

บทสรุปสำหรับคณะกรรมการ (One Page)

ชื่อโครงการ Dental Record Audit System หน่วยงาน งานนวัตกรรมดิจิทัลและศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ ร่วมกับหน่วยเวชระเบียน สิทธิประโยชน์และลูกค้าสัมพันธ์

ที่มาของโครงการและสถานการณ์ก่อนเริ่มโครงการ

เวชระเบียนเป็นข้อมูลสำคัญที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษาความปลอดภัยผู้ป่วย และการบริหารจัดการโรงพยาบาล โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ จึงกำหนดให้การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันคุณภาพตามเกณฑ์ HA และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ก่อนปี พ.ศ. 2566 การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนเป็นกระบวนการแบบ Manual ตรวจสอบเฉพาะความครบถ้วนของข้อมูลจากคลินิกต้นแบบ ใช้เวลานาน 5-7 วันต่อรอบ ขาดระบบสรุปผลอัตโนมัติ และการวิเคราะห์แนวโน้ม ส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพไม่ต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์และผลที่คาดว่าจะได้รับ

การพัฒนาระบบ Dent Record Audit System มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน เชื่อมโยงข้อมูลจาก HOSxP ลดความซ้ำซ้อนและข้อผิดพลาดในการบันทึกข้อมูล สร้างกระบวนการประเมินคุณภาพตามหลัก PDCA และยกระดับคุณภาพของโรงพยาบาลทันตกรรมให้มีความครบถ้วนและสมบูรณ์เฉลี่ยไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

รูปแบบการดำเนินงาน

ดำเนินงานตามวงจร PDCA อย่างเป็นขั้นตอน

- วงรอบที่ 1: บทวนกระบวนการเดิมที่ดำเนินการแบบ Manual (ตรวจสอบความครบถ้วน ใช้เวลานาน)
- วงรอบที่ 2: ใช้ระบบในระยะเริ่มต้น ครอบคลุม OPD
- วงรอบที่ 3: กระบวนการปัจจุบัน ขยายครอบคลุม OPD และ IPD พร้อมตารางแสดงผลข้อมูลประเมิน และได้นำไปใช้ในขั้นตอน Check-Act เพื่อปรับปรุงการบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ได้รับผลประโยชน์

- ทันตแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์
- เจ้าหน้าที่เวชระเบียน
- ผู้บริหารโรงพยาบาลทันตกรรม
- ผู้ป่วย (ได้รับการบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยมากขึ้น)

แผนดำเนินการต่อไป

- พัฒนาเกณฑ์และตัวชี้วัดให้ครอบคลุมมิติคุณภาพเชิงลึกมากขึ้น
- ใช้ข้อมูลจากระบบสนับสนุนการวางแผนพัฒนาคุณภาพระดับองค์กร
- ขยายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถ่ายทอดแนวปฏิบัติสู่หน่วยงานอื่นๆ ภายในคณะทันตแพทยศาสตร์

ผลการดำเนินงาน (ย้อนหลัง 3 ปี)

การติดตามผลย้อนหลังปีงบประมาณ 2565 – 2567 แสดงให้เห็นพัฒนาการชัดเจน

- ระยะเวลาจัดทำรายงานลดจาก 5-7 วัน เหลือ 1-2 วันต่อรอบ
- คุณภาพเวชระเบียน OPD มีแนวโน้มดีขึ้นอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐาน
- ปี พ.ศ. 2567 เริ่มประเมิน IPD อย่างเป็นระบบ และสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐาน
- หน่วยงานที่ใช้ผลการประเมินและ Feedback อย่างสม่ำเสมอมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

ประเด็นและจุดเด่นที่เสนอเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ

- การพัฒนาระบบตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนที่เชื่อมโยงข้อมูลจริงจาก HOSxP
- การใช้ข้อมูลผลการประเมินเพื่อปรับปรุงงานจริงตามวงจร PDCA
- การสร้างวัฒนธรรม CQI
- แนวทางปฏิบัติสามารถถ่ายทอดและขยายผลได้

แบบฟอร์มการนำเสนอแนวปฏิบัติที่ดี ระดับคณะทันตแพทยศาสตร์ (D-Show 2026)

1. แนวปฏิบัติที่ดีเรื่อง ระบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางเวชระเบียน โรงพยาบาลทันตกรรม
(Dental Record Audit System: DRAS)
2. โครงการ/กิจกรรมด้าน ด้านนวัตกรรม และสิ่งประดิษฐ์
3. หน่วยงาน งานนวัตกรรมดิจิทัลและศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ ร่วมกับหน่วยเวชระเบียน สิทธิประโยชน์และลูกค้าสัมพันธ์
4. ประเภทของโครงการ สายอำนวยการและวิชาชีพ
5. ผู้ร่วมโครงการ
 - 5.1. นางสาวอุมา เพ็ชรคง
 - 5.2. ทพ.ปรีชา นราประเสริฐกุล
 - 5.3. ทพญ.กนกพร อีระเกียรติกำจร
 - 5.4. นางสาวรรรรณ สมัตถนาค
 - 5.5. นายนพลสิทธิ์ ไชยพันธ์
6. ที่มาของโครงการ: การประเมินปัญหา/ความเสี่ยง

การบันทึกข้อมูลทางเวชระเบียนเป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล เนื่องจากเวชระเบียนถูกนำไปใช้เป็นหลักฐานทางวิชาการและกฎหมายที่สะท้อนคุณภาพของการให้บริการ เช่น วางแผนการรักษา ติดตามผลการรักษา และการวิจัยทางคลินิก ดังนั้นความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลมีผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย คุณภาพการบริการ และประสิทธิภาพการบริหารจัดการของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ จึงกำหนดให้การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันคุณภาพภายใน โดยมุ่งเน้นความครบถ้วน ถูกต้อง และสามารถตรวจสอบย้อนหลังได้ ตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) และแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อนำผลการประเมินมาใช้พัฒนากระบวนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

6.1. สภาพปัญหาและข้อจำกัดของกระบวนการเดิม

ก่อนปี พ.ศ. 2566 โรงพยาบาลทันตกรรมไม่มีระบบประเมินคุณภาพเวชระเบียน การดำเนินงานมุ่งเน้นเพียงการตรวจสอบ "ความครบถ้วน" ของการลงข้อมูลพื้นฐาน โดยเจ้าหน้าที่เวชระเบียนใช้รายงานจากระบบที่เชื่อมกับ HOSxP ของคลินิกต้นแบบ 4 คลินิก เพื่อตรวจสอบการกรอกข้อมูลในช่องสำคัญ เช่น อาการสำคัญ (CC) ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (HPI/PI) การวินิจฉัย และรายละเอียดการรักษา เป็นต้น การตรวจสอบไม่ได้ประเมินเชิงคุณภาพของข้อมูลด้านความถูกต้อง หรือความสอดคล้องกับการวินิจฉัยทางคลินิก เจ้าหน้าที่ทำการสุ่มเวชระเบียนจำนวนจำกัดเพื่อให้คณะกรรมการตรวจสอบเข้าผ่านระบบ HOSxP และสรุปผลในที่ประชุมรายไตรมาส ซึ่งมีข้อจำกัด ดังนี้

- 1) การตรวจสอบใช้เวลานาน ต้องเปิดข้อมูลราย Visit ทีละรายผ่านระบบ HOSxP ใช้เวลาเฉลี่ย 5-7 วันต่อรอบ และต้องดำเนินการผ่านเครื่องคอมพิวเตอร์ภายในเครือข่ายโรงพยาบาลเท่านั้น
- 2) ขาดระบบสรุปผลอัตโนมัติ การคำนวณคะแนนและจัดทำรายงานดำเนินการด้วยวิธี Manual ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล และไม่สามารถส่งผลการประเมินกลับไปยังผู้บันทึกได้ทันภายในรอบเดียวกัน
- 3) การติดตามผลและการปรับปรุงยังไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากไม่มีเครื่องมือในการวิเคราะห์แนวโน้มข้อมูล

6.2. ผลกระทบของปัญหา

- 1) ความไม่สมบูรณ์หรือความคลาดเคลื่อนของข้อมูลเวชระเบียนส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการวางแผนและการติดตามผลการรักษา ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 2) ทันทแพทย์และเจ้าหน้าที่ต้องใช้เวลาในการค้นหา ตรวจสอบ และยืนยันข้อมูลก่อนให้บริการ ทำให้เกิดความล่าช้าในการตัดสินใจรักษา และเพิ่มภาระงานในการปฏิบัติงาน
- 3) ข้อมูลคุณภาพเวชระเบียนมีค่าเฉลี่ยความครบถ้วนต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 80) ตามข้อกำหนดของ HA และ สปสช. ส่งผลให้องค์กรขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวิเคราะห์แนวโน้มและวางแผนพัฒนาคุณภาพอย่างมีระบบ

7. เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 7.1. เพื่อพัฒนาและยกระดับระบบ DRAS ให้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนที่เชื่อมโยงข้อมูลโดยตรงจากฐานข้อมูล HOSxP
- 7.2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพความครบถ้วนและความถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียน ตามแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ พ.ศ. 2566 (ฉบับปรับปรุง) และเกณฑ์มาตรฐานของ สปสช.
- 7.3. เพื่อพัฒนาระบบการประเมินคุณภาพเวชระเบียนเชิงระบบ ที่มีกลไกการสะท้อนข้อมูลและติดตามผลต่อเนืองรายไตรมาสตามวงจรคุณภาพ PDCA
- 7.4. เพื่อยกระดับดัชนีความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในระดับองค์กร ให้มีค่าเฉลี่ยไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

8.1. ด้านการบริหารจัดการคุณภาพข้อมูลเวชระเบียน

ระบบ DRAS ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือหลักในการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยใน (IPD) โดยสุ่มตรวจข้อมูลจากฐาน HOSxP โดยอัตโนมัติรายไตรมาส ช่วยให้การติดตามและประเมินผลคุณภาพการบันทึกข้อมูลมีประสิทธิภาพแบบ Real-time

8.2. ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการทางคลินิก

ข้อมูลจากระบบ DRAS ช่วยให้คณะกรรมการเวชระเบียนและหน่วยบริการระบุข้อบกพร่องทางคลินิกได้อย่างแม่นยำ นำไปสู่การวางแผนพัฒนาการบันทึกข้อมูลได้ตรงประเด็นและต่อเนื่อง ส่งผลให้คุณภาพเวชระเบียนของโรงพยาบาลทันตกรรมมีพัฒนาการในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างเป็นระบบ

8.3. ด้านการบริหารงานและการตัดสินใจเชิงนโยบาย

ข้อมูลสรุปจากระบบ DRAS ใช้เป็นฐานข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เสนอต่อคณะกรรมการบริหาร เพื่อพัฒนาแนวทางการบันทึกเวชระเบียนตามมาตรฐาน HA และ สปสช. ทั้งยังเป็นกลไกสำคัญในขั้นตอนการตรวจสอบและปรับปรุง (Check-Act) ตามวงจร PDCA เพื่อยกระดับมาตรฐานการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

8.4. ด้านการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากร

ระบบ DRAS ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประจักษ์และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การบันทึกเวชระเบียนมีความถูกต้องครบถ้วนตามมาตรฐาน และสร้างวัฒนธรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายในองค์กร

9. การออกแบบกระบวนการ

9.1. วิธีการ/แนวทางการปฏิบัติจริง (PDCA) ในอดีต และที่ได้ปรับปรุงใหม่ในปัจจุบัน

| วงรอบ/PDCA | Plan | Do | Check | Act |
|---|---|--|---|--|
| วงรอบที่ 1 กระบวนการเดิม (อดีต) | <ul style="list-style-type: none"> การตรวจสอบเวชระเบียน มุ่งเน้นความครบถ้วนของข้อมูลในช่องสำคัญ ใช้รายงานจากระบบ HOSxP ของคลินิกต้นแบบ เจ้าหน้าที่เวชระเบียนเป็นผู้รับผิดชอบหลัก | <ul style="list-style-type: none"> ตรวจสอบข้อมูลด้วยตนเอง สรุปผลในรูปแบบเอกสารหรือไฟล์รายงานพื้นฐาน ต้องใช้คอมพิวเตอร์ภายในเครือข่ายโรงพยาบาล ประเมินคลินิกต้นแบบ 4 คลินิก | <ul style="list-style-type: none"> ใช้เวลาการดำเนินงานประมาณ 5-7 วันต่อรอบ ตรวจสอบได้เฉพาะเชิงปริมาณ (มี/ไม่มีข้อมูล) ไม่สามารถวิเคราะห์แนวโน้มย้อนหลังได้ | <ul style="list-style-type: none"> พบข้อจำกัดด้านเวลาภาระงาน และความซ้ำซ้อน ข้อมูลไม่เอื้อต่อการตัดสินใจเชิงบริหาร |
| วงรอบที่ 2 ระบบประเมิน คุณภาพการบันทึก ทางเวชระเบียน (ระยะเริ่มต้น) | <ul style="list-style-type: none"> ออกแบบแนวคิดระบบเพื่อสนับสนุนการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และการสรุปผลการประเมินอย่างเป็นระบบ KPI เช่น ระยะเวลาการจัดทำรายงาน และร้อยละความครบถ้วนของข้อมูล ตั้งเป้าลดเวลาการตรวจสอบเหลือ 1-2 วัน | <ul style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบเชื่อมต่อข้อมูลจาก HOSxP มี Dashboard แสดงผลการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล | <ul style="list-style-type: none"> ระยะเวลาการจัดทำรายงานลดลงอย่างชัดเจน คณะกรรมการผู้ประเมินและเจ้าหน้าที่เวชระเบียนเข้าถึงข้อมูลได้สะดวกขึ้น การประเมินยังจำกัดเฉพาะ OPD | <ul style="list-style-type: none"> รวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้ใช้งาน ระบุข้อจำกัดด้านขอบเขตข้อมูล (ยังไม่ครอบคลุม IPD) |
| วงรอบที่ 3 กระบวนการ ปัจจุบัน | <ul style="list-style-type: none"> กำหนดเป้าหมายให้ครอบคลุม OPD และ IPD พัฒนาการประเมินจากความถูกต้อง ครบถ้วนไปสู่การใช้ข้อมูลเชิงวิเคราะห์ ตั้งเป้าคะแนนคุณภาพเวชระเบียนเฉลี่ย $\geq 80\%$ | <ul style="list-style-type: none"> ขยายการเชื่อมโยงข้อมูลให้ครอบคลุม IPD นำผลการประเมินเสนอที่ประชุมและวางแผนพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน ใช้ข้อมูลจากระบบสนับสนุนการตัดสินใจจริง | <ul style="list-style-type: none"> ติดตามผลการประเมินได้แบบ Real-time เห็นแนวโน้มและจุดที่ต้องปรับปรุงทั้ง OPD, IPD ใช้ระบบเป็นเครื่องมือสนับสนุนการบริหารคุณภาพ | <ul style="list-style-type: none"> นำผลการประเมินไปจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพรอบถัดไป ขยายการใช้งานสู่หน่วยงานอื่นอย่างเป็นขั้นตอน ปรับเกณฑ์และตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง |

9.2. งบประมาณที่ใช้ในการจัดโครงการ-กิจกรรม (ถ้ามี)

--ไม่มี--

10. การวัดผลและผลลัพธ์ (Measures) แสดงระดับแนวโน้มข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ (3 ปี) และ/หรือเปรียบเทียบกับหน่วยงานภายใน/ภายนอก

การแสดงผลแนวโน้มข้อมูลเชิงเปรียบเทียบในครอบคลุมระยะเวลา 3 ปี ได้แก่ ปีงบประมาณ 2565-2567 โดยปี 2565 เป็นช่วงก่อนการพัฒนา ระบบ ปี 2566 เป็นระยะเริ่มต้นของการนำระบบมาใช้ และปี 2567 ระบบถูกนำไปใช้ในกระบวนการปัจจุบันอย่างเป็นทางการ

| ปีงบประมาณ | วงรอบ PDCA (จากข้อ 9) | สิ่งที่ดำเนินการจริง | ตัวชี้วัดที่ชี้วัด | แนวโน้มผลลัพธ์ |
|------------|---|---|---|---|
| 2565 | วงรอบที่ 1 กระบวนการเดิม (Manual) | ตรวจสอบเวชระเบียนแบบ Manual จาก HOSxP เฉพาะ OPD | <ul style="list-style-type: none"> ระยะเวลาสรุปรายงาน ความต่อเนื่องของ Feedback | ใช้เวลานาน (5-7 วัน) การสะท้อนผลล่าช้า การปรับปรุงยังไม่ต่อเนื่อง |

| ปีงบประมาณ | วงรอบ PDCA (จากข้อ 9) | สิ่งที่ดำเนินการจริง | ตัวชี้วัดที่ใช้วัด | แนวโน้มผลลัพธ์ |
|------------|--|---|--|---|
| 2566 | วงรอบที่ 2 ของระบบ ระยะเริ่มต้น (OPD) | ใช้ระบบ DRAS ตรวจสอบและ รายงานอัตโนมัติ เฉพาะ OPD | <ul style="list-style-type: none"> ระยะเวลารายงาน คะแนนคุณภาพ OPD | เวลาดลดลงเหลือ 1-2 วันเริ่ม เห็นแนวโน้มคุณภาพ OPD ดี ขึ้น |
| 2567 | วงรอบที่ 3 ของระบบ กระบวนการปัจจุบัน (OPD + IPD) | ขยายการประเมินครอบคลุม IPD และใช้ Dashboard วิเคราะห์ | <ul style="list-style-type: none"> คะแนน OPD ร้อยละความครบถ้วน IPD | คุณภาพ OPD เพิ่มเติมเนื่อง IPD มีแนวโน้มที่ดี สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ($\geq 80\%$ ในภาพรวมองค์กร) |

11. การเรียนรู้ (Study/Learning)

11.1. แผนหรือแนวทางการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในอนาคต

- พัฒนา Dashboard สารสนเทศเพื่อติดตามแนวโน้มคุณภาพจำแนกตามรายหน่วยงาน สำหรับใช้กำหนด มาตรการปรับปรุงเชิงยุทธศาสตร์
- เพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการ Feedback เชิงประจักษ์ พร้อมกำหนดกลไกการติดตามผลในรอบการ ประเมินถัดไปให้ชัดเจน

11.2. จุดแข็ง (Strength) หรือ สิ่งที่ได้ดีที่สุดในประเด็นที่นำเสนอ

- เปลี่ยนจากการตรวจแบบ Manual ไปสู่กระบวนการตรวจสอบที่เป็นระบบ
- ลดระยะเวลาการสรุปรายงาน ทำให้การ สะท้อนผล (Feedback) รวดเร็วขึ้น

11.3. กลยุทธ์ หรือ ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ

- การตัดสินใจบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ การวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังเพื่อระบุแนวโน้มและกำหนดมาตรการ พัฒนาให้ตรงประเด็น
- การขับเคลื่อนตามวงจรคุณภาพ การบูรณาการระบบ DRAS ในขั้นตอน Do-Check เพื่อส่งต่อข้อมูลสู่การ ปรับปรุง (Act) อย่างต่อเนื่องตามวงจร PDCA

11.4. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

- ปัญหา: กระบวนการ Manual ในระยะแรกขาดความต่อเนื่อง และวิเคราะห์แนวโน้มได้จำกัด
แนวทางแก้ไข: ใช้ระบบ DRAS ลดภาระงานซ้ำซ้อน ทำให้การตรวจสอบเป็นระบบ
- ปัญหา: ความล่าช้าในการสรุปผลทำให้ Feedback ไปหน่วยงานไม่ทันรอบการปรับปรุง
แนวทางแก้ไข: ปรับรูปแบบรายงานให้สรุปเร็วขึ้นและใช้ข้อมูลจากระบบเพื่อส่ง Feedback ได้ทันเวลา

12. ประเด็น (จุดเด่น) ที่เสนอเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ และการเผยแพร่แนวปฏิบัติสู่ภายในหรือภายนอกมหาวิทยาลัย

12.1. จุดเด่นของแนวปฏิบัติ

- การบูรณาการระบบสารสนเทศเชิงระบบ ระบบ DRAS เชื่อมโยงข้อมูลจากฐาน HOSxP โดยตรง ช่วยลด ความคลาดเคลื่อนจากการดำเนินงานแบบ Manual และเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามผลเชิงระบบอย่าง ต่อเนื่อง

- 2) การขับเคลื่อนวงจรคุณภาพเชิงประจักษ์ การนำผลประเมินมาใช้ประกอบการวางแผนและสะท้อนผลการปฏิบัติงานตามวงจร PDCA ช่วยให้การพัฒนาคุณภาพในระดับหน่วยงานเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม
- 3) การสร้างวัฒนธรรมการพัฒนาด้วยข้อมูล ส่งเสริมการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการทางคลินิกอย่างยั่งยืน โดยบูรณาการกระบวนการตรวจสอบคุณภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของภารกิจประจำ

12.2. การเผยแพร่แนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัติจากระบบ DRAS ได้รับการถ่ายทอดผ่านกระบวนการจัดการความรู้ (KM) ภายในส่วนงาน และพัฒนาเป็นต้นแบบการตรวจสอบข้อมูลดิจิทัลสำหรับหน่วยงานภายนอก โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นรายงานสรุปผลการดำเนินงานและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

13. เอกสารอ้างอิง

--ไม่มี--