



คำสั่งโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

ที่ .....๑๐๔..... /๒๕๖๒

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

ด้วย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ที่เกิดจากการบูรณาการร่วมกันระหว่างด้านที่ ๑ ระบบการจัดการคุณภาพในโรงพยาบาล ด้านที่ ๒ ระบบงานอาคารและสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล ด้านที่ ๓ ระบบงานความปลอดภัยในโรงพยาบาล ด้านที่ ๔ ระบบงานสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ด้านที่ ๕ ระบบงานสื่อสารในโรงพยาบาล ด้านที่ ๖ ระบบงานเครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาล ด้านที่ ๗ ระบบงานสุขศึกษา อย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมคุ้มครองผู้บริโภคในระบบบริการสุขภาพ อันเป็นการเอื้อให้เกิดความปลอดภัยและผาสุกของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ชุมชนและสิ่งแวดล้อมต่อไป

ดังนั้น เพื่อให้การพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องจนบรรลุเป้าหมายขององค์กร จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

คณะที่ ๑ คณะทำงานระบบการจัดการคุณภาพในโรงพยาบาล (Quality Steering Team/ Hospital Lead Team: LED) ประกอบด้วย

๑.นายสมยศ	พนธาร่า	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ	ประธานกรรมการ
๒.นางบุศบา	ใจดี	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๓.น.ส.ปราณี	เกิดผล	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	กรรมการ
๔.น.ส.บุษบา	ประสมผล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕.นายศิลา	หลิมเจริญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๖.นางวิลาสินี	ไชยมาก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗.น.ส.พิมลฉัตร	พฤกษ์เจริญ	ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๘.น.ส.วรรณพร	อิมผ่อง	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๙.น.ส.เตชินี	ชาวไชย	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๑๐.นายสุรชาติ	ใจสุทธิ	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๑.น.ส.นฤมล	สง่าอารีย์กุล	นายแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๒.น.ส.แพรวพราว	สุขยีนนานยิ่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๑๓.นายศักดิ์รินทร์	หลิมเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะกรรมการดังกล่าวข้างต้น มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

- กำหนดนโยบายการพัฒนาตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพและมาตรฐานอื่นที่เกี่ยวข้อง

๒. แต่งตั้งคณะกรรมการครอบคลุมกับมาตรฐานระบบบริการสุขภาพและมาตรฐานอื่นที่เกี่ยวข้อง
๓. สนับสนุน ควบคุมกำกับการทำงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่องค์กรกำหนดไว้
๔. ติดตาม รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลการจัดการคุณภาพในโรงพยาบาล
๕. ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางการดำเนินงานที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่คณะกรรมการในโรงพยาบาล

คณะที่ ๒ คณะกรรมการที่ยุทธศาสตร์ (Strategic Management Officer : STG) ประกอบด้วย

๑.นายสมยศ	พนธารุ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ	ประธานกรรมการ
๒.นางบุศบา	ใจดี	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๓.น.ส.ปราณี	เกิดผล	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	กรรมการ
๔.น.ส.บุษบา	ประสมผล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕.น.ส.แพรวพราว	สุยีนนานยัง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
๖.นายศิลา	หลิมเจริญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๗.นายศักดิ์รินทร์	หลิมเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะกรรมการดังกล่าวข้างต้น มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. ประสานงานทีมชั้นนำเพื่อจัดทำกลยุทธ์ขององค์กร
๒. พัฒนาและกำกับกระบวนการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่มีความเชื่อมโยงกับกลยุทธ์ขององค์กร
๓. แปลงกลยุทธ์จากระดับองค์กรไปสู่ระดับหน่วยงานต่าง ๆ (Alignment)
๔. กระตุ้นและสร้างกลไกให้หน่วยงานต่าง ๆ ปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์
๕. พัฒนาระบบติดตามและตรวจสอบการดำเนินงานตามกลยุทธ์ขององค์กร และหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งทำหน้าที่ในการติดตามการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ด้วย
๖. เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนและทบทวนกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับสถานะแวดล้อมที่เปลี่ยนไป (Strategic Change)
๗. ทบทวนผลการดำเนินงานขององค์กรอย่างสม่ำเสมอ

คณะที่ ๓ คณะกรรมการวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ (Measurement, Analysis and Knowledge Management: MAK) ประกอบด้วย

๑.นายสมยศ	พนธารุ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ	ประธานกรรมการ
๒.นายศิลา	หลิมเจริญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๓.นายศักดิ์รินทร์	หลิมเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๔.นายสุรชาติ	ใจสุทธิ	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๕.น.ส.ภาณุมาศ	ชำนาญชุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๖.น.ส.มนชยา	วิเวโก	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	กรรมการ
๗.นายเมธี	เบ็ญจวรรณ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	กรรมการและเลขานุการ
๘.น.ส.ชฎารัตน์	วรรณภักดี	เจ้าพนักงานเครื่องคอมพิวเตอร์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะทำงานดังกล่าวข้างต้น มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดกลยุทธ์ และกำกับดูแลความก้าวหน้าของงานพัฒนาระบบสารสนเทศให้เป็นไปตามนโยบายของโรงพยาบาลและให้องค์กรมีข้อมูล สารสนเทศ ซอฟต์แวร์ และฮาร์ดแวร์ ที่จำเป็น มีคุณภาพ และพร้อมใช้งาน สำหรับบุคลากร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

๒. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ทีมและหน่วยงานเข้าใจและสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลสารสนเทศ รวมทั้งการใช้นวัตกรรมสารสนเทศเพื่อพัฒนาระบบงานเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร

๓. ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการใช้นวัตกรรมสารสนเทศ ในการรวบรวม/ถ่ายทอด/แลกเปลี่ยน ความรู้ของบุคลากรรวมทั้งการนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาใช้และวิธีการปฏิบัติที่ดีเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

๔. กำกับดูแลระบบความปลอดภัยสารสนเทศและการเข้าถึงข้อมูล ให้เป็นไปตามนโยบายของโรงพยาบาลและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๕. ทบทวนและประเมินประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศ และระบบเวชระเบียน อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และนำผลมาพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

๖. คณะกรรมการต้องมีการประชุมตามความเหมาะสมอย่างน้อยทุก ๓ เดือน และจัดทำรายงานผล ความคืบหน้าเสนอทุก ๓ เดือน ต่อคณะกรรมการที่มิชชั่นนำของโรงพยาบาล

คณะที่ ๔ คณะกรรมการด้านกำลังคน (HRD/WKF) ประกอบด้วย

๑.นายสมยศ	พนธารา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ	ประธานกรรมการ
๒.น.ส.บุษบา	ประสมผล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๓.นายศิลา	หลิมเจริญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	
๔.นายศักดิ์รินทร์	หลิมเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
๕.น.ส.เตชินี	ชาวไชย	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญาน	
๖.น.ส.แพรวพราว	สุขยืนนานยิ่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
๗.น.ส.ปราณี	เกิดผล	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๘.น.ส.พิมลฉัตร	พฤษเจริญ	ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๙.นางบุศบา	ใจดี	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาล วิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะทำงานดังกล่าวข้างต้น มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดกลยุทธ์และนโยบายในการบริหารทรัพยากรบุคคลให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล รวมถึงการจัดการอัตรากำลังและขีดความสามารถของบุคลากรที่ต้องมีทั้งระยะสั้นและระยะยาว

๒. กำกับดูแลให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมขององค์กร

๓. ส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรมีการสร้างความผูกพันกับบุคลากร ให้แพทย์ พยาบาลและพนักงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร และมีความสุขในการทำงาน

๔. กำกับดูแลให้เกิดพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ

๕. กำหนดนโยบายโครงสร้างค่าตอบแทนและสวัสดิการอย่างเหมาะสม

- ๖. กำกับดูแลให้มีมาตรฐานการประเมินผลงานพนักงานและมีการประเมินผลอย่างเป็นธรรม
- ๗. กำหนดนโยบายในการจัดสรรอัตรากำลังอย่างเหมาะสม
- ๘. กำกับดูแลให้เกิดการพัฒนาบุคลากรและการวางแผนการเติบโตในตำแหน่งหน้าที่ (Career path) อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง รวมทั้งการพัฒนาผู้นำอย่างเป็นระบบเพื่อสร้างผู้นำที่สามารถสร้างผลงานที่ดี
- ๙. สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพของพนักงานอย่างเป็นรูปธรรม
- ๑๐. สนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับการทำงานของโรงพยาบาล
- ๑๑. ทบทวนและประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และนำผลมาพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง
- ๑๒. คณะกรรมการฯ ต้องมีการประชุมตามความเหมาะสมอย่างน้อยทุก ๓ เดือน และจัดทำรายงานผลความคืบหน้าเสนอทุก ๓ เดือน ต่อคณะกรรมการที่มิชชั่นนำของโรงพยาบาล

คณะที่ ๕ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Committee: RMC)  
ประกอบด้วย

๑.นายสมยศ	พนธารุ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ	ประธานกรรมการ
๒.นางสมพิศ	วชิราภิวังษ์	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	กรรมการ
๓.นางประไพ	เกตุสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๔.น.ส.มณฑิตา	ชะอุ่มผา	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ
๕.น.ส.พันผกา	สีหะพรหม	นักวิชาการการเงินและบัญชี	กรรมการ
๖.น.ส.วรัท	สุขศิลป์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗.น.ส.ปวีณา	นิลพรมมา	แพทย์แผนไทย	กรรมการ
๘.นายศิลา	หลิมเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๙.น.ส.มนชยา	วิเวโก	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการ
๑๐.น.ส.ชลวรรณ	เถื่อนวิถิ	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๑.นางละมุล	ลำพล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะทำงานดังกล่าวข้างต้น มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

- ๑. กำหนดนโยบาย เป้าหมาย กลยุทธ์ ระบบบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัย ระบบการจัดการด้านยา ระบบเวชระเบียนอย่างเหมาะสม และสื่อสารให้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับให้มีการปฏิบัติอย่างทั่วถึง กำกับดูแลให้มีระบบบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัย ระบบการจัดการด้านยา ระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน
- ๒. กำหนดแนวทางในการค้นหาและรายงานอุบัติการณ์เชิงรุก จัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง กระตุ้นและติดตามให้มีการนำข้อมูลอุบัติการณ์ ความเสี่ยง คำร้องเรียนมาวิเคราะห์และนำไปใช้ประโยชน์
- ๓. กำหนดระบบการติดตาม เฝ้าระวัง รายงานความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา และนำมาทบทวน วิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดความคลาดเคลื่อน เพื่อร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในการวางระบบการป้องกันการเกิดซ้ำ

๔. ทบทวนความเสี่ยงที่สำคัญจากระบบงานต่างๆ ทบทวนระบบการจัดการด้านยา ระบบเวชระเบียนเพื่อประเมินประสิทธิภาพระบบ และติดตามกำกับดูแลให้มีการแก้ไขปรับปรุงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ

๕. สนับสนุน ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัย เกิดความตระหนักในการบริหารความเสี่ยงอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

๖. สนับสนุนให้เกิดการปรับปรุงระบบงาน เพื่อลดและป้องกันความเสี่ยง

๗. คณะกรรมการฯ ต้องมีการประชุมตามความเหมาะสมอย่างน้อยทุก ๓ เดือน และจัดทำรายงานผลความคืบหน้าเสนอทุก ๓ เดือน ต่อคณะกรรมการที่มิชชั่นของโรงพยาบาล

คณะที่ ๖ คณะกรรมการคณะกรรมการองค์กรแพทย์ (Medical Staff Organization: MSO)  
ประกอบด้วย

๑. นายสมยศ	พนธารุ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ	ประธานกรรมการ
๒. น.ส. พิมลฉัตร	พฤษเจริญ	ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๓. น.ส. ประจงจิตร	ศุภวรรณ	ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๔. น.ส. ณิชฎฐิธยาน์	ลิ้มเจริญ	ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๕. นายเจริญศักดิ์	ศุปตะวาณิช	นายแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๖. น.ส. นฤมล	สง่าอารีย์กุล	นายแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะทำงานดังกล่าวข้างต้น มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. บริหารองค์กรแพทย์ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

๒. กำหนดระเบียบวาระต่างๆขององค์กรแพทย์ โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ ทั้งนี้โดยไม่ขัดต่อพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม ข้อบังคับแพทยสภา ข้อบังคับทันตแพทยสภา พ.ร.บ.วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และกฎระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข

๓. รวบรวมพิจารณาคัดกรอง ปัญหาการปฏิบัติงาน สวัสดิการของสมาชิกองค์กรแพทย์ เพื่อดำเนินการแก้ไข หรือนำเสนอ ผู้บริหารโรงพยาบาลหรือนำเข้าสู่ที่ประชุมแพทย์ เพื่อขอความคิดเห็น และ/หรือ ขอมติ

๔. มีหน้าที่แต่งตั้งคณะกรรมการที่จำเป็น คือ คณะอนุกรรมการจริยธรรม คณะอนุกรรมการเลือกสรร และคณะทำงานเฉพาะกิจอื่นๆ ตามความเหมาะสม

๕. ประธานคณะกรรมการองค์กรแพทย์หรือตัวแทน ต้องเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏทุกครั้ง

๖. กำหนดนโยบายและมาตรฐานการปฏิบัติงาน และกำกับดูแล เพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เป็นไปตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพรวมถึงการทบทวน แก้ไข กฎกติกา และธรรมนูญองค์กรแพทย์

๗. กำหนดนโยบายในการดูแลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างมีมาตรฐาน และค่าใช้จ่ายที่เป็นธรรม

๘. ให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะ กับทีมผู้บริหารของโรงพยาบาล และทีมแพทย์ เกี่ยวกับการดำเนินนโยบายและภารกิจสำคัญ

๙. เป็นสื่อกลางในการประสานงานกับแพทย์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาการบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการติดตามกำกับดูแลและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย คุณภาพเวชระเบียน การส่งเสริมสุขภาพ การใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ รวมถึงการเคารพสิทธิผู้ป่วย ให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ

๑๐. เป็นสื่อกลางในการประสานงานกับองค์กรวิชาชีพภายในโรงพยาบาลฯ หน่วยงาน และสมาชิกเพื่อให้เกิดการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน รวมถึงการใช้ยา การควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพคุณภาพและความปลอดภัย สนับสนุนให้แพทย์ได้มีโอกาสเรียนรู้อุทิศตน นวัตกรรมใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการแก่ผู้รับบริการของโรงพยาบาลฯ

คณะที่ ๗ คณะกรรมการองค์กรพยาบาล (Nurse Staff Organization : NSO) ประกอบด้วย

๑.นางบุศบา	ใจดี	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	ประธานกรรมการ
๒.นางจินตนา	สงเคราะห์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๓.นางเทวี	พัฒนาผล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๔.น.ส.แพรวพราว	สุขยืนนานยิ่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕.นางวิลาสินี	ไชยมาก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๖.น.ส.วรัท	สุขศิลป์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗.นางสิริก	วงศ์สำราญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๘.นางละมุล	ล้ำพล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะทำงานดังกล่าวข้างต้น มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบาย เป้าหมาย ในการกำกับดูแลมาตรฐาน/จริยธรรมของกลุ่มการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล การตัดสินใจทางคลินิก การเคารพสิทธิผู้ป่วย การจัดการความรู้และวิจัย รวมถึงการทบทวน แก้ไข คู่มือวิชาชีพพยาบาล

๒. กำกับดูแลให้กลุ่มการพยาบาล เพื่อให้เกิดการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน รวมถึงการใช้ยา การควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย

๓. กำหนดระบบบริหารการพยาบาล เพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะมีบุคลากรทางการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ และปริมาณเพียงพอ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

๔. กำหนดระบบการนิเทศทางการพยาบาล ที่ส่งเสริม สนับสนุนให้พยาบาล ให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลที่ทันสมัย มีการติดตาม ประเมินผลอย่างเป็นระบบ โดย

๔.๑ พัฒนาศักยภาพและความรู้วิชาชีพของบุคลากรทุกระดับ

๔.๒ ทบทวนผลการดูแลผู้ป่วย และรายงานอุบัติการณ์ เพื่อดำเนินการปรับปรุงพัฒนาระบบการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำ และเพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

๔.๓ สนับสนุนให้มีการทำงานเป็นทีมทั้งในองค์กรและระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

๕. ทบทวนและประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารองค์กรพยาบาล อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และ นำผลมาพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

๖. คณะกรรมการฯ ต้องมีการประชุมตามความเหมาะสมอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง และจัดทำ รายงานผลความ คืบหน้าเสนอทุก ๓ เดือน ต่อคณะกรรมการบริหารคุณภาพของโรงพยาบาล

คณะที่ ๘ คณะกรรมการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient Care Team: PCT) ประกอบด้วย

๑. นายเจริญศักดิ์	ศุภตะวานิช	นายแพทย์ปฏิบัติการ	ประธานกรรมการ
๒. น.ส.บุษบา	ประสมผล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๓. น.ส.พิมลฉัตร	พฤษเจริญ	ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๔. น.ส.เสาวณีย์	สาสนอ่ำ	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการ
๕. น.ส.สุรภา	พวงเพ็ญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางจินตนา	สงเคราะห์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางอรวรรณ	กुरुเมสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๘. น.ส.เตชินี	ชาวไชย	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๙. น.ส.สิริวรรณ	ธรรมคงทอง	นักกายภาพบำบัด	กรรมการ
๑๐. นางนุสรุา	กิจพิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๑๑. น.ส.กรรณิการ์	ตั๋ยมิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๒. น.ส.วรัท	สุขศิลป์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะทำงานดังกล่าวข้างต้น มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายในการสร้างแนวทางการดูแลรักษาร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ด้านการดูแลรักษาทางคลินิกที่ดี โดยสอดคล้องกับนโยบาย และทิศทางขององค์กร

๒. ค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิก และแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันความเสี่ยงทางคลินิก

๓. ติดตามความก้าวหน้าในการนำ CPG/ Tracer/ แนวทางการดูแลรักษา ไปทดลองใช้ และ ประเมินผลเพื่อปรับปรุง

๔. กำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพให้ครอบคลุมความเสี่ยงทางคลินิก คุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยและ ด้านบริการ ติดตาม และเผื่อระวังผลลัพธ์ และมีการทบทวนผลลัพธ์ของเครื่องชี้วัดทุกเดือน

๕. จัดให้มีกิจกรรมทบทวนทางคลินิก ได้แก่ การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย ทบทวนการส่งต่อ / ปฏิเสธการรักษา และการทบทวนจากการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ อย่างสม่ำเสมอ และนำผลที่ได้ไป ปรับปรุง และประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย

๖. ทบทวนและประเมินประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วย และนำผลมาพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

๗. คณะกรรมการฯ ต้องมีการประชุมตามความเหมาะสมอย่างน้อยทุก ๓ เดือน และรายงานผล ภาพรวมการดูแลผู้ป่วยต่อคณะกรรมการที่มิชชั่นของโรงพยาบาล

คณะที่ ๙ คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infectious Control : IC)  
ประกอบด้วย

๑.น.ส.นฤมล	สง่าอารีย์กุล	นายแพทย์ปฏิบัติการ	ประธานกรรมการ
๒.น.ส.แพรวพรรณ	สตัยสาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๓.นายสุรชาติ	ใจสุทธิ	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการ
๔.น.ส.หทัยรัตน์	ถนอมพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕.น.ส.สิรินาถ	เชื้อสาย	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ
๖.นางรวิวรรณ	ยินดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗.นางทับทิม	สุขศิลป์	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	กรรมการ
๘.นางพัศฎญา	เพโร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๙.นางเทวี	พัฒนาผล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๑๐.น.ส.ประจจิตร	ศุวรรณ	ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๑.น.ส.จุไรรัตน์	แพทย์รังษี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะทำงานดังกล่าวข้างต้น มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ และมาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้เหมาะสมกับขนาดของโรงพยาบาล บริการที่จัด และผู้ป่วยที่รับบริการ

๒. กำหนดระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย บุคลากร และสิ่งแวดล้อม

๓. จัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อตามมาตรฐาน

๔. รับผิดชอบในการจัดให้มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการล้างมือ การทำความสะอาด และการแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน

๕. กำหนดระบบการจัดการกับสถานการณ์ที่มีการระบาดของเชื้อในโรงพยาบาล ในการสอบสวน และกำหนดมาตรการควบคุมเฉพาะรายที่เหมาะสม

๖. จัดอบรม ICWN และบุคลากรทุกระดับ ให้ได้รับอบรมความรู้อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความเสี่ยงของการติดเชื้อ นโยบายขององค์กร และบทบาทของบุคลากรในการป้องกันการติดเชื้อ ระบบการให้ข้อมูล และเสริมพลังแก่ครอบครัว/ชุมชน ในเรื่องวิธีการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน

๗. ติดตามข้อมูลตัวชี้วัด รายงานความเสี่ยง ค้นหาการระบาด และแนวโน้มของการติดเชื้อในเชิงรุก รวมทั้งการติดตามการใช้ยาต้านจุลชีพ และความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

๘. ทบทวนและประเมินประสิทธิภาพของระบบการค้นหา เฝ้าระวัง และควบคุมการติดเชื้อ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และนำผลมาพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

๙. คณะกรรมการฯ ต้องมีการประชุมตามความเหมาะสมอย่างน้อยทุก ๓ เดือน และจัดทำรายงานผลความ คืบหน้าเสนอทุก ๓ เดือน ต่อคณะกรรมการที่ขึ้นนำของโรงพยาบาล



คณะที่ ๑๐ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC/ MMS) ประกอบด้วย

๑.นายสมยศ	พนธารุ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ	ประธานกรรมการ
๒.นางสิริกร	วงศ์สำราญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๓.นางละมุล	ลำพล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๔.นางทับทิม	สุขศิลป์	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	กรรมการ
๕.น.ส.วรรณพร	อิมผ่อง	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๖.น.ส.พิรุณ	ชอบชน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะทำงานดังกล่าวข้างต้น มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายเป้าหมายของระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันความผิดพลาด/คลาดเคลื่อน ป้องกันการใช้ยาที่มีอันตรายรุนแรงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รวมถึงแนวทางและแผนงานเกี่ยวกับการบริหารยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา

๒. กำหนดมาตรการและแนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยาในเรื่อง

a. พิจารณาจัดทำและปรับปรุงรายการยาเวชภัณฑ์มีใช้ยาและวัสดุการแพทย์ในโรงพยาบาลและรพ.สต.โดยพิจารณาคัดเลือก เพิ่มยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยาเข้าหรือคัดยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยาออกจากบัญชีของโรงพยาบาลและ รพ.สต. เพื่อให้มียาและเวชภัณฑ์มีใช้ยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยที่สุดและเป็นไปตามหลักเกณฑ์ระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

b. แก้ไขปัญหาการใช้ยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยาซ้ำซ้อนกันโดยไม่จำเป็น ในกรณีที่สามารถใช้ทดแทนกันได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยควบคุมการเพิ่มของรายการยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยาในโรงพยาบาล และจำกัดจำนวนรายการยาที่มีชื่อสามัญเดียวกันหรือยาที่มีฤทธิ์ใกล้เคียง/ คล้ายคลึงกัน

c. วางหลักเกณฑ์ในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับยา เช่น การใช้ตัวย่อ การใช้ชื่อสามัญทางยา ระบบหยุดยาอัตโนมัติ ยาที่ดูคล้ายกันหรือชื่อเรียกคล้ายกัน

d. กำหนดมาตรการความปลอดภัยสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูง รวมทั้งมีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการขอใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาเมื่อจำเป็น

e. ทบทวนและกำหนดระบบการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง ตั้งแต่การจัดการ เก็บรักษา ส่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม จ่ายยา ติดตามกำกับดูแล รวมทั้งประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้อง

f. กำหนดระบบการติดตาม เฝ้าระวัง รายงานความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ทบทวนปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาซ้ำ

g. วิเคราะห์แนวโน้มการใช้ยาทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ

๓. ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พัฒนามาตรการและขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ดังนี้

h. ส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

i. พัฒนาฉลากยาและฉลากยาให้มีชื่อภาษาไทย ขนาดยา วิธีใช้ ข้อควรระวัง และข้อบ่งใช้

j. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (Responsible Use of Antibiotics : RUA) ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ และในสตรีคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด

k. ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCD) ได้แก่ ภาวะความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคข้อเสื่อมและโรคข้ออักเสบเกาต์ โรคไตวายเรื้อรัง โรคหอบหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

l. พัฒนาการดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยกลุ่มพิเศษที่มีความเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ สตรีตั้งครรภ์ สตรีให้นมบุตร ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยโรคตับ และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากยา และในผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์/ ยาต้านวัณโรค

m. สร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้รับบริการต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

๔. ส่งเสริมจริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและส่งเสริมการขาย และจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา

๕. กำหนดให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการจัดหายาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา

๖. พิจารณาและรับรองแผนการจัดซื้อจัดหายาและเวชภัณฑ์มีใช้ยาประจำปี

๗. ควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมิน การบริหารยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยาให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ กำหนดแนวทางในการประสานงานการสนับสนุนด้านยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา ทั้งภายในและภายนอกสถานบริการให้สอดคล้องกับนโยบายของคณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์ระดับจังหวัด

๘. กำหนดแนวทางการให้ความรู้ด้านการบริหารเวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งในสถานบริการและสถานบริการสาธารณสุขระดับเครือข่าย

๙. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนได้รับ และร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแล เพื่อเป้าหมายความถูกต้อง ประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยา

๑๐. พิจารณาทบทวนและประเมินประสิทธิภาพของระบบการจัดการด้านยา ปฏิบัติการที่เป็นผลเสียที่เกิดขึ้นภายหลังการใช้ยา และกำหนดแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวพัฒนาระบบยาเพื่อให้เกิดการประสาน เชื่อมโยงของระบบอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละวิชาชีพอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๑๑. คณะกรรมการฯ ต้องมีการประชุมตามความเหมาะสมอย่างน้อยทุก ๓ เดือนและจัดทำรายงานผลความคืบหน้าเสนอทุก ๓ เดือนต่อคณะกรรมการที่มชี้นำของโรงพยาบาล

๑๒. เรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา

คณะที่ ๑๑ คณะกรรมการโครงสร้าง สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (ENV) ประกอบด้วย

๑. น.ส. นฤมล	สง่าอารีย์กุล	นายแพทย์ปฏิบัติการ	ประธานกรรมการ
๒. น.ส. พิมลฉัตร	พฤกษ์เจริญ	ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๓. นาย โชติวิติ	ไทยกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๔. น.ส. อภา	โตวงษ์	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ
๕. พ.จ.ท. เสกสรรค์	ทองสุขโชติ	เจ้าพนักงานพัสดุชำนาญงาน	กรรมการ
๖. นาง วิมลรัตน์	โอภาสี	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	กรรมการ
๗. น.ส. พิวารวรรณ	แสงสง่า	นักวิชาการสาธารณสุข	กรรมการ
๘. นายถาวร	ศรีทอง	พนักงานบริการ	กรรมการ
๙. นางพัตสุญา	เพ็ไร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ

๑๐.น.ส.ศรุตยา	มุตยารมย์	จพง.เภสัชกรรมชำนาญงาน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๑.น.ส.ทิพนภา	อภิรักษ์ตระกูล	เจ้าพนักงานธุรการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะทำงานดังกล่าวข้างต้น มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. รับผิดชอบการจัดการอาคารสถานที่ ทบพทวนกฎหมาย ข้อบังคับ ข้อกำหนด และมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับอาคารสถานที่ในโรงพยาบาล ตรวจสอบและดำเนินการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ ข้อกำหนด และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีการปรับปรุงต่อเติม

๒. กำกับดูแลระบบงานบริหารอาคารสถานที่และรักษาความปลอดภัย โดยระบุหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน ประกอบด้วย การวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การให้ความรู้แก่บุคลากร การทดสอบและกำกับติดตามแผนงาน การทบทวนและติดตามแผนงานเป็นระยะ

๓. ประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและนำไปสู่การปฏิบัติของบุคลากรเพื่อลดความเสี่ยงที่ระบุไว้ ป้องกันการเกิดอันตราย ตอบสนองต่ออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ดำรงไว้ซึ่งสภาพอาคารสถานที่ที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ผู้มาเยือนและบุคลากร

๔. ทบทวนแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน ดำเนินการฝึกอบรม ทดสอบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และนำไปปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์

๕. สนับสนุนให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพทางด้านสังคม จิตใจที่ดี ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร

๖. กำหนดนโยบายการเข้าถึงการบริโภคอาหาร/ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม กำหนดนโยบายการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายภายในโรงพยาบาล และติดตามผลการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าว

๗. ทบทวนและประเมินประสิทธิภาพระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และนำผลมาพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

๘. คณะกรรมการฯ ต้องมีการประชุมตามความเหมาะสมอย่างน้อยทุก ๓ เดือน และจัดทำรายงานผลความคืบหน้าเสนอทุก ๓ เดือน ต่อคณะกรรมการที่มิชชั่นนำของโรงพยาบาล

คณะที่ ๑๒ คณะกรรมการเครื่องมือ (EQU) ประกอบด้วย

๑.น.ส.นฤมล	สง่าอารีย์กุล	นายแพทย์ปฏิบัติการ	ประธานกรรมการ
๒.นางบุศบา	ใจดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๓.น.ส.กรรณิการ์	ประกอบกิจ	พนักงานบริการเอกสารทั่วไป	กรรมการ
๔.น.ส.ทิพนภา	อภิรักษ์ตระกูล	เจ้าพนักงานธุรการ	กรรมการ
๕.น.ส.สิริวรรณ	ธรรมคงทอง	นักกายภาพบำบัด	กรรมการ
๖.น.ส.อัจฉราภรณ์	สมคำ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการ
๗.น.ส.แพรวพรรณ	สัตย์สาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๘.น.ส.กัญญาภัค	มาฆะสิทธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะกรรมการดังกล่าวข้างต้น มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. จัดทำแผนบริหารเครื่องมือและเครื่องมือแพทย์ เพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ โดยวางแผนความต้องการเครื่องมือ คัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ จัดทำบัญชีรายการเครื่องมือ
๒. กำหนดแนวทางในการตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ
๓. ติดตามและรวบรวมข้อมูลของระบบบริหารเครื่องมือและเครื่องมือแพทย์ เพื่อใช้วางแผนปรับปรุงระบบงานบริหารเครื่องมือ
๔. คณะกรรมการฯ ต้องมีการประชุมตามความเหมาะสมอย่างน้อยทุก ๓ เดือน และจัดทำรายงานผลความคืบหน้าเสนอทุก ๓ เดือน ต่อคณะกรรมการที่มิชชั่นนำของโรงพยาบาล

คณะที่ ๑๓ คณะกรรมการระบบสื่อสารคมนาคม (TEL) ประกอบด้วย

๑.น.ส.นฤมล	สง่าอารีย์กุล	นายแพทย์ปฏิบัติการ	ประธานกรรมการ
๒.น.ส.พิมลฉัตร	พฤกษ์เจริญ	ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๓.นางพัทธสญา	เพ็โร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๔.น.ส.อาภา	โตวงษ์	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ
๕.พ.จ.ท.เสกสรรค์	ทองสุขโชติ	เจ้าพนักงานพัสดุชำนาญงาน	กรรมการ
๖.นางวิมลรัตน์	โอภาณี	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	กรรมการ
๗.น.ส.พิรารวรรณ	แสงสง่า	นักวิชาการสาธารณสุข	กรรมการ
๘.นายถาวร	ศรีทอง	พนักงานบริการ	กรรมการ
๙.นายโชติวัติ	ไทยกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๑๐.น.ส.ศรุตยา	มุตยารมย์	จพง.เภสัชกรรมชำนาญงาน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๑.น.ส.ทิพนภา	อภิรักษ์ตระกูล	เจ้าพนักงานธุรการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะกรรมการดังกล่าวข้างต้น มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. จัดทำแผนบริหารระบบสื่อสารคมนาคมของโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถใช้งานได้มีประสิทธิภาพ
๒. วางแผนความต้องการเครื่องมือ คัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ จัดทำบัญชีรายการเครื่องมือในระบบสื่อสารคมนาคมที่ได้มาตรฐานสากล/ มาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมตามที่กฎหมายกำหนดอย่างครบถ้วน
๓. กำหนดแนวทางในการกำกับดูแล ตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือสื่อสารคมนาคม พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
๔. กำหนดแนวทางในการติดตามและประเมินผลด้านประสิทธิภาพของระบบ เพื่อใช้วางแผนปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
๕. กำหนดแผนงานหรือแนวทางในการเตรียมความพร้อมและรองรับภาวะฉุกเฉินร่วมกับทีมต่างๆ ในโรงพยาบาล พร้อมบันทึกผลการฝึกซ้อมอย่างเป็นระบบ
๖. สนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารคมนาคมได้รับการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายตามที่กฎหมายกำหนด

๗. ประชาสัมพันธ์ช่องทางการติดต่อสื่อสารภายนอกและภายในหน่วยงานที่สามารถติดต่อสื่อสารได้สะดวกให้เห็นได้อย่างชัดเจน และครอบคลุมพื้นที่ที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล

๘. คณะกรรมการฯ ต้องมีการประชุมตามความเหมาะสมอย่างน้อยทุก ๓ เดือน และจัดทำรายงานผลความคืบหน้าเสนอทุก ๓ เดือน ต่อคณะกรรมการที่มิชชั่นนำของโรงพยาบาล

คณะที่ ๑๔ คณะกรรมการเวชระเบียน (Medical Record Management System : MRS)  
ประกอบด้วย

๑.น.ส.นฤมล	สง่าอารีย์กุล	นายแพทย์ปฏิบัติการ	ประธานกรรมการ
๒.น.ส.บุษบา	ประสมผล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๓.นางวิลาสินี	ไชยมก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๔.นางจินตนา	สงเคราะห์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕.น.ส.อรุณโรจน์	โอฬารสุวรรณชัย	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการ
๖.น.ส.สิริวรรณ	ธรรมคงทอง	นักกายภาพบำบัด	กรรมการ
๗.นางนุสรา	กิจพิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๘.น.ส.วรัท	สุขศิลป์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๙.นางเพิ่มณ์ภูธร	พนธาร	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	กรรมการและเลขานุการ

โดยให้คณะทำงานดังกล่าวข้างต้น มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติ เกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วยให้ได้รับการป้องกันการสูญหาย ความเสียหายทางกายภาพ และการแก้ไขตัดแปลง เข้าถึง หรือใช้โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ การใช้รหัสโรค/หัตถการตามมาตรฐาน รวมทั้งแนวทางการจัดเก็บ และการทำลาย

๒. กำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนร่วมกันโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ให้มีข้อมูลเพียงพอสำหรับสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

๓. กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วยในเวชระเบียนและให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการรักษาความลับวิธีการจัดการเมื่อมีการขอให้เปิดเผยข้อมูลซึ่งเป็นการละเมิดการรักษาความลับ

๔. กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติทบทวนเวชระเบียน เพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และการบันทึกในเวลาที่กำหนด

๕. ทบทวนและประเมินประสิทธิภาพของระบบเวชระเบียน อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และนำผลมาพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

๖. คณะกรรมการฯ ต้องมีการประชุมตามความเหมาะสมอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง และจัดทำรายงานผลความ คืบหน้าเสนอทุก ๓ เดือน ต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

คณะที่ ๑๕ คณะกรรมการ การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN)

๑.นายเจริญศักดิ์	ศุภตะวานิช	นายแพทย์ปฏิบัติการ	ประธานกรรมการ
๒.น.ส.บุษบา	ประสมผล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๓.น.ส.สุภาวดี	ศรีวิรัช	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ
๔.น.ส.เตชินี	ชาวไชย	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๕.น.ส.พรชนัน	นิยมญาติ	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์ การแพทย์ปฏิบัติงาน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๖.นางชัชจิรา	รักเลิศ	จพง.รังสีการแพทย์ชำนาญงาน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะทำงานดังกล่าวข้างต้น มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. รับผิดชอบการเกี่ยวกับงานห้องปฏิบัติการและงานรังสีการแพทย์ ทบทวนกฎหมาย ข้อบังคับ ข้อกำหนด และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
๒. ทบทวนความเสี่ยงเกี่ยวกับงานห้องปฏิบัติการและงานรังสีการแพทย์ และนำมาปรับปรุงแก้ไข อย่างเป็นรูปธรรม
๓. สนับสนุนให้มีขอบเขตการบริการและอุปกรณ์ที่ครบถ้วน ถูกต้อง สถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ ต่อการทำงานของบุคลากรและผู้รับบริการ
๔. ทบทวนประสิทธิภาพงานห้องปฏิบัติการและงานรังสีการแพทย์ โดยมีการทบทวนความ เหมาะสม และคุ้มค่า ในการส่งตรวจ มีระบบการติดตามความน่าเชื่อถือของการแปลผลโดยมีการพัฒนา คุณภาพร่วมกันอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และนำผลมาพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง
๕. คณะกรรมการฯ ต้องมีการประชุมตามความเหมาะสมอย่างน้อยทุก ๓ เดือน และจัดทำรายงาน ผลความคืบหน้าเสนอทุก ๓ เดือน ต่อคณะกรรมการที่มชี้นำของโรงพยาบาล

คณะที่ ๑๖ คณะกรรมการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS) ประกอบด้วย

๑.นายสมยศ	พนธารา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ	ประธานกรรมการ
๒.น.ส.บุษบา	ประสมผล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๓.นางบุศบา	ใจดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๔.น.ส.แพรวพรรณ	สัตย์สาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕.น.ส.จุไรรัตน์	แพทย์รังษี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๖.น.ส.หทัยรัตน์	ถนอมพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗.นายสุทธิวิสต์	กิจพิบูลย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๘.น.ส.รัชฎาภรณ์	เจริญสุข	นักวิชาการสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะทำงานดังกล่าวข้างต้น มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมพื้นที่ในองค์กร ด้านสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร เช่น การให้ภูมิคุ้มกัน การวัดและจัดระดับความเครียด การประเมินสถานที่ทำงาน ฯลฯ

และ การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ เช่น จัดการและควบคุมการระบาด สื่อสารข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ และครอบคลุมพื้นที่ชุมชนในเขตรับผิดชอบ

๒. จัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติสอดคล้องกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่
๓. วางระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและปัญหาสุขภาพอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง
๔. กรรมการมีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ในด้านแนวคิด นโยบาย แผนและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ
๕. ประสานงาน ติดตามประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวังโรค
๖. บันทึกและเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา

๗. วิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมายข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดยใช้วิธีการทางระบาดวิทยา

๘. ค้นหาการระบาดของโรค (Epidemic & Outbreak) ติดตามเฝ้าดูสถานการณ์แนวโน้มของโรค คาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญ และวางแผนป้องกันควบคุม

๙. จัดทำแผนการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและมีการเตรียมพร้อมในการรองรับตลอดเวลา

๑๐. กำหนดมาตรการ การป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็น พร้อมทั้งจัดทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ

๑๑. กำหนดช่องทางและบุคลากรเพื่อรับรายงานผู้ป่วยหรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ๒๔ ชั่วโมง และมีระบบการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

๑๒. จัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพทั้งในด้านการเฝ้าระวัง การระบาด และการดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสื่อสาธารณะ

๑๓. คณะกรรมการฯ ต้องมีการประชุมตามความเหมาะสมอย่างน้อยทุก ๓ เดือน และจัดทำรายงานผลความคืบหน้าเสนอทุก ๓ เดือน ต่อคณะกรรมการที่มิชชั่นของโรงพยาบาล

คณะที่ ๑๗ คณะกรรมการทำงานกับชุมชน (COM) ประกอบด้วย

๑. นายสมยศ	พนธารา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ	ประธานกรรมการ
๒. น.ส.บุษบา	ประสมผล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๓. นางรวีวรรณ	ยินดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๔. น.ส.จันทิรา	ปานพุด	นักวิชาการสาธารณสุข	กรรมการ
๕. น.ส.รัชฎาภรณ์	เจริญสุข	นักวิชาการสาธารณสุข	กรรมการ
๖. น.ส.พิราวรรณ	แสงสง่า	นักวิชาการสาธารณสุข	กรรมการ
๗. นางทับทิม	สุขศิลป์	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	กรรมการ
๘. นายสุทธิวิสต์	กิจพิบูลย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางอรวรรณ	กุ่มมะสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๑๐. น.ส.มนชยา	วิเวโก	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะทำงานดังกล่าวข้างต้น มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดชุมชนที่รับผิดชอบ ทำความเข้าใจบริบทของชุมชน ประเมินความต้องการด้านสุขภาพ และศักยภาพของชุมชน ระบุกลุ่มเป้าหมายและบริการส่งเสริมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชุมชน
๒. ร่วมกับชุมชนวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ อาจครอบคลุมการดูแล การช่วยเหลือสนับสนุน การส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะสุขภาพ ที่ตอบสนองความต้องการและปัญหาของชุมชน
๓. ร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน
๔. ติดตามประเมินผล แลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกับชุมชน ปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน
๕. ส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างศักยภาพ และการสร้างเครือข่าย ของชุมชน รวมถึงเป็นคู่พันธมิตรที่เข้มแข็งกับชุมชน
๖. ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆในชุมชน เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญ
๗. ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมการพัฒนาพฤติกรรมและทักษะสุขภาพของบุคคลและครอบครัว เช่น พฤติกรรมสุขภาพที่ดี (การออกกำลังกาย ผ่อนคลาย อาหาร) การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ
๘. ส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งชี้แนะสนับสนุนนโยบายเพื่อสุขภาพ
๙. คณะกรรมการฯ ต้องมีการประชุมตามความเหมาะสมอย่างน้อยทุก ๓ เดือน และจัดทำรายงานผลความคืบหน้าเสนอทุก ๓ เดือน ต่อคณะกรรมการที่มิชชั่นาของโรงพยาบาล

ทั้งนี้ตั้งแต่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(ลงชื่อ).....

(นายสมยศ พนธรา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ

จังหวัดจันทบุรี