองค์กร เป็นองค์รวมที่เป็นเนื้อเดียวกัน (unified whole) ใส่ใจทุกส่วน ได้ยินทุกเสียง
- **Alignment:** ทำความเข้าใจและนำมาปฏิบัติซึ่งถ้อยคำหลักขององค์กร ในทุกระดับ
- **Integration:** ประสานแนวราบ รับรู้และตอบสนองความต้องการของกันและกัน ให้ทุกข้อต่อของห่วงโซ่ (internal customer chain) มีความแข็งแรง
- **Culture Hacking**
  - **Synthesis:** (หน่วยงานของ) ฉันอยู่ตรงไหนในองค์กร มีความสำคัญต่อความสำเร็จขององค์กรอย่างไร ประสานร่วมมือกับคนอื่นอย่างไร
  - **Alignment:** งานที่ฉันทำอยู่ มีส่วนเติมเต็มให้กับวิสัยทัศน์ขององค์กรอย่างไร
  - **Integration:** (หน่วยงานของ) ฉันจะทำงานของเธอง่ายขึ้นได้อย่างไร



# Systems Perspective by Technology

**Systems perspective** หมายถึงการบริหารจัดการองค์ประกอบทั้งหมดขององค์กรในลักษณะ **unified cohesive whole** เพื่อบรรลุพันธกิจ ยกระดับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย และทำให้มั่นใจในความสำเร็จ

เทคโนโลยีอาจมีบทบาทต่อไปนี้

## 1. Integration & interoperability

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

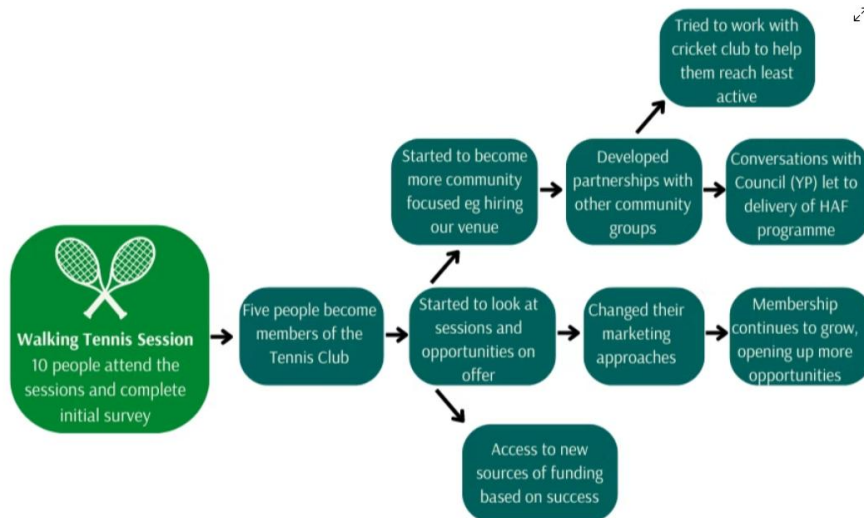
## 2. Coordinated care & population health

- 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 หรือหัวหน้าฝ่ายคลินิกใช้เวลากับ  
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)

เมื่อต้องจัดการกับปัญหาสำคัญใด ๆ ผู้นำจะ  
ส่งเสริมให้มีการถาม “5 Whys”

จากปัญหาเริ่มต้น “Why” แต่ละข้อจะต้องขยาย  
ขอบเขตให้กว้างและลึกขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อค้นหาสาเหตุ  
หลักเชิงระบบ (ไม่ใช่แค่สาเหตุเฉพาะหน้า)

“Why” สุดท้ายควรเชื่อมโยงกลับไปยังค่านิยม  
ขององค์กรหรือทิศทางเชิงกลยุทธ์

## Systems Perspective : “System Storytelling”



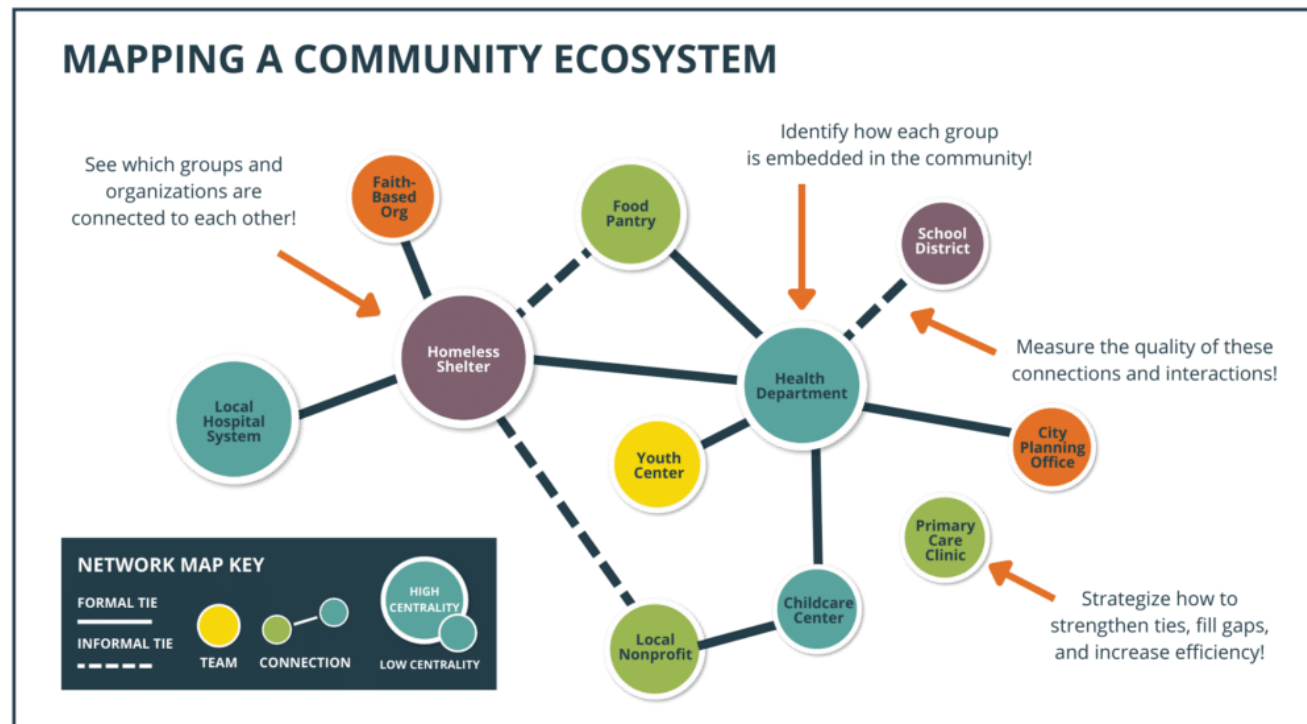
### "System Storytelling" (Narrative & Impact)

ผู้นำจะรวบรวมและแบ่งปันเรื่องราวที่น่าสนใจ (compelling stories) ซึ่งเห็นถึงความเชื่อมโยงกัน (interconnectedness) - การเปลี่ยนแปลงเล็ก ๆ น้อย ๆ ในแผนกหนึ่งสามารถส่งผลกระทบเชิงบวก (หรือเชิงลบ) ครั้งใหญ่ในแผนกอื่นได้อย่างไร หรือความร่วมมือระหว่างแผนกต่าง ๆ ช่วยประหยัดเวลาได้อย่างไร

# Systems Perspective : “Ecosystem Mapping”

## "Ecosystem Mapping Workshops" (Visualizing Interdependencies)

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



# Systems Perspective : “Stakeholder Safari”



## "The 'Stakeholder Safari'"

### (External System Awareness)

ส่งเสริมให้ผู้มีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย  
ภายนอกที่หลากหลาย (เช่น ผู้ป่วย กลุ่มชุมชน  
หน่วยงานกำกับดูแล ชัพพลายเออร์ คู่แข่ง) เป็นระยะ  
ไม่ใช่เพียงแค่สำหรับการประชุมอย่างเป็นทางการ  
เท่านั้น แต่เพื่อทำความเข้าใจมุมมองและแรงกดดันที่  
เกี่ยวข้องกับองค์กรของพวกเขาด้วย



# 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:** มีวงเงินชัดเจนให้บุคลากรด้านหน้าแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยเฉพาะรายได้
  - **Provocative Pressure:** ลองแห่ด้วยเงื่อนไข / 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 การสื่อสารข้ามสายงาน
- **Outcome**
  - Net promotor score
  - Improved clinical outcome
  - Cost of poor quality, time-to-market for new services

การเงินการคลัง CFO			จัดเก็บรายได้ CCO		ตรวจสอบเวชระเบียน CIA	
Day	Subject	Lecturer	Subject	Lecturer	Subject	Lecturer
Wed 10	• คู่มือการเบิกและประสิทธิภาพการเบิกจ่าย  • การบริหารจัดการความเสี่ยงทางการเงิน	ดร.นฤวิทย์ สุขุมพิทักษ์ นางแพทย์ธีรยาชัย รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและคลินิกประกันสุขภาพ	• ระบบเบิกจ่าย Claim กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ • บริการสนับสนุนสุขภาพป้องกันโรค / บริการการรักษายูนิบอนด์ • นโยบาย การนำคดี และฟื้นฟูสภาพ PPOPIOPORRH	ดร.นพ.สุเทพ หุ่นทอง นายแพทย์ธีรยาชัย รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและคลินิกประกันสุขภาพ นายศุภกิจชัย จิตวัฒน์ หัวหน้างานประกันสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหลชาธิราช	เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก • Patient's profile • History	นพ.บริรักษ์ เจริญศิลป์ ผู้ช่วยรายการตรวจสอบเวชระเบียน 3 กอง
	• กฎหมายของโรงพยาบาลและการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ • ระบบบริหารจัดการองค์กรโรงพยาบาล (ERP) สารสนเทศการบริหารแผนบริการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู (MOPH Service)	ดร.นพ.สุเทพ หุ่นทอง นายแพทย์ธีรยาชัย รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและคลินิกประกันสุขภาพ นางสาวไดดา รินโณ หัวหน้างานประกันสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหลชาธิราช	• ระบบเบิกจ่าย Claim กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ • บริการสนับสนุนสุขภาพป้องกันโรค / บริการการรักษายูนิบอนด์ • นโยบาย การนำคดี และฟื้นฟูสภาพ PPOPIOPORRH (ข้อ)	นายศุภกิจชัย จิตวัฒน์ หัวหน้างานประกันสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหลชาธิราช	เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก • Physical examination and Diagnosis • Treatment/Investigation + Follow up • Operative note + Informed consent	นพ.บริรักษ์ เจริญศิลป์ ผู้ช่วยรายการตรวจสอบเวชระเบียน 3 กอง
Thu 11	• การประยุกต์ใช้ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศในการบริหารงานทางการแพทย์ • การจัดตั้งศูนย์โรงพยาบาลและการบริหารต้นทุน	ดร. นวลา สิงห์ธรรม อาจารย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมหาวิทยาลัยเชียงใหม่	• ระบบเบิกจ่าย Claim กองทุนหลักประกันสุขภาพ • กองทุนประกันสังคม	นายศุภกิจชัย จิตวัฒน์ หัวหน้างานประกันสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหลชาธิราช	เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน • Informed consent • History: • Physical examination • Progress notes/Doctor's order sheet Operation Note • Consultation record	นพ.บริรักษ์ เจริญศิลป์ ผู้ช่วยรายการตรวจสอบเวชระเบียน 3 กอง
	• หลักการของกรณีฉุกเฉินทางทันตกรรมของโรงพยาบาล • แผนปฏิบัติการฉุกเฉิน (PLAN/F) แผนแม่ข่าย แผนกลุ่มแผนเฉพาะ และ ค่ายส่งมอบ ERP : สถานะระบบแบบแม่ข่าย (MOPH CASH)	นางสาวปัทมาพร ศรีศักดิ์ นักวิชาการการเงินและบัญชีโรงพยาบาลสมุทรสาคร กัญญา พุ่มเนิน นักวิชาการอิสระ ตำแหน่งบรรณาธิการการเงินการคลัง	• ระบบเบิกจ่าย Claim ระหว่างสาขา ผู้มีปัญหาด้านประสาทสัมผัส • ระบบเบิกจ่าย Claim กองทุนประกันสุขภาพ (พัน ข.บ.) • ระบบเบิกจ่าย Claim กองทุนประกันสุขภาพเอกชน (Private)	นายศุภกิจชัย จิตวัฒน์ หัวหน้างานประกันสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหลชาธิราช	เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน • Discharge Summary (Diagnosis, Operation + เนื้อหา) ข้อมูลทางคลินิกและการแพทย์ • Discharge Summary Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบประกอบการจำหน่าย	นพ.บริรักษ์ เจริญศิลป์ ผู้ช่วยรายการตรวจสอบเวชระเบียน 3 กอง
Fri 12	• ระบบเก็บเกี่ยวได้โรงพยาบาล ระบบลูกค้าได้รักษาพยาบาล • การพัฒนาระบบข้อมูลระดับโรงพยาบาล และ FDH • การบริหารสารสนเทศเพื่อการเบิกจ่ายการรักษาพยาบาล (Financial DATA SET) ในระบบ Financial Data Hub (FDH)	ดร.นพ.สุเทพ หุ่นทอง นายแพทย์ธีรยาชัย รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและคลินิกประกันสุขภาพ นางสาวปัทมาพร ศรีศักดิ์ นักวิชาการการเงินและบัญชีโรงพยาบาลสมุทรสาคร	• ระบบเก็บเกี่ยวได้โรงพยาบาล ระบบลูกค้าได้รักษาพยาบาล • การพัฒนาระบบข้อมูลระดับโรงพยาบาล และ FDH • การบริหารสารสนเทศเพื่อการเบิกจ่ายการรักษาพยาบาล (Financial DATA SET) ในระบบ Financial Data Hub (FDH)	ดร.นพ.สุเทพ หุ่นทอง นายแพทย์ธีรยาชัย รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและคลินิกประกันสุขภาพ นางสาวปัทมาพร ศรีศักดิ์ นักวิชาการการเงินและบัญชีโรงพยาบาลสมุทรสาคร	แนวทางการบันทึกคำขอ ICD 10 2016 แนวทางการบันทึกคำขอ ICD 9 CM 2015	นพ.บริรักษ์ เจริญศิลป์ ผู้ช่วยรายการตรวจสอบเวชระเบียน 3 กอง
	• สถานะของการเบิกจ่าย FDH และ ระบบลูกค้าได้รักษาพยาบาลจากระบบ FDH AI : PP Check up เพื่อติดตามบริการ ส่งเสริม ป้องกันโรคและฟื้นฟู	ดร.นพ.สุเทพ หุ่นทอง นายแพทย์ธีรยาชัย รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและคลินิกประกันสุขภาพ นางพนัสทิศา อาภากร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นายพนัสทิศา เขียวประเสริฐ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการกองเศรษฐกิจสุขภาพและคลินิกประกันสุขภาพ	• สถานะของการเบิกจ่าย FDH และ ระบบลูกค้าได้รักษาพยาบาลจากระบบ FDH AI : PP Check up เพื่อติดตามบริการ ส่งเสริม ป้องกันโรคและฟื้นฟู (สัปดาห์ที่ 1)	ดร.นพ.สุเทพ หุ่นทอง นายแพทย์ธีรยาชัย รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและคลินิกประกันสุขภาพ นางพนัสทิศา อาภากร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นายพนัสทิศา เขียวประเสริฐ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการกองเศรษฐกิจสุขภาพและคลินิกประกันสุขภาพ	แนวทางมาตรฐานระเบียบตาม DRG V.8 • Infection + Neoplasm • Hematology + Endo Metabolism • Behavior	นพ.บริรักษ์ เจริญศิลป์ ผู้ช่วยรายการตรวจสอบเวชระเบียน 3 กอง
Sat 13	• การบริหารความเสี่ยงระบบการเงินการคลังภาครัฐ • ระบบคลังโรงพยาบาล	นางสาววรรณกร อยู่หนู นายกเทศมนตรีเมืองสมุทรสาคร นางสาวปัทมาพร ศรีศักดิ์ นักวิชาการการเงินและบัญชีโรงพยาบาลสมุทรสาคร	• การบริหารความเสี่ยงระบบการเงินการคลังภาครัฐ (E-CLAM) • ระบบคลังโรงพยาบาล	ดร.นพ.สุเทพ หุ่นทอง นายแพทย์ธีรยาชัย รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและคลินิกประกันสุขภาพ นายสุภาพ วราวุธศิริกุล นักวิชาการอิสระ ตำแหน่งบรรณาธิการการเงินการคลัง	แนวทางมาตรฐานระเบียบตาม DRG V.6 • Brain + Heart • Respiratory + Upper GI • Biliary	นพ.บริรักษ์ เจริญศิลป์ ผู้ช่วยรายการตรวจสอบเวชระเบียน 3 กอง
	• การบริหารระบบคลังโรงพยาบาล ERP : สถานะผลการบริหารระบบงบประมาณรายจ่าย (E-Budgeting) สถานะการเบิกจ่ายค่าตอบแทน OT บุคลากร (MOPH HR) สถานะการเบิกจ่ายระบบคลัง PASADHU/Book สถานะการเบิกจ่ายค่าตอบแทน (MOPH CASH)	กัญญา พุ่มเนิน นักวิชาการอิสระ ตำแหน่งบรรณาธิการการเงินการคลัง นายพนัสทิศา เขียวประเสริฐ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการกองเศรษฐกิจสุขภาพและคลินิกประกันสุขภาพ	• ชุมชนผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย FINANCIAL DATA SET • สถานะผลการบริหารระบบงบประมาณรายจ่าย (E-Budgeting) สถานะการเบิกจ่ายค่าตอบแทน OT บุคลากร (MOPH HR) สถานะการเบิกจ่ายค่าตอบแทน PASADHU/Book สถานะการเบิกจ่ายค่าตอบแทน (MOPH CASH)	นายสุภาพ วราวุธศิริกุล นักวิชาการอิสระ ตำแหน่งบรรณาธิการการเงินการคลัง นางสาวไดดา รินโณ หัวหน้างานประกันสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหลชาธิราช	แนวทางมาตรฐานระเบียบตาม DRG V.6 • Nephrology + Urology • Obstetrics + Perinatal • Trauma	นพ.บริรักษ์ เจริญศิลป์ ผู้ช่วยรายการตรวจสอบเวชระเบียน 3 กอง
Sun 14	• ข้อมูลเชิงลึกด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาล การปฏิบัติงานด้านการเงินการคลัง	ดร.นพ.สุเทพ หุ่นทอง นายแพทย์ธีรยาชัย รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและคลินิกประกันสุขภาพ นางสาวปัทมาพร ศรีศักดิ์ นักวิชาการการเงินและบัญชีโรงพยาบาลสมุทรสาคร	• อัตราค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราเลข 2568 • อัตราค่าบริการทางการแพทย์ (I - claim)	นายสุภาพ วราวุธศิริกุล นักวิชาการอิสระ ตำแหน่งบรรณาธิการการเงินการคลัง นางสาวไดดา รินโณ หัวหน้างานประกันสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหลชาธิราช	แนวทางมาตรฐานระเบียบตาม DRG V.6 • Orthopedics + Eye • Ear + Nutrition • Complication	นพ.บริรักษ์ เจริญศิลป์ ผู้ช่วยรายการตรวจสอบเวชระเบียน 3 กอง
	• การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล ตัวชี้วัดการดำเนินงานและประสิทธิภาพการดำเนินงาน Total Performance score (TPS) AI : TPS ระบบการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการดำเนินงาน Total Performance score (TPS)	ดร.นพ.สุเทพ หุ่นทอง นายแพทย์ธีรยาชัย รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและคลินิกประกันสุขภาพ นางสาวปัทมาพร ศรีศักดิ์ นักวิชาการการเงินและบัญชีโรงพยาบาลสมุทรสาคร	• การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล (รวมแล้วแค่ C) • ตัวชี้วัดการดำเนินงานและประสิทธิภาพการดำเนินงาน Total Performance score (TPS) AI : TPS ระบบการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการดำเนินงาน Total Performance score (TPS)	นายสุภาพ วราวุธศิริกุล นักวิชาการอิสระ ตำแหน่งบรรณาธิการการเงินการคลัง นางสาวไดดา รินโณ หัวหน้างานประกันสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหลชาธิราช	การสรุปผลการ • Digital IPD ระบบรายงานแบบ Realtime • แนวทางและข้อกำหนดการรายงานของกองผู้ป่วยใน	นพ.บริรักษ์ เจริญศิลป์ ผู้ช่วยรายการตรวจสอบเวชระเบียน 3 กอง ดร.นพ.สุเทพ หุ่นทอง นายแพทย์ธีรยาชัย รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและคลินิกประกันสุขภาพ

## คำถามจากผู้เข้าประชุม

Q: จะพัฒนาให้ครอบคลุม คุณคน ดูไข้ ดูคัม 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 เพื่อสนับสนุนสมมติฐานนั้นไว้เสนอกับผู้เกี่ยวข้อง (2) จำศีล ใช้ทรัพยากรให้น้อยที่สุด เท่าที่จำเป็น (3) เรียนรู้และตัดสินใจร่วมกัน เช่น การทำ CT abdomen ในกรณีสงสัยไส้ติ่งอักเสบ (4) ตัดสินใจโดยพิจารณา balance จากมุมมองต่างๆ

Q: การป้องกันความขัดแย้งกับผู้ป่วย เมื่อไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ หรือบางเรื่องยังอยู่ระหว่างการวิเคราะห์ความคุ้มค่า แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ชัดเจน

A: พุดคุยจากจุดยืนของผู้ป่วย เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย มิใช่จากนโยบายหรือเหตุผลทางการแพทย์ ทำให้เห็นว่ายังมีเวลาพิจารณาตัดสินใจ

Q: กรณีการใช้ยา generic บางตัวอาจไม่ได้ผลเท่ากับยา original และทำให้เกิดความเสียหายตามมา เช่น ยากันชัก

A: เรื่องนี้ทำให้เห็นปัญหา generalizability ว่าไม่อาจใช้ได้กับทุกกรณี ถ้าเรารับรู้ว่ามีเรื่องใดที่ประยุกต์ใช้ไม่ได้ เราก็ต้องวางระบบที่มีความไวที่จะตรวจพบปัญหาในผู้ป่วยบางราย และหาทางออกให้กับผู้ป่วยเหล่านั้น เช่น การเปิดช่องที่ผู้ป่วยสามารถไปซื้อยาที่ร้านขายยาได้



**รถเข็นจ่ายยาอัจฉริยะ (Medication Cart)**  
จ่ายยาได้ถูกต้อง ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

**ส่วน Cassette**  
ลิ้นชักจำนวน 16 ช่อง และระบบล็อก เพื่อความถูกต้องและปลอดภัยในการบริหารยาให้กับผู้ป่วยแต่ละราย

**หลอดไฟ LED**  
ส่วนอีกมีหลอดไฟ LED และสถานะการเปิดปิด

**ระบบแจ้งเตือน**  
มีระบบแจ้งเตือนต่างๆ แสดงระดับแบตเตอรี่, แจ้งเตือนการทำงาน

**การใช้อย่างเป็นระบบ**  
ใช้งานเชื่อมระบบ BMS-HOSP และสามารถใช้กับกรจ่ายยาได้ทันที

**แบตเตอรี่**  
ใช้งานต่อเนื่องได้ไม่น้อยกว่า 7 ชั่วโมง

**สแกน QR Code**  
สแกน QR Code เพื่อเปิดลิ้นชัก ส่วนระบบแจ้งเตือนจะแจ้งเตือนให้ผู้ป่วยที่แสดงบนหน้าจอ

**ราคาต้นละ 350,000 บาท**  
ซื้อจำนวน 2 คัน ขึ้นไป เหลือ ต้นละ 300,000 บาท

**สแกน QR CODE เพื่อข้อมูลรถเข็นจ่ายยา แบบละเอียด**

ติดต่อฝ่ายขายและการตลาด โทร: 061-019-8268 อีเมล: info@bgs-mkt.com  
บริษัท กรุงเทพ กลโบล ซอฟต์แวร์ จำกัด  
BANGKOK GLOBAL SOFTWARE COMPANY LIMITED

**Bangkok Medical Software**  
17 Sep

**รถเข็นจ่ายยาอัจฉริยะ (Medication Cart)**  
จ่ายยาได้ถูกต้อง ✅ ปลอดภัย ✅ มีประสิทธิภาพ ✅  
เชื่อมต่อกับ HOSXP XE ได้ทันที!

จุดเด่นที่โรงพยาบาลสนใจ:

- Cassette 16 ช่อง พร้อมระบบล็อก
- ไฟ LED บอกสถานะการเปิดลิ้นชัก
- ใช้งานต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 7 ชั่วโมง
- สแกน QR Code เพื่อเปิดลิ้นชัก
- บันทึกเวลาการจ่ายยาผ่านแท็บเล็ตได้ง่าย

ลดความผิดพลาดในการจ่ายยา  
รองรับการทำงานแบบ Paperless  
ควบคุมง่ายด้วย QR Code + Tablet

ราคาเริ่มต้นเพียง 350,000 บาท  
โปรโมชั่นพิเศษ !! 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 ที่มีคจข up ค่อนข้างหนักและคิวนาน ( ทั่วๆไปเป็น hosversion 3 ต้อง up เป็ร version 4 ก่อน ซึ่งราคา 3-10 ล้าน และคิวนานมากครับ ) 3.ราคาสูงครับ อย่างต่ำๆต้อง 2 เครื่องครับ

Visarut

**Jarernpan Visarut**

