

สรุปการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้คณะแพทยศาสตร์ส่วนภูมิภาค 3 สถาบัน ครั้งที่ 25

ระหว่างวันที่ 28 - 29 มีนาคม 2565

ณ ห้องประชุมชั้น 15 อาคารเฉลิมพระบารมี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้เข้าประชุม

1.	รองศาสตราจารย์อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์		คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มข.
2.	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เรืองศักดิ์ ลีธนาภรณ์		คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มอ.
3.	ศาสตราจารย์(เชี่ยวชาญพิเศษ) นายแพทย์บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์		คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มข.
4.	รองศาสตราจารย์เกรียงศักดิ์ เจนวิถีสุข	รองคณบดีฝ่ายบริหาร	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5.	รองศาสตราจารย์กมลวรรณ เจนวิถีสุข	รองคณบดีฝ่ายวิชาการ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6.	ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภพ โกศลารักษ์	รองผู้อำนวยการฝ่ายปฏิบัติการ งานวิจัยคลินิก	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
7.	รองศาสตราจารย์อำนาจ กิจควรดี	ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริหาร และ รักษาการหัวหน้าสำนักงานคณบดี	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
8.	อาจารย์ นายแพทย์นราทัพล ลิขิตดี	ผู้ช่วยฝ่ายพัฒนานักศึกษา	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
9.	รองศาสตราจารย์จุฬารัตน์ อึ้งจะนิล	รองคณบดีฝ่ายพัฒนานักศึกษา	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
10.	อาจารย์จุฑารพ เพชรบูรณิน	ผู้ช่วยฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
11.	นางพวงพยอม แก้วพิลา	หัวหน้างานบริการการศึกษา	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
12.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกัญญิกา ชำนิประศาสน์	รองคณบดีฝ่ายการศึกษา และ ผู้อำนวยการโรงเรียนแพทย์และ วิทยาศาสตร์สุขภาพ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
13.	รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุภาภรณ์ เตังไตรสรณ์	รองคณบดีฝ่ายการศึกษาหลัง ปริญญา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
14.	ศาสตราจารย์ นายแพทย์จิตติ หาญประเสริฐพงษ์	รองคณบดีฝ่ายวิจัย	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เทอดพงศ์ ทองศรีราช	รองคณบดีฝ่ายทรัพยากรมนุษย์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
16.	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวิ	รองคณบดีฝ่ายศูนย์บริการพิเศษ และผู้อำนวยการศูนย์บริการ พิเศษ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
17.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สมฤทธิ์ มหัทธโนบล	ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
18.	อาจารย์ ดร.แพทย์หญิงภาสุรี แสงศุภวานิช	ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
19.	ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ สังข์ทัต ณ อยุธยา	ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิจัย และ หัวหน้าสาขาวิชาชีวเวชศาสตร์ และวิศวกรรมชีวการแพทย์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
20.	อาจารย์ นายแพทย์วิฑู พลภุชนันต์	ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายการศึกษาหลัง ปริญญา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

21.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิชฎานนท์ งามเฉลียว	ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายองค์กรสัมพันธ์ และกิจกรรมพิเศษ และหัวหน้าสาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
22.	อาจารย์ นายแพทย์ยุทธศักดิ์ ศุภสินธุ์	ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายศูนย์บริการพิเศษ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
23.	นางสาวรุ่งทิพย์ อุดมวิเศษสันต์	ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายทรัพยากรมนุษย์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
24.	นางยุพา แก้วมณี	ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
25.	นางพรทิวา มีสุวรรณ	ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายคุณภาพ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
26.	นางสาวสุรางค์ พันธุ์ผล	หัวหน้างานบริหารและธุรการ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
27.	ศาสตราจารย์ นายแพทย์มานิต ศรีสุรภานนท์	รองคณบดีด้านวิจัย	
28.	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ณัฐพงศ์ โฆษะอุณหนนท์	รองคณบดีด้านบริหารทั่วไป	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
29.	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยวัฒน์ บำรุงกิจ	รองคณบดีด้านบริหารโรงพยาบาล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
30.	รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประภาพร สุประเสริญ	รองคณบดีด้านวิชาการ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
31.	รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุรินทร์พร ลิขิตเสถียร	รองคณบดีด้านทรัพยากรบุคคล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
32.	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อดิศักดิ์ ตันตวิวิทย์	รองคณบดีด้านแผนและยุทธศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
33.	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อนวัช วิเศษบริสุทธิ์	รองคณบดีด้านพัฒนาคุณภาพองค์กร	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
34.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วัฒนาชาติ อภิศักดิ์	รองคณบดีด้านบริหารการเงินและทุน	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
35.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อริสา บอนเนซซ์	รองคณบดีด้านการศึกษาหลังปริญญา	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
36.	รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิราภรณ์ โกรานา	รองคณบดีด้านกิจการแพทย์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
37.	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร.ดำเนินสันต์ พุกษากร	ผู้ช่วยคณบดี	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
38.	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จิรชาติ ไกรศรีนทร์	ผู้ช่วยคณบดี	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
39.	รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ	ผู้ช่วยคณบดี	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
40.	รองศาสตราจารย์ ดร.พวงทิพย์ คุณานุสรณ์	ผู้ช่วยคณบดี	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
41.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์มนัสวี มะโนปัญญา	ผู้ช่วยคณบดี	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
42.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนงลักษณ์ บุญชูดวง	ผู้ช่วยคณบดี	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
43.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญญลักษณ์ พิทักษ์	ผู้ช่วยคณบดี	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
44.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจีระนันท์ คุณาชีวะ	ผู้ช่วยคณบดี	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
45.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉลอง ชิวเกรียงไกร	ผู้ช่วยคณบดี	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
46.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรเชษฐ์ วงษ์นิม	ผู้ช่วยคณบดี	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
47.	รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ณัฐ คุณรังษีสมบุรณ์	ผู้ช่วยคณบดี	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

48.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนิพนธ์ ลีรพันธ์	ผู้อำนวยการศูนย์ศรีพัฒน์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
49.	รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอรินทยา พรหมอินทกุล	ผู้อำนวยการศูนย์ความเป็นเลิศ ทางการแพทย์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
50.	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ธวัฒน์ วะสินนท์	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
51.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ภาสกร สวัสดิ์รักษ์	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
52.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธัญ วานิชะพงษ์	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
53.	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จักรศักดิ์ นพคุณ	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
54.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เศรษฐพงศ์ บุญศรี	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
55.	ดร.हरรรษา เทียนทอง	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
56.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วันรักษ์ วัชรศักดิ์ศิลป์	ผู้อำนวยการศูนย์ศรีพัฒน์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
57.	นางมะลิวรรณ หินทอง	เลขานุการคณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
58.	นางอรวรรณ เร่งเร็ว	หัวหน้างานบริหารทั่วไป	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
59.	นายกฤษณะ ชาญเลาหศักดิ์พงษ์	หัวหน้างานประชาสัมพันธ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
60.	นายวิฑูรย์ มหาวัน	หัวหน้างานบริหารงานบุคคล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
61.	นายสรายุธ ณะศรี	หัวหน้างานนโยบายและแผน	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
62.	นางจารุลักษณ์ กลั่นกลิ่น	หัวหน้างานประกันคุณภาพ การศึกษา	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
63.	นางวัชรินทร์ ดีประสิทธิ์ปัญญา	แทน หัวหน้างานคลัง	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
64.	นางทักษ์ชมนันท์ แสนสุวรรณ	แทน หัวหน้างานพัสดุและ ยานพาหนะ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
65.	นางสาวอนงค์พรรณ ยอดชุมภู	หัวหน้างานบริการการศึกษา	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
66.	นางสาวจิตรพร จอมวงศ์	หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
67.	นางสาวหิรัญญา อินตะมูล	หัวหน้างานโภชนาการ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
68.	นางเยาวภา ชัยเจริญวรรณ	หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
69.	นายพีรธัช บัวลอย	หัวหน้างานบริการจ่ายยา ผู้ป่วยใน ฝ่ายเภสัชกรรม	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
70.	นางจันทร์พร สุภาพร	งานบริหารโรงพยาบาล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
71.	นางสาวการะเกด สุขชาญชัย	งานบริหารโรงพยาบาล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
72.	นางสุทธิรักษ์ บุญศรี	งานบริหารโรงพยาบาล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
73.	นางวารุณี คุณเลิศ	งานบริหารโรงพยาบาล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
74.	นางสาวแอนนา คำเคน	งานบริหารโรงพยาบาล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

75.	นางทัศนทิมา ตาสิ่งห์	งานคลัง	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
76.	นายอาณัติ พาเสนา	งานบริหารงานวิจัย	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
77.	นางรจนา เพ็ญจันทิก	งานบริหารงานวิจัย	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
78.	นางพิมพ์พรรณ นิธิสุวรรณรักษา	งานบริหารงานวิจัย	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
79.	นางสาวพัสดากร สูงงาม	งานบริหารงานวิจัย	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
80.	นางสาวณัฐชา พิริยะโชค	งานบริหารงานวิจัย	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
81.	นายณัฐวุฒิ พิณโนเอก	งานบริหารงานบุคคล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
82.	นางสาวกรรกร ทราญคำ	งานบริหารงานบุคคล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
83.	นางสาวกรพรรณ สามะเสน	งานนโยบายและแผน	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
84.	นางสาววัชรภรณ์ ก้อนแก้ว	งานนโยบายและแผน	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
85.	นายภาคภูมิ ชันพล	งานนโยบายและแผน	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
86.	นางสาวกัญยารัตน์ กล้าอาจ	งานบริการการศึกษา	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
87.	นางสาวเยาวนาฏ ศรีวิชัย	งานบริการการศึกษา	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
88.	นางสาวกัญฐิกา ปัญญาละ	งานบริการการศึกษา	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
89.	นายอรรถพร ถาน้อย	งานเทคโนโลยีสารสนเทศ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
90.	นายณัฐวุฒิ อินทะอุต	งานเทคโนโลยีสารสนเทศ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
91.	นายทนต์ นันทากาศ	งานเทคโนโลยีสารสนเทศ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
92.	นางสาวอดิگانต์ สังข์ทอง	งานเทคโนโลยีสารสนเทศ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
93.	นายชาติรี อุ้มเมือง	งานเทคโนโลยีสารสนเทศ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
94.	นางพิมพ์ลดา สุขทรัพย์ศรี	งานพัสดุและยานพาหนะ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
95.	นางอำไพ กิมภากรณ์	งานบริหารทั่วไป	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เริ่มประชุมเวลา 08.30 น.

การนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วันจันทร์ที่ 28 มีนาคม 2565

การนำเสนอด้านวิจัย และนวัตกรรม เวลา 09.00 – 10.00 น.

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เรื่อง “Med CMU Biospecimen Repository System”

ผู้นำเสนอ รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ ดำเนินสันต์ พุกษากร ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิจัย

เนื้อหาโดยสรุป

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้จัดตั้งศูนย์ CMUTEAM ภายใต้งานบริหารงานวิจัย ดูแลเกี่ยวกับงานวิจัยเชิง OMICs และสิ่งที่จะทำให้งานวิจัยเชิง OMICs ไปได้คือต้องมีธนาคารเก็บตัวอย่างทางชีวภาพ ศูนย์บูรณาการเทคโนโลยีการแพทย์ทันสมัย จึงเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้าง CMUTEAM

ที่ผ่านมางานวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ จะเน้นในด้าน Clinical Researches ที่สนับสนุนในเรื่อง Practice, Service, Guideline และปัจจุบัน OMICs จะมีบทบาทสูงในการทำ Discovery Researches หรือ Translation ซึ่ง tissuebank หรือ Repository Unit จะเป็นตัวเชื่อมสองส่วนเข้าด้วยกัน

Genomic Thailand (GeTH) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตั้งขึ้นและสร้างประโยชน์ให้กับคนไข้ มหาวิทยาลัยต่างๆ ด้านการศึกษา รวมถึงการรักษา โรงพยาบาลจะต้องมี Repository ที่มีมาตรฐานเพื่อยกระดับการทำงานและสร้างมาตรฐานการวิจัยให้เกิดขึ้น เพื่อให้สอดคล้องไปกับ GeTH

ระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ผลักดันให้เกิด tissuebank แยกออกเป็น 2 ส่วน คือ Sample collection processing and Distribution และ System management

Sample collection processing and Distribution

กระบวนการที่จะทำให้เกิด tissuebank มีประสิทธิภาพ แพทย์ที่จะร่วมเก็บ tissuebank ต้องมี Certified รวมถึงต้องขอ EC ก่อนเก็บข้อมูล และก่อนนำตัวอย่างไปใช้ คณะแพทยศาสตร์ มช. ได้ทำ content เป็น SOPs มากกว่า 70 SOP ยื่นขอ EC เพื่อเข้าสู่ ISO 20387 เพื่อให้ tissuebank สมบูรณ์ที่สุด เพื่อจะมีผลในปี 2565 หรือปี 2566

เมื่อผู้ป่วยยินยอมที่จะให้เก็บตัวอย่าง และยินยอมให้เก็บข้อมูลของคนไข้ ซึ่งทั้งสองส่วนจะแยกเก็บ หลังจากนั้นจะเข้าสู่กระบวนการที่จะเปลี่ยนจาก identify ข้อมูลคนไข้เป็น BN (Biospecimen Number) และมีระบบจัดเก็บข้อมูล และก่อนที่จะนำข้อมูลไปใช้จะต้องขอ EC อีกครั้ง เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของข้อมูลผู้ป่วย

System management มี 3 ส่วน ที่ทำงานร่วมกัน คือ

- SRU and Physicians (Customers) Interface
- Biobank Director and Custodian Regulatory system การเปลี่ยน HN เป็น BN
- Biobank Staff management system

การดำเนินเก็บข้อมูลทั้งหมดของธนาคารฯ ต้องเป็นไปตาม PDPA, HIPAA และ CIOMS โดยมีการกำหนดสิทธิผู้เข้าถึงข้อมูลอย่างชัดเจน

ที่ผ่านมา มี 13 หน่วยงาน ที่อยากทำ Discovery Researches เริ่มเข้ามาเก็บตัวอย่าง ซึ่งมีความหลากหลายของชนิดข้อมูลมากกว่า 9000 tubes

Sustainable Biobanking ยึดหลัก 3 อย่าง คือ

- Social (Stakeholders)
- Operational (efficiency)
- Financial (revenues)

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง Supporting systems for basic medical science Research in PSU

ผู้นำเสนอ ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์สุรศักดิ์ สังขทัต ณ อยุธยา ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิจัย และหัวหน้าสาขาวิชาชีวเวชศาสตร์และวิศวกรรมชีวการแพทย์

เนื้อหาโดยสรุป

ทิศทางของงานวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปัจจุบันขยับจากการวิจัยทางคลินิกไปเป็นการวิจัยทาง Discovery Research ประกอบกับสถานะของโรงเรียนแพทย์ขยับจากงานบริการทั่วไป เป็นงานบริการที่เป็น High Value เนื่องจาก มอ. ไม่มีสาขาวิชา Preclinical Science จึงแก้ปัญหาโดยการดึงอาจารย์แพทย์ที่เป็น Technician กับนักวิจัยที่อยู่ในสาขา Biomedical Science ที่อยู่ในสาขาวิชา Bioengineering ตั้งเป็น CRL (Center Research Laboratory) มีวัตถุประสงค์หลัก คือ การซื้อเครื่องมือวิจัยมาตั้งไว้ให้บริการและดูแลเพื่อให้ใช้

งานได้ CRL มีความสำเร็จในระดับหนึ่งมีผู้เข้ามาใช้แต่ยังไม่ได้เป็น Clinician ส่วนใหญ่ของคณะแพทยศาสตร์ที่จะมีโอกาสมาทำงานวิจัยทางด้าน Basic Science และได้ขยาย CRL มาเป็น TMRC (Translational Medicine Research Center)

TMRC ประกอบด้วย 3 ส่วนใหญ่ๆ คือ Central Lab, Biobank และ Bioinformatics คีย์สำคัญในการทำงานของ TMRC คือ Supporting and Enhancing การทำงานด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐาน

ลักษณะในการทำงานของ TMRC คือเชื่อมโยงปัญหาวิจัยจากภาควิชาคลินิกไปยังนักวิจัยที่เป็น Basic Scientists 2 สาขา คือ Biomedical Science กับ Bioengineering เพื่อนำความรู้ที่ได้จาก 2 สาขากลับไปใช้ได้ทางคลินิก

TMRC เป็นหน่วยงานซึ่งส่งเสริม สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยให้กับนักวิจัยและบุคลากรภายในคณะแพทยศาสตร์ เพื่อวัตถุประสงค์สูงสุดต่อการยกระดับมาตรฐานงานวิจัย โดยเชื่อมโยงงานวิจัยบูรณาการเทคโนโลยีและองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ คลินิกและชีวสารสนเทศทางการแพทย์สู่การใช้งานจริงอย่างครบวงจร (Translational Medicine)

พันธกิจของศูนย์วิจัยทางการแพทย์ปริวรรต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1. สนับสนุนการทำงานวิจัยด้านการแพทย์ปริวรรต ซึ่งเป็นงานผสมผสานระหว่างงานวิจัยทางคลินิกและการใช้ข้อมูลเชิงชีววิทยาโมเลกุลที่ได้จากการวิเคราะห์ตัวอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยด้านการแพทย์พันธุกรรม (genomic medicine) การแพทย์ส่วนบุคคล (personalized medicine) หรือการแพทย์แม่นยำ (precision medicine) ให้กับอาจารย์และนักวิจัยในคณะแพทยศาสตร์

2. ให้บริการเครื่องมือวิทยาศาสตร์พื้นฐานแก่อาจารย์แพทย์ นักวิจัยและนักศึกษาในคณะแพทยศาสตร์ เน้นเครื่องมือวิจัยทางอณูชีววิทยา อณูพันธุศาสตร์ และเซลล์วิทยา ภายใต้ชื่อ “ห้องปฏิบัติการวิจัยกลาง (Central Research Laboratory)

3. พัฒนาระบบธนาคารชีวภาพ เพื่อให้บริการในการจัดเก็บรวบรวมตัวอย่างจากผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐานและมีความหลากหลายของตัวอย่างรองรับงานวิจัยในเชิงการแพทย์ปริวรรต สำหรับอาจารย์ นักวิจัยและนักศึกษาในคณะแพทยศาสตร์

4. ให้บริการงานวิจัยทางด้านอณูชีววิทยาและการวิจัยด้าน omics technology

5. จัดระบบให้คำปรึกษาเพื่อสร้างโครงการวิจัยเชิงการแพทย์ปริวรรตให้กับ อาจารย์ นักวิจัยและนักศึกษาในคณะแพทยศาสตร์

6. สร้างความร่วมมือกับแหล่งทุนวิจัยและหน่วยงานภายนอกคณะเพื่อบริหารให้เกิดเครือข่ายวิจัยการแพทย์ปริวรรต ในภายใต้ตอนล่าง

TMRC ขึ้นตรงกับสำนักงานคณบดี ผ่านฝ่ายวิจัย เริ่มมีแพทย์สมัครเข้ามาร่วมงานมากขึ้น ปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่ 3 คน อนาคตจะมีอาจารย์ที่เป็น Ph.D. เข้ามาร่วมงานกับศูนย์ฯ มากขึ้น

TMRC มีหน้าที่หลักในการวางเครื่องมือวิจัย และดูแลเครื่องมือวิจัย ให้สามารถใช้งานได้ บันทึกการเข้าใช้งาน โพรโมทการเข้าใช้งาน และสนับสนุนให้แพทย์ นักวิจัย ผู้ช่วยวิจัย เข้าใช้เครื่องมือวิจัย

TMRC ได้พัฒนาระบบเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับนักวิจัย ดังนี้

- ระบบการจัดเครื่องมือวิจัย (Research Instrument Management System : RIMS เป็นระบบการจองการใช้เครื่องมือวิจัย มีการจดบันทึกเวลาการเข้าใช้ การจัดเวลาการเข้าใช้ และการรายงานการเข้าใช้ของเครื่องมือที่มีราคาแพง รายงานข้อมูลการใช้งานให้คณะฯ ทราบ

- ระบบบริการวิจัย (Sample preparation and Advanced Molecular Analysis) เป็นการบริการนักวิจัยที่มีโครงการที่ได้รับทุนมาจาก Genomics Thailand ที่จำเป็นต้องทำ Sequencing สามารถส่ง Sequence กับ TMRC ได้ โดยที่รับผลกลับไปใน Quality Control ที่จัดไว้ให้

ผลการดำเนินงาน Central Research Laboratory

- มีการยกระดับมาตรฐานห้องปฏิบัติการทั้งในแง่ความพร้อมของเครื่องมือวิจัยด้านอณูชีววิทยาชั้นสูงที่ทันสมัย พัฒนามาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการวิจัย ปรับปรุงมาตรฐานการให้บริการตรวจวิเคราะห์เพื่อขอการรับรอง ISO 15189 (มค. 2565)

- เปิดให้บริการเตรียมตัวอย่าง / วิเคราะห์ทดสอบ / งานชีวโมเลกุลวิจัยด้านชีวโมเลกุลทางการแพทย์ แบบครบวงจร สำหรับบุคลากรภายในและภายนอก : DNA / RNA preparation, qPCR, genome analysis (WES/WGS), Flow cytometry

- เปิดให้บริการ การวิเคราะห์ทางพันธุกรรมผ่านโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (ระบบ HIS) รับส่งตัวอย่าง เพื่อการตรวจวิเคราะห์ทางพันธุกรรมจากผู้ใช้บริการภายนอก

- เปิดให้บริการให้คำปรึกษางานวิจัยพื้นฐานด้านชีวโมเลกุล สร้างเครือข่ายงานวิจัยสหสาขา มีโครงการวิจัยเกิดขึ้น 14 โครงการ

- จัดกิจกรรมสัมมนาวิชาเพื่ออัปเดตเทคโนโลยีวิจัยใหม่ ๆ จากผู้เชี่ยวชาญปีละ 3-5 ครั้ง รวม 16 ครั้ง

- เพิ่มจำนวนและคุณภาพของผลงานวิจัยของผู้ใช้บริการ จากค่าเฉลี่ย 4 เรื่องต่อปี เป็น 7 เรื่องต่อปีในปี 2019 และมุ่งสู่ 10 เรื่องต่อปี ในปี 2563 และ 11 เรื่องต่อปี ในปี 2564

- สร้างระบบบริหารจัดการเครื่องมือวิจัย (RIMS) เพื่อความสะดวกในการสืบค้นเครื่องมือวิจัยในคณะแพทยศาสตร์ การจองใช้งานเครื่องมือ รวมไปถึงการเสนอรายชื่อเครื่องมือเพื่อการบริหารจัดการขออนุมัติงบประมาณสำหรับการซื้อเครื่องมือ (กำลังทดลองใช้งานระบบ)

OKR TMRC ปี 2563-2564

O1: Increase number and quality of published articles

O2: Collaboration in research (Inter-faculty, Inter-University, International)

O3: Flagship

- Precision medicine
- Cardiovascular diseases
- Stem cells research

O4: Nurture research culture

ธนาคารชีวภาพ (Human Biobank)

วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อจัดเก็บรักษาคุณภาพชิ้นเนื้อและสารคัดหลั่งอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐาน
2. สนับสนุนให้เกิดการศึกษาวิจัยเชิงลึกทางอณูชีววิทยา ผลักดันให้คณะแพทยศาสตร์ มอ. มีความเป็นเลิศในด้านต่าง ๆ เช่น Cancer (มะเร็ง) เป็นต้น
3. สนับสนุนให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างอาจารย์แพทย์ทางคลินิกและนักวิจัยทางด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐาน
4. เพิ่มผลงานวิจัยที่คุณภาพสูงและสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการวินิจฉัยและการรักษาโรคในผู้ป่วยได้

ผลการดำเนินงานธนาคารชีวภาพ ปี พ.ศ. 2559-2564

- มีการปรับปรุง SOP สำหรับการเก็บตัวอย่างชิ้นเนื้อและเลือดเพื่องานวิจัยอย่างเป็นระบบตามมาตรฐานหลักสากลและผ่านการพิจารณาจาก EC
- เปิดให้บริการเก็บตัวอย่างเพื่อการวิจัยอย่างครบวงจร
- แพทย์ / นักวิจัยทะเบียนเข้าร่วมโครงการฯ ทั้งหมด 26 ท่าน
- จำนวนอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการฯ ทั้งหมด 1,972 ราย และมีตัวอย่างที่กับธนาคารชีวภาพมากถึง 5,611 ตัวอย่าง
- ประเภทของตัวอย่างชิ้นเนื้อ มีทั้งชิ้นเนื้อปกติ ชิ้นเนื้อมะเร็งและเลือด ครอบคลุมชิ้นส่วนของ สมอง, ลำไส้, ปอด, กระเพาะปัสสาวะ, ไต, ตา, หู, คอ, จมูก, ตับ ตับอ่อน, ทางเดินน้ำดี, เต้านม, รก (ไข่มดลูก / เนื้อรก), มดลูก, ปากมดลูก, ปากช่องคลอด, รังไข่
- มีโครงการวิจัยที่นำตัวอย่างจากธนาคารชีวภาพไปใช้จำนวน 7 โครงการ
- ร่วมกับฝ่าย IT พัฒนาระบบสารสนเทศธนาคารชีวภาพ (BMIS) ให้แพทย์ส่งเก็บตัวอย่างเข้าธนาคารชีวภาพได้สะดวก มีการจัดการธนาคารชีวภาพอย่างเป็นระบบและมีความปลอดภัยของการจัดเก็บข้อมูลสูง
- สร้างระบบการจัดเก็บตัวอย่างเลือดผู้ป่วยจากห้องเจาะเลือดและหอผู้ป่วย เพื่อความสะดวกของแพทย์ผู้เก็บและการรักษาคุณภาพตัวอย่าง
- ผลการตรวจสอบคุณภาพตัวอย่างของชิ้นเนื้อที่เก็บในธนาคารชีวภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ดี
- การจัดทำมาตรฐาน Human Biobank ตามระบบ ISO 20387 : 2018 เข้าร่วมเป็นคณะทำงานขับเคลื่อนการเปิดโปรแกรมการรับรองมาตรฐาน ISO20387 : 2018 (คาดว่า สมป.จะเปิดให้การรับรองปี 2565) เตรียมเอกสารและจัดระบบให้เป็นไปตามข้อกำหนด ISO20387 : 2018 และวางแผนเพื่อยื่นขอรับรองในปี 2566 สร้างความร่วมมือเครือข่าย Biobank กับโรงเรียนแพทย์ มช. และ รามาฯ PT/FOA

ระบบการจัดเก็บของธนาคารชีวภาพ Biobank ร่วมมือกับฝ่ายสารสนเทศโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พัฒนาระบบสารสนเทศของธนาคารชีวภาพ (Biobank Information Management System; BIMS) เพื่อพัฒนาระบบการส่งเก็บตัวอย่างของแพทย์ การ tracking และการจัดเก็บให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ชีวสารสนเทศทางการแพทย์ (Medical Bioinformatics)

ระบบชีวสารสนเทศทางการแพทย์ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะทำให้งานวิจัยในส่วนนี้ได้รับความเชื่อถือ รวมถึงได้รับการอนุมัติให้ทำจาก EC ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก GeTH และ วช. ในการสร้างโครงสร้างพื้นฐานสำหรับ Data Storage ของ DNA ในการและโครงการระบบชีวสารสนเทศทางการแพทย์ (Medical Bioinformatics) เริ่มปี 2562 ส่งตัวอย่างตรวจความผิดปกติทางพันธุกรรม (whole exome) รวม 31 ตัวอย่าง ตรวจวินิจฉัยข้อมูลความผิดปกติของยีนที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมวินิจฉัยได้ 11 โรคพันธุกรรม และเปิดให้บริการการตรวจวิเคราะห์ genomics เพื่องานวิจัยผ่านโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (HIS) และผู้ใช้บริการภายนอก

ได้สร้างระบบบริการทดสอบการตรวจวิเคราะห์ทางพันธุกรรมเพื่อการวิจัย (Genomic Analysis Service for research) ในระดับของ exome เมื่อใส่ข้อมูล exome sequencing จะมีการวิเคราะห์ยีนอัตโนมัติ

ที่ผ่านมาระบบทั้งสามส่วนมีส่วนสนับสนุนให้อาจารย์แพทย์ทำงานวิจัยเชื่อมโยงกัน ผ่านการทำกิจกรรม/โครงการ Precision medicine with TMRC บริการให้คำปรึกษางานวิจัยด้านอณูชีววิทยาทางการแพทย์ และขอสนับสนุนทุนจากภายในและภายนอก มีกิจกรรมถ่ายทอดความรู้เทคโนโลยี มี South Thai Genome Project ซึ่งมี

การเก็บ exome คนไข้ได้มากกว่า 500 exome และเป็นศูนย์ประสานงานภาคใต้โครงการ Genomics Thailand ที่ผ่านมามีได้รับทุนจาก GeTH สำหรับทำงานวิจัยเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง รวมถึงโรคหายาก

ปี 2564 ได้ทำ MOU กับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อ sequence เชื้อไวรัสโคโรนาที่ระบาดในเขตภาคใต้ จนกว่าจะสิ้นสุดการระบาด ตั้งเป้าว่าจะได้ sequence จากเชื้อประมาณ 3000 ตัวอย่างเชื้อ

TMRC อยู่ระหว่างการจัดทำระบบเพื่อขอ ISO 15189 ห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ห้องอณูชีววิทยาทางการแพทย์เพื่อสร้างมาตรฐานสำหรับการให้บริการวิจัย การบริการเตรียมตัวอย่างเพื่อวิเคราะห์ทางอณูชีววิทยาตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ รองรับบริการด้านการถอดรหัสพันธุกรรม (Sequencing)

เป้าหมายและแผนการดำเนินงานของศูนย์การแพทย์ปริวรรต ในระยะ 5 ปี

- ห้องปฏิบัติการจัดทำ SOP ฉบับสมบูรณ์สำหรับห้องปฏิบัติการเตรียมพร้อมสำหรับการรับรองมาตรฐาน ISO 15189
- สร้างระบบบริหารจัดการเครื่องมือวิจัย (RIMS)
- ประสานความร่วมมือระหว่างนักวิจัยคลินิก และนักวิจัยวิทยาศาสตร์พื้นฐาน สำหรับพัฒนาโครงการวิจัย translational research (Networking & Research consulting)
- เปิดให้บริการ การเตรียมตัวอย่างและการวิเคราะห์ทางอณูชีววิทยาอย่างครบวงจร (ภายในโรงพยาบาล + ภายนอกโรงพยาบาล)
- นักศึกษา / นักวิจัย เข้าร่วมโครงการวิจัยด้าน Precision medicine, genomic medicine / ได้ประโยชน์จากการใช้ facility
- มีโครงการวิจัยที่ใช้ประโยชน์จากตัวอย่างใน Biobank มากขึ้น
- ธนากรชีวภาพได้รับการพัฒนามาตรฐาน ISO 20387 : 2018
- พัฒนา Living biobank เช่น primary cell lines/ organoids สำหรับการวิจัยการแพทย์แม่นยำ โรคมะเร็งและโรคหายาก (rare disease) บางชนิดที่จำเพาะกับประชากรไทย / ในภาคใต้ได้สำเร็จ
- ให้คำปรึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูลทางชีวสารสนเทศ
- สร้างหลักสูตรและนักวิจัยทางด้าน medical bioinformatics
- การตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างเพื่องานวิจัยและทางคลินิก (Genome analysis และ Human metagenomics analysis)

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เรื่อง “การบริหารจัดการงานวิจัย ในยุค new normal”

ผู้นำเสนอ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภพ โกศลารักษ์ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิจัย และรองผู้อำนวยการ
สถานบริหารจัดการงานวิจัยคลินิก ACRO

เนื้อหาโดยสรุป

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ให้ความสำคัญเรื่อง Clinical Research จึงจัดตั้งศูนย์ ACRO (Academic Clinical Research Office) เริ่มในปี 2556 วัตถุประสงค์เพื่ออำนวยความสะดวกให้อาจารย์ นักวิจัย

โดยจะให้มีการบริหารจัดการที่ง่ายขึ้น จึงตั้งเป็นหน่วยงานวิสาหกิจภายใต้คณะแพทยศาสตร์ โดยมีคณบดีคณะแพทยศาสตร์เป็นประธานกรรมการบริหาร

ACRO มีลักษณะการทำงานรูปแบบคล้ายกับ One Stop Service จะเป็นฝ่ายประสานงานกับ Sponsor และ Doctor/Research รวมถึงรวบรวมและจัดหาในส่วนที่เกี่ยวข้องต่างๆ ตั้งแต่ก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ และหลังการดำเนินการ โดยมีการคิดค่าบริการ

ACRO มีหน้าที่ดูแลด้านการเงิน รายรับและรายจ่ายของนักวิจัย ตั้งแต่ต่อรองกับ Sponsor เรียกเก็บเงินแทน Doctor/ Research เรียกเก็บเงินค่าบริการจัดการรวมถึงค่าใช้จ่ายจากนักวิจัย และชำระเงินค่าใช้จ่ายต่างๆ ให้โรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้ครบวงจรเพื่อช่วยให้นักวิจัยทำงานง่ายขึ้น

ระบบงานที่พัฒนาได้นำมาใช้ในช่วง New Normal และต่อยอด

ในยุค COVID-19 เมื่อมีงานมากขึ้นแต่จำนวนคนเท่าเดิม ดังนั้นจึงต้องมีระบบ IT ในการบริหารจัดการมากขึ้น ในด้านงบประมาณและโครงการ และพัฒนาระบบต่างๆ ดังนี้

- ระบบจัดการข้อมูลงบประมาณโครงการจากผู้ให้บริการ อาจจะต้องจ้าง IT บางส่วน ในอนาคตจะพัฒนาให้เชื่อมโยงครบวงจร

- ระบบ OP เป็นระบบลงข้อมูลแต่ละโครงการ วิจัย ผู้เกี่ยวข้อง งบประมาณโครงการ รายละเอียดงานที่ต้องทำ Operative field รวมถึงมี APPLICATION สื่อสารการทำงานภายใน และ APPLICATION นำส่งเอกสาร EC/ SPONSOR/ PI

- ระบบ Pharmacist Clinical Trial Management System (CTMS) เพราะเรื่องยาเป็นเรื่องที่สำคัญมาก Clinical Trial ผลจะต้องเชื่อถือได้ ตรวจสอบได้ และมีคุณภาพ ซึ่ง ARCO จะเป็นฝ่ายดำเนินการให้

- ระบบการจ่ายเงินค่าเดินทางอาสาสมัคร เดิมใช้วิธีจ่ายเงินสด ได้เปลี่ยนเป็นวิธีโอนผ่านธนาคาร ทำให้เป็นระบบมากขึ้น ข้อดี ไม่ต้องมีเงินสดสำรองมาก, โอนเงินผ่านธนาคาร (ลดการสัมผัส), มีหลักฐานชัดเจน ตรวจสอบได้ ข้อเสีย บัญชีต่างธนาคารเงินจะเข้าช้ากว่าธนาคารเดียวกัน, อาสาสมัครบางรายไม่มีบัญชีธนาคาร และอาสาสมัครบางรายกดเงินสดจากตู้ ATM หรือใช้ Application โอนเงินไม่เป็น

ARCO มีแนวโน้มการเติบโตของการใช้บริการ สำหรับโครงการวิจัยทุนเอกชน ผลดำเนินการเพิ่มขึ้นจาก 18% เป็น 70% ในปี 2564 และมีโครงการที่ ACRO ดูแลประมาณ 80 โครงการ และมีการเติบโตในด้านกำไรเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2562 จนถึงปัจจุบัน ACRO สามารถตัดขาดทุนสะสมของปีที่ผ่านมาได้

สรุปการบริหารจัดการงานวิจัยในยุค New normal ของ ACRO

1. พัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัล
2. เพิ่มช่องทางเฉพาะในการเข้าถึงข้อมูลสำหรับผู้เกี่ยวข้อง (CRO, sponsor)
3. ลดการสื่อสารที่สับสน
4. online & real time monitor สำหรับผู้บริหาร

นำเสนอด้านการศึกษ เวล 10.00 – 11.00 น.**สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่****ผู้นำเสนอ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประภาพร สุประเสริฐ รองคณบดีฝ่ายวิชาการ****เนื้อหาโดยสรุป**

ทีมวิชาการ “AcadeMED+” คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลการเรียน การสอน ของนักศึกษาแพทย์ระดับปริญญาตรี ดูแลชีวิตความเป็นอยู่ รวมทั้งรับผิดชอบเรื่อง MedEd ของคณาจารย์ แพทย์ และจะร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3 เรื่อง ดังนี้

1. OSCE หัตถการ ในยุคโควิด

NL สิ่งที่สำคัญคือการสอบ OSCE 11 หัตถการ สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 จะแบ่งสอบปีละ 3 ครั้ง (ทุก 4 เดือน) และคณะแพทยศาสตร์ มช. ได้จัดสอบไปแล้วครั้งที่ 1 เมื่อวันศุกร์ที่ 20 สิงหาคม 2564, ครั้งที่ 2 วันศุกร์ที่ 17 ธันวาคม 2564 และครั้งที่ 3 ในวันศุกร์ที่ 8 เมษายน 2565 หัตถการที่จะสอบประกอบด้วย

- Basic life support
- Defibrillation
- Endotracheal intubation
- Gastric lavage
- I&D
- Peripheral IV access
- Anterior nasal packing
- Needle aspiration for pneumothorax
- Pap smear
- Normal labor
- Foley catheter

ในการสอบนักศึกษาแพทย์ได้มีการชี้แจงในส่วนของหัตถการที่จะต้องสอบและขั้นตอนการทำของหัตถการแต่ละชนิดให้ทราบล่วงหน้า ผลการสอบจะมีผ่านกับไม่ผ่าน ซึ่งนักศึกษาแพทย์จะต้องสอบให้ผ่านจึงสามารถจบ การศึกษาได้

ในสถานการณ์ COVID 19 ความเสี่ยงในการจัดสอบ OSCE อาจารย์ผู้คุมสอบและผู้ช่วยสถานีจะอยู่รวมกันในห้องปิด เป็นเวลาหลายชั่วโมง นักเรียนมีความจำเป็นต้องหยุดตลอดการสอบ มีการรับประทานอาหารเช้าและอาหารกลางวัน มีจำนวน ผู้เข้าสอบทั้งหมด 88 คน และสถานที่ค่อนข้างแคบ จึงได้ปรับการจัดสอบโดยใช้การประเมินผ่านการดูคลิปวิดีโอที่บ้านทักไว้ ซึ่งทำให้สามารถลดจำนวนบุคลากรที่ต้องใช้ในการดำเนินงานได้มากกว่าร้อยละ 50

การสอบ OSCE แนวใหม่ ในห้อง Defibrillation ใช้ห้องที่มีถ่ายทอด สำหรับ Station อื่น สามารถทำได้โดย มีการตั้งกล่องอัดคลิปไว้ โดยนักศึกษาแพทย์ ทำทีละ Station หลังจากนั้น ส่งคลิปให้ Staffs ตรวจสอบเตรียมจุดตั้ง กล่องแต่ละสถานี ได้เชิญอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญในข้อสอบข้อนั้น มาช่วยในการกำหนดจุดการตั้งกล่องเพื่อ บ้านทักคลิปวิดีโอ มีจอ monitor ให้นักศึกษาแพทย์ได้เห็นว่าการตั้งกล่องจะบันทึกภาพและเสียงอย่างไร การสอบโดยวิธีนี้ ช่วยลดจำนวนอาจารย์ผู้คุมสอบลงได้ ปัญหาที่พบคือเรื่องเสียงที่บาง station ไม่ได้บันทึก แนวทางแก้ไขคือปรับปรุง แก้ไขให้สามารถบันทึกเสียงให้ครบทุก Station

2. การจัดการแข่งขัน S2P contest

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีการจัดการแข่งขันวิชาการ Science to Patients: Medicine CMU Contest (S2P) วัตถุประสงค์เพื่อให้นักศึกษาแพทย์เห็นความสำคัญของการบูรณาการความรู้ด้านปริคlinik และด้านคลินิก

วิธีการ : นักศึกษาแพทย์สมัครเข้าร่วมแข่งขันจำนวน 6 ทีม ใน 1 ทีมประกอบด้วยนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 2 ถึงชั้นปีที่ 5

ขั้นตอนการแข่งขัน : 1 สัปดาห์ก่อนการแข่งขันจริง นักศึกษาจะต้องไปซักประวัติและตรวจร่างกายกับผู้ป่วยจำลอง คือ 2 ทีม จะได้ 1 Case ที่เหมือนกันและเตรียมการ Present Case หลังจากนั้นจะมีการ Present Case ทั้งหมด 6 ทีม ในการ Present Case นักศึกษาจะต้องตอบคำถามของอาจารย์ที่มาเป็นคณะกรรมการผู้ตัดสิน หลังจากนั้นคัดเลือกเหลือ 3 ทีม และ 3 ทีมที่ได้รับการคัดเลือกจะต้องแข่งขันในรอบ MEQ และ MCQ สำหรับคะแนนรวมเอาทีมที่ได้คะแนนสูงสุดของการสอบ MEQ รวมกับ MCQ เพื่อมาจัดลำดับ 1, 2, 3 ซึ่งการแข่งขันมีการถ่ายทอดผ่าน Facebook

การเตรียมงาน : ได้มีการวางแผนงานร่วมกับงานเทคโนโลยีสารสนเทศ และทำ Action plan ร่วมกับทีมนักศึกษาแพทย์ ซึ่งนักศึกษาแพทย์มีส่วนร่วมในการกำหนดกติกา ออกแบบโลโก้ ออกแบบเหรียญรางวัล และช่วยในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ สำหรับ Staffs จะเป็นผู้ออกข้อสอบ และเชิญอาจารย์แพทย์ AI มาออกข้อสอบ พร้อมเฉลยในวันตัดสิน

ผลการแข่งขัน :

- ทีมชนะเลิศ ได้รับเหรียญทอง และทุนการศึกษาจำนวน 10,000 บาท พร้อมเกียรติบัตร

ได้แก่ ทีม ย่าบาหยัน

ทีมรองชนะเลิศลำดับที่ 1 ได้รับเหรียญเงิน และทุนการศึกษาจำนวน 5,000 บาท พร้อมเกียรติบัตร

ได้แก่ ทีม Mickey mouse

ทีมรองชนะเลิศอันดับที่ 2 ได้รับเหรียญทองแดง และทุนการศึกษาจำนวน 2,500 บาท พร้อมเกียรติบัตร

ได้แก่ ทีม haha

ได้เชิญนักศึกษาแพทย์ที่ชนะการแข่งขันทั้ง 3 ทีม มารับรางวัลในวันประชุมคณะกรรมการบริหารประจำ คณะแพทยศาสตร์ เพื่อสร้างความผูกพันระหว่างนักศึกษาแพทย์กับคณะแพทยศาสตร์

หลังเสร็จสิ้นการจัดกิจกรรมได้มีการประเมินสรุปผลการดำเนินงาน เพื่อให้นักศึกษาแพทย์ได้เรียนรู้ ปัญหาต่างๆ และเป็นข้อมูลในการนำไปปรับปรุงการจัดงานในครั้งต่อไป

3. การจัดเสวนาประสาครแพทย์สวนดอก

ทีมผู้บริหารด้านการศึกษา “AcadeMED+” ได้จัดกิจกรรม เสวนาประสาครแพทย์สวนดอก ซึ่งเป็น กิจกรรมเสวนาระหว่างครูแพทย์ นักศึกษาแพทย์ ซึ่งจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเรียน การสอน หรือ Soft Skill ต่างๆ ได้ จัดนอกเวลาราชการ ทุกวันเสาร์ที่ 3 ของเดือน เวลา 20:00-22:00 น. ผ่าน zoom ได้จัดเสร็จสิ้นไปแล้วจำนวน 10 ครั้ง ในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

- **ครั้งที่ 1** เรื่อง “No Pain จะ gain อย่างไร” วันเสาร์ที่ 19 มิถุนายน 2564 จำนวนผู้เข้าฟัง 180 คน
ผลตอบรับ Positive

- **ครั้งที่ 2** เรื่อง “ครูที่ฉันอยากได้ นักเรียนที่ฉันอยากเจอ” วันเสาร์ที่ 17 กรกฎาคม 2565 จำนวนผู้เข้าฟัง 200 คน ได้ข้อสรุป คือ

ครูที่ฉันอยากได้

1. เข้าใจนักเรียน เข้าถึงง่าย ไม่เลือกปฏิบัติ เตรียมการสอนมาพร้อม ไม่ต่อว่ารุนแรงสร้างแรงบันดาลใจให้นักเรียน

2. คำพูดเล็กๆ น้อยๆ ของอาจารย์ไม่ว่าบวกหรือลบ ส่งผลต่อนักเรียนอย่างคาดไม่ถึง

3. สร้างสิ่งแวดล้อมที่ไม่กดดัน ทำให้กล้าถาม

4. แก้ไขในสิ่งผิด ไม่ได้บอกเพียงคำว่าผิด

5. “สอนให้จำ ทำให้ดู อยู่ให้เห็น ยืนยันให้เป็น ปฏิบัติให้เป็นแรงบันดาลใจ”

นักเรียนที่ฉันอยากเจอ

1. Communication, collaboration, critical thinking, creativity

2. Active learner

3. มีวินัย มีความรับผิดชอบ มีใจ มี empathy

4. อาจารย์มีความหลากหลาย แต่ทุกคนมีเป้าหมายเดียวกัน คืออยากให้นักเรียนจบเป็นหมอดี

5. Mindset ที่ดีนำไปสู่คำพูดที่ดี การกระทำที่ดี และเป็นนิสัยที่ดี

6. การเรียนแพทย์ “สนุกได้ มีความสุขได้ แต่ไม่ควรสบายเกินไป”

- **ครั้งที่ 3** เรื่อง “เรียนและสอนออนไลน์อย่างไร ให้ปังปรีเย่” จัดวันเสาร์ที่ 21 สิงหาคม 2564 อาจารย์ได้นำเสนอวิธีการสอนผ่านเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ และได้เชิญนักศึกษาที่ประสบความสำเร็จในการเรียนออนไลน์มาแชร์ประสบการณ์

- **ครั้งที่ 4** เรื่อง “เคล็ดลับเขียนรายงาน และ Present case ชั้นเทพ” จัดวันเสาร์ที่ 18 กันยายน 2564 มีผู้เข้าฟังจำนวน 261 คน ได้ข้อเสนอแนะเรื่องการเขียนรายงานให้กับภาควิชา และมี Rubic score ต่างๆ

- **ครั้งที่ 5** เรื่อง “Say No!! to sexual harassment..คลุกคลี แต่ ไม่คุกคาม” จัดวันเสาร์ที่ 16 ตุลาคม 2564 มีการตัดคลิปสั้นเผยแพร่ผ่าน Facebook เพื่อให้คนตระหนักถึงปัญหาของ sexual harassment ในสถานการศึกษา

- **ครั้งที่ 6** เรื่อง “Stress management activities” จัดวันเสาร์ที่ 20 พฤศจิกายน 2564 ชีวิตหลังถอดเสื้อกาวน จำนวนผู้เข้าฟัง 80 คน เนื้อหาเกี่ยวกับงานอดิเรกคลายเครียดของอาจารย์ และนักศึกษาแพทย์ ได้ข้อสรุปวิธีการคลายเครียดของแต่ละคนที่แตกต่างกัน เช่น ร้องเพลง เดินรำ ปูกลูกต้นไม้ โดยให้นักศึกษามาแชร์ประสบการณ์

- **ครั้งที่ 7** เรื่อง “ชวนมาคุย...ลุยไปข้างหน้า กับ AcadeMED+” จัดวันเสาร์ที่ 18 ธันวาคม 2564 จำนวนผู้เข้าฟัง 60 คน เป็นการสรุปงานของทีม AcadeMED+ รวมถึงแผนงานที่จะดำเนินต่อไป

- **ครั้งที่ 8** เรื่อง Transformative Learning “เรื่องเก่าเล่าใหม่ หรือเรื่องใหม่ที่ไม่เคยเล่า” จัดวันเสาร์ที่ 22 มกราคม 2565 จำนวนผู้เข้าฟัง 60 คน ได้เชิญวิทยากรจากสถาบันต่าง ๆ เช่น ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น เลขาธิการมูลนิธิสื่อชาวบ้าน ร่วมเป็นวิทยากร ส่วนใหญ่เป็นอาจารย์แพทย์ ผลการประเมินความพึงพอใจ

จากแบบประเมินและผลโหวตขณะเสวนาจบ ได้ระดับ 4- 5 (คะแนนเต็ม 5) สรุปเนื้อหาและคลิปเสวนาจะเผยแพร่ทาง Facebook page AcadeMED⁺

- **ครั้งที่ 9** เรื่อง “The power of giving ความสุขจากการให้” จำนวนผู้เข้าฟังประมาณ 50-60 คน ผลการประเมินความพึงพอใจจากแบบประเมินและผลโหวตขณะเสวนาจบ ได้ระดับ 4-5 (คะแนนเต็ม 5) สรุปเนื้อหาและคลิปเสวนา จะเผยแพร่ทาง YouTube Facebook page AcadeMED⁺

- **ครั้งที่ 10** เรื่อง “ชวน-มา-ถก... Look นศพ. แบบไหนรับได้ แบบไหนรับไม่ได้?” จัดวันเสาร์ที่ 19 มีนาคม 2565 เนื้อหาเกี่ยวกับการแต่งกาย ทรง ผม การใส่เสื้อกาวน์ออกนอกโรงพยาบาล ได้เชิญวิทยากรครบ 360 องศา มุมมองของอาจารย์แพทย์ที่เป็นปลีคลินิก คลินิก ผู้มารับบริการ พยาบาล รวมทั้งความเห็นของนักศึกษาแพทย์ มีผู้เข้าฟังประมาณร้อยละกว่าคน มีการถ่ายทอดผ่าน Facebook live

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง การพัฒนาหลักสูตรหลากหลายแผนการศึกษา

ผู้นำเสนอ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกันยิกา ชำนิประศาสน์ รองคณบดีฝ่ายการศึกษา และผู้อำนวยการโรงเรียนแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

เนื้อหาโดยสรุป

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กับการพัฒนาและพลิกโฉมหลักสูตรการแพทย์ระดับปริญญาตรี

ปี 2561 - เริ่มการเรียนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ซึ่งเป็นหลักสูตร Conventional Traditional และมีการเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อมที่จะเกิดขึ้น

ปี 2542 - ได้นำหลักสูตร PBL เข้ามาเป็นเครื่องมือสำคัญของหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต และรับเพิ่มโครงการ CPIRD ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข

ปี 2544 - ได้บูรณาการแผนการศึกษาจาก Discipline based เป็น System based มีการบูรณาการทั้งแนวตั้ง แนวตั้งในยุคนั้น มาจนกระทั่งเป็น based ในยุคปัจจุบัน

ปี 2558 - นำร่อง WFME มีการพัฒนาหลักสูตรให้เป็น competency based curriculum เป็นการมุ่งผลลัพธ์ เป็น competency และได้กำหนด 9 competency ในหลักสูตร ประกอบด้วย

- Professionalism
- Communication
- Critical thinking Problem solving
- Continuous Professional Development
- Digital Information & Research
- Teamwork Leadership
- System-based Rural Practice
- Life & Social Intelligence
- Patient care

ปี 2559 – มีแผนการศึกษา CPIRD ในหลักสูตร ได้รับการรับรองจาก WFME ในปีถัดมา ในแผนการศึกษา CPIRD มีกลยุทธ์ที่ลงสู่โรงพยาบาลชุมชนสำหรับจัดการเรียนการสอนตลอดหลักสูตร ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ Extra Curriculum Activity ในชั้นคลินิกในส่วนของการสอน clinical competency ในโรงพยาบาลชุมชน

กลยุทธ์โปรแกรม CPRID: 6C การเรียนรู้ระยะยาวและการทำงานในบริบทชนบท ประกอบด้วย

- Continuous community attachment
- Competency-based
- Comprehensive health care
- Cultural diversity concern
- Chronic ambulatory care
- Collaboration

เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน สิ่งสำคัญคือโรงพยาบาลชุมชนมีเคสที่ไม่เหมาะสมกับนักศึกษา ทำให้หลายๆ ทักษะขาดไป สิ่งเหล่านี้จึงทำให้เครือข่ายเป็นสิ่งสำคัญที่จะเสริมเรื่อง clinical competency ของนักศึกษาแผนการเรียน CPRID ให้มีเหมือนแผนการศึกษาอื่น ในขณะที่นักศึกษาแผนการศึกษานี้จะมี mindset ในเรื่องของ Rural Committee ที่ดีกว่า ฉะนั้นความสำเร็จของแผนการศึกษา CPIRD อยู่ที่เครือข่าย ตั้งแต่เครือข่ายของโรงพยาบาลร่วมผลิต (หาดใหญ่, ยะลา) ไปจนถึงโรงพยาบาลชุมชนทุกระดับ

ปี 2561 - มีแผนการศึกษาผลิตแพทย์แนวปฏิบัติ จากการผลักดันของสภามหาวิทยาลัย ในการ Transform Education โดยมี competency เหมือนกับหลักสูตรปกติ แต่ใช้บริบทในการสอนที่แตกต่าง เพื่อให้เข้าใจถึงการทำให้เป็นระบบ คีย์หลักของกลยุทธ์คือให้นักศึกษาเรียนทุก level ที่มี service ของทั้งประเทศไม่เฉพาะในโรงพยาบาลชนบท ที่สำคัญจะต้องมีแนวคิดในการพัฒนาการแพทย์เพื่อประชาชนลดความเหลื่อมล้ำ โดยปฏิรูปการศึกษาพร้อมกับปฏิรูประบบสุขภาพ

การจัดการศึกษาแผนการศึกษา HSR จัดการศึกษาในเครือข่าย The ONE-HEALTH โดยให้นักศึกษาร่วมเรียนรู้และทำงานกับประชาชนและบุคลากรด้านสุขภาพในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขตลอดหลักสูตร มีประสบการณ์เรียนรู้การบริหารผู้ป่วย ครอบครัวยุ และชุมชนในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ และให้ประชาชนและบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่มีส่วนร่วมในการคัดเลือกนักศึกษาและจัดประสบการณ์เรียนรู้ให้นักศึกษา

ปฏิรูประบบบริการสุขภาพในเครือข่าย พัฒนาการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเชิงรุกในพื้นที่ห้วยยอด พัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลห้วยยอด พัฒนาความร่วมมือในการปฏิรูประบบข้อมูลการการส่งต่อผู้ป่วย พัฒนางานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ

ปี 2563 – ขอการรับรองตามเกณฑ์ WFME หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561 แผนการศึกษาปกติ

ปี 2564 - มีแผนการศึกษาส่งเสริมการวิจัย

คุณลักษณะเด่นล่าสุด ปี 2564

PSU MD CURRICULUM ปี 2564 มี 4 แผนการศึกษาในหลักสูตรเดียว คือหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2564 ที่ได้รับการรับรองจาก PMC ดังนี้

- 1.แผนการศึกษาพหุศักยภาพ (MP)
- 2.แผนการศึกษาแพทย์เพื่อชาวชนบท (CPIRD)

3.แผนการศึกษาปฏิรูประบบสุขภาพ (HRS)

4.แผนการศึกษาส่งเสริมการวิจัย (RD)

เป็นหลักสูตรที่มุ่งผลลัพธ์เหมือนกัน จากการทบทวน Competency ได้ปรับในรายละเอียด ดังนี้

1.Ethics/Professionalism

2.Communication

3.Patient care/Standard medical care

4.Critical thinking & Problem Solving

5.Digital information Literacy & Research

6.Teamwork & Leadership

7.System-based practice with rural community subcompetency

8.Continuous professional development

9.Social & Life intelligence

จาก 9 Competencies ยังมีหน่วยกิตเหลือ 248 หน่วยกิต และกำหนดให้ทุกแผนการศึกษามุ่งผลลัพธ์เดียวกัน แต่มีสมรรถนะที่มุ่งเน้นเฉพาะแผนการศึกษา ดังนั้นจึงปรับบางรายวิชาโดยเฉพาะเรื่องของบริษัท

แผนการศึกษาปกติ เปลี่ยนเป็นชื่อ **แผนการศึกษามหุศัลยกรรม (MP)** เน้น Multi-potentiality for practicing in various medical field in the future และได้เพิ่ม digital literacy และ System Science เข้าไปในระบบ core program

แผนการศึกษาแพทย์เพื่อชาวชนบท (CPIRD) เน้น Competency for providing active healthcare in rural environments

แผนการศึกษาปฏิรูประบบสุขภาพ (HSR) เน้น competency for systems practice and healthcare system reform

แผนการศึกษาส่งเสริมการวิจัย (RD) เน้น competency for being medical researcher

เทคนิคของการจัดการศึกษาเฉพาะแผนการศึกษา

1.มีรายวิชาเฉพาะแผนการศึกษา

2.มีการจัดการศึกษาที่มีบริบทเฉพาะสำหรับแผนการศึกษาในรายวิชาที่เหมือนกัน อาทิ เวชศาสตร์ครอบครัว

3.มีการจัดการศึกษาทางคลินิกในบริบทที่ต่างกัน ระหว่างแผนการศึกษา MP+RD, CPIRD และ HSR

4.Networking & Collaboration

จัดการศึกษาเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะที่มุ่งเน้นเฉพาะแผนการศึกษาโดยใช้บริบทของพื้นที่ในการปฏิบัติงานจริง อย่างต่อเนื่องทุกชั้นปีตลอดหลักสูตร ทุกแผนการศึกษาเรียนรู้ร่วมกัน ยกเว้นในบางรายวิชาที่เป็นรายวิชาเฉพาะแผน เช่น รายวิชาในชั้นปีที่ 1 MP เรียนรู้ digital science and technology, CPIRD เรียนรู้ ชนบทไทย, HSR เรียนรู้ ระบบสุขภาพพื้นฐาน, RD เรียนรู้ Research methodology

สรุปจำนวนหน่วยกิตของรายวิชาเฉพาะแผนการศึกษา

- แผนการศึกษามหุศัลยกรรม MP = 2 หน่วยกิต

- แผนการศึกษาแพทย์เพื่อชาวชนบท CPIRD = 31 หน่วยกิต ไม่รวมรายวิชาที่กำหนดผลลัพธ์เหมือนแผนการศึกษาอื่น เช่นเวชศาสตร์/เวชปฏิบัติครอบครัวที่มีการใช้บริบทของพื้นที่ในปี 2-3 (5 หน่วยกิต) รวมทั้งหมดประมาณ 36 หน่วยกิต (5+31) ประมาณ 15% ของหลักสูตร

- แผนการศึกษาปฏิรูประบบสุขภาพ HSR = 2 หน่วยกิต แผน HSR มุ่งเน้นประสบการณ์เรียนรู้ในพื้นที่เครือข่ายรวมถึงการทำงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ The one health (รวมรายวิชาที่ส่งเสริมแผนการศึกษา/จัดประสบการณ์ในพื้นที่เครือข่ายระบบสุขภาพ 37 หน่วยกิต (5+30+2 ไม่รวมปี 6) ประมาณ 15% ของหลักสูตร

- แผนการศึกษาส่งเสริมการวิจัย RD = 13 หน่วยกิต (น้อยมากเมื่อเทียบกับ 258 หน่วยกิต แต่จะมีหน่วยกิตของหลักสูตร CPIRD เยอะกว่าหนึ่งเพราะว่าไปเรียน Clinical ในโรงพยาบาลชุมชนก็จะเป็น 31 หน่วยกิตที่แตกต่าง ในกลุ่มของวิจัยเรามีรายวิชาที่แตกต่างแค่ 13 หน่วยกิต เพราะฉะนั้นจะเห็นว่า Extra curriculum Activity กับการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปกติคือมีหน่วยกิตเท่ากันในบริบทที่ต่างกัน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการจัดการศึกษา

ปี 2565 – มีโครงการส่งเสริมศักยภาพภาษาอังกฤษและดิจิทัล เป็นดำริของมหาวิทยาลัย ที่จะขยายสาขาแพทยศาสตร์ ไปที่วิทยาเขตภูเก็ต การรับนักศึกษาในโครงการนี้จะรับนักศึกษาที่มีพื้นฐานด้านภาษาอังกฤษและดิจิทัลแล้วจะมาจัดรายวิชาเลือกเสริมรายวิชา digital science

- มีเครือข่าย HSR ในพื้นที่จังหวัดพัทลุง

ความท้าทายที่ต้องเผชิญในอนาคต

- Disrupting Medical Education
- Mindset
- Education Reform
- Administration
- System
- Digital Information Technology
- Futuristic Doctors?
- AI
- HUMANISTIC
- Robot
- Futuristic Curriculum?

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
เรื่อง การปรับการเรียนการสอน เพื่อสัมฤทธิ์ผลของการสอบ NL
ผู้นำเสนอ รองศาสตราจารย์ กมลวรรณ เจนวิถีสุข รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
เนื้อหาโดยสรุป

ปัจจุบันพบว่านักศึกษาแพทย์ไม่มีความสุขในการเรียน มีเหตุการณ์ suicide ก่อนวันที่จะสอบ comprehensive ถือว่าเป็นปัญหาใหญ่ของประเทศ หากสามสถาบันร่วมมือกันแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้สำเร็จก็จะทำให้นักศึกษาแพทย์มีความสุขเพิ่มมากขึ้น ในการหาวิธีการที่จะทำให้นักศึกษาแพทย์เรียนอย่างมีความสุข เรียนเท่าที่จะได้นำไปใช้จริง สอบผ่าน และมี Clinical Correlation

เมื่อ ครม. ทบพวณมติปี 2513 กำหนดให้นักศึกษาแพทย์ชดใช้ทุนต้องได้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จึงหาแนวทางในการช่วยให้นักศึกษาแพทย์สอบผ่านทุกคน โดยได้มีการปรับการเรียนการสอนเพื่อแก้ไขปัญหา

มีการติดตามข้อมูลผลการสอบ NL และพยายามแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังมีนักศึกษาที่สอบไม่ผ่าน ซึ่งสะสมมาตั้งแต่ปี 3 ทั้งนี้ ข้อมูลจำนวนสะสมที่ไม่ผ่าน NL1 ทั้งหมด 92 คน (70.51%) และส่วนใหญ่ที่ไม่ผ่านจะเป็นเด็กโครงการ CPIRD inclusive มข. ได้วิเคราะห์หาสาเหตุปัญหา พบว่าอาจารย์ปริคlinikมีเพียงร้อยละ 40 ที่รับทราบปัญหา และร้อยละ 45 ที่ทราบจำนวนนักศึกษาที่สอบไม่ผ่าน แสดงให้เห็นว่ายังมีปัญหาในด้านของการสื่อสาร จึงปรับวิธีการสื่อสารตรงถึงอาจารย์ และปรับแผนการแก้ไขปัญหาโดยการเพิ่ม TBL โดยได้รับความร่วมมืออย่างดีจากอาจารย์ปริคlinikและประสบความสำเร็จทุก module, ทิวก่อนสอบ, เพิ่ม online platform เพิ่มกิจกรรม ทิว NL-1 พร้อมเรียนตลอดเวลา มีในส่วนของอาจารย์ และ Intern ช่วยทำ และมีผลตอบรับที่ดี และมี Formative examination โดยมีอาจารย์ นักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน ช่วยออกข้อสอบให้ฝึกทำ หลังจากทำการประเมิน พบว่ายังมีนักศึกษาสอบไม่ผ่านจำนวนมากเหมือนเดิม จึงมีการปรับกลยุทธ์ โดยรวบรวมทีมผู้บริหารด้านวิชา และอดีตผู้บริหารด้านวิชาการทุกท่าน มาร่วมหารือและหาแนวทางที่จะทำให้นักศึกษาสอบผ่านทุกคน โดยทำการ Root cause analysis & Problem solving และได้ข้อสรุป 3 ประเด็น คือ

- **Input :** Depend on KKU examination
- **Process :** Attend class กำหนดการเข้าชั้นเรียน, Content, Clinical correlation
- **อาจารย์ :** การรับอาจารย์, การประเมินผลอาจารย์

ได้ปรึกษาหารือในที่วิชาการได้ข้อสรุปว่าควรเลือกแนวทางเข้าไปพบภาควิชาที่พร้อมให้ความร่วมมือทีละ module พบว่าแนวทางนี้ประสบความสำเร็จมากกว่า ได้บาง model ที่พร้อมร่วมมือกับฝ่ายวิชาการปรับเปลี่ยนมาเป็น Clinical Correlation ให้มากขึ้น หลังจากปรับแนวทางได้ทำแบบสอบถามพบว่าข้อคำถามรูปแบบในการจัดทบทวนเนื้อหาบทเรียน นักเรียนต้องการให้จัดหลักสูตรสรุปเนื้อหาโดยมีบทเรียนออนไลน์ใน KKUMEDX ร้อยละ 72.9 ต้องการจัดหลักสูตรสอนบรรยายในห้องเรียน และสอนออนไลน์สดผ่าน Zoom หรือ google meet ร้อยละ 41.5 และในข้อคำถามว่าต้องการให้ใครเป็นผู้สอน ร้อยละ 93.2 อยากให้อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกคณะเป็นผู้สอน และร้อยละ 80.5 ต้องการให้อาจารย์ที่สอนในคณะเป็นผู้สอน และข้อคำถามประโยชน์ในการเตรียมสอบ NL ร้อยละ 79.7 อยู่ในระดับคะแนน top box (5 คะแนน)

จากคำตอบทำให้มีข้อสรุปว่ากลุ่มสามสถาบันควรร่วมมือกันในการคิดข้อสอบ NL ให้กับนักศึกษาแพทย์ทั้งสามสถาบัน เพื่อสัมฤทธิ์ผลของการสอบ NL ผ่านให้มากที่สุด ในรูปแบบออนไลน์ โดยเวียนกันจัดการสอนทุกเดือน (2 ครั้ง/เดือน) ผ่าน webinar โดยอาจารย์ แพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาแพทย์ และมีระบบบันทึกให้ดูซ้ำได้ : MEDX

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เรื่อง “ระบบติดตามทักษะประสบการณ์ชีวิตในศตวรรษที่ 21 และพฤติกรรมสุขภาพ (MDKKU Life)

ผู้นำเสนอ อาจารย์ นายแพทย์สรทัตศพล ลิขิตดี ผู้ช่วยฝ่ายพัฒนานักศึกษา

เนื้อหาโดยสรุป

เดิมการผลิตบัณฑิตแพทย์ทุกคนจะออกมาในรูปแบบเดียวกัน มีการใช้หลักสูตรเดียวกัน พบว่าวิธีการนี้ยังไม่เหมาะสม เนื่องจากว่าบัณฑิตแต่ละคนมีความสามารถที่หลากหลาย มีบางอย่างที่มีความโดดเด่น สามารถนำไปต่อยอดแล้วจะทำให้ได้แพทย์ที่มีความสามารถพิเศษและยังคงเอกลักษณ์ไว้ได้ ซึ่งเป็นที่มาว่าของการหาแนวทางในการเก็บลักษณะที่โดดเด่นของบัณฑิตให้เป็นหมอบที่ดีและมีความสามารถในอนาคต

ปัจจุบันในการทำงานของแพทย์เริ่มไม่มีตำแหน่งรองรับ เริ่มมีการแข่งขันและมีคะแนนสอบ NL เข้ามาเกี่ยวข้อง บัณฑิตที่จบหลากหลายสถาบัน โจทย์คือจะอย่างไรให้ผู้ใช้บัณฑิตเลือกบัณฑิตของเรา และทุกสถาบันจะอย่างไรให้บัณฑิตมีความโดดเด่นและมีเอกลักษณ์

- Stakeholder Needs

- Expected Learning outcomes

- องค์กร ประกอบภายใน Programme Structure and Content, Teaching and Learning Approach, Student Assessment, Academic Staff, Student Support Services, Facilities and Infrastructure และ Output and Outcomes

- Achievements

จากเกณฑ์ในเรื่อง Skills ในศตวรรษที่ 21 coursera เป็น web based platform ที่มีการเก็บข้อมูลว่า Skills อะไรที่เป็นที่ต้องการในยุคปัจจุบันและอนาคต ทำให้เรารู้ว่าทักษะอะไรที่เป็นที่ต้องการของโลก และต้องเสริมทักษะเหล่านี้ให้กับบัณฑิตที่จะจบออกไป

Application MDKKU Life เป็น App ที่ช่วยแสดงทักษะของนักศึกษาผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมแบบง่ายๆ ผ่านกราฟไยแมงมุม แสดงประวัติสุขภาพนักศึกษา และมีระบบเชื่อมต่อกับอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งเริ่มต้นจาก web base platform ที่จะรวบรวมทักษะต่างๆ ว่าบัณฑิตแพทย์จะมีความรู้ ทักษะ อะไรบ้างในปัจจุบัน โดยแปลงข้อมูลเป็นกราฟเพื่อให้นักศึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาดูได้ง่ายสามารถให้คำปรึกษา และติดตาม เพื่อนำไปสู่ความโดดเด่นในสิ่งนั้น Key Success คือพัฒนาระบบเองทั้งหมด โดยมีทีมผู้มีประสบการณ์ รู้เกณฑ์ รู้สิ่งที่ต้องทำและมีทีมโปรแกรมเมอร์ที่ช่วยสนับสนุน จึงเป็นจุดเริ่มในการพัฒนาระบบนี้ขึ้นมา

กิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น เมื่อนักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมก็จะถูกรวบรวมและแปลงกิจกรรมให้เป็น skill และแปลงต่อไปเป็นกราฟ ทำให้ทราบโอกาสในการพัฒนาและเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับตัวเอง เพราะฉะนั้นนักศึกษาก็จะได้ไม่เสียเอกลักษณ์และลักษณะเด่นของตัวเอง อีกทั้งยังรวบรวมผลงานที่นักศึกษาทำไว้และปรีนเป็น E-Portfolio ได้ ซึ่งถือเป็นการ Lean ระบบและลดขั้นตอน ในส่วนระบบอาจารย์ที่ปรึกษา ระบบนี้เป็นเครื่องมือที่จะทำให้อาจารย์ที่ปรึกษาใกล้ชิดกับนักศึกษาได้มากขึ้นส่วนนักศึกษาก็ได้พูดคุยกับอาจารย์ที่ปรึกษาที่เป็นส่วนตัวมากขึ้น ระบบนี้ไม่

เพียงแต่เป็นระบบเก็บข้อมูลเท่านั้น ยังพัฒนาให้ครบวงจรของการ Learning อาจารย์ที่ปรึกษาสามารถเข้าถึง รายละเอียดต่างๆ เพื่อ mentor ได้ถูกทาง โดยข้อมูลทั้งหมดจะเชื่อมโยงใน Application MDKKU Life Project Management พยายามวางรูปที่ทำไปซึ่งไม่ต้องการแค่ outcome สุดท้าย แต่ต้องการ Learning ว่าสิ่งที่ทำไปมีจุดไหนที่ควรพัฒนาโดยการ Review และ Revise ซึ่งอนาคตจะขยายไปถึงระบบข้อมูลของศิษย์เก่า ซึ่งระบบนี้จะเก็บข้อมูลไปเรื่อย ๆ และแปลงไปเป็น BI ที่สามารถเข้าใจง่ายขึ้น

กิจกรรมที่จัดส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ทำเป็นประจำทุกปี ระบบนี้สามารถ monitor เพื่อนำข้อมูลไปเป็นนโยบายในการปรับการจัดกิจกรรมในปีถัดไปเพื่อเป็นการส่งเสริมและเพิ่ม Skill และมีการพัฒนาการนำข้อมูลผลการเรียนในระบบ REG แปลงเป็นกราฟ หากมี data ก็จะสามารถนำมาเข้าสู่กระบวนการ Learning หาแนวทางช่วยเหลือนักศึกษาที่มีปัญหาได้ ปัจจุบันได้พัฒนาให้กับ 21 คณะฯ และ 3 วิทยาลัย ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นเรียบร้อยแล้ว

ศาสตราจารย์(เชี่ยวชาญพิเศษ) นายแพทย์บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กล่าวว่า ทุกเรื่องที่ตั้งสามสถาบันนำเสนอไปมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะเรื่องของการปรับการเรียนการสอน เพื่อสัมผัสผลของการสอบ NL ถือว่าเป็น Pain Point ที่สำคัญ ทั้งนี้หากเกิดความร่วมมือระหว่างสามสถาบัน และทำกิจกรรมร่วมกันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เรืองศักดิ์ ลีธนาภรณ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กล่าวว่า เห็นด้วยว่าเป็นประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นระยะหนึ่งแล้ว และที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ดำเนินการในเรื่องนี้เห็นว่าเป็นเรื่องที่ดีสำหรับการแก้ไขปัญหา และเห็นว่าควรจะมีการปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างสามสถาบัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ยินดีให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา

รองศาสตราจารย์อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กล่าวว่า การสอบ NL ถือเป็นปัญหาระดับประเทศ เพราะกลุ่มนักศึกษาในส่วนใหญ่ภาคสอบ NL ไม่ผ่านมีอัตราสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากที่ ได้ร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและร่วมแก้ไขปัญหา สุดท้ายได้แนวทางในการปรับการเรียนการสอน เพื่อให้ นักศึกษาสอบผ่าน ซึ่งได้รับความร่วมมือจากคณาจารย์แต่ละภาควิชาทั้งคลินิกและปรีคลินิก สำหรับซอฟต์แวร์ ของ ทีมพัฒนานักศึกษา ได้นำไปใช้กับคณะต่างๆ ในมหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว หากทั้งสองสถาบันเห็นว่ามีประโยชน์ คณะแพทยศาสตร์ มข. ยินดีที่จะแชร์การใช้เทคโนโลยีร่วมกัน

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อนวัช วิเศษบริสุทธิ์ รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอแนะเพิ่มเติมว่า นอกจาก Best Practice ที่นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันแล้ว Practice บางอย่างที่ดำเนินการ แล้วเกิดปัญหาหรือล้มเหลว ประเด็น pain point ต่างๆ เห็นควรนำมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดการพัฒนา ร่วมกันต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกันยิกา ชำนิประศาสน์ รองคณบดีฝ่ายการศึกษา และผู้อำนวยการ โรงเรียนแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กล่าวเพิ่มเติมว่า ปัญหาการสอบไม่ผ่าน NL ของ มอ. บางส่วนอาจจะมีปัจจัยเนื่องมาจากการปกปิดข้อมูลของนักศึกษา การประเมินตนเอง ซึ่งปัญหาแต่ละคน จะแตกต่างกันไป ดังนั้นการเข้าไปช่วยเหลืออาจจะต้องแตกต่างกัน และเห็นด้วยกับ Application ระบบติดตาม ทักษะประสบการณ์ของ มข. ซึ่งหากนักศึกษาได้เห็นข้อมูลของตัวเอง อาจจะทำให้หาแนวทางแก้ไขปัญหาได้ง่ายขึ้น จึง ขอใช้ Application ของ มข. มาปรับใช้กับนักศึกษาที่มีปัญหาในอนาคตต่อไป

รองศาสตราจารย์ กมลวรรณ เจนวนิธิสุข รองคณบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กล่าวชื่นชมในการดำเนินการของ มอ. ที่นำการเรียนการสอนลงไปถึงระดับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งถือเป็นต้นแบบที่ดี เสนอแนะให้ทุกโรงเรียนแพทย์ทำรูปแบบเดียวกับ มอ. และจะได้เข้าไปศึกษาดูงานระบบการบริหารจัดการ การดำเนินงานของ มอ. เพื่อนำมาปรับใช้ที่ มข. ต่อไป

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประภาพร สุประเสริฐ รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอแนะเพิ่มเติมว่า ทั้งสามสถาบันควรมีความร่วมมือกันในการวิเคราะห์หาประเด็นปัญหาของการสอบไม่ผ่านทั้ง NL และ MEQ และหาแนวทางแก้ไข ซึ่งบางประเด็นอาจจะเกี่ยวกับระบบ ซึ่งอาจจะต้องมีการร่วมมือกันเพื่อช่วยแก้ไขในประเด็นดังกล่าว

รองศาสตราจารย์ จุฬารัตน์ อัจจะนิล รองคณบดีฝ่ายพัฒนานักศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กล่าวเพิ่มเติมว่า ประเด็น personal life เห็นว่ามีความสำคัญมากเนื่องจากการรับเด็กเข้ามาไม่สามารถที่จะคัดเลือกได้ตามที่ต้องการ โดยเฉพาะความพร้อมในการเข้าศึกษาในคณะแพทยศาสตร์ และเกิดปัญหาในระหว่างการศึกษา จึงขอข้อเสนอแนะจากสามสถาบันถึงวิธีการในการ early detection สำหรับเด็กกลุ่มนี้

นำเสนอด้านบริหาร เวลา 11.00 – 12.00 น.

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เรื่อง MED CMU PMS Journey

ผู้นำเสนอ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุรินทร์พร ลิขิตเสถียร รองคณบดีฝ่ายทรัพยากรบุคคล

เนื้อหาโดยสรุป

PMS การบริหารผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย Purpose of MED CMU, PMS journey, Goal setting with OKRs, PMS implementation และ Challenges

- Purpose of MED CMU ทำเพราะมีสิ่งที่ยากจะไปถึงเป้าหมายร่วมกัน ตามวิสัยทัศน์ เป้าหมาย ทิศทางกลยุทธ์ และการนำไปปฏิบัติ จึงใช้กระบวนการนี้เป็นตัวนำทาง ภายใต้การบริหารวาระที่ 1 คณะได้ทำ NEW S-Curve และยังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงจะเป็นในรูปแบบ Disruptive และในการบริหารวาระที่ 2 ได้มี NEW S-Curve ใหม่ ซึ่ง Purpose คือ Trustworthy Medical School และมี MED CMU เป็นแผนกลยุทธ์ในการนำทาง

แผนกลยุทธ์ที่รวมใจคนสวนดอกทุกคน คือ MED CMU สิ่งสำคัญคือการนำแผนไปปฏิบัติ ได้มีการ Learning นำไปปฏิบัติอย่างมีระบบ ไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของ MED CMU PMS Journey

PMS เป็น Journey ของพนักงานทุกคน เริ่มจากรับเข้า แสดงความสามารถ การพัฒนา และสร้างผลงานที่ดี มี Engaged และทำให้มี High Productivity เพิ่มขึ้น

ก่อนเริ่มดำเนินการ Performance management ได้มีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับ PMS โดยจะเริ่มจากความคาดหวังที่ชัดเจน (Goal Setting) ไปสู่การติดตามกระบวนการผ่าน Coaching & Feedback และการประเมิน

PMS Journey

- ปี 2562 เริ่มให้ความรู้ในส่วนของ Leader ได้ดำเนินโครงการ PMS หัวหน้าภาควิชา และหัวหน้างาน

- ปี 2563 ให้ความรู้ลงไปถึงระบบ Management ได้ดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการ PMS for OD64 ให้แก่หัวหน้าภาควิชา หัวหน้างาน และหัวหน้าหน่วย

- ปี 2564 ได้ดำเนินการกับกระบวนการ PMS ผ่าน MED CMU PMS ได้ดำเนินการโครงการ Coaching for Performance Kick off PMS ลงข้อมูล OKRs ในระบบ คณบดี 1 on 1 กับผู้บริหาร และหัวหน้าภาควิชาทุกภาค มีโครงการสัมมนาผู้บริหาร Strategic Review

- ปี 2565 ได้ลงไปถึงบุคลากรทุกคน MED CMU Individual PMS ดำเนินการโครงการ PMS: OKRs ภาควิชา บุคลากรร้อยละ 50 ลง OKRs/KPIs ในระบบ PMS จะเห็นได้ว่าการดำเนินการในระดับหัวหน้าภาควิชา หัวหน้างาน เยอะมาก ซึ่งผู้บริหารและหัวหน้าภาควิชา หัวหน้างานจะเป็น Key Success factor ที่จะขับเคลื่อนกลยุทธ์นี้ไปด้วยกัน

กลยุทธ์หนึ่งของคณะแพทยศาสตร์ที่เป็น Modernize Workforce เพราะฉะนั้นคณะฯ ได้ทำระบบ PMS ให้เป็น Modernize ด้วย และจากวงจร PMS พบว่าการที่จะทำให้คนตั้งเป้าหมายและเป็นเป้าหมายที่ถูกต้อง ซึ่งเป้าหมายที่ทำจะเป็นจุดเริ่มต้นในการขับเคลื่อนและพัฒนาองค์กร จึงต้องพัฒนาบุคลากรเพิ่มมากขึ้นเพื่อเสริมกรอบในการดำเนินงาน อันดับแรกเริ่มจาก Focus Expectations ว่ามีความชัดเจน มีส่วนร่วม และสอดคล้องหรือไม่

โดยทั่วไป Performance Management System คือการประเมินผลการปฏิบัติงานว่าทำอะไร ทำอย่างไร ซึ่งจะคั่นกับการวัด KPI และอีกด้านต้องดู Expected Outcome, Competency สิ่งที่คุณจะนำมาใช้คือการนำ OKRs มาเป็นเครื่องมือในการตั้ง Goal setting

ความท้าทายขององค์กร และสาเหตุที่ต้องใช้ OKRs คือเป็นตัวช่วยให้ focus ว่าจะให้ความสำคัญกับอะไร และเป็นเรื่องที่น่าเข้าใจ และขจัดสิ่งรบกวน มีความคล่องตัว ที่สำคัญคือการสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วม เกิดความผูกพันของบุคลากร และสร้างเสริมแนวคิดทางวิสัยทัศน์ เพราะ OKRs ออกแบบมาให้คิดเกินกว่าจุดที่ทำได้

PMS Implement มีวัตถุประสงค์ในการถ่ายทอดเป้าหมายลงมาเป็นลำดับ ในปี 2564 เริ่มทำในระดับผู้บริหาร หัวหน้าภาควิชา หัวหน้างาน และในปี 2565 เป้าหมายไปรายบุคคล ในปี 2564 มีการถ่ายทอดความรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และมีโครงการ PMS Kickoff session (focus on) Goal setting กลุ่มเป้าหมายที่เริ่ม Implement คือ ผู้บริหาร หัวหน้าภาควิชา หัวหน้าฝ่าย/งาน รวมทั้งหมด 115 คน การดำเนินงานที่สำคัญคือ พบปัญหาในการเข้าใช้ระบบ ได้ปรับให้การใช้งานเป็น User interface และใช้ CMU MAIL@cmu.ac.th ในการ login และทำแบบสอบถามความคิดเห็นบุคลากรต่อการบริหารผลการปฏิบัติงานของคณะแพทยศาสตร์ มช. ก่อนที่จะดำเนินการในส่วนถัดไปเพื่อให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการดำเนินเรื่องของระบบไปด้วยกัน โดยทำความเข้าใจในเรื่องของการตั้งเป้าหมาย การ Coach ความรู้สึกของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของระบบผลการปฏิบัติงานเชิงกลยุทธ์ เพื่อจะได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์และนำไปทำ Action plan

สิ่งที่เกิดขึ้นตามวงจร PMS ด้านการตั้งค่าเป้าหมายและความคาดหวัง ไปในทิศทางเดียวกัน ในทุกมิติคะแนนจะอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ส่วนที่จะต้องให้ความสำคัญคือด้านการสอนงาน/ให้ข้อมูลย้อนกลับโดยผู้บังคับบัญชา และการ achievement

ปี 2565 ได้ดำเนินการ 2022 PMS Kickoff session: individual OKRs เริ่มจากเป้าหมายที่ชัดเจน ตั้งแต่ผู้บริหารถึงบุคลากรทุกคน โดยกระบวนการนี้มี OKRs คือให้มีการเรียนรู้ในการตั้งเป้าหมาย ผลลัพธ์คือร้อยละ 50 ของบุคลากรมีเป้าหมายของตัวเอง

OKRs 2565 – Corporate KPIs คณบดี เริ่มจากเป้าหมายคณะแพทยศาสตร์วาระบริหาร 2564- 2568 จะกำหนดว่าแต่ละปีคณะจะมีมุ่งเน้นอะไร Roadmap OD ปี 2564 OKRs ผู้บริหารถึงหัวหน้างาน ปี 2565 OKRs นำเอา OKRs ผนวกไปที่บุคลากรทุกคน โดยใช้กลไก Organization Development กับกิจกรรมที่ทำทุกปีเพื่อให้เป็นระบบ

คณะฯ มี Help & Support ที่ website ศูนย์บริหารกลยุทธ์และพัฒนาบุคลากร มีกระบวนการที่เกี่ยวข้องต่างๆ สามารถเข้าดู OKRs ของคณะ ของผู้บริหาร และจะเห็น OKRs ของหน่วยงานในลำดับต่อไป

สิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปคือ การทำให้เกิดระบบอื่นๆ เพราะ PMS เป็นเครื่องมือที่ใช้ถ่ายทอดจากข้างบนลงสู่ข้างล่าง ดังนั้นเป้าหมายขององค์กรก็就会被เปลี่ยนเป็นบุคคล ความสำเร็จของบุคคลก็จะทำให้องค์กรสำเร็จ และมีการติดตามว่ามีการเชื่อมโยงกันอยู่หรือไม่ สุดท้ายก็จะทำให้ไปสู่กระบวนการ Talent Management

Challenges ความท้าทายของการทำ PMS

- ความหลากหลายของบุคลากร
- กรอบการบริหารผลการปฏิบัติงานดั้งเดิม (ใช้ควบคู่กันไป)
- ความเข้าใจ PMS ของบุคลากรอย่างถ่องแท้ของบุคลากร
- วัฒนธรรมการทำงานแบบเดิม
- แรงจูงใจในการขับเคลื่อนผลงาน
- ระบบสารสนเทศด้านการบริหารผลการปฏิบัติงานที่ทันสมัยและเป็นสากล

ทั้งนี้ คณะแพทยศาสตร์ก็จะมุ่งมั่นในการพัฒนาให้เป็น high performance organization ต่อไปภายใต้ค่านิยมองค์กร CQIT

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง ระบบเสริมสร้างศักยภาพและความสำเร็จในการเข้าสู่ตำแหน่งวิชาการของอาจารย์ (Every Med PSU Faculty Success: EMS)

ผู้นำเสนอ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เทอดพงศ์ ทองศรีราช รองคณบดีฝ่ายทรัพยากรมนุษย์

เนื้อหาโดยสรุป

สถานะทางวิชาการของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำนวนผลงานวิจัยต่อบุคลากรสายวิชาการ อยู่ในระดับ 0.65 ซึ่งจำนวนดังกล่าวส่งผลต่อ QS Rankings ที่ทำให้มีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะด้าน medicine ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการด้าน HR เพื่อเพิ่มจำนวนผลงานวิชาการมากขึ้น ความสามารถในการแข่งขันที่ลดลง มาจากระเบียบการต่อสัญญาที่แตกต่างกันของมหาวิทยาลัย เนื่องจากบางคณะในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตำแหน่งอาจารย์เป็นตำแหน่งที่หายาก มหาวิทยาลัยจึงไม่มีนโยบายในการไม่ต่อสัญญาสำหรับอาจารย์ที่ไม่ทำผลงานวิชาการ ทั้งที่มหาวิทยาลัยออกนอกระบบแล้วก็ตาม จึงมีแค่การ CAP เงินเดือนอยู่ที่ 2% ตามระเบียบ HR ถือว่ามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์มีจุดที่ทำให้ไม่ได้ขับเคลื่อนให้มีการทำตำแหน่งวิชาการมากด้วยระบบนี้

แต่เมื่อระบบการประเมินเป็นแบบนี้ ดูจากสถิติภาควิชา 17 ภาควิชา อาจารย์ที่โดน CAP 2% แต่ละภาควิชามีจำนวนที่ติด CAP มีตั้งแต่ 45% ไปจนถึงไม่ติดเลย แต่ภาควิชาที่ติดถือว่าไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่รับมาถ้ามองในด้าน HR ถือว่าเป็น Low performer ดังนั้นในภาควิชาที่ติด CAP คิดเป็น 1 ใน 4 ของอาจารย์ในคณะแพทยศาสตร์ มอ. จำนวน 121 ท่าน เห็นว่าควรมีกลไกในการช่วยเหลือให้ดำเนินการไปได้สามารถขอตำแหน่งวิชาการได้ตามกำหนด และคาดหวังว่าจะมีการขอตำแหน่งวิชาการอย่างต่อเนื่องอัตโนมัติ

ระบบที่นำมาช่วยเหลือเรียกว่า Every Med PSU Member Succeeds (EMS) Project เป็นระบบการดูแลอาจารย์ที่มีปัญหาในเรื่องการทำตำแหน่งวิชาการ ซึ่งจะต้องทราบปัญหาหรือสาเหตุที่ไม่ขอตำแหน่งวิชาการตามกำหนด เรียกกลุ่มนี้ว่า procrastinator พอจะทำให้อาจารย์ที่อยู่ในกลุ่มนี้ขอตำแหน่งทางวิชาการ จึงได้ทำ Theory-driven project โดยใช้สมการ TMT Formula ซึ่งจะมี intervention ที่สามารถทำได้ ดังนี้

1. Expectancy related interventions

- Modeling
- Performance accomplishment เช่น จัดโครงการก่อน EMS “ACADEMIC POSITION CLUB” ซึ่งประเมินหลังการจัดโครงการพบว่าคนที่เข้าร่วมโครงการไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายหลัก จึงได้ปรับเปลี่ยนโดยให้ตรงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

2. Value-related intervention

- Task evasiveness
 - Immediate reward
 - Intrinsic motivation
- และฝ่าย HR พยายามทำ Optimal Performance เพื่อให้เกิดความสมดุลของการทำวิจัย การเขียนหนังสือ ตำรา ให้กับตัวบริบทของคณะทั้งหมด

3. Sensitivity-to-delay interventions

- Stimulus control
- Automaticity

4. Delay-related interventions

- Organized นำเอา Goal ระยะยาวมาทำเป็น Goal ระยะสั้น

โดยสรุปกระบวนการ กลไก องค์ประกอบของ EMS interventions ดังนี้

M: Mentoring and coaching system

N: Networking

O: Online

P: Pyramid RTI model approach

Q: Quality improvement (3E: English, Editing EC)

R: Recognition and research culture enhancement

S: Supporting system reengineering

T: Talent management

กระบวนการต่างๆ ได้นำมาใช้กับ Pyramid RTI model approach ซึ่งจะมีกรอบเวลาในการประเมิน พิจารณาสัญญาณแจ้งโดยคณะกรรมการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การปรับระบบเพื่อความรวดเร็ว ว่องไว ติดตามได้

รวดเร็ว ในการปรับการเสนอขอตำแหน่งทางวิชาการ ประกันเวลาในการดำเนินการภายในคณะ ภายใน 45 วัน จากเดิมระยะเวลาดำเนินการ 120 วัน

- ว่องไว :** 1. สอบถามข้อมูลทาง Application Line : Academic Position 4.0 (Line ID : rut6988h)
 2. ระเบียบ แบบฟอร์ม & Checklist <http://medinfo2.psu.ac.th/personal/index.php>
 3. ขอตำแหน่งทางวิชาการ Online ทาง E-mail (snawani@medicine.psu.ac.th)

- ติดตามได้ :** 1. ตรวจสอบความคืบหน้าการขอตำแหน่งทางวิชาการภายในคณะทาง Website
http://medinfo2.psu.ac.th/personal/login/showBook_v3.php
 2. ตรวจสอบความคืบหน้าการขอตำแหน่งวิชาการของมหาวิทยาลัยทาง Website
http://www.acadeimic.psu.ac.th/report_all.aspx

สรุปจำนวนอาจารย์ โครงการ “EMS”

ภาควิชา	16	สาขา
จำนวน	120	คน
ยื่นข้อตกลง	53	คน
ยื่นขอตำแหน่ง	26	คน
ส่งรายงานความคืบหน้า	41	คน
จำนวนคงเหลือ	95	คน

ความภูมิใจคือ หลังจากที่มีโครงการ EMS อาจารย์ที่จะติด EMS ปีล่าสุด คงเหลือไม่ถึง 10 คน

ผลของโครงการ EMS

เดิมค่าเฉลี่ยของจำนวนอาจารย์ที่ยื่นขอตำแหน่งทางวิชาการ 2 คน/เดือน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์ต่างๆ จะทำให้ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นและจะลดลงมากในช่วงถัดไป แต่หลังจากที่ทำโครงการ EMS แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนหลักเกณฑ์ต่างๆ ก็ยังมีคนขอตำแหน่งวิชาการไปเรื่อยๆ ปัจจุบันการขอตำแหน่งทางวิชาการของคณะแพทยศาสตร์ มอ. เพิ่มขึ้น 5 เท่า คือ 10 คน/เดือน และอีกอย่างที่ทำร่วมด้วยคือการรับฟังข้อคิดเห็นต่างๆ เพื่อนำมาปรับกระบวนการและขับเคลื่อนต่อไป

ผลของโครงการ EMS ทำให้โครงการได้รับคัดเลือกเป็น Best practice ด้านการบริหารของ มอ. ปี 2564 ได้ผ่านเข้ารอบรางวัล HR Innovation Award ปี 2021 จัดโดยสมาคมผู้บริหารทรัพยากรมนุษย์แห่งประเทศไทย

Key success factor

- การสื่อสารสองทาง เดินสาย มีช่องทางการรับฟัง
- ความร่วมมือของภาควิชา กำหนดเป็น OKRs
- ความกระตือรือร้นของ coach
- เจ้าหน้าที่ HR ที่รับผิดชอบช่วยสนับสนุนอาจารย์ภาควิชาที่ขอความช่วยเหลือ
- Not fear to fail

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากที่ประชุม

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กล่าวเพิ่มเติมว่า ทั้งสองหัวข้อในช่วง implement จะพบว่ามีแรงต้าน แต่จะย้ำให้เข้าใจว่า implement ไม่ใช่การลงโทษ วัตถุประสงค์ คือการช่วยเหลือ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในอนาคต

คณบดีคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กล่าวเพิ่มเติมว่า การเริ่มโครงการใหม่ หรือปรับเกณฑ์ต่างๆ จะพบว่า มีแรงต้านเสมอ สำหรับการขอตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ต้องทำไปตามเกณฑ์ ส่วนตำแหน่ง รองศาสตราจารย์ เริ่มมีการปรับกฎระเบียบแล้ว โดยไม่ต้องออก

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุรินทร์พร ลิขิตเสถียร รองคณบดีฝ่ายบุคลากร กล่าวเพิ่มเติมว่า แต่ละมหาวิทยาลัยอาจจะมีข้อบังคับที่แตกต่างกัน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่มีการเลิกจ้าง ไม่เลื่อนขึ้นเงินเดือน แต่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่จะมี “คลินิกตำแหน่งทางวิชาการ” ให้คำปรึกษาในเรื่องการขอตำแหน่งทางวิชาการ ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการให้ความช่วยเหลือ ส่วนโครงการ PMS คณบดีให้การสนับสนุนตั้งแต่เริ่มต้น ได้พยายามสร้างความเข้าใจ เป็นเรื่องชัดเจนที่กำหนดโดยผู้บริหาร และต้องเกิดขึ้นเพื่อช่วยให้องค์กรบรรลุไปถึงการพัฒนาองค์กรอย่างแท้จริง

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กล่าวเพิ่มเติมว่า การนำนโยบายมาบังคับใช้ในการขอตำแหน่งทางวิชาการ ทำให้อาจารย์ที่มีความมุ่งมั่นทุ่มเทการสอนและตั้งใจทำงานเลือกลาออก มหาวิทยาลัยขอนแก่นจึงปรับเกณฑ์จากเลิกจ้างเป็นการไม่ขึ้นเงินเดือน และได้ออกระเบียบ เกณฑ์ วิธีการขอตำแหน่งทางวิชาการใหม่ เฉพาะตำแหน่ง ผศ., รศ. ส่วนตำแหน่งศาสตราจารย์ยังต้องใช้เกณฑ์ตามมาตรฐาน เพื่อให้อาจารย์ที่มีความสามารถ ด้านอื่น ๆ ยังคงอยู่ในระบบต่อไป ซึ่งอาจารย์ที่ตั้งใจสอนนักศึกษา ก็สามารถมีความก้าวหน้าทางวิชาการได้

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กล่าวเพิ่มเติมว่า พบการลาออกของอาจารย์ที่มีปัญหาการทำผลงานวิจัยแต่เป็นอาจารย์ที่เก่งด้านการรักษา เนื่องจากติดข้อกำหนดการทำวิจัย คณะแพทยศาสตร์จึงไปเจรจากับมหาวิทยาลัย ได้ข้อสรุปว่าอาจารย์ที่มีข้อแตกต่างกันในคณะแพทยศาสตร์ สามารถอยู่ที่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และเลือกที่จะทำวิจัยหรือทำตำแหน่งวิชาการด้านอื่นได้ โดยให้เสนอผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคณะฯ

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อนวัช วิเศษบริสฐ์ รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพองค์กร เสนอแนะเพิ่มเติมว่า หากไม่กำหนดผลงานวิจัยให้เป็นไปตามเกณฑ์ หรือมีทางเลือกให้ทำตำแหน่งทางวิชาการอื่นได้ อาจจะทำให้งานวิจัยไม่ก้าวไกลหรือขัดแย้งกับกลยุทธ์ 3 ด้าน จึงเสนอให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในด้าน HR เพื่อร่วมมือกันแก้ไขปัญหา

ด้านบริการโรงพยาบาล เวลา 13.00 – 14.00 น.

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เรื่อง From E-Pharmacy to Patient Safety

ผู้นำเสนอ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จรัสศักดิ์ นพคุณ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

เนื้อหาโดยสรุป

แผนกลยุทธ์การบริหาร 2564 – 2568 “MEDCMU” โดยมีกลยุทธ์เชิงรุกคือ Transform คณะ และกลยุทธ์เสริมความเข้มแข็งคือ สนับสนุนการดำเนินการ

วิสัยทัศน์ 2021 โรงเรียนแพทย์ในดวงใจ เพื่อการยกระดับสุขภาพของมนุษยชาติอย่างยั่งยืน

เป้าหมายเพื่อก้าวไปสู่ QS Ranking Top 15st – 200th, The Impact Ranking SDGs3: Top 100 และ Thailand Quality Class+

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้นำกลยุทธ์ C: Comprehensive Healthcare ต่อยอดการรักษาแบบบูรณาการที่เป็นเลิศ มาเป็นตัวขับเคลื่อนโรงพยาบาลโดยตั้งวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ในดวงใจระดับมาตรฐานสากล เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ของคณะคือ “โรงเรียนแพทย์ในดวงใจเพื่อการยกระดับสุขภาวะของมนุษยชาติอย่างยั่งยืน” ดำเนินการโดยยึดหลัก STAIR

S: Sustainable Clinical Excellence ผลลัพธ์การรักษากลุ่มโรคสำคัญมาตรฐานสากล

T: Trust Enhancement ความเสี่ยงลดลง ความปลอดภัยเพิ่มขึ้น

A: Agile Hospital Patient Focus ผู้รับบริการพึงพอใจสูงสุด

I: Information Driven Hospital โรงพยาบาลดิจิทัล EMR100%

R: Resilient Organization บริหารรายจ่าย สร้างความยั่งยืน

จุดมุ่งเน้น/เข็มมุ่ง ปี 2564 – 2565 : M-E-D²

1. ความปลอดภัยด้านยา Medication Safety

ความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ENV Safety

2. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค Disease Specific Certification

3. การพัฒนาเป็นโรงพยาบาลดิจิทัลและความปลอดภัยด้านข้อมูล Digital transformation Hospital

I: Information Driven Hospital ยกระดับสู่โรงพยาบาลดิจิทัล

- EMR100% HIMSS Analytic Adoption model. Stage -6

- Telehealth

- Smart Pharmacy

Digital Transformation

Fully EMR (Digital hospital) เพื่อให้ปลอดภัยจากการใช้ยา โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้ปรับระบบให้เป็น Fully EMR (Digital hospital) ดังนี้

Med Reconcile	ปรับระบบเป็น	E-Med Reconcile
Order & CPOE	ปรับระบบเป็น	CPOE
Kardex & Scan Order	ปรับระบบเป็น	E-Kardex
Verify	ปรับระบบเป็น	E-Verify
Prepare & Dispensing	ปรับระบบเป็น	Robot Packing
MAR	ปรับระบบเป็น	E-MAR

E-Med Reconcile

- สร้างบัญชีรายชื่อยาเดิมของผู้ป่วยโดยดึงรายการยาจากฐานข้อมูลยาหรือบันทึกรายการยาจากแหล่งอื่นๆ ได้

- ทวนสอบความถูกต้องระหว่างสหวิชาชีพ และส่งต่อให้แพทย์พิจารณาการให้ยาต่อหรือหยุดยา

- เชื่อมต่อการสั่งยาผ่านโปรแกรมสั่งยา signature

- จัดพิมพ์ใบ MR Form และ Order sheet เพื่อส่งต่อข้อมูลและลดการคัดลอกรายการยา

จำนวนหอผู้ป่วยที่มีการทำ Med reconcile มากกว่า 80% คิดเป็นร้อยละ 74 ในเดือนพฤศจิกายน และ 81% ในเดือนกุมภาพันธ์ 2565

Performance

- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ e-Med reconcile แรกรับ (เป้าหมาย>80%)

- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ Med reconcile ภายใน 24 ชั่วโมง (เป้าหมาย>80%)

- ร้อยละของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจ (Unintentional discrepancy) ในช่วงแรกรับของการรักษา (เป้าหมาย<20%)

Electronic Medical Record & CPOE

- Physician documentation
- Nursing documentation
- Medical order CPOE
- Laboratory
- Radiology (PACS)
- Clinical decision support system
- Other e.g., Pathology, cashier

i Viewer ได้เปลี่ยนโปรแกรมสั่งยาจาก Signature เป็น Drug Order Online โดยมี Timeline-Implement Drug Order New IPD ดังนี้

Phase 1 ortho พิเศษ 8 เริ่มดำเนินการวันที่ 31 มกราคม 2565 คิดเป็นร้อยละ 10

Phase 2 วอร์ด กุมาร (11 วอร์ด) พิเศษ 5 สงฆ์, 2 ฟันฟู, CCU เริ่มดำเนินการวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2565 คิดเป็นร้อยละ 30

Phase 3 วอร์ด ศัลยกรรม (16 วอร์ด) พิเศษ 4,6,7,9 พิเศษ 10,12,13,14 เริ่มดำเนินการวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 คิดเป็นร้อยละ 64

Phase 4 วอร์ด อายุรกรรม (15 วอร์ด) Eye Ent, Gyn, Psy. Short day เริ่มดำเนินการวันที่ 21 มีนาคม 2565 ดำเนินการได้ครบ 100%

E-Verify

Purpose (ระยะสั้นภายในปี 2021) ยากลุ่มเสี่ยงเป้าหมายทุกรายการ ได้แก่ ยาWarfarin, NOACs, Cytotoxic drug, ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี ได้รับการทบทวนคำสั่งโดยเภสัชกร และมีเทคโนโลยีสนับสนุนให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

Purpose (ระยะยาวภายในปี 2025) ยาทุกรายการได้รับการทบทวนคำสั่งโดยเภสัชกร และมีเทคโนโลยีสนับสนุนให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

Process

- พัฒนาโปรแกรมสั่งยาผิด (ลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา)
 - โปรแกรมช่วยคำนวณ CrCl ยา Enoxaparin/ยากลุ่มNOACs
 - พัฒนาโปรแกรมสั่งยา warfarin
 - พัฒนาโปรแกรม E- Med reconcile
- ใช้ระบบ IT สนับสนุนการสั่งยาให้ถูกต้อง ทำให้ความปลอดภัยเพิ่มขึ้น

Process

- โปรแกรมคัดกรองคำสั่งใช้ยา Patient data support (Drug profile/Lab profile/ADR)
- Programคำนวณ CrCL /BSA
- แหล่งข้อมูลตรวจสอบเพิ่มเติม Micromedex/ Up to date

- โปรแกรมช่วยคำนวณ ขนาดยา/ conc./ rate สำหรับยาที่พบบ่อย

ใช้ระบบ IT สนับสนุนประสิทธิภาพการคัดกรองคำสั่งใช้ยา ทำให้เวลาลดลง ความปลอดภัยเพิ่มขึ้น

Medication Use Process

Before

- Prescribing (PE: โปรแกรม ME ของฝ่ายเภสัชกรรม)
- Transcribing Documenting (PE: โปรแกรม ME ของฝ่ายเภสัชกรรม)
- Verifying/Dispensing (PE/TE: โปรแกรม ME ของฝ่ายเภสัชกรรม, DE: Smart ME ของฝ่ายเภสัชกรรม)
- Administering ผ่าน Operation Center
- Monitoring ผ่าน Operation Center

After

- Prescribing (เขียน order)
- Transcribing/ Documenting (สั่งยาผ่าน SMI)
- Verifying/ Dispensing (ตรวจสอบคำสั่งยา จัดและจ่ายยา)
- Administering (ตรวจสอบคำสั่งยา บริหารยา)
- Monitoring (ติดตามหลังบริหารยา (efficacy & safety))

ทุกขั้นตอนจะต้องผ่าน Operation Center

%Coverage OPD of verifying เทียบจำนวนใบสั่งกลุ่มเสี่ยง 24 ชั่วโมง กลุ่มยา warfarin, NOAC, Cytotoxic tab, เด็ก, Insulin และ Delivery มากกว่าร้อยละ 80

Robot Packing

ใช้เทคโนโลยีจัดยาด้วยระบบอัตโนมัติ ลดความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยกระบวนการแบบใหม่ : ระบบจัดยาอัตโนมัติแบบครบวงจร (Robot)

Robot: ระบบจัดยาอัตโนมัติผ่านเครื่อง Robot และมีการตรวจสอบความถูกต้องของเม็ดยาผ่านเครื่อง VIZEN ยาที่ผ่านการจัดจะเป็น Unit dose พร้อมให้ในแต่ละมือ

LED: ระบบไฟนำทาง แสดงสัญญาณไฟและจำนวนยาที่ต้องจัด และบันทึกการจัดยาด้วยการยิง Scan QR code โดยใน Station นี้ จะใช้ระบบสายพานช่วยส่งตะกร้าที่ต้องจัดยาในแต่ละโซน

HAD : ระบบจัดยาความเสี่ยงสูง เป็นระบบเหมือนตู้นิรภัยต้องยิง scan QR code ของผู้มีสิทธิเข้าถึงเท่านั้น จึงจะสามารถเปิดลิ้นชักยาได้

Other : Station ที่จัดยาแบบ Manual โดยใช้ระบบบ้านเลขที่ยา เป็นตัวช่วยในการจัด

Timeline Robot

01 Phase 1 (นำร่อง 4 wards) 4/75 CCU1, NICU1, Ortho ญ.1, Ortho Spine สำเร็จ 5%

02 Phase II (+8 wards) 12/75 Ortho, สงฆ์ 1-2, ฟันฟู , Pri 8 สำเร็จ 16%

03 Phase III (+12 wards) 24/75 Pri 1-10, สามัญ CVT, Sub ICU CVT, ICU CVT สำเร็จ 32%

04 Phase IV (+10 wards) 34/75 Ped สำเร็จ 45%

05 Phase V (+13 wards) 47/75 Surg สำเร็จ 63%

06 Phase VI (+28 wards) 75/75 Med , OB & Gyn , EYE , ENT , One day chemo จะ Verify & Robot 100%

รายงานผลการดำเนินการระบบจัดยาอัตโนมัติ

ข้อมูล ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2565

- เวลาจัดยาทั้งหมดเฉลี่ย 18.05 นาที
- เวลาจัดยา STAT เฉลี่ย 13.12 นาที
- เวลาจัดยา HM เฉลี่ย 16.09 นาที
- Zone Robot ใช้เวลาเฉลี่ย 14.36 นาที
- Zone LED ใช้เวลาเฉลี่ย 8.24 นาที
- Zone HAD ใช้เวลาเฉลี่ย 8.23 นาที
- Zone Other 7.26 นาที

ผลจากการใช้ระบบจัดยาอัตโนมัติ (Robot) ภาพรวมทั้งโรงพยาบาล ปี 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน (ครั้ง/10,000 รายการยา) ก่อนมี Robot ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.29 เริ่มติดตั้ง Robot เดือนตุลาคม 2564 ค่าเฉลี่ยลดลงเหลือ 0.77 Dispensing Error ลดลงร้อยละ 39.73 และจะดำเนินการให้ครบ 100% ในเดือนเมษายน 2565

Electronic MAR

การบริหารยาผ่านระบบ Electronic-MAR ปัจจุบันมีการยืนยันตัวผู้ป่วยจากระบบ Barcode ที่ข้อมูลผู้ป่วยยืนยันชนิดยาและวิธีบริหารจากระบบ Barcode ที่ของยา ทำให้เกิดการบริหารยาได้ถูกต้องปลอดภัย

Electronic MAR เริ่มดำเนินการที่

- Ortho ณ.1 เดือนเมษายน 2562 (Version 1)
- Ortho ณ.1 Ortho Spine เดือนมีนาคม 2564 (Version 2)
- Ortho ทั้งหมด
- ทุกหอผู้ป่วย และกำหนดเป็นเป้าหมายปี 2565

หลังใช้ระบบการบริหารยา E-MAR ที่หอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลัง และหอผู้ป่วยออโรโอบิดิกส์หญิง 1 พบว่า Administration Error ลดลงเหลือ 0 ในปี 2021

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดด้วยแบบจำลองสถานการณ์
กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ผู้นำเสนอ อาจารย์ ดร. แพทย์หญิงภาสุรี แสงสุภวานิช ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล

เนื้อหาโดยสรุป

หลักการและเหตุผล : โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีผู้ป่วยที่เข้ามาทำการรักษาโรคมะเร็งด้วยการให้ยาเคมีบำบัดเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี โดยในปีพ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยนอก ที่เข้ารับบริการจำนวน 14,849 ครั้ง หรือมีผู้ป่วยเข้ารับบริการเฉลี่ยต่อวันมากถึง 50 ถึง 60 ราย ทำให้ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นสถานที่ในการให้ ยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยนอกต้องมีการบริหารจัดการทรัพยากรทั้งเตียง พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ยา และอุปกรณ์การแพทย์ให้มีความเพียงพอ และมีความเหมาะสมเพื่อที่จะสามารถรองรับการเข้ามารับบริการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในแต่ละวันเพียงหลัก

จำนวน 20 อรรถประโยชน์ในการครองเตียงเฉลี่ยเพียงเตียง และเตียงเสริม ร้อยละ 76.04 และมีอัตราการว่างของเตียง จำนวน 6 เตียง มากถึงร้อยละ 21.53 จึงเป็นโจทย์ความท้าทายในการบริหารจัดการทรัพยากรให้มีความเพียงพอและเหมาะสมในแต่ละช่วงเวลา ตั้งแต่ 30 นาที หรือมากถึง 8 ชั่วโมง

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง : ทฤษฎีอรรถประโยชน์ (Utility Function) เป็นทฤษฎีที่นิยมใช้เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจในการเลือกรูปแบบต่าง ๆ กันเป็นจำนวนมาก โดยจะเลือกรูปแบบที่มีอรรถประโยชน์สูงสุด (Maximum Utility) ทฤษฎีอรรถประโยชน์จึงสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้หลากหลายสถานการณ์ เช่น อรรถประโยชน์ในการครองเตียงของหอผู้ป่วยการจำลองสถานการณ์ (Simulation) การรวบรวมวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้จำลองสถานการณ์จริงหรือพฤติกรรมของระบบต่าง ๆ มาไว้บนคอมพิวเตอร์ โดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Software) เข้ามาช่วยเพื่อที่จะศึกษาการไหลของกิจกรรมในรูปแบบต่าง ๆ โดยมีการเก็บข้อมูลและทำการวิเคราะห์หารูปแบบที่ถูกต้องจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อปรับปรุงในอนาคต และจากประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญการจำลองสถานการณ์ พบว่าสิ่งสำคัญของการจำลองสถานการณ์คือตัวแบบจำลองที่มีความสมเหตุสมผล และสามารถพิสูจน์ได้ภายใต้ปัจจัยการนำเข้า (Input) และนำมาเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ (Output) ที่ระบบประมวลออกมา

ระเบียบวิธีวิจัย

1. ลงสำรวจพื้นที่ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาสภาพปัจจุบันของการทำงานในส่วนของศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด
2. ศึกษาสภาพแปลนผังพื้นที่และการใช้งานพื้นที่ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในปัจจุบันเพื่อออกแบบกรอบแนวคิดในการวิจัย
3. เก็บรวบรวมข้อมูลปริมาณผู้มาใช้บริการในพื้นที่และปริมาณการใช้เตียงในเวลาราชการตั้งแต่เวลา 7.30 - 16.30 น. และนอกเวลาราชการตั้งแต่ เวลา 16.30 - 20.00 น.
4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาการแจกแจงความถี่ (Arrival Time), (Service Time)
5. สร้างแบบจำลองสถานการณ์แถวคอย สร้างทางเลือก และทำการตรวจสอบและทดสอบผลลัพธ์ของแบบจำลอง ที่สร้างขึ้นด้วยโปรแกรม Promodel
6. ทำการประมวลผลแบบจำลองทางเลือกโดยการเพิ่ม/ลดในช่วงเวลาการเปิดปิดเตียงในการให้บริการของศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดในแบบจำลอง เพื่อหาความเหมาะสมของอรรถประโยชน์ในการครองเตียง และอัตราการว่างของเตียง

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

- 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเข้า ทำการบันทึกจำนวนและเวลาการเข้ามาของคนไข้ที่เข้ามาในศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด ในช่วงเวลาราชการ จันทร์ – ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7.30 - 16.30 น. และนอกเวลาราชการจันทร์ - ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 16.30 - 20.00 น. เป็นระยะเวลา 6 เดือน
- 2) การสร้างแบบจำลองสถานการณ์
- 3) การตรวจสอบความถูกต้องและการทวนสอบความสมเหตุสมผล
- 4) การเปรียบเทียบทางเลือก

สรุปผลการวิจัย : สถานการณ์ทางเลือกที่เหมาะสมมากที่สุด คือ ทางเลือก 2

เตียงที่ 1 -20 เปิด 7.30 ปิด 16.30

เตียงที่ 21-23 เปิด 11.00 ปิด 16.30

เตียงที่ 24-26 เปิด 13.00 ปิด 16.30

ระยะเวลาในการเปิดให้บริการ 86,940 นาทีต่อสัปดาห์ อัตราการว่างของเตียงจากการให้บริการของศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดจากเดิมร้อยละ 23.51 ลดเหลือเพียงร้อยละ 14.91 อรรถประโยชน์ในการครองเตียงจากเดิมร้อยละ 74.15 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 82.50

ผลงานวิจัยดังกล่าวได้รับรางวัลบทความดีมาจากการประชุมวิชาการด้านการวิจัยดำเนินงานแห่งชาติ ประจำปี 2565

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากที่ประชุม

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กล่าวชื่นชมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ในการทำระบบ CPOE สำเร็จ ซึ่งคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นได้เริ่มทำระบบ CPOE ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2557 โดยทำพร้อมกันทั้งโรงพยาบาล ในส่วนของ OPD ทำได้ 100% แต่ IPD มี 6 หอผู้ป่วย ที่ไปถึง E-MAR ได้สำเร็จ จะพยายามทำให้สำเร็จโดยให้แพทย์คีย์ในระบบได้ทั้งหมดครบทุกหอผู้ป่วยโดยเฉพาะห้องผ่าตัด ถ้ามีระบบซอฟต์แวร์รองรับและภาควิชาให้ความร่วมมือคาดว่าจะทำสำเร็จ จะรายงานความคืบหน้าให้ทราบที่ประชุมครั้งต่อไป

สำหรับการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดด้วยแบบจำลองสถานการณ์กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นกระบวนการที่ใช้หลักการลินโดยมีซอฟต์แวร์ช่วยวิเคราะห์ขั้นสูง ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างส่งผลกับการ implement เช่น OT หรือการมาไม่ตรงของคนไข้

เภสัชกรหญิงเยาวภา ชัยเจริญวรรณ หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กล่าวว่าทุกโรงพยาบาลมี pain point ที่คล้ายๆกัน ปี 2565 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จึงปรับยุทธศาสตร์ใหม่ ซึ่งเดิมเคยเริ่มจาก IPD พบปัญหาการเชื่อมโยงจากภายนอก จึงปรับใช้โมเดลใหม่โดยเริ่มจาก OPD เชื่อมโยงกับ ER ตามด้วย IPD และในวันที่ 4 เมษายน 2565 จะ implement ทุก OPD เป็นระบบ v.3 ใช้งานจะมีบริษัทควบคุมการใช้โปรแกรมคำสั่งต่างๆ เพื่อช่วยให้แพทย์ทำงานได้สะดวกขึ้น

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เรืองศักดิ์ ลีธนาภรณ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กล่าวว่า การสั่งยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ มอ. ได้ทำมานานแล้ว เนื่องจากระบบ มอ. ทำขึ้นมาเองช่วงแรกพบปัญหาความร่วมมือในการเข้าใช้งาน คณะจึงได้จัดทำประกาศ กำหนดวัน และปฏิบัติ ขณะนี้มีการสั่งยาผ่านคอมพิวเตอร์ครบถ้วน 100% ใช้การ verify โดยระบบ แต่ตามมาตรฐานของ AHA การ order จะต้อง verify โดยเภสัชกร ทำให้มีการเสนอขอเพิ่มเภสัชกร เสนอว่าบางกรณีไม่จำเป็นต้อง verify โดยเภสัชกร ซึ่งที่ผ่านมากการยังพบความผิดพลาดแต่ไม่ร้ายแรง คณะฯ กำลังพัฒนาในการเชื่อมกับระบบ robot อยากสอบถามประเด็นความคุ้มค่าทั้งเรื่องงบประมาณและความปลอดภัยว่าเป็นอย่างไร

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กล่าวเพิ่มเติมว่า มข. ทำเรื่อง med error และได้นำระบบลินเข้ามาบริหารจัดการทำให้ลดขั้นตอน ประหยัดเวลา ตั้งแต่ส่งยาจนถึงผู้ป่วยได้รับยา ได้ปรับมาใช้ระบบ CPLE และใช้ robot จัดยาผู้ป่วยใน ช่วงเวลาแล้วเสร็จมันเร็วขึ้นมาก ซึ่งการนำระบบ robot จัดยามาใช้ในมุมของผู้ป่วยจ่ายเงินเพิ่มขึ้น med error ลดลง คนไข้ได้ประโยชน์ 100% ประเด็นนี้ถ้าคิดเป็นตัวเงินอาจจะไม่คุ้มแต่เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยถือว่าคุ้ม

ศาสตราจารย์ (เชี่ยวชาญพิเศษ) นายแพทย์บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กล่าวว่า โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ดำเนินการในเฟสแรกใกล้จะครบทุก IPD ความพึง

พอใจเพิ่มขึ้น ความผิดพลาดน้อยลง มีการ verify โดยเภสัชกรเต็มรูปแบบ สำหรับกรณีศึกษาของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มช. มี Suandok innovation district มีโปรเจกต์ร่วมกับคณะวิศวกรรมศาสตร์ เรื่องเปลี่ยนเป็น pain point หน่วยงาน ในการประชุมครั้งต่อไปจะร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในโปรเจกต์ดังกล่าวต่อไป

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอรินทยา พรหมนิธิกุล ผู้อำนวยการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ กล่าวเพิ่มเติมว่า มีความสนใจ model กรณีแบบจำลองกรณีศึกษาของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

อาจารย์ ดร. แพทย์หญิงภาสุรี แสงศุภวานิช ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ชี้แจงว่า model นี้เป็นซอฟต์แวร์เชิงพาณิชย์ ของคณะวิศวกรรมศาสตร์ เสนอให้ มช. ปรึกษากับคณะวิศวกรรมศาสตร์ หรือสามารถปรึกษากับ มอ. ได้

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เทิดพงศ์ ทองศรีราช รองคณบดีฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กล่าวว่า แบบจำลองกรณีศึกษาของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นประโยชน์ กับฝ่าย HR มาก เช่น การวิเคราะห์จำนวนคนกับชั่วโมงทำงาน เพื่อพิจารณาการเพิ่มอัตรากำลัง

การนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (กลุ่มย่อย) วันอังคารที่ 29 มีนาคม 2565

ด้านบริการ/โรงพยาบาล

ผู้นำเสนอ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนวัฒน์ วะสีนนท์
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประเด็นสำคัญที่ 3 สถาบัน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านบริการโรงพยาบาล คือเรื่อง Logistic System for Medical Inventory และการให้บริการ New Normal ดังนี้

1) Logistic System for Medical Inventory

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้นำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่อง Sub Stock โดยเริ่มจากอุปสรรค/ปัญหา คือข้อมูลไม่มีรูปแบบชัดเจน, ไม่ทราบปริมาณการใช้จริง, ไม่สามารถประมาณการซื้ออุปกรณ์ได้, ระบบการตัด Stock ไม่สามารถนำข้อมูลในการใช้ของได้มาเชื่อมกับการใช้จริงได้, วัสดุคงคลังเหลือ $\geq 40\%$, มูลค่าวัสดุคงคลังเหลือ \geq รายจ่ายแต่ละปีเพิ่มขึ้น และกำไรแต่ละปีลดลง และได้แชร์การดำเนินงานของที่ร่วมกับฝ่ายการพยาบาล, IT, พัสดุ โดยทำโปรแกรม E-substock เพื่อให้ User Friendly และเพื่อสอดคล้องกับทิศทางของโรงพยาบาล มีการจ่ายของตามยอดที่ขาดจริง ทุกสัปดาห์ มีระบบตรวจสอบแบบ Real time สามารถดูมูลค่าวัสดุได้ เช็คอัตรการใช้วัสดุ และมีระบบเตือนเมื่อ stock น้อยกว่า 25% เพื่อให้ใช้วัสดุคุ้มค้ำคุ้มทุน ลดค่าใช้จ่ายและงบประมาณ รวมถึงลดพื้นที่การจัดเก็บวัสดุในหอผู้ป่วย และเป็นฐานข้อมูลในการประมาณค่าการเบิกจ่ายในปีงบประมาณ

และได้ดำเนินการ SET ZERO เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 พบปัญหาและอุปสรรคในช่วงแรก เมื่อดำเนินการครอบคลุมทั้งระบบก็จะสามารถทำให้ทุกอย่างดีขึ้น และคณะแพทยศาสตร์ มช. มีแผนที่จะขยายไปในส่วนของการบริหารจัดการเลือด และอื่นๆ

สรุป Logistic System for Medical Inventory ทั้ง 3 สถาบัน ดังนี้

การปรับปรุงและพัฒนาระบบ Inventory	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อุปสรรคและปัญหา		กฎระเบียบและการตรวจสอบรับรองบัญชีจากภายนอก	
โปรแกรมที่ใช้ในการทำ Inventory	โปรแกรม E-substock พัฒนาภายในคณะ		ใช้โปรแกรมร่วมกับบริษัท Lock Health ภายนอก
ความสำเร็จ	-ผู้บริหารให้การสนับสนุน -ความร่วมมือจากหัวหน้าฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีการอบรมเป็นประจำ -มีกระบวนการติดตามความก้าวหน้า -การแก้ไขปัญหา Real time		
ฐานข้อมูล	-ตัด stock time เชื่อมกับคลังพัสดุ -ระบบไม่เชื่อมต่อกันระหว่าง คลังพัสดุ กับผู้ป่วยแต่ละราย	เริ่มเช็ค stock วัสดุทางการแพทย์เป็นปีแรก	ลงรายละเอียดวัสดุในฐานข้อมูลเพื่อเช็คการใช้วัสดุกับผู้ป่วยแต่ละรายเชื่อมกับระบบกลางของโรงพยาบาล เริ่มที่ห้องผ่าตัดและกำลังขยายไปศูนย์ Excellence ต่างๆ
การเรียกเก็บ	มีความถูกต้องตามการใช้จริง		มีความถูกต้องตามการใช้จริง
การจัดซื้อจัดจ้าง	สั่งซื้อเมื่อ Stock ลดลง 25%	ปรับการสั่งซื้อกับ vender ในรายการที่ใช้บ่อย ทุก 2 ปี เพื่อลดต้นทุนและลดภาระงานพัสดุ	มีการสั่งซื้อรายปี

ศาสตราจารย์(เชี่ยวชาญพิเศษ) นายแพทย์บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มช. กล่าวเพิ่มเติมว่า ในส่วนของ Stock วัสดุทางการแพทย์ พบปัญหาเมื่อ 2 ปีที่ผ่านมา จึงทำให้มีการพัฒนาระบบขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เรืองศักดิ์ ลีธนาภรณ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มอ. กล่าวเพิ่มเติมว่า ที่ มอ. ห้อง OR ใช้วิธีการเขียนในกระดาษหลังจากการใช้วัสดุ และส่งให้การเงิน ซึ่งได้พบปัญหาการสื่อสารระหว่างการเงินกับ OR บางครั้งวัสดุที่ใช้เบิกใน DRG ไม่ได้ หรือตรวจสอบการใช้ไม่ได้ จึงเริ่มให้วัสดุต้องมีคุณลักษณะทุกชิ้น โดยใช้เวลาในการทำฐานข้อมูลประมาณ 2 ปี ซึ่งข้อมูลจะเชื่อมโยงกับวิธีการซื้อวัสดุกรณีจะสั่งซื้อวัสดุทางการแพทย์ เช่น ความต้องการของการจัดซื้อ การเบิกใน DRG เป็นต้น ณ ขณะนี้ดำเนินการไปได้เกือบ 90% และกำลังจะขยายไปในส่วนของ Excellence Center ต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้เกิดความถูกต้องมากขึ้น แต่ยังมีปัญหาเกี่ยวกับวัสดุบางรายการ เช่น ไหมเย็บแผล ซึ่งมีความหลากหลายในการใช้กับผู้ป่วย ได้หารือกับภาควิชาแล้ว ทีม IT ได้ทำ QR Code ติดที่วัสดุทุกชิ้นทำให้เพิ่มความสะดวกรมากขึ้น

สำหรับ lock Health โปรแกรมเป็นโปรแกรมที่ใช้เฉพาะส่วน เช่น คลัง วัสดุ ไม่ได้เชื่อมโยงกับผู้ป่วยในการเบิกจ่าย ซึ่งโปรแกรมที่เชื่อมโยงกับการเบิกจ่ายของผู้ป่วย มอ. ได้พัฒนาโปรแกรมใช้เอง และมีบริษัทมาติดต่อเสนอทำระบบ Inventory ให้ ซึ่ง มอ. ยังไม่ได้พิจารณาในประเด็นนี้

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มช. กล่าวเพิ่มเติมว่า จากการตรวจสอบภายในของหน่วยงานภายนอก พบว่า มช. ไม่มีระบบ stock วัสดุทางการแพทย์ จึงไม่มี comment ในส่วนนี้ และในปี 2558 เริ่มมีระบบ stock แต่ยังมีปัญหาในส่วนของจำนวนที่ไม่ตรงกัน จึงได้มีการเช็ค stock วัสดุทางการแพทย์เป็นปีแรก ข้อมูลจะต้องตรงกันทั้งระบบซึ่งทำยาก หลังจากใช้ระบบ Inventory ทำให้มีระเบียบมากขึ้น และให้ทุกคนลงข้อมูลในระบบ 100% และมีบริษัทติดต่อมาเสนอทำระบบ Inventory ให้ ซึ่ง มช. ยังไม่ได้พิจารณาในประเด็นนี้

ศาสตราจารย์(เชี่ยวชาญพิเศษ) นายแพทย์บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มช. สรุปว่าทุกสถาบันได้ทำระบบ Inventory แล้วแต่อาจจะยังไม่สมบูรณ์ ดังนั้น ในการประชุมครั้งต่อไปจะนำประเด็นนี้มาหารือต่อไป หรืออาจจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าว และขอมอบหมายให้เลขานุการคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นผู้ประสานต่อไป

2) การให้บริการ New Normal

สรุปการให้บริการ New Normal ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ของ 3 สถาบัน ดังนี้

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	การตรวจคัดกรองรูปแบบ RT-PCR หรือ ATK ปรับตามสถานการณ์การแพร่ระบาด	-มีการทำ Tele Medicine -วางแผนระยะยาวเพื่อจัดตั้งศูนย์ Tele Medicine	-มีศูนย์ส่งยาทางไปรษณีย์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น		-จากสถานการณ์การแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโควิด-19 ธนาคารเลือดขาด Stock ออกหน่วยรับบริจาคเลือดนอกสถานที่	-มีศูนย์ส่งยาทางไปรษณีย์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	- การตรวจคัดกรอง รูปแบบ RT-PCR ทุกสาย	-จากสถานการณ์การแพร่ ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ธนาคารเลือด ชาติ Stock เชิญชวนบุคลากรใน มหาวิทยาลัยมาบริจาค	-มีศูนย์ส่งยาทาง ไปรษณีย์
--------------------------	--	---	------------------------------

ศาสตราจารย์(เชี่ยวชาญพิเศษ) นายแพทย์บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มข. กล่าวเพิ่มเติมว่า การทำ ATK Pre Admit พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่พบเชื่อน้อยมาก จึงปรับกระบวนการตามสถานการณ์ กรณีผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดจะต้องทำ RT-PCR ก่อน Admit ทุกสาย

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มข. กล่าวเพิ่มเติมว่า สถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลง ปีที่ผ่านมาคนไข้ที่มารักษาจะถูกสัมภาษณ์อย่างเข้มข้น ผู้ที่มีความเสี่ยงจะได้ทำ RT-PCT ปัจจุบันสถานการณ์เปลี่ยนไปมีจากผู้ป่วยสู่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และจากบุคลากรสู่ผู้ป่วย บางเวิร์ด case index เป็นบุคลากรติดเชื้อส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อด้วย จึงได้พัฒนา application กรณี self-evaluation และพบว่ามี ความเสี่ยงสูง ให้ตรวจ ATK หลังจากนั้นทำ RT-PCR

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เรืองศักดิ์ ลิธนาภรณ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มอ. กล่าวเพิ่มเติมว่า มีการตรวจคัดกรอง RT-PCR ทุกสาย แบ่งเป็นแผนที่ 1 Elective ถ้าคนไข้ ER ที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉินจะทำ Rapid Test ผล ออกภายใน 40 นาที ส่วน RT-PCR ระยะเวลา 4-5 ชั่วโมงในการรอผล ขณะนี้นโยบายยังทำทุกสาย แต่แผนที่ มอ. Implement ระบบ โดยการสวมแมสทุกคนและฉีดด้วยเทปไมโครพอร์ ทั้งบุคลากรและคนไข้ ทำให้การแพร่เชื้อ พบน้อยมาก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สมฤทธิ์ มัทธโนบล ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล มอ. กล่าวเพิ่มเติมว่า ช่วงที่สายพันธุ์เดลต้าระบาดหนัก คนไข้ที่ไม่มีอาการบ่งชี้และต้อง Admit ตรวจแล้ว positive ไม่เกิน 3% แต่ช่วง เดือนมีนาคมพบเชื้อจากการทำ pre admit เพิ่มมากขึ้น ส่วนการระบาดในหอผู้ป่วยพบน้อยมาก โดยใช้วิธีการทำ Bubble & Seal เปิดต่อเมื่อครบ 7 วัน

ศาสตราจารย์(เชี่ยวชาญพิเศษ) นายแพทย์บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มข. กล่าว ว่า การบริหารจัดการแบบ New Normal อาจจะมีแตกต่างตามบริบทของแต่ละสถาบัน

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เรืองศักดิ์ ลิธนาภรณ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มอ. กล่าวเพิ่มเติมว่า เห็น ด้วยกับ Telemedicine ซึ่งสามารถนำมาใช้กับคนไข้ทั่วไปได้ในอนาคต การประชุมครั้งต่อไปเห็นควรนำประเด็น Telemedicine ของแต่ละสถาบันมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ด้านการศึกษา

- ผู้นำเสนอ**
1. อาจารย์ นายแพทย์วิฑูร พฤกษ์นันต์ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 2. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประภาพร สู่ประเสริฐ รองคณบดีด้านวิชาการ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 3. อาจารย์ นายแพทย์นราศพล ลิขิตดี ผู้ช่วยฝ่ายพัฒนานักศึกษา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เนื้อหาโดยสรุป

การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่มย่อยด้านการศึกษามี 4 ประเด็น นำเสนอ ดังนี้

- ปฏิทินการรับแพทย์ใช้ทุน (แพทย์แผน ข)
- แผนการรับแพทย์ใช้ทุน (แพทย์แผน ข) ในภาวะที่มีปัญหาการรับแพทย์ประจำบ้าน (แพทย์แผน ก)
- National License Examination
- Application

1) ปฏิทินการรับแพทย์ใช้ทุน (แพทย์แผน ข)

อาจารย์ นายแพทย์วิฑูร พุฒิกษนันต์ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นำเสนอข้อมูลเบื้องต้นการรับแพทย์ใช้ทุน (แพทย์แผน ข) ดังนี้

- เดิมคณะแพทยศาสตร์ส่วนภูมิภาคจะเปิดรับสมัครแพทย์ใช้ทุน ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม ของทุกปี
- ได้รับการจัดสรรประมาณเดือนกันยายน
- กรรมการกลางเปิดรับสมัครรอบที่ 1 เดือนตุลาคม ถึง พฤศจิกายน
- คณะแพทยศาสตร์ส่วนภูมิภาคจะเปิดรับสมัครเพื่อให้แล้วเสร็จก่อนสาธารณสุขรับ เนื่องจากเดิม แพทย์เลือกกระทรวงสาธารณสุขแล้วเปลี่ยนแปลงไม่ได้

ข้อมูลใหม่ปี 2564

- กระทรวงสาธารณสุขมีตำแหน่งจำกัด รับเฉพาะผู้ที่ได้ใบประกอบวิชาชีพ มุ่งเน้นในกลุ่มของCPIRD, Family Medicine, และกลุ่มแพทย์พี่เลี้ยงของกระทรวง
- กระทรวงสาธารณสุขจะรับสมัครรอบแรกเดือนตุลาคม ถึง พฤศจิกายน แต่หากแพทย์ไม่ได้รับ การคัดเลือก สามารถเปลี่ยนต้นสังกัดได้
- มีเสียงค่อนข้างมาตลอดว่าคณะแพทยศาสตร์ส่วนภูมิภาคเปิดรับสมัครก่อนการจัดสรรทำให้อาจจะถูกร้องเรียนได้

ประเด็นหารือ ควรจะปรับปฏิทินการรับแพทย์ใช้ทุนอย่างไร และมีข้อสรุปว่าใช้ปฏิทินการรับแพทย์ใช้ทุน (แพทย์แผน ข) เดิม เนื่องจากจะเป็นประโยชน์มากกว่าเพื่อจบให้เร็ว เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีความไม่แน่นอน ในตำแหน่งที่จะจัดสรรในการประกาศอาจจะหมายความว่าหากได้รับการจัดสรรเต็มจำนวน และต้องไม่ประกาศก่อน ได้รับการจัดสรร

2) แผนการรับแพทย์ใช้ทุน (แพทย์แผน ข) ในภาวะที่มีปัญหาการรับแพทย์ประจำบ้าน (แพทย์แผน ก)

อาจารย์ นายแพทย์วิฑูร พุฒิกษนันต์ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แจ้งว่า แผนการรับแพทย์ใช้ทุน (แพทย์แผน ข) ในภาวะที่มีปัญหาการรับแพทย์ประจำ บ้าน (แพทย์แผน ก) จะเริ่มปีการศึกษา 2566 กระทรวงสาธารณสุขเริ่มมีแนวทางการรับสมัครแพทย์รับต้นสังกัดเข้า ศึกษาอบรมแพทย์ประจำบ้าน รอบนโยบายรอบพิเศษ สาขาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน กุมารเวช ศาสตร์ สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา และออโรโธปิดิกส์ ประจำปีการศึกษา 2566 ซึ่งมีหลักการและเหตุผลว่า 1) ทุนใน สป. เรียนใน สป. ก่อน 2) สนับสนุนการบริหารจัดการของสำนักงานเขตสุขภาพ 3) สนับสนุนการใช้ทรัพยากรเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด 4) สนับสนุนสถาบันฝึกอบรมภายใน สป. โดยมีแนวทางรอบนโยบายพิเศษ คือ 1) สป. ประกาศ

โคเวตาทุน ทั้ง 6 สาขา 2) เขตสุขภาพ พิจารณาคัดเลือกให้สิทธิ์แพทย์ผู้สมัคร 3) สปพช. ประกาศรายชื่อแพทย์ผู้ได้รับสิทธิ์ 4) แพทย์ผู้ได้รับสิทธิ์ไปสัมภาษณ์ที่สถาบันฝึกอบรม 5) สถาบันฝึกอบรมแจ้งผลแพทย์ผู้ผ่านการคัดเลือก 6) สป. ประกาศรายชื่อแพทย์ผู้ผ่านการคัดเลือกพร้อมสถาบันฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ

ข้อมูลเบื้องต้น

- กระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มจะให้แพทย์เรียนต่อแพทย์เฉพาะทางในกระทรวงมากกว่าจะเป็นต้นสังกัดให้ไปเรียนต่อในโรงเรียนแพทย์

- คณะแพทยศาสตร์ส่วนภูมิภาค มีโอกาสรับแพทย์ประจำบ้านที่มีต้นสังกัดน้อยกว่าส่วนกลางทำให้ต้องรับกลุ่มอิสระ ซึ่งจะเป็นส่วนที่คณะแพทยศาสตร์ต้องจ่ายค่าจ้าง

- มหาวิทยาลัยใหม่ จะได้รับการจัดสรรแพทย์แห่งละ 10 ตำแหน่งเพื่อสร้างอาจารย์

- การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหลายสาขาไม่มีการแยกแผน ก และแผน ข อย่างชัดเจน แต่คุมจำนวนรวมของการฝึกอบรม แต่อาจจะมีความพยายามที่จะจำกัดจำนวนแพทย์แผน ข

ประเด็นหารือ แผนการรับแพทย์ใช้ทุน (แพทย์แผน ข) ในภาวะที่มีปัญหาการรับแพทย์ประจำบ้าน (แผน ก) และมีข้อสรุป ดังนี้

- เสนอให้คณะบดี 3 สถาบัน ช่วยดูเรื่องการจำกัดแพทย์แผน ข ในกรณีที่มีเรื่องผ่านจากกรรมการ อฟส. เข้ากรรมการแพทยสภา

- เสนอให้แต่ละราชวิทยาลัยของแต่ละสาขาทำ MOU กับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อช่วยผลิตแพทย์เฉพาะทางในภาพรวม

- อาจจะพิจารณาทำ MOU กับมหาวิทยาลัยที่มีโรงเรียนแพทย์ใหม่ เพื่อฝึกอบรมแพทย์แผน ข ให้

- เสนอให้แต่ละราชวิทยาลัยในส่วนแต่ละสาขาที่พร้อมจัดหลักสูตรทำ MOU กับสาธารณสุขเพื่อผลิตแพทย์เฉพาะทาง

- จัดทำหลักสูตรที่มีความใหม่ เช่น ร่วมกับบัณฑิตศึกษา

- มองหาตลาดงานรองรับ แพทย์เฉพาะทางจากมหาวิทยาลัยภูมิภาค เช่น โรงพยาบาลเอกชน และในอนาคตอาจจะร่วมมือกับโรงพยาบาลเอกชนในการผลิตแพทย์เฉพาะทางร่วมกัน

ศาสตราจารย์ (เชี่ยวชาญพิเศษ) นายแพทย์บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กล่าวเพิ่มเติมว่า เมื่อ 2-3 ปีที่ผ่านมา สธ. มีนโยบายยกเลิกการรับแพทย์ใช้ทุน (แพทย์แผน ข) คณะแพทยศาสตร์ 3 สถาบันได้ร่วมมือกันไปชี้แจงเหตุผลและความจำเป็นกับ สธ. เพื่อให้มีการรับแพทย์แผน ข ต่อไป ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับคณะแพทยศาสตร์ส่วนภูมิภาคอย่างมาก ดังนั้น ทั้ง 3 สถาบัน ต้องผลักดันกำลังและติดตามความเคลื่อนไหวของ สธ. เพื่อรักษาสีสิทธิ์ให้กับคณะแพทยศาสตร์ส่วนภูมิภาค

รองศาสตราจารย์อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กล่าวเพิ่มเติมว่า คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นมีการรับใช้ทุน (แพทย์แผน ข) ก่อนสาธารณสุขขอยุ่แล้ว แต่ถึงจะเลือกพร้อมกันก็ตามยังไงเด็กเก่งก็จะเลือกคณะแพทยศาสตร์ส่วนภูมิภาคเป็นอันดับแรก ซึ่งไม่มีความแตกต่างระหว่างรับก่อนหรือรับพร้อมสาธารณสุข การรับสมัครก่อนมีข้อดีคือทำให้เห็น Preferment ของคณะแพทยศาสตร์ส่วนภูมิภาค

อีกหนึ่งประเด็นที่ราชวิทยาลัยต่าง ๆ สามารถทำได้คือประเมินสถาบันฝึกอบรมให้เข้มข้นมากขึ้น จะต้องสร้างมาตรฐานให้สูงขึ้น โดยเอามาตรฐานของโรงเรียนแพทย์เป็นเกณฑ์ เช่น สาขาศัลยกรรมจะต้องมี Staff เท่าไหร่ มี

เตียงเท่าไร มีจุดคืออะไร ใครเรียนผ่านอะไรแล้วบ้าง ก็จะถูกจำกัดเหลือไม่กี่โรงพยาบาล และเป็นประเด็นหนึ่งที่ไม่ไป ขวางกระทรวงสาธารณสุข ก็จะเป็นการ Balance ระหว่างจำนวนคนที่จะมาฝึกอบรม ที่คณะแพทยศาสตร์ส่วน ภูมิภาคได้ ซึ่งจะต้อง Reflex ไปยังราชวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เรืองศักดิ์ ลิธนาภรณ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กล่าวเพิ่มเติมว่า การรับแพทย์ใช้ทุน (แพทย์แผน ข) ควรยึดตามปฏิทินเดิมที่ตกลงกันไว้ ส่วนแผนการรับแพทย์ ใช้ทุน (แพทย์แผน ข) ในภาวะที่มีปัญหาการรับแพทย์ประจำบ้าน (แพทย์แผน ก) ให้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ แต่ ประเด็นที่สาธารณสุขประกาศว่า Emergency ต้องไปฝึกอบรมกับต้นสังกัดโรงพยาบาลที่มีสถาบันฝึกอบรมที่อยู่ใน สังกัดของกระทรวงสาธารณสุข คิดว่ากระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทต่อการดำเนินงานของโรงเรียนแพทย์มากเกินไป เพราะความจริงแล้วด้านสาธารณสุขเป็นด้านของการบริการ โรงเรียนแพทย์เป็นด้านของการผลิตคนด้านการเรียน การสอน เพราะฉะนั้นโรงเรียนแพทย์ควรจะต้องมี strategy ที่ชัดเจน และประเด็นการผลิตแพทย์กระทรวงสาธารณสุขก็ สามารถผลิตผู้เชี่ยวชาญเองได้ ซึ่งคณะแพทยศาสตร์ส่วนภูมิภาคควรมีมาตรการรองรับ อาจจะเป็นมาตรการที่พัฒนา ตัวเองให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะมากขึ้นและกระทรวงสาธารณสุขมีความต้องการ ซึ่งจะได้จากโรงเรียนแพทย์เท่านั้น

ศาสตราจารย์ นายแพทย์บรรณกิจ โฉงนาภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สรุปราย ประเด็นการรับแพทย์ใช้ทุน (แพทย์แผน ข) ให้เป็นไปตามปฏิทินการรับแพทย์ใช้ทุน (แพทย์แผน ข) ที่ได้ตกลงกันไว้ ระหว่างคณะแพทยศาสตร์ส่วนภูมิภาค 3 สถาบัน กรณีที่มีเรื่องผ่านจาก อ.ฝส. เข้ากรรมการแพทยสภา เรื่องการเสนอ ให้ยกเลิกการรับแพทย์ใช้ทุนแผน ข นั้น ขอความร่วมมือจากคณะแพทยศาสตร์ส่วนภูมิภาค 3 สถาบัน ยืนยัน เนื่องจากมีความจำเป็นต้องรับแพทย์แผน ข

3) National License Examination

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประภาพร สุประสงค์ รองคณบดีด้านวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นำเสนอสรุปข้อคิดเห็นและการวางแผนในด้านการแก้ไขปัญหาการสอบ NL ของคณะ แพทยศาสตร์ส่วนภูมิภาค 3 สถาบัน ดังนี้

แผนการแก้ไขระยะยาว : Long term

- คณบดีคณะแพทยศาสตร์ส่วนภูมิภาค 3 สถาบัน ร่วมผลักดันให้มีการปรับเปลี่ยนข้อบังคับ ขั้นตอนการ สอบ ศรว. ควรปรับขั้นตอนการสอบ 1&2 รวมกัน รวมถึงควรปรับเงื่อนไขการสอบ MEQ ให้ นศพ.ที่ยังไม่ผ่าน NL1 สามารถสอบได้ และข้อสอบ ศรว. ควรมีฉบับเฉลยเพื่อให้นักศึกษาสามารถนำไปทบทวนได้

- คณะกรรมการ ศรว. ควรเป็นตัวแทนจากทุกสถาบัน ควรมีการพิจารณา key ในการตรวจข้อสอบให้มีความยืดหยุ่นบ้าง สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการสอบ NL และควรให้มีการเลือกข้อสอบในการสอบ MEQ เช่น ข้อสอบมี 10 ข้อ ให้เลือกทำ 5 ข้อ หรือมีการกำหนด Scope ให้แคบลง

แผนการแก้ไขระยะสั้น : Short term

- ความร่วมมือของ 3 สถาบัน ในการแลกเปลี่ยนข้อสอบ NL และจัด Refresher course โดย staff ที่สอน เก่งของทั้ง 3 สถาบัน ร่วมกันสอน/ติวแบบออนไลน์

- ควรมีแนวทางในการวิเคราะห์จุดอ่อนของเด็กแต่ละคน

- ให้หยุดเรียนก่อนสอบเพื่อให้นักศึกษาได้ทบทวน

- ช่วยกันส่งข้อสอบ NL เพื่อเพิ่มโอกาสที่จะถูกเลือกให้มากขึ้น

- กรณีนักศึกษาทำข้อสอบ NL ไม่ดี ในส่วนของภาควิชาที่รับผิดชอบ ภาควิชาต้องหา Solution ว่าเกิดจากสาเหตุอะไรเพื่อนำมาแก้ไขให้ดีขึ้น

ศาสตราจารย์(เชี่ยวชาญพิเศษ) นายแพทย์บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สรุประเบิดด้านการศึกษาในเรื่องการแก้ปัญหาการสอบ NL แบบ Short term ให้ทำตามรายละเอียดที่นำเสนอ และขอใช้ Application ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มาปรับใช้ในการ Monitor นักศึกษาแพทย์ที่มีโอกาสที่จะสอบไม่ผ่าน และนำมาวิเคราะห์จุดอ่อน สำหรับการแก้ปัญหาแบบระยะยาว ขอ รศ.พญ.ประภาพร สู่ประเสริฐ และทีมวิชาการ รวบรวมประเด็นที่สรุปจากการประชุมกลุ่มย่อยในครั้งนี้เพื่อนำไปปรึกษาหารือกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางแก้ไขและการพัฒนาต่อไป

4) แผนการพัฒนาระบบติดตามทักษะประสบการณ์ชีวิตในศตวรรษที่ 21

อาจารย์ นายแพทย์นราทัศน์ ลิขิตดี ผู้ช่วยฝ่ายพัฒนานักศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น นำเสนอแผนการพัฒนาระบบติดตามทักษะประสบการณ์ชีวิตในศตวรรษที่ 21 ของคณะแพทยศาสตร์ส่วนภูมิภาค 3 สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยินดีที่จะร่วมแชร์ระบบที่มีการพัฒนาและทดลองใช้มาแล้วที่ มข. ร่วมกันกับคณะแพทยศาสตร์อีก 2 ในการนำไปพัฒนาและปรับใช้ให้กับนักศึกษาแพทย์ทั้งสองสถาบัน ระบบนี้เรียกว่า Personalized Monitoring & Mentoring system every where by MDKKU Life จะดูในเรื่อง Life Experience ของนักศึกษา เพื่อทำให้มีทักษะในประสบการณ์ชีวิตในศตวรรษที่ 21 รวมถึงดูเรื่อง Behavioral Health เช่น การได้รับวัคซีนต่างๆ และระบบ Mentoring system ทั้งหมด

ระบบติดตามทักษะประสบการณ์ชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ MKKKU Life เป็นหนึ่งในเครื่องมือซึ่งจะต้องมีระบบอื่นๆ ที่สอดคล้องสนับสนุนเพิ่มเติมร่วมด้วย เช่น ระบบอาจารย์ที่ปรึกษา การ Mentor อย่างเดียวอาจจะยังไม่เห็นภาพชัดเจน แต่ถ้ามีข้อมูลที่แปลงเป็นรูปแบบกราฟที่ทำให้ดูง่ายขึ้นประกอบ ก็จะทำให้นักศึกษาเห็นศักยภาพของตัวเองเช่นกันและรู้ว่าจะพัฒนาในส่วนไหนเพิ่มขึ้น รวมถึงระบบ Admit ที่ช่วยสนับสนุนให้ระบบการติดตามเป็นไปตามวัตถุประสงค์

ระบบที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พัฒนาขึ้นจะลิงก์กับระบบ REG ของมหาวิทยาลัย ซึ่งจะเชื่อมโยงข้อมูลทั้งหมดของสำนักทะเบียน เพื่อลดขั้นตอน ลินระบบ นักศึกษาไม่ต้องกรอกข้อมูลเพิ่ม และบางระบบจะมีให้กรอกงบประมาณในการจัดกิจกรรมอาจารย์สามารถนำข้อมูลมาประกอบการวางแผนการจัดกิจกรรม ถัดไปในเรื่องความคุ้มค่าคุ้มทุนได้ อีกระบบที่สำคัญ คือ ระบบเกรด ซึ่งจะเป็นการแปลงข้อมูลตัวเลขออกมาเป็นกราฟ ทำให้มองเห็นว่านักศึกษาเป็นอย่างไร จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งถ้าได้ Big Data ของทั้งสามสถาบันรวมกัน อาจจะ leaning และนำไปสู่การ Predict บางอย่างในส่วนของนักศึกษาต่อไป

ศาสตราจารย์(เชี่ยวชาญพิเศษ) นายแพทย์บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กล่าวสรุปด้านการศึกษาว่า ทั้ง 3 ประเด็นมีความสำคัญมาก สิ่งที่ยากให้ 3 สถาบันเกิดความร่วมมือกันคือเรื่อง Application ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งสองสถาบันจะขอนำมาพัฒนาและปรับใช้ตามบริบทของแต่ละสถาบัน ถ้า 3 สถาบันมีความร่วมมือกันอาจจะทำให้เกิดงานวิจัยใหม่ๆ เพิ่มขึ้น ในส่วนของการดำเนินงานอยากให้มีการสร้างกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมกันพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การประชุมครั้งต่อไปจะได้มีการติดตามการดำเนินงานของแต่ละฝ่ายต่อไป

ด้านวิจัย/นวัตกรรม

ผู้นำเสนอ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉลอง ชิวเกียรียงไกร ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื้อหาโดยสรุป

ประเด็นแรกก่อนที่จะเริ่มมีความร่วมมือของ 3 สถาบัน ได้กล่าวถึงข้อมูลพื้นฐาน Common Background ในสิ่งที่คณะแพทยศาสตร์ส่วนภูมิภาค 3 สถาบันมีและจะสามารถนำมาใช้ร่วมกันเพื่อทำให้เกิดความร่วมมือและจะก้าวหน้าไปด้วยกันในอนาคต ซึ่งจะเป็นระบบที่จะช่วยสนับสนุน ประกอบด้วย

- Ethics approval process ส่วนนี้คณะแพทยศาสตร์ 3 สถาบันได้มี MOU ร่วมกันอยู่แล้ว ก็จะเป็นส่วนช่วยอำนวยความสะดวก เช่นเมื่อสถาบันใดสถาบันหนึ่งผ่านการ Approval แล้วอีกสองสถาบันก็จะสามารถเข้าสู่กระบวนการ Expedited Review ได้เลย ซึ่งจะทำให้เกิดความรวดเร็วในการดำเนินการ

- Biobank setting ในกลุ่มที่เป็น Biobank setting ทั้ง 3 สถาบันมีการดำเนินการเรื่องนี้อยู่แล้ว และจะต้องหารือกันว่าจะมีส่วนไหนที่จะทำให้เกิดความร่วมมือที่จะนำไปสู่งานวิจัยในอนาคต

สรุปประเด็นที่จะสร้างความร่วมมือในด้านวิจัย ของ 3 สถาบัน ดังนี้

Collaborative plans แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

Short term จะเป็นในส่วนที่ใช้เวลาในการดำเนินการไม่นาน เห็นผลเร็ว

1. Clinical study

ในกลุ่มที่เป็น Clinical study แต่ละสถาบันจะมีเรื่องที่น่าสนใจ และมีข้อมูลหลักที่เป็น main data ของสถาบันอยู่แล้ว ดังนั้นอีก 2 สถาบันก็จะเข้ามามีส่วนร่วม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมมือกันเพื่อจะก้าวไปด้วยกัน และสิ่งที่จะสนับสนุนให้การวิจัยดำเนินการไปได้นั้น จะประกอบด้วย

1.1 Joint funding สัดส่วนร่วมโครงการวิจัย คือ 2:1:1 per project แต่ละสถาบันจะร่วมทุนสนับสนุน โดยสถาบันหลักที่เป็น Lead team Project ก็จะลงทุนในสัดส่วน 2 ใน 4 ส่วนสถาบันร่วมก็จะลงในสัดส่วน 1 ใน 4 ซึ่งโครงการนำร่องนี้จะตั้งงบประมาณไว้ที่วงเงินไม่เกิน 800,000 บาท โดยช่วงแรกจะทำ 3 โครงการก่อน ซึ่งแต่ละสถาบันก็จะมี 1 Lead Project และ 2 Co-Project ก็จะทำให้เกิดงานวิจัยที่มีความร่วมมือกัน 3 เรื่อง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลและรายงานผลภายใน 1 ปี และจะมีกำหนด timeline เริ่มจากประกาศยื่นเสนอโครงการก่อนวันที่ 30 เมษายน 2565 โครงการที่ยื่นมาแล้วให้แต่ละสถาบันเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกโครงการ lead project ภายใน 30 มิถุนายน 2565 ซึ่งนักวิจัยจะต้องมีการติดต่อประสานงานกับสถาบันที่เป็น Co-Project เพื่อให้เกิดความร่วมมือกัน

1.2 Joint funding สัดส่วนร่วมโครงการวิจัย 2:1:1 per project กรณีนี้งบประมาณไม่เกิน 400,000 บาท และจะไม่จำกัดจำนวนโครงการสามารถยื่นเสนอโครงการขอความร่วมมือร่วมกันได้ กำหนดระยะเวลาดำเนินการ 2 ปี

Action plans

- แต่ละสถาบันคัดเลือกโครงการวิจัยหลัก 1 เรื่อง (ตามหัวข้อ 1.1)
- ร่างประกาศทุนสนับสนุนการวิจัยร่วมกัน (ตามหัวข้อ 1.1 และ 1.2)
- คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสันสกขลานครินทร์ จะเป็นผู้ร่างประกาศก่อน และพิจารณาร่วมกัน
- นัดประชุมเพื่อสรุปการคัดเลือกโครงการ และสรุปแผนการดำเนินงาน

Long term

2. Standardization

- เป็นในส่วนของการวางแผนเพื่อพัฒนา infrastructure ต่าง ๆ ของทั้ง 3 สถาบันให้มีรูปแบบเดียวกัน รวมถึงในส่วนของ Biobank SOP, Data repository / Platform / Coding / CRF เมื่อไหร่ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ก็จะทำให้ได้ฐานข้อมูลที่เป็น Big data ซึ่งจะมีผลในอนาคตในเรื่อง prospective study

- Seed funding (1:1:1) แต่ละสถาบันอาจจะมีการสนับสนุนงบประมาณในสัดส่วน 1:1:1 เบื้องต้นตั้งไว้ที่สถาบันละประมาณ 100,000 บาท รวมกันไม่เกิน 300,000 บาท ซึ่งก็เป็น pilot Model ที่ 3 สถาบันได้หารือร่วมกัน

ศาสตราจารย์ นายแพทย์มานิต ศรีสุรภานนท์ รองคณบดีด้านวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กล่าวเพิ่มเติมว่า เรื่อง Standardize เป็นเพียงกระบวนการ เพราะฉะนั้นในด้านฮาร์ดแวร์แต่ละสถาบันไม่ต้องกังวล เช่น SOP ต่าง ๆ เพื่อให้ทุกอย่างได้มาตรฐานเดียวกันเวลาเก็บแล้วแชร์ในส่วนที่เป็นตัวอย่างข้อมูลจากตัวอย่าง ร่วมกันได้ ใช้เวลาไม่เกิน 6 เดือน จึงอยากให้มี MOU ร่วมกัน ซึ่งระยะยาวอาจจะเป็นประโยชน์จะได้ตัวอย่างอย่างรวดเร็วจาก 3 สถาบันพร้อมกัน

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กล่าวเพิ่มเติมว่า สำหรับการประชุมครั้งนี้รองคณบดีด้านวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ไม่ได้เข้าร่วมประชุม ได้มอบหมาย ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภพ โกศลากร ภัค เป็นผู้ประสาน และจะนำแนวคิดนี้ไปปรึกษาหารือกับที่ประชุมหัวหน้าภาควิชา รวมถึงฝ่ายวิจัยให้เห็นภาพตรงกัน ส่วนเรื่อง Biobank คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยังเป็นการฝากเก็บ Biobank เป็น Personal interest ของอาจารย์แต่ละท่าน ถ้าโครงการวิจัยแรกได้เข้ามาเกี่ยวข้องกับ Biobank ข้อมูลก็จะได้ standardize เดียวกัน ซึ่งน่าจะเป็นโครงการความร่วมมือที่น่าจะเห็นผลในเร็ว ๆ นี้

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เรืองศักดิ์ ลิขณาภรณ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ชักถามประเด็น Expedited Review ที่สองสถาบันที่เป็น Co-PI ต้องดำเนินการ ศ.นายแพทย์มานิต ศรีสุรภานนท์ รองคณบดีฝ่ายวิจัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ชี้แจงว่า ถ้าสถาบันที่เป็น PI ยื่นเสนอโครงการวิจัยแล้วผ่านการ Approval อีก 2 สถาบันสามารถเข้าสู่ Expedited Review ได้เลยโดยไม่ต้องยื่น Full board ซึ่งเป็นไปตาม MOU และเป็นไปตามเกณฑ์

ด้านบริหาร

ผู้นำเสนอ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์มนัสวี มะโนปัญญา ผู้ช่วยคณบดีด้านบริหารบุคคล
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เรื่อง อัตรากำลังและขีดความสามารถของบุคลากร

เนื้อหาโดยสรุป

แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือสายวิชาการ สายสนับสนุนสังกัดสำนักงานคณะฯ และสายสนับสนุนสังกัดโรงพยาบาล โดย แต่ละสถาบันมีการบริหารจัดการในเรื่องอัตรากำลังและขีดความสามารถของบุคลากร ดังนี้

	อาจารย์	สายสนับสนุน สังกัดสำนักงานคณะฯ	สายสนับสนุน สังกัดโรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	FTES AI (Associate Instructors) Active Recruitment	AI สายสนับสนุน (AS) Associate Staff	-หน่วยรักษาความปลอดภัย -เจ้าหน้าที่ทำความสะอาด
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	Academic staff Service staff Re-Department ภาควิชา-สาขาวิชา	Human resource pooling	Outsourcing FM
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	Strategic recruitment EMS	วิเคราะห์อัตรากำลังและ ประเมินค่างาน	Workload analysis

แนวทางการดำเนินการต่อ ที่จะทำให้เกิดความร่วมมือ

1. ให้คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นต้นแบบของการวิเคราะห์อัตรากำลัง แบบอัตรากำลัง
ลงสู่ภาระงาน (Working hours) ที่ทำให้สามารถคำนวณอัตรากำลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การใช้กระบวนการ Outsource เพื่อมุ่งเน้นคุณภาพเป็นหลัก เพื่อแก้ปัญหาความเสี่ยงด้านชีวอนามัย, เสียง,
ฝุ่น, น้ำยา และศักยภาพของบุคลากร

แนวทางการดำเนินการ

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งนี้เป็นการเรียนรู้กระบวนการและแบ่งปันข้อมูลเพื่อมุ่งผลสัมฤทธิ์ ในมุมมองของ

- การวิเคราะห์อัตรากำลังด้วยการใช้ภาระงาน (Workload analysis)
- การจ้างงานภายนอก (Outsourcing)
- การได้มาของบุคลากรที่มีขีดความสามารถตามความต้องการที่ไม่มีกรอบอัตรา (มหาวิทยาลัยไม่มีกรอบให้)
- การปรับโครงสร้างและกระบวนการทำงานของหน่วยงานภายในองค์กร เพื่อให้เป็นไปตาม พรบ. มหาวิทยาลัย

ในกำกับของรัฐ

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุรินทร์พร ลิขิตเสถียร รองคณบดีด้านบริหารบุคคล คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กล่าวเพิ่มเติมว่า กรณีอาจารย์ มข. ยังใช้ FTES ในการคำนวณ ส่วนมหาวิทยาลัยก็มี Active
Recruitment ซึ่งจะได้เฉพาะสายอาจารย์และนักวิจัยเพื่อตอบสนองพันธกิจ ได้เรียนรู้จาก มอ. ในการวิเคราะห์
อัตรากำลังที่เป็นลักษณะการแบ่งแยกภาระงานและคำนวณลักษณะงานแต่ละงานว่ามีกระบวนการทำงานอย่างไร จะ
สามารถคำนวณเป็นชั่วโมงการทำงาน จะเห็นได้ว่าหากกระบวนการดังกล่าวทำให้เกิด Work Process และได้ SOP
คือจะได้กระบวนการทำงานของตำแหน่งนั้นๆ และคำนวณมาเป็นภาระงานที่เป็นชั่วโมงที่ต้องใช้ และคำนวณเป็นภาระ
งานที่เป็นชั่วโมงและต้องให้ manhour เท่าไหร่ แต่วิธีนี้อาจจะได้ในส่วนงานที่เป็นงานเฉพาะ มีข้อจำกัดในตำแหน่ง
สำคัญที่ต้องขับเคลื่อนตามกลยุทธ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้สนับสนุนการจ้างตำแหน่ง AI ที่
ไม่มีในกรอบอัตรา และมีแนวคิดว่าจะทำในรูปแบบเดียวกันในสายสนับสนุนตั้งชื่อว่า AS (Associate staff) แต่ต้อง
วิเคราะห์ว่าตำแหน่งที่จะตอบสนองต่อกลยุทธ์มีอะไร และทำสัญญาในสิ่งที่ต้องทำใน 1 ปี หรือ 3 ปี ที่น่าสนใจอีก
ประเด็นหนึ่งของ มข. คือการทำ Human resource pooling สำหรับเรื่อง Outsource คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อาจจะต้องไปเรียนรู้เพิ่มเติมร่วมกับ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นต่อไป

รองศาสตราจารย์นายแพทย์อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กล่าวเพิ่มเติมทุกมหาวิทยาลัยที่เป็นมหาวิทยาลัยในกำกับจะต้องปรับโครงสร้างให้เป็นแนวเดียวกันทั้งหมด ต้อง pooling human resource ซึ่ง มข. ได้ปรับแล้ว ซึ่งจะส่งผลต่อตำแหน่งหัวหน้าภาควิชา จะมีแต่สาขาวิชาซึ่งอาจารย์ในสาขาจะมีเฉพาะสาย ก เท่านั้น ฝ่ายสนับสนุนจะถูกดึงกลับต้นสังกัด ธุรการภาควิชาจะไปสังกัดสำนักงานคณบดี แต่ก็วางแผน ด้วยการส่งกลับไปปฏิบัติงานที่ภาควิชาเดิม บางภาควิชาที่ขาดอัตรากำลังจึงต้องมีกองกำลังส่วนกลางที่จะช่วยทำงานเสริมให้ ปัจจุบันภาควิชาอยู่เป็นเนื้อเดียวกัน เดิม มข. มีอาจารย์แพทย์ สาย ข ก็จะถูกโอนมาสังกัดโรงพยาบาล ต่อไปหากอาจารย์สาย ก จะมาตรวจคนไข้ที่โรงพยาบาลต้องมาทำสัญญาออกตรวจที่โรงพยาบาล ณ ปัจจุบันโรงพยาบาลกับคณะแพทยศาสตร์กำลังจะถูกแยกออกจากกัน แต่จะพยายามให้แยกจากกันน้อยที่สุดด้วยวิธีการเอาหัวหน้าสาขาวิชาเป็นหัวหน้าแผนกด้วยอยู่ภายใต้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณบดีอยู่เหนือผู้อำนวยการและบังคับบัญชาหัวหน้าสาขาวิชาเท่านั้น อาจารย์สาย ข ทั้งหมดจะถูกรวมอยู่ภายใต้เลขานุการคณะ สรุปว่าอาจารย์ในภาควิชาคงเหลือเฉพาะการสอนกับงานวิจัย ณ ขณะนี้คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รอคำสั่งอนุมัติการปรับโครงสร้าง ซึ่งการปรับโครงสร้างเป็นไปตามคำแนะนำของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ถ้าคำสั่งอนุมัติจะได้ดำเนินการปฏิบัติเต็มรูปแบบต่อไป

ส่วนเรื่อง Outsource ในช่วงเปลี่ยนผ่านต้องใช้งบประมาณมาก ขณะนี้มี 2 แบบ มีทั้งของเดิมและ Outsource เช่น เวิร์กเพลท, ปรก., แม่บ้าน ซึ่งบริบทภาครัฐต้องใช้เวลาในการบริหารจัดการผู้ปฏิบัติงานเดิมให้เหมาะสม เช่น เมื่อมีผู้เกษียณจะไม่รับเพิ่มแต่จะไปเพิ่ม outsource ค่าดำเนินการด้าน outsourcing เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่จะส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานที่ดีขึ้น

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เรืองศักดิ์ ธีรนากร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กล่าวเพิ่มเติมว่า ในทางปฏิบัติ มอ. ได้เริ่มวางระบบ ซึ่งได้มีความเห็นที่แตกต่างกัน แต่ในส่วนนโยบายที่ได้ดำเนินการไป คือการดึงสายสนับสนุนกลับต้นสังกัด งานบริการของภาควิชาที่จะถูกรวมศูนย์ไว้ที่ส่วนกลาง ภาควิชามีหน้าที่สอนและทำงานวิจัย ส่วนการบริการต้องทำข้อตกลงกับโรงพยาบาลในการออกตรวจ ใช้วิธีคล้ายกับ มข. แต่ยังไม่ complete ทั้งหมด ส่วนเรื่อง HR pooling และ Outsourcing ยังไม่ได้เริ่มชัดเจน เนื่องจากยังมีผู้ที่ไม่เห็นด้วย ต้องใช้เวลาในการปรับ ใช้วิธีทำควบคู่ไป 2 แบบ คือใช้บุคลากรของคณะฯ กับ Outsource

ส่วนเรื่อง Workload analysis คือพิจารณาการใช้เวลาในการทำงานแต่ละชิ้น ข้อดีคืออนาคตงานบางอย่างสามารถทำเป็น SOP เหมือนกับที่ Biobank คือเป็น SOP ของงานระดับล่าง คือทำ SOP งานของตัวเองและ standardize ว่าใช้เวลาเท่าไร ซึ่งจะทำให้ได้ data และจะทำให้เกิด working hour คน/หนึ่งวัน วิธีการนี้ส่วนใหญ่จะทำกับสาย ค ส่วนงานที่เป็น talent เช่นงานวิจัย ที่ใช้อาจารย์เกือบ 100% จะพิจารณาให้รับคนมากขึ้น

ศาสตราจารย์ (เชี่ยวชาญพิเศษ) นายแพทย์บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กล่าวเพิ่มเติมว่าเป็นเรื่องยากมากในการปรับโครงสร้างเพราะเป็นเรื่องฝังลึกมานาน ในส่วนของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แยกออกมาเป็นสาขาวิชาเปิดใหม่ส่วนสาขาเดิมยังคงอยู่ หากสามารถทำได้จะเป็นการพัฒนาคล้ายกับต่างประเทศ และจะได้เรียนรู้จาก มข. ต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เทอดพงศ์ ทองศรีราช รองคณบดีฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กล่าวเพิ่มเติมว่า ในส่วนของการ workload analysis ของ มอ. หน่วยงานที่ขออัตราเพิ่มจะต้องทำ Workload analysis คณะกรรมการจะต้องไปดูหน้างานเพื่อประกอบการพิจารณา และใช้ค่ามาตรฐานภาระงานมาเปรียบเทียบ สำหรับตำแหน่งเชี่ยวชาญ ข้าราชการ ที่ มข. ประสบปัญหา คือมหาวิทยาลัยมีตำแหน่งให้แต่ไม่มีผู้ยื่นเสนอขอตำแหน่ง จึงต้องมีการกระตุ้นให้มีการขอตำแหน่งให้มากขึ้น ส่วนเรื่องการเลื่อนขั้นเงินเดือนต้อง

พิจารณาที่ประสิทธิภาพการทำงาน โดยใช้ TOR ประกอบ จะไม่มีการวิเคราะห์ค่างาน แต่ดูภาระงานย้อนหลัง 3 ปี ในการประเมิน

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุรินทร์พร ลิขิตเสถียร รองคณบดีด้านบริหารบุคคล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กล่าวเพิ่มเติมว่า การประเมิน Performance เพื่อนำมาให้รางวัล ของ มช. ใช้ Performance โดยแบ่งเป็นผลการปฏิบัติงาน 70% Competency 30% ส่วนมหาวิทยาลัยใช้ TOR จำนวนชั่วโมงในการประเมินทำให้ไม่เห็นผลชัดเจน ในส่วนของคณะแพทยศาสตร์จึงใช้ OKR มาประกอบการพิจารณา การวิเคราะห์ค่างานใช้ประเมิน เพื่อให้รู้ว่าตำแหน่งนั้นมีความยากง่ายซึ่งจะผูกกับเกณฑ์ของมหาวิทยาลัย

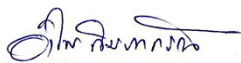
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เรืองศักดิ์ ลีธนาภรณ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กล่าวขอบคุณทั้งสองสถาบันที่ทำให้รู้จักกันมีสิ่งดีๆที่จะทำร่วมกัน ที่สำคัญคือมิตรภาพ และจะรักษาความสัมพันธ์ที่ดีนี้ให้ยั่งยืนตลอดไป และขอบคุณคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ให้การต้อนรับเป็นอย่างดี

รองศาสตราจารย์นายแพทย์อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กล่าวขอบคุณคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่จัดให้มีการประชุมแบบ onsite การประชุมในครั้งนี้ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งแต่ละสถาบันได้ประโยชน์มากในการที่จะนำกลับไปเป็นแนวทางในการพัฒนางานต่อไป และการประชุมครั้งต่อไปคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จะเป็นเจ้าภาพจัดประชุม

กำหนดเจ้าภาพจัดการประชุมครั้งต่อไป

ศาสตราจารย์(เชี่ยวชาญพิเศษ) นายแพทย์บรรณกิจ โลงนาภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แจ้งกำหนดการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้คณะแพทยศาสตร์ส่วนภูมิภาค 3 สถาบัน ครั้งถัดไป โดยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จะเป็นเจ้าภาพจัดประชุม ในวันที่ 25 -26 กรกฎาคม 2565 ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปิดการประชุม เวลา 12.00 น.




นางอำไพ กิมภากรณ์

หัวหน้าหน่วยประชุม และพิธีการฯ

ผู้สรุปการประชุม

ได้ตรวจสอบความถูกต้องแล้ว



นางอรอรณ เร่งเรื้อว

หัวหน้างานบริหารทั่วไป



นางมะลิวรรณ หินทอง

เลขานุการคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ตรวจสอบสรุปการประชุม