



คำสั่งโรงพยาบาลวัดสิงห์

ที่ ๑๖/๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลวัดสิงห์

เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลวัดสิงห์ ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐานคุณภาพ HA, HPH รวมตลอดถึงคุณภาพด้านอื่นๆ ให้สามารถดำเนินกิจกรรมในทิศทางที่สอดคล้องต่อวิสัยทัศน์ พันธกิจและเป้าหมายของโรงพยาบาล และเพื่อให้การดำเนินกิจกรรมด้านคุณภาพดังกล่าวบรรลุวัตถุประสงค์ จึงขอยกเลิกคำสั่งที่ ๒๖/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๐ และให้ใช้คำสั่งนี้แทน โดยขอแต่งตั้งคณะทำงานและคณะกรรมการคุณภาพโรงพยาบาลวัดสิงห์ ดังต่อไปนี้

๑. ทีมนำ (Quality Lead Team) ประกอบด้วย

(๑) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดสิงห์		ประธาน
(๒) นางสาวศิริดา	จันทนสุภาภรณ์	รองประธาน
(๓) นางสาวนพมาศ	วิวัชรโกเศศ	กรรมการ
(๔) นายเรวัต	ธนศิริวัฒน์	กรรมการ
(๕) นางสมโภชน์	เขื่อนน้อย	กรรมการ
(๖) นางวศินีย์	แต่ประยูร	กรรมการ
(๗) นางสาวอมอร	อยู่คง	กรรมการ
(๘) นายอรุณชัย	ชินนิม	กรรมการ
(๙) นางสาวสรวรรยา	พวงเงิน	กรรมการ
(๑๐) นางสาวปติตตา	พงษ์ธิกร	กรรมการ
(๑๑) นางสาวฐานันท์	คงแก้ว	กรรมการ
(๑๒) นางสาวสาวิณี	เอกสิริพันธ์	กรรมการ
(๑๓) นายจุมพล	เมาท์บ	กรรมการและเลขานุการ
(๑๔) นางสาวตา	โรจนพรพรพงศ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๕) นางศุภลักษณ์	ชินนิม	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๖) นางสาวจรัสพัฒน์	แก้วสวรรค์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๗) นางสาวจริยา	เขียวผึ้ง	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่ของ ทีมนำ

๑. กำหนดนโยบายประเด็นสำคัญและทิศทางการพัฒนา , วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งขององค์กรและจัดทำพันธกิจ, วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพระดับโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจและเป้าหมายขององค์กร

๒. ออกแบบระบบงานคุณภาพที่สอดคล้องกับโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

๓. ส่งเสริม สนับสนุนและเป็นที่ปรึกษา คณะกรรมการต่าง ๆ ในการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ในทุกหน่วยงาน

๔. ควบคุม กำกับ ตรวจสอบหน่วยงานเพื่อให้คำแนะนำในการดำเนินงาน พิจารณาให้ความเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมที่จัดขึ้น ตลอดจนแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ และสร้างขวัญกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับและติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

๕. การบริหารกิจกรรมและรับผิดชอบการรายงานข้อมูลคุณภาพรายงานการประเมินตนเอง (SA๒๐๑๑) ตอนที่ ๑ หัวข้อ H๒ การนำองค์กร, H๒ การบริหารเชิงกลยุทธ์, H๒ การจัดการกระบวนการ

๖. ประชุมสรุปความก้าวหน้าผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพและกำหนดแนวทางแก้ไขพัฒนาทุกเดือน

๒. ทีมพัฒนาระดับคลินิก (Patient Care Team -PCT) ประกอบด้วย

(๑) นางสาวศิริดา	จันทนาสุภาภรณ์	ประธาน
(๒) นายหฤษฎ์	วงศ์ดารา	รองประธาน
(๓) นางวศินี	แต่ประยูร	กรรมการ
(๔) นายเรวัต	เมธีศิริวัฒน์	กรรมการ
(๕) นางสาวจรัสพัฒน์	แก้วสวรรค์	กรรมการ
(๖) นางวรภรณ์	อนุศาสนนันท์	กรรมการ
(๗) นางสมโภชน์	เขื่อนน้อย	กรรมการ
(๘) นางสาวมนสิชา	ทรงเรณู	กรรมการ
(๙) นางสาวฐานีย์	คงแก้ว	กรรมการ
(๑๐) นางสาวสรวรยา	พวงเงิน	กรรมการ
(๑๑) นางสาวกัลกษณ์	ชื่นนิม	กรรมการ
(๑๒) นางสาวศศิวิมล	อารมย์ดี	กรรมการ
(๑๓) นางสุนันฐนิช	หล่อทอง	กรรมการ
(๑๔) นางสาวจริยา	เจียผึ้ง	กรรมการ
(๑๕) นางเบญจจา	จิงสมเจตไพศาล	กรรมการ
(๑๖) นายอรุณชัย	ชื่นนิม	กรรมการ
(๑๗) นางสาวอมอร	อยู่คง	กรรมการ
(๑๘) นางสาวสวินี	เกกิงสรคันท์	กรรมการ
(๑๙) นางสาวตา	โรจนภาพรรณพงศ์	กรรมการและเลขานุการ
(๒๐) นางมณิดา	พักผ่อน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๑) นางศิวนาถ	เกษไชย	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่ของทีมพัฒนาระดับคลินิก

๑. วางระบบและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเชิงสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องแบบองค์รวม
๒. จัดทำมาตรฐานและแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของชุมชน
๓. ทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังและโรคที่มีความซับซ้อน
๔. พัฒนาศักยภาพและวิชาการแก่เจ้าหน้าที่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย

๕. การบริหารกิจกรรมและรับผิดชอบการรายงานข้อมูลคุณภาพรายงานการประเมินตนเอง (SA๒๐๑๑) ตอนที่ ๑ ข้อ H๓ การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ตอนที่ ๒ ข้อ II-๗.๑ บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์, ข้อ II-๗.๑ B บริการโลหิต, ข้อ II-๗C บริการรังสีวิทยา ตอนที่ ๓ ข้อ III-๑ การเข้าถึงและเข้ารับบริการ, ข้อ III-๒ การประเมินผู้ป่วย, ข้อ III-๓ การวางแผน, ข้อ III-๔ การดูแลผู้ป่วย, ข้อ III-๔.๓ ก. การระจับความรู้สึก, ข้อ III-๔.๓ ข.การผ่าตัด, ข้อ III-๔.๓ ค.อาหารและโภชนาการ, ข้อ III-๔.๓ ง/จ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/การบำบัดอาการเจ็บปวด, ข้อ III-๔.๓ ฉ.การฟื้นฟูสภาพ, ข้อ III-๔.๓ ช. การดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย, ข้อ III-๕ การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว(ร่วมกับทีมHPH), ข้อ III-๖ การดูแลต่อเนื่อง (ร่วมกับทีมHPH) และClinical Tracer Highlight

๖. ควบคุมกำกับ วิเคราะห์ประเมินผล และรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานคุณภาพต่อทีมนำทุกเดือน

๓. คณะกรรมการเวชระเบียนและเทคโนโลยีสารสนเทศ (Medical Record Committee and Information Technology - IMIT) ประกอบด้วย

(๑) นายทฤษฎ์	วงศ์ดารา	ประธาน
(๒) นางศุภลักษณ์	ชื่นนิม	กรรมการ
(๓) นางสาวปิ่นสุตา	พลชนะนันท์	กรรมการ
(๔) นางสาวตา	โรจนพรพรณพงศ์	กรรมการ
(๕) นางเบญจา	จึงสมเจตไพศาล	กรรมการ
(๖) นางรยา	พานเที่ยง	กรรมการ
(๗) นายนพดล	อาบสุวรรณ	กรรมการ
(๘) นายเรวัต	เมธีศิริวัฒน์	กรรมการ
(๙) นางสาวสิริลักษณ์	คล้ายชู	กรรมการ
(๑๐) นางสาวจริยา	เขียวผึ่ง	กรรมการ
(๑๑) นายกิตติศักดิ์	เปล่งรัศมีจันทร์	กรรมการ
(๑๒) นางสาวภัทราพร	ส่องแก้ว	กรรมการ
(๑๓) นายจุมพล	เมาท์บ	กรรมการและเลขานุการ ๑
(๑๔) นางสาวจินดารัตน์	อิมสุวรรณ	กรรมการและเลขานุการ ๒
(๑๕) นางสาวมานิษา	ดั่งเหม็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๖) นางพรเพ็ญ	อยู่เลห์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่คณะกรรมการสารสนเทศและเวชระเบียน

๑. วางแผน ออกแบบระบบเวชระเบียน และระบบสารสนเทศและระบบเวชระเบียนด้านอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้สอดคล้องกับทำระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลเพื่อการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

๒. พัฒนาช่องทางการสื่อสารข้อมูลที่สะดวก รวดเร็ว ครอบคลุมทุกจุดบริการ รวมทั้งวางระบบและควบคุมกำกับ การส่งรายงานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล ตลอดจนตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูล สังเคราะห์และแปร ผลพัฒนาคุณภาพ

๓. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผลการพัฒนาคุณภาพให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับทราบข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาช่อง การสื่อสารข้อมูลที่สะดวก รวดเร็ว ครอบคลุมทุกจุดบริการ

๔. ดูแลควบคุมกำกับ การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งดูแลควบคุมกำกับการ เข้าถึงข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เฉพาะของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. วางแผนและวางระบบเพื่อการจัดการข้อมูล จัดระบบดัชนี การจัดเก็บ ค้นหา และบันทึก รหัสเวชระเบียนให้ สะดวกรวดเร็วทันความต้องการของผู้ใช้

๖. ตรวจสอบเวชระเบียน ทุก ๓ เดือน และติดตามประเมินผลเวชระเบียนให้ครบถ้วนสมบูรณ์

๗. วิเคราะห์บริบทและปัญหาในการใช้เวชระเบียน และสารสนเทศทางเวชระเบียนเพื่อเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพการ บริการดูแลผู้ป่วยกับ คณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพ และคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนจากการประเมินของ สรพ. สปสช.หรือ ระดับจังหวัด อันมีผลต่อการได้รับการจัดสรรเงินจากการให้บริการในแต่ละราย และการได้รับการรับรองคุณภาพการบริการด้วย การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๘. ติดตามประเมินผลการทำงานร่วมกันใช้ข้อมูลทางเวชระเบียนเพื่อการพัฒนาการดูแลอย่างมีคุณภาพ และประเมิน เวชระเบียน เพื่อการวิเคราะห์และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในระดับ คณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพ

๙. การบริหารกิจกรรมและรับผิดชอบการรายงานข้อมูลคุณภาพรายงานการประเมินตนเอง (SA๒๐๑๑) ตอนที่ ๒ ข้อ II-๕ ระบบเวชระเบียน ตอนที่ ๑ ข้อ I-๔ การวัด วิเคราะห์ performance ขององค์กร และการจัดการความรู้

๑๐. ควบคุมกำกับ วิเคราะห์ประเมินผล และรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานคุณภาพต่อที่มนำทุกเดือน

๔. คณะกรรมการพัฒนาบุคลากรและวิชาการ(Human Resource Development Committee +HRD) ประกอบด้วย

(๑) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดสิงห์		ประธาน
(๒) นางวศินีย์	แต่ประยูร	รองประธาน
(๓) นายเรวัต	เมธีศิริวัฒน์	กรรมการ
(๔) นางสาวนพมาศ	วิวัชรโกเศศ	กรรมการ
(๕) นางสมโภชน์	เซ็นน้อย	กรรมการ
(๖) นายจุมพล	เมาท์บ	กรรมการ
(๗) นางสาวจริยา	เชียวผึ่ง	กรรมการ
(๘) นางเพ็ญนภา	เมธพัฒน์	กรรมการ
(๙) นางสาวปัทมา	พงษ์ธิกร	กรรมการและเลขานุการ
(๑๐) นางสาวจรัสพัฒน์	แก้วสวรรค์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๑) นางสาวสิริลักษณ์	จันทระดิษฐ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่คณะกรรมการพัฒนาบุคลากรและวิชาการ

๑. จัดทำระบบการสรรหา คัดเลือก บรรจุ โยกย้าย บุคลากรให้เหมาะสมกับงาน
๒. จัดทำระบบการอบรม การปฐมนิเทศเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่ก่อนเริ่มปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับ

มอบหมาย

๓. จัดทำระบบการประเมินผลงานและการประเมินสมรรถนะของหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

๔. วางระบบและจัดทำแผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้สอดคล้องกับเป้าหมายและพันธกิจของโรงพยาบาลรวมถึงการป้องกันแก้ไขความเสี่ยงที่เกิดในหน่วยงาน

๕. จัดระบบสวัสดิการเพื่อการพัฒนาและสร้างขวัญกำลังใจเจ้าหน้าที่ทั้งในด้านการพัฒนาคุณภาพการทำงานและคุณภาพชีวิต

๖. การบริหารกิจกรรมและรับผิดชอบการรายงานข้อมูลคุณภาพรายงานการประเมินตนเอง (SA๒๐๑๑) ตอนที่ ๑

ข้อ ๒-๕ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

๗. ทบทวนความเหมาะสม ในการใช้ทรัพยากร ควบคุมกำกับ ประเมินผลการพัฒนา และรายงานความก้าวหน้าต่อที่นำทุกเดือน

๕. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Committee -RM) ประกอบด้วย

(๑) นายหฤษฎ์	วงศ์ดารา	ประธาน
(๒) นางสาวอิรณันต์	อาร์ักษ์พุทธรักษ์	รองประธาน
(๓) นางศินี	แต่ประยูร	กรรมการ
(๔) นางสาวตา	โรจนพรพรพงศ์	กรรมการ
(๕) นายเรวัต	เมธีศิริวัฒน์	กรรมการ
(๖) นางสาวปัทมา	พงษ์อิกร	กรรมการ
(๗) นางสาวจรัสพัฒน์	แก้วสวรรค์	กรรมการ
(๘) นางสาวจริยา	เชียวผิ้ง	กรรมการ
(๙) นายจุมพล	เมาท์	กรรมการ
(๑๐) นางศุภลักษณ์	ชื่นนิม	กรรมการ
(๑๑) นางสาวมนสิชา	ทรงเรณู	กรรมการและเลขานุการ
(๑๒) นางสาวสรวรรยา	พวงเงิน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๓) นางเพ็ญภา	เมธพัฒน์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่ของ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

๑. วางระบบการค้นหาความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับพร้อมจัดทำโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล
๒. ส่งเสริมและสร้างความเข้าใจในกลุ่มเจ้าหน้าที่เพื่อให้มีการค้นหาความเสี่ยงในงานประจำของแต่ละหน่วยงาน
๓. จัดระบบรายงานความเสี่ยง / ทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้น รวบรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาล การแก้ไขป้องกันใน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๔. เชื่อมโยงข้อมูลความเสี่ยงจาก คณะกรรมการนำและหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อสรุปแนวโน้มความเสี่ยงในภาพรวมของโรงพยาบาล

๕. การบริหารกิจกรรมและรับผิดชอบการรายงานข้อมูลคุณภาพรายงานการประเมินตนเอง (SA๒๐๑๑) ตอนที่ ๒

ข้อ II-๑ การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

๖. ควบคุมกำกับ ปรับปรุงระบบ ติดตามผล วิเคราะห์ ประเมินผล และรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานคุณภาพต่อที่มนำทุกเดือน

๖. คณะกรรมการบริหารการพยาบาล (Nursing Committee -NUR) ประกอบด้วย

(๑) นางศินี	แต่ประยูร	ประธาน
(๒) นางสาวตา	โรจนพรณพงศ์	รองประธาน
(๔) นางศุภลักษณ์	ชื่นนิม	กรรมการ
(๕) นางสาวจรัสพัฒน์	แก้วสวรรค์	กรรมการ
(๖) นางสาวจริยา	เชียวผึ่ง	กรรมการ
(๗) นางเป็ญจา	จึงสมเจตไพศาล	กรรมการและเลขานุการ
(๓) นางสุนันฐนิช	หล่อทอง	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่คณะกรรมการบริหารการพยาบาล

๑. จัดองค์กรและการบริหาร บริการพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
๒. จัดการด้านทรัพยากรบุคคล/อัตรากำลังคนทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย/ปริมาณงาน
๓. จัดระบบงาน/การบริหารการพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและตอบสนองกับความต้องการของ

ผู้ป่วย

๔. กำหนดนโยบายและวิธีการปฏิบัติตามหลักการของวิชาชีพ
๕. พัฒนาศักยภาพบุคคล เพิ่มพูนความรู้และทักษะผู้ปฏิบัติงานบริการพยาบาลให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
๖. การบริหารกิจกรรมและรับผิดชอบการรายงานข้อมูลคุณภาพรายงานการประเมินตนเอง (SA๒๐๑๑) ตอนที่ ๒

ข้อ II-๑ การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล

๗. ติดตามประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล โดยการทำงานเป็น ทีมและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๗. **องค์กรแพทย์ (Medical Committee -MED) ประกอบด้วย**

(๑) นางสาวนพมาศ	วิวัชรโกเศศ	ประธาน
(๒) นางสาวศิริดา	จันทนาสุภาภรณ์	รองประธาน
(๓) นายบดินทร์	เตชะจันทะ	กรรมการ
(๔) นายหฤษฎ์	วงศ์ดารา	กรรมการ
(๕) นางสาวปิ่นสุตา	พูลธนะนันท์	กรรมการ
(๖) นายพีรฉัตร	มารศรี	กรรมการ
(๗) นางสาวศศิวิมล	อารมย์ดี	กรรมการและเลขานุการ
(๘) นางสาวธิรานันต์	อาร์ักษ์พุทธรันท์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่ขององค์กรแพทย์

๑. จัดองค์กรและกำหนดนโยบายเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์
๒. จัดการด้านทรัพยากรบุคคล / การจัดการอัตรากำลังแพทย์ให้เหมาะสมกับการะงาน
๓. จัดระบบ/กลไก สื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์/ผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และผู้รับบริการ
๔. กำหนดธรรมเนียมข้อบังคับ นโยบายและวิธีปฏิบัติงานขององค์กร
๕. การบริหารกิจกรรมและรับผิดชอบการรายงานข้อมูลคุณภาพรายงานการประเมินตนเอง (SA๒๐๑๑) ตอนที่ ๒

ข้อ II๒ การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์

๖. ติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์โดยการทำงานเป็นทีม

๘. คณะกรรมการบริหารความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม (Safety, Health and Environment Management Committee -SHE) ประกอบด้วย

(๑) นางสาวปัทมา	พงษ์ธิกร	ประธาน
(๒) นางสาวจรัสพัฒน์	แก้วสุวรรณ	รองประธาน
(๓) นางตะวัน	เมาท์บ	กรรมการ
(๔) นางเพ็ญภา	เมฆพัฒน์	กรรมการ
(๕) นางสาวสรวรรยา	พวงเงิน	กรรมการ
(๖) นายศักดิ์ชัย	คำวิชิต	กรรมการ
(๗) นายกิตติศักดิ์	เปล่งรัศมีจันทร์	กรรมการ
(๘) นายวิโรจน์	โพธิ์ชัย	กรรมการ
(๙) นางกฤษณา	ศรีจันทร์ดร	กรรมการ
(๑๐) ว่าที่ร้อยตรีหญิงชนิดา	คุ้มครอง	กรรมการและเลขานุการ
(๑๑) นางรัชรา	เอี่ยมธรรม	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๒) นางสาวกรทิพย์	อินทร์พรหม	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๓) นายณรายณ์	อินทร์ประเสริฐ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่ของ คณะกรรมการบริหารความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

๑. จัดโครงสร้างด้านสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยอย่างมีประสิทธิภาพ
๒. จัดระบบโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม สะดวกสบาย มีประสิทธิภาพ และปลอดภัยต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่และการให้บริการผู้ป่วย
๓. วางระบบและควบคุมกำกับกับการกำจัดของเสีย การกำจัดขยะ และระบบบำบัดน้ำเสีย ให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และชุมชน
๔. วางระบบสาธารณูปโภค เช่น ไฟฟ้า ประปา และควบคุมกำกับ ตลอดจนบำรุงรักษาให้สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๕. การจัดการด้านความปลอดภัยจัดทำระบบและควบคุมกำกับกับการป้องกันและลดความเสียหายจากการเกิดอัคคีภัยและภัยพิบัติ ส่งเสริมและพัฒนาให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจและการป้องกัน เพื่อความปลอดภัยในการทำงาน
๖. กำหนดนโยบายการบริหารจัดการเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ
๗. สร้างระบบวิศวกรรมการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ อุปกรณ์ การบำรุงรักษา และระบบตรวจสอบเพื่อให้มีประสิทธิภาพเตรียมพร้อมในการใช้งานตลอดเวลา
๘. การบริหารกิจกรรมและรับผิดชอบการรายงานข้อมูลคุณภาพรายงานการประเมินตนเอง (SA๒๐๑๑) ตอนที่ ๒ ข้อ II-๓ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย
๙. ควบคุมกำกับ วิเคราะห์ประเมินผล และรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานคุณภาพต่อที่มนำทุกเดือน

๙. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infections Control Committee-ICC) ประกอบด้วย

(๑) นางสาวศิริดา	จันทนาสุภาภรณ์	ประธาน
(๒) นางวศินีย์	แต่ประยูร	กรรมการ
(๓) นางสาวสุลักษณ์	ยศสมบัติ	กรรมการ
(๔) นางสาวปัทมา	พงษ์ธิกร	กรรมการ
(๕) นางจิตรวรรณ	เหลาทอง	กรรมการ
(๖) นางสุรรัตน์	พิพัฒน์บรรจง	กรรมการ
(๗) นายจิระ	ฉิมเกิด	กรรมการ
(๘) นางมนิดา	พักผ่อน	กรรมการ
(๙) นางสาวธิรณันต์	อาร์ักษ์พุทธรักษ์	กรรมการ
(๑๐) นางเพ็ญภา	เมฆพัฒน์	กรรมการ
(๑๑) นางสาวรังสิยา	เผงสระ	กรรมการ
(๑๒) นายนพดล	อาบสุวรรณ	กรรมการ
(๑๓) ว่าที่ร้อยตรีหญิงชนิดา	คุ้มครอง	กรรมการ
(๑๔) นางสาวจรัสพัฒน์	แก้วสวรรค์	กรรมการและเลขานุการ
(๑๕) นางสุณัฐนิช	หล่อทอง	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๖) นางสาวสร้อยญา	บุญมีรอด	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๗) นางอัจฉรา	แสงเขียว	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่ของ คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

๑. กำหนดนโยบาย แนวทางตามมาตรฐานการปฏิบัติ มาตรการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

๒. ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการดำเนินงานป้องกัน การควบคุม การเฝ้าระวังโรค การป้องกันและการสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อ

๓. ส่งเสริมพัฒนาและวางแผนการฝึกอบรม ให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

๔. จัดทำแผนงาน/โครงการการดำเนินงานพร้อมทั้งควบคุมกำกับให้มีการปฏิบัติตามนโยบายจนเกิดผล

๕. ดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล วินิจฉัย วิเคราะห์แปลผล สอบสวนโรค

๖. การบริหารกิจกรรมและรับผิดชอบการรายงานข้อมูลคุณภาพรายงานการประเมินตนเอง (SA๒๐๑๑) ตอนที่ ๒
ข้อ II-๔ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

๗. วิเคราะห์ประเมินผล และรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานคุณภาพต่อที่มนำทุกเดือน

๑๐. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee-PTC) ประกอบด้วย

(๑) นายบดีศร	เตชะจันทะ	ประธาน
(๒) นายทฤษฎ์	วงศ์ดารา	รองประธาน
(๓) นางสาวอิรณันต์	อาร์ักษ์พุทธรินทร์	กรรมการ
(๔) นางวศินีย์	แต่ประยูร	กรรมการ
(๕) นางสาวตา	โรจนพรพรณพงศ์	กรรมการ
(๖) นางสาวจรัสพัฒน์	แก้วสวรรค์	กรรมการ
(๗) นางสมโภชน์	เซ็นน้อย	กรรมการ
(๘) นายจุมพล	ม่่าทับ	กรรมการ
(๑๑) นางสาวฐาปนี	คงแก้ว	กรรมการ
(๑๒) นางสาวรังสียา	เผ่งสระ	กรรมการ
(๑๓) นายรวัด	เมธิศิริวัฒน์	กรรมการและเลขานุการ
(๑๔) นางสาวนสึษา	ทรงเรณู	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๕) นางสาวอัจฉริยา	ชุตีรัตน์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๖) นางสาวสุลักษณ์	ยสสมบัติ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๗) นางสาวปิยะรัตน์	กรุดเงิน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่ของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

- กำหนดนโยบาย วามมาตรการและแนวทางเกี่ยวกับการบริหารเวชภัณฑ์/เภสัชตำรับของโรงพยาบาล (Hospital Formulary) และมาตรฐานการใช้เวชภัณฑ์ในโรงพยาบาล
- การอนุมัติการเพิ่มและตัดรายชื่อเวชภัณฑ์ที่ใช้ในโรงพยาบาล
- การศึกษาและติดตามข้อมูลด้านเวชภัณฑ์และจัดทำเป็นเอกสารที่เป็นปัจจุบันตลอดเวลา
- การติดตามผลการใช้เวชภัณฑ์และแก้ปัญหาด้านเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล
- การบริหารและพัฒนางานเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล
- การพิจารณารับรองแผนการจัดซื้อ และ/หรือ รับรองการปรับแผนการจัดซื้อเวชภัณฑ์
- ควบคุมกำกับการบริหารเวชภัณฑ์ทั้งระบบ เพื่อลดการสูญเสีย และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการใช้ยา
- การบริหารกิจกรรมและรับผิดชอบการรายงานข้อมูลคุณภาพรายงานการประเมินตนเอง (SA๒๐๑๑) ตอนที่

๒ ข้อ II-๖ ระบบการจัดการด้านยา

- วิเคราะห์ประเมินผล และรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานคุณภาพต่อคณะกรรมการบริหาร/ที่มนำทุกเดือน

๑๑. คณะกรรมการ การวินิจฉัยทางการแพทย์ (Medical Diagnosis Committee -MDC) ประกอบด้วย

(๑) นายบดีศร	เตชะจันทะ	ประธาน
(๒) นางสาวศศิวิมล	อารมย์ดี	กรรมการ
(๓) นางเอมอร	อยู่คง	กรรมการ
(๔) นางสาวอัญญา	พุ่มคำ	กรรมการ
(๕) นางสุรรัตน์	พิพัฒน์บรรจง	กรรมการ
(๖) นางรุ่งทิพย์	ฉิมเกิด	กรรมการ
(๗) นางมานิดา	พักผ่อน	กรรมการ
(๘) นายอรุณชัย	ชี้นิม	กรรมการและเลขานุการ

หน้าที่ของคณะกรรมการ การวินิจฉัยทางการแพทย์

๑. กำหนดนโยบาย วางมาตรการและแนวทางเกี่ยวกับการจัดระบบบริการ การวินิจฉัยทางการแพทย์ ให้ครอบคลุมขอบเขตการบริการของหน่วยงาน

๒. บริหารคุณภาพการจัดบริการ การตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการรักษาพยาบาล ให้เกิดความปลอดภัย ทั้งผู้รับบริการ โดยการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจ ก่อนเข้ารับบริการ การเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย ผลที่ไม่พึงประสงค์ และผู้ให้บริการทุกระดับโดยส่งมอบผลวิเคราะห์ที่มีความถูกต้อง เชื่อถือได้ ได้รับการสอบสวน และใช้น้ำยา เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์ที่เป็นไปตามข้อกำหนดและเหมาะสมกับการใช้งาน

๓. ควบคุมกำกับกับการบริหารเวชภัณฑ์/วัสดุ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการวินิจฉัยทางการแพทย์ทั้งระบบ เพื่อลดการสูญเสีย และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการจัดบริการ

๔. ควบคุม กำกับและวางระบบคุณภาพเพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ โดยขอรับการประเมินจากหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง

๕. การบริหารกิจกรรมและรับผิดชอบการรายงานข้อมูลคุณภาพรายงานการประเมินตนเอง (SA๒๐๑๑) ตอนที่ ๒ ข้อ II-๗ ระบบการตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัย และบริการที่เกี่ยวข้อง

๖. วิเคราะห์ประเมินผล และรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานคุณภาพต่อคณะกรรมการบริหาร/ที่นำทุกเดือน

๑๒. คณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Hospital Committee -HPH)

(๑) นางสาวศิริดา	จินทนาสุภาภรณ์	ประธาน
(๒) นางสาวนพมาศ	วิวัชรโกเศศ	รองประธาน
(๓) นายเรวัต	เมธีศิริวัฒน์	กรรมการ
(๔) นางศินี	แต่ประยูร	กรรมการ
(๕) นางสาวปัทมา	พงษ์ธิกร	กรรมการ
(๖) นางสาวเอมอร	อยู่คง	กรรมการ
(๗) นางสาวจรัสพัฒน์	แก้วสวรรค์	กรรมการ
(๘) นางนันทพร	นิยมพลานีก	กรรมการ
(๑๑) นางสาวณัฐกฤตา	ชื่นสมบัติ	กรรมการ
(๑๒) นางสมโภชน์	เซ็นน้อย	กรรมการและเลขานุการ
(๑๓) นางเพ็ญภา	เมฆพัฒน์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๔) นางรยา	พานเที่ยง	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๕) นางสาวธรรมทัฬหี	บุญช่วย	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๖) นางสาวสุกัญญา	แสงตะคร้อ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๗) ว่าที่ร้อยตรีหญิงชนิดา	คุ้มครอง	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

๑. จัดทำแผนงานที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกับมาตรฐานการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ให้ครอบคลุมกลุ่มเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

๒. ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานมีกิจกรรมการส่งเสริมคุณภาพในกลุ่มเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติ

๓. ดูแลและส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีสุขภาพที่ดี ทั้ง กายและใจ

๔. เชื่อมโยงกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษาผู้ป่วยในชุมชนกับคณะกรรมการพัฒนาระดับคลินิก (PCT)

๕. การบริหารกิจกรรมและรับผิดชอบการรวบรวมรายงานข้อมูลคุณภาพรายงานการประเมินตนเอง (SA๒๐๑๑)

ตอนที่ ๒ หัวข้อ II-๘ การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ, II-๙ การทำงานกับชุมชน, ตอนที่ ๓ หัวข้อ III-๕ การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว(ร่วมกับทีม PCT), III-๖ การดูแลต่อเนื่อง (ร่วมกับทีม PCT)

๖. ควบคุมกำกับ วิเคราะห์ประเมินผล และรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานคุณภาพต่อคณะกรรมการบริหาร/ทีมนำทุกเดือน

๑๓. ทีมพัฒนาคุณภาพระดับหน่วยงาน(Unit Team) หัวหน้าประกอบด้วย

(๑) งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	นางศุภาลักษณ์	ชินนัม
(๒) งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช	นางสายตา	โรจนพรหมพงศ์
(๓) งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	นางสาวจริยา	เชียวผิ้ง
(๔) งานการพยาบาลผู้คลอด	นางเบญจา	จึงสมเจตไพศาล
(๕) งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล	นางสุนันฐนิช	หล่อทอง
(๖) งานพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลาง	นางสาวจรัสพัฒน์	แก้วสวรรค์
(๗) งานซักฟอก	นางสาวจรัสพัฒน์	แก้วสวรรค์
(๘) งานทันตกรรม	นายพีรฉัตร	มารศรี
(๙) งานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค	นายเรวัต	เมธิศิริวัฒน์
(๑๐) งานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	นางสาวฐาปณีย์	คงแก้ว
(๑๑) งานรังสีวิทยา	นายอรุณชัย	ชินนัม
(๑๒) งานเทคนิคการแพทย์	นางสาวอัญญา	พุ่มคำ
(๑๓) งานเวชกรรมฟื้นฟู	นางสาวสรวรรยา	พวงเงิน
(๑๔) งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม	นางสมโภชน์	เซ็นน้อย
(๑๕) งานการเงินและการบัญชี	นางสุนันทา	เขจรนันท์
(๑๖) งานพัสดุ ก่อสร้าง การซ่อมบำรุง	นางกฤษณา	ศรีจันทร์ดร
(๑๗) งานธุรการ และการพัฒนานุเคราะห์	นางณณมล	อินทร์ประเสริฐ
(๑๘) งานการเจ้าหน้าที่ และการบริหารยานพาหนะ	นางสาวสิริลักษณ์	จันทดิษฐ์
(๑๙) งานโภชนศาสตร์	นางสาวสาวิณี	เถกิงสรคันถ์
(๒๐) งานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์	นายจุมพล	เม่าทับ
(๒๑) ศูนย์คอมพิวเตอร์	นายกิตติศักดิ์	เปล่งรัศมีจันทร์
(๒๒) ศูนย์อีเอ็มเทคโนโลยี	ว่าที่ร้อยตรีชนิดา	คุ้มครอง

หน้าที่ของทีมพัฒนาคุณภาพระดับหน่วยงาน

- (๑) ออกแบบ วางระบบการพัฒนาคุณภาพและจัดทำแบบประเมินตนเอง(Service Profile)ในหน่วยงานที่ตนเองรับผิดชอบ
- (๒) ปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องในทุกมาตรฐาน
- (๓) ส่งเสริมและกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ รวมตลอดถึงสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานถึงการดำเนินงานคุณภาพ
- (๔) ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินการค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานตนเองเพื่อนำไปสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพในแต่ละหน่วยงาน
- (๕) ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI)
- (๖) สรุปและแจ้งผลงานความก้าวหน้าของผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานตนเองให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบเป็นประจำทุกเดือน
- (๗) สรุป/ปรับปรุงแบบประเมินตนเอง(Service profile)และจัดส่งข้อมูลให้ศูนย์คุณภาพปีละ ๒ ครั้ง หรือตามที่ศูนย์คุณภาพร้องขอ

๑๔. ศูนย์พัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Center) ประกอบด้วย

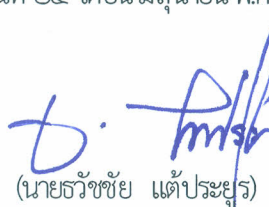
(๑) นายจุมพล	เม่าทับ	หัวหน้าศูนย์คุณภาพ
(๒) นางวศินี	แต่ประยูร	สมาชิก
(๓) นางสาวปิตตา	พงษ์ธิกร	สมาชิก
(๔) นายหฤช	วงษ์ดารา	สมาชิก
(๕) นายพีรฉัตร	มารศรี	สมาชิก
(๖) นายเรวัต	เมธีศิริวัฒน์	สมาชิก
(๗) นางเพ็ญภา	เมฆพัฒน์	สมาชิก
(๘) นางศุภาลักษณ์	ชื่นน้อม	สมาชิก
(๙) นางสาวจริยา	เจียผึ้ง	สมาชิก
(๑๐) นางสาวตา	โรจนพรรณพงศ์	สมาชิกและเลขานุการ
(๑๑) นางสาวมนสิชา	ทรงเรณู	สมาชิกและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๒) นางสาวจรัสพัฒน์	แก้วสวรรค์	สมาชิกและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่ของศูนย์พัฒนาคุณภาพ

๑. เป็นศูนย์รวบรวมข้อมูลคุณภาพของโรงพยาบาล
๒. เป็นศูนย์ประสานงานกับหน่วยงานคุณภาพต่าง ๆ ทั้งภายนอกและภายในโรงพยาบาลในการประสานงานระหว่าง ทีม/คณะกรรมการ/หน่วยงาน เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง
๓. วางแผน/จัดทำแผน การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่าง ๆ
๔. ตรวจสอบการพัฒนากุณภาพในโรงพยาบาลเพื่อหาโอกาสพัฒนา ให้ความช่วยเหลือ ทีม/คณะกรรมการ/หน่วยงานที่ได้รับมอบหมายในด้านกระบวนการกลุ่ม และเทคนิคการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้ คณะกรรมการ/หน่วยงานสามารถ แก้ปัญหาและตัดสินใจได้
๕. กิจกรรมการเยี่ยม/ตามรอยคุณภาพ
 - ๕.๑ จัดทำแผนการเยี่ยม/ตามรอยคุณภาพหน่วยงานต่าง ๆ
 - ๕.๒ ดำเนินการเยี่ยม/ตามรอยคุณภาพตามแผนงานที่กำหนด
 - ๕.๓ รายงานผลการเยี่ยม/ตามรอยคุณภาพและแจ้งโอกาสพัฒนาความก้าวหน้าให้ทีมนำทราบทุกครั้ง
 - ๕.๔ ติดตามผลการดำเนินการจากแบบรายงานโอกาสพัฒนาของหน่วยงานต่าง ๆ
๖. การบริหารกิจกรรมและรับผิดชอบการรวบรวมรายงานข้อมูลคุณภาพรายงานการประเมินตนเอง (SA๒๐๑๑) ทั้ง ๔ ตอน เพื่อรายงานต่อหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง
๗. ควบคุม กำกับ ติดตามตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล
๘. ประชุมสรุปผลการดำเนินกิจกรรมคุณภาพและกำหนดแนวทางการพัฒนา และรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพต่อทีมนำทุกเดือน

ให้คณะกรรมการและผู้ได้รับการแต่งตั้งปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวด้วยความวิริยะอุตสาหะ ร่วมกันพัฒนาจากงานประจำสู่งานคุณภาพ ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑


(นายวิชาชัย แต่ประยูร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดสิงห์