

สรุปรายงานการประชุม
คณะกรรมการปฏิบัติงานด้านความเสี่ยง (Risk Management)
ครั้งที่ ๒ / ๒๕๖๗ วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๖
ณ ห้องประชุมชั้น ๑ โรงพยาบาลตากฟ้า

ผู้มาประชุม

๑. นายแพทย์วสันต์ พนธารา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ประธานกรรมการ
๒. นางวันเพ็ญ ศรีทอง	นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ	กรรมการ
๓. นางสมพักตร์ แสงประสาท	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๔. นางมาลิส ปานอุดมลักษณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางวารินทร์ คณานนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางสาวศิริพรรณ นุ่มโต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางช่อทิพย์ บุญมั่ง	นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ	กรรมการ
๘. นางสาวสุพัตรา หอมหวล	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๙. นางสาวอรพรรณ เจริญทอง	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	กรรมการ
๑๐. นางสาวเนตรชนก เสนวิรัช	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	แทน
๑๑. นางสาวกานต์มณี ศีวะอุไร	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๒. นางสาววัลลภา สอนทรัพย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๑๓. นางสาวชลฤทัย สุขเกษม	นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๔. นางสาวนวมิน อินเทศ	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๕. ภญ.จันทร์จิรา อุประวรรณ	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้ไม่มาประชุม

๑. นางสุนันทา สกุลเย็นยง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	รองประธานกรรมการ
๒. ทพญ.ทัศนีย์ ตั้งมั่นคงวรกุล	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๓. นางเกษร อ่องแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๔. นางอัญชลี เกิดแสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางสาววิภาภรณ์ ทองพ่ายัพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๖. นายธนะพิพัทธ์ ศรีเพชร	พนักงานบริการเอกสารทั่วไป	กรรมการ
๗. นางกาญจจิรา โคเงิน	นักโภชนาการปฏิบัติการ	กรรมการ

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

เมื่อที่ประชุมพร้อมแล้ว ประธานในที่ประชุม นายแพทย์วสันต์ พนธารา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ได้กล่าวเปิดการประชุมตามระเบียบวาระต่างๆ ดังต่อไปนี้

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่อง รับรองรายงานการประชุม

-ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่อง สืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

๓.๑ เรื่อง รูปแบบรายงาน RCA เป็น Google drive

รูปแบบรายงาน RCA เป็น Google drive กำลังดำเนินการจัดทำ เมื่อเสร็จสิ้นแล้วจะจัดส่งให้ได้ทดลองอีกครั้ง

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่อง พิจารณา

-ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ

๕.๑ เรื่อง การทบทวนคณะกรรมการ

เนื่องจากคณะกรรมการมีการปรับเปลี่ยนตามวาระจากการเกษียณอายุราชการ และการย้ายหน่วยงาน จึงขอทบทวนคณะกรรมการอีกครั้ง

มติที่ประชุม มีข้อตกลงและเห็นชอบร่วมกันดังเอกสารแนบท้าย

๕.๒ เรื่อง รายงานผลดำเนินงานความเสี่ยงโปรแกรม HRMS on Cloud

อยู่ในระหว่างรอยืนยัน ๐ เรื่อง

อยู่ในระหว่างรอแก้ไข ๓๕ เรื่อง

อยู่ระหว่างดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก ๑๙ เรื่อง

อยู่ระหว่างรอสรุปผลของคณะกรรมการ ๒๐๐ เรื่อง

มติที่ประชุม รับทราบ

๕.๓ เรื่อง สรุปรายงานผลดำเนินงานความเสี่ยงโปรแกรม HRMS on Cloud ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖

Incidents	เดือน												ToTal
	ต.ค	พ.ย	ธ.ค	ม.ค	ก.พ	มี.ค	เม.ย	พ.ค	มิ.ย	ก.ค	ส.ค	ก.ย	
อุบัติการณ์ ความเสี่ยง ด้านคลินิก	๗	๑๖	๙	๑๙	๑๕	๑๗	๒๑	๑๑	๙	๑๖	๑๐	๔	๑๕๔
อุบัติการณ์ ความเสี่ยง ทั่วไป	๑๒	๒๓	๑๑	๑๗	๑๘	๓	๖	๘	๘		๙	๔	๑๒๘
ToTal	๑๙	๓๙	๒๐	๓๖	๓๓	๒๐	๒๗	๑๙	๑๗	๑๙	๑๙	๘	๒๘๒

Incidents	เดือน												ToTal
	ต.ค	พ.ย	ธ.ค	ม.ค	ก.พ	มี.ค	เม.ย	พ.ค	มิ.ย	ก.ค	ส.ค	ก.ย	
อุบัติการณ์ ความเสี่ยง ด้านคลินิก	๗/๗/๕	๑๖/๑๖/๑๑	๙/๙/๓	๑๙/๑๙/๐	๑๕/๑๕/๑	๑๗/๑๗/๐	๒๑/๑๑/๐	๑๑/๙/๐	๙/๘/๐	๑๖/๑๑/๐	๑๐/๗/๐	๔/๒/๐	๑๕๔/๑๒๕/๒๐
อุบัติการณ์ ความเสี่ยง ทั่วไป	๑๒/๑๐/๑๐	๒๓/๒๐/๑๒	๑๑/๑๑/๔	๑๗/๑๖/๑	๑๘/๙/๐	๓/๑/๐	๖/๒/๐	๘/๖/๐	๘/๘/๐	๓/๒/๐	๙/๒/๐	๔/๐/๐	๑๒๒/๘๗/๒๗
ToTal	๑๙/๑๗/๑๕	๑๓/๓๖/๒๓	๒๐/๒๐/๗	๓๖/๒๕/๑	๓๓/๒๓/๑	๒๐/๑๗/๐	๒๗/๑๓/๐	๑๙/๑๕/๐	๑๗/๑๖/๐	๑๙/๑๗/๐	๑๙/๙/๐	๘/๒/๐	๒๕๐/๒๐๒/๑๖๐

(x|y|z) โดย x = อุบัติการณ์ที่ยืนยันแล้ว ในช่วงเวลานั้น y = อุบัติการณ์ที่ผ่านการแก้ไขของกลุ่ม/หน่วยงานแล้ว ณ เวลาปัจจุบัน z = อุบัติการณ์ที่กรรมการความเสี่ยงแก้ไข (ปิดเคส) แล้ว ณ เวลาปัจจุบัน
ซึ่งแนวโน้มดีขึ้นจากที่ผ่านมา

มติที่ประชุม รับทราบ

/๕.๔ เรื่อง การตอบข้อเสนอแนะ...

๕.๔ เรื่อง การตอบข้อเสนอแนะจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (องค์การมหาชน) (สรพ.)

เนื่องจากการรับการตรวจเยี่ยมจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (องค์การมหาชน) (สรพ.) ครั้งที่ผ่านมาในส่วนของงานการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้มีข้อเสนอแนะที่จะต้องทำการวางแผน ดังเอกสารแนบ

๕.๕ เรื่อง การกระตุ้นยอดการรายงานอุบัติการณ์

ตามนโยบายการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ๑ หน่วย/เรื่อง/เดือน ยังมีการรายงานไม่ครบทุกหน่วยงาน จึงขอปรึกษาแนวทางการแก้ปัญหาการกระตุ้นยอดการรายงาน

คุณสุพิศรา หอมหวาน กล่าว เรื่องการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงบางรายงานที่มีการรายงานและได้ดำเนินการแก้ปัญหาแล้ว หรืออาจจะอยู่ระหว่างการดำเนินการ บุคคลส่วนใหญ่อาจจะยังไม่ทราบให้นำอุบัติการณ์ต่างๆ มาพูดคุยและชี้แจงเบื้องต้นในที่ประชุม Daily meeting อาจจะเป็นทางออกที่ดี

คุณชลฤทัย สุขเกษม กล่าว เรื่องการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอาจจะเกิดจากการแก้ไขที่ล่าช้าร่วมด้วยบางรายงานอุบัติการณ์มีการรายงานและเกิดขึ้นบ่อยครั้ง เมื่อมีการรายงานอุบัติการณ์แล้วก็ยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

มติที่ประชุม เห็นชอบร่วมกันในแนวทางการนำรายงานอุบัติการณ์ต่างๆ มาพูดคุยและชี้แจงเบื้องต้นในที่ประชุม Daily meeting

๕.๖ เรื่อง การจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ ของหน่วยงาน

จากการวิเคราะห์ความเสี่ยงพบว่า ปัจจัยความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อการทุจริต ประกอบด้วย

๑) กระบวนการจัดหาพัสดุไม่เป็นไปตามระเบียบพัสดุที่เกี่ยวข้อง มีการแบ่งซื้อแบ่งจ้าง แสวงหาผลประโยชน์ส่วนในตำแหน่งหน้าที่

- วิธีการหรือกระบวนการจัดหาแหล่งซื้อ (ควรมีการสืบราคาจากผู้ค้ารายอื่นมาเปรียบเทียบ)

- การบริหารสัญญาผู้ตรวจรับพัสดุ หรือคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ยังไม่รู้หน้าที่หรือเข้าใจในหลักการบริหารสัญญา

๒) การเบิกจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและในวันหยุดราชการเป็นเท็จหรือไม่เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง

- ค่าตอบแทน

๓) การจัดโครงการฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประชุม สัมมนา เป็นเท็จหรือไม่เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง

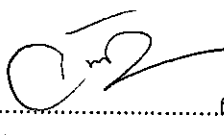
- การจัดหาอาหารกลางวัน อาหารว่าง และเครื่องดื่ม

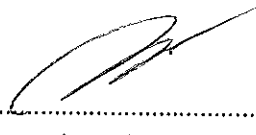
๔) การนำรถยนต์ส่วนตัวไปใช้ประโยชน์ส่วนตัว หรือการใช้ทรัพย์สินทางราชการเป็นของส่วนตัว

โดยมีการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง ดังนี้

ลำดับ	ปัจจัยความเสี่ยงในการเกิดทุจริต	โอกาส	ผลกระทบ	ระดับ ความเสี่ยง	ลำดับ ความเสี่ยง
๑	การจัดโครงการฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประชุม สัมมนา เป็นเท็จหรือไม่เป็นไปตามระเบียบที่ เกี่ยวข้อง	๔	๔	๑๖	
๒	การเบิกจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลา ราชการและในวันหยุดราชการเป็นเท็จหรือไม่ เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง	๓	๕	๑๕	
๓	กระบวนการจัดหาพัสดุไม่เป็นไปตามระเบียบ พัสดุที่เกี่ยวข้อง มีการแบ่งซื้อแบ่งจ้าง แสวงหา ผลประโยชน์ส่วนในตำแหน่งหน้าที่	๓	๔	๑๒	
๔	การนำรถราชการไปใช้ประโยชน์ส่วนตัว หรือ การใช้ทรัพย์สินราชการเป็นของส่วนตัว	๓	๓	๙	

ปิดการประชุมเวลา ๑๕.๐๐ น

ลงชื่อ..........ผู้บันทึกรายงานการประชุม
(นางสาววัลลภา สอนทรัพย์)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ..........ผู้ตรวจรายงานการประชุม
(นายแพทย์วิสันต์ พนธารา)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากฟ้า
ประธานกรรมการบริหารความเสี่ยง

การทบทวนคณะกรรมการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
คณะกรรมการปฏิบัติงานด้านความเสี่ยง ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๑. นายแพทย์วสันต์ พนธาราช	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ประธานกรรมการ
๒. นางสุนันทา สกลยืนยง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	รองประธานกรรมการ
๓. ทพต.ทักษิณัย ตั้งมั่นวรกุล	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ	กรรมการ
๔. นางวันเพ็ญ ศรีทอง	นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ	กรรมการ
๕. นางสาวชนิกานต์ ศรีวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางเกษร อ่องแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางสาวมาลีสา ปานอุดมลักษณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางวารินทร์ คณานนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางสาวอัญชลี เกิดแสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๐. นางสาวศิริพรรณ นุ่นโต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๑. นางสาววิภาภรณ์ ทองพ่ายัพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๒. นางช่อทิพย์ บุญมั่ง	นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๓. นางสาววิศิรา สะแกคุ้ม	นักรังสีการแพทย์	กรรมการ
๑๔. นางกาญจจิรา โคเงิน	นักโภชนาการปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๕. นางสาวสุพัตรา ทอมหวล	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๖. นายธนะพิพัทธ์ ศรีเพชร	พนักงานบริการเอกสารทั่วไป	กรรมการ
๑๗. นางสาวอรพรรณ เจริญทอง	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	กรรมการ
๑๘. นางสาวกานต์มณี ศีวะอุไร	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๙. นางสาววัลลภา สอนทรัพย์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการ
๒๐. นางสาวชลฤทัย สุขเกษม	นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒๑. นางสาวนวมิน อินเทศ	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒๒. ญ.จันทร์จิรา อุปะวรรณ	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

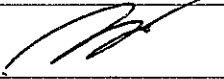

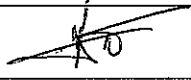
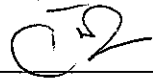
มาตรฐาน	คำเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของ รพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/รายงาน
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล							
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ							
31 ระบบบริหารงานคุณภาพ การ ประสานงาน และบูรณาการ การ ทำงานเป็นทีม [(I-1.1ก) (1)(2)(3)(4)(10)]	<p>ข้อเสนอแนะ (Recommendation) :</p> <p>1. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย</p> <p>1.1. ทีมนำทางคลินิกเพิ่มความครอบคลุมของการ ทบพวน ผู้ป่วย dead, อาการทรุดลง, refer out ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง นำมาวางแผนพัฒนาร่วมกับ ทีม หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>	1.1 มีการทบทวน ผู้ป่วย dead, อาการทรุดลง, re-visit, re-admit, refer out ทุก สัปดาห์	1.1 ปีงบประมาณ 2567	1.1.1 อัตรา การทบทวน ผู้ป่วย dead, อาการทรุดลง, re-visit, re-admit, refer out 100 % 1.1.2 อัตรา อุบัติการณ์ ความไม่ปลอดภัยที่ ป้องกันไม่ได้	1.1 ลด อุบัติการณ์ ความไม่ ปลอดภัยที่ ป้องกันไม่ได้	กรรมการ PCT	ทุกสัปดาห์
32 การประเมินตนเองและจัดทำ แผนพัฒนา ภาพ [(I-1.1ก) (5)(8)(9)]		1.2 ทีมนำทางคลินิกทบทวนเป้าหมายการดูแล เป็นรายโรค และ กำหนดตัวชี้วัด โดย ใช้ที่ประชุม PCT ในการควบคุมกำกับ ตัวชี้วัดให้เป็นไป	1.2 ปีงบประมาณ 2567	1.2 มีการ ทบทวน ผลลัพธ์ทาง คลินิกอย่าง ต่อเนื่อง มี ผลลัพธ์ทาง คลินิกที่ดีขึ้น	1.2 เพื่อ * ผลลัพธ์ทาง คลินิกที่ดีขึ้น	กรรมการ PCT	ทุก 1 เดือน
33 การทบทวนการให้บริการและการ ดูแลผู้ป่วย [(I-1.1ข)(1)]	<p>1.2. ทีมนำทางคลินิกทบทวนเป้าหมายการดูแล แต่ละโรค ร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่าง ชัดเจน รวมทั้งกำกับ ติดตามผลการพัฒนาด้วย การ monitor ตัวชี้วัดที่สะท้อนการ บรรลุ เป้าหมายทั้งในเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ทาง คลินิก และครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟู ตามความเหมาะสมใน แต่ละโรค</p>	1.2 ทีมนำทางคลินิก	1.2 ปีงบประมาณ 2567	1.2 มีการ ทบทวน ผลลัพธ์ทาง คลินิกอย่าง ต่อเนื่อง มี ผลลัพธ์ทาง คลินิกที่ดีขึ้น	1.2 เพื่อ * ผลลัพธ์ทาง คลินิกที่ดีขึ้น	กรรมการ PCT	ทุก 1 เดือน
34 การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย [(I-1.1ข) (2)(3)(4)]		1.2 ทีมนำทางคลินิกทบทวนเป้าหมายการดูแล แต่ละโรค ร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่าง ชัดเจน รวมทั้งกำกับ ติดตามผลการพัฒนาด้วย การ monitor ตัวชี้วัดที่สะท้อนการ บรรลุ เป้าหมายทั้งในเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ทาง คลินิก และครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟู ตามความเหมาะสมใน แต่ละโรค	1.2 ทีมนำทางคลินิก	1.2 ปีงบประมาณ 2567	1.2 มีการ ทบทวน ผลลัพธ์ทาง คลินิกอย่าง ต่อเนื่อง มี ผลลัพธ์ทาง คลินิกที่ดีขึ้น	1.2 เพื่อ * ผลลัพธ์ทาง คลินิกที่ดีขึ้น	กรรมการ PCT
35 ระบบบริหารความเสี่ยงและความ ปลอดภัย [(I-1.2ก(1) (5)(6) (4)]	<p>1.2. ทีมนำทางคลินิกทบทวนเป้าหมายการดูแล แต่ละโรค ร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่าง ชัดเจน รวมทั้งกำกับ ติดตามผลการพัฒนาด้วย การ monitor ตัวชี้วัดที่สะท้อนการ บรรลุ เป้าหมายทั้งในเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ทาง คลินิก และครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟู ตามความเหมาะสมใน แต่ละโรค</p>	1.2 ทีมนำทางคลินิก	1.2 ปีงบประมาณ 2567	1.2 มีการ ทบทวน ผลลัพธ์ทาง คลินิกอย่าง ต่อเนื่อง มี ผลลัพธ์ทาง คลินิกที่ดีขึ้น	1.2 เพื่อ * ผลลัพธ์ทาง คลินิกที่ดีขึ้น	กรรมการ PCT	ทุก 1 เดือน
36 กระบวนการบริหารความเสี่ยง [(I-1.2ก(2)(3)]		1.2 ทีมนำทางคลินิกทบทวนเป้าหมายการดูแล แต่ละโรค ร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่าง ชัดเจน รวมทั้งกำกับ ติดตามผลการพัฒนาด้วย การ monitor ตัวชี้วัดที่สะท้อนการ บรรลุ เป้าหมายทั้งในเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ทาง คลินิก และครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟู ตามความเหมาะสมใน แต่ละโรค	1.2 ทีมนำทางคลินิก	1.2 ปีงบประมาณ 2567	1.2 มีการ ทบทวน ผลลัพธ์ทาง คลินิกอย่าง ต่อเนื่อง มี ผลลัพธ์ทาง คลินิกที่ดีขึ้น	1.2 เพื่อ * ผลลัพธ์ทาง คลินิกที่ดีขึ้น	กรรมการ PCT
37 การเรียนรู้จากอุบัติการณ์[(I-1.2ก) (4)]	1.2 ทีมนำทางคลินิกทบทวนเป้าหมายการดูแล แต่ละโรค ร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่าง ชัดเจน รวมทั้งกำกับ ติดตามผลการพัฒนาด้วย การ monitor ตัวชี้วัดที่สะท้อนการ บรรลุ เป้าหมายทั้งในเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ทาง คลินิก และครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟู ตามความเหมาะสมใน แต่ละโรค	1.2 ทีมนำทางคลินิก	1.2 ปีงบประมาณ 2567	1.2 มีการ ทบทวน ผลลัพธ์ทาง คลินิกอย่าง ต่อเนื่อง มี ผลลัพธ์ทาง คลินิกที่ดีขึ้น	1.2 เพื่อ * ผลลัพธ์ทาง คลินิกที่ดีขึ้น	กรรมการ PCT	ทุก 1 เดือน

	<p>2. ระบบบริหารงานคุณภาพ</p> <p>2.1. การทำงานเป็นทีม ที่นำ ทีมนำทางคลินิก ทีม นำ เชิงระบบและศูนย์พัฒนาคุณภาพ ควรมีการ ทำงานที่มี การประสานกัน นำมาตรฐานมา เรียนรู้ มีการกำกับ ติดตามและประเมินผลการ พัฒนาคุณภาพในภาพรวม อย่างต่อเนื่องให้การ สนับสนุนการดำเนินงานของทีม ต่างๆ สร้าง บรรยากาศการพัฒนาขับเคลื่อนการทำงาน ของทุกทีม เก็บสะสมผลงานการพัฒนาไว้อย่าง ต่อเนื่อง เพื่อสรุปเรียนในการพัฒนาคุณภาพ ของทีมงานและ โรงพยาบาล</p> <p>2.2. การใช้เครื่องมือคุณภาพด้วยความเข้าใจ เป้าหมาย เช่น การเลือกกิจกรรมทบทวน 12 กิจกรรมที่เหมาะสมในแต่ละ หน่วยงาน 3C PDSA, 3P ให้ความสำคัญของ purpose performance ในทุกส่วน/ทุกงาน</p> <p>2.3. ทีมไม่ควรให้เกณฑ์สำคัญได้ เรียนรู้แนวคิด คุณภาพ ใหม่ๆ มาตรฐานใหม่ เพื่อนำมาใช้ ประโยชน์ในการขับเคลื่อน คุณภาพองค์กรและ วางแผนพัฒนาคุณภาพที่ตรง ประเด็น pregnancy, กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นปัญหา สำคัญ ของพื้นที่</p>	ตามแผน		รูปธรรม		
--	---	--------	--	---------	--	--

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการปฏิบัติงานด้านความเสี่ยง (Risk Management)

ครั้งที่ ๒ / ๒๕๖๖ วันที่ วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมสัตตบุษย์ โรงพยาบาลตากฟ้า

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
๑	นายแพทย์วัฒน์ พนธารา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	
๒	นางสุนันทา สกุลยืนยง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	
๓	ทพต.ศักดิ์ไฉย ตั้งมั่นวรกุล	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ	
๔	นางวันเพ็ญ ศรีทอง	นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ	
๕	นางสมพักตร์ แสงปราสาท	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สมพักตร์ แสงปราสาท
๖	นางเกษร ออองแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
๗	นางสาวมลิส่า ปานอุดมลักษณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
๘	นางวารินทร์ คณานนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	วารินทร์ คณานนท์
๙	นางสาวอัญชลี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
๑๐	นางสาวศิริพรรณ นุ่นโต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
๑๑	นางสาววิภาภรณ์ ทองพ่ายัพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
๑๒	นางช่อทิพย์ บุญมั่ง	นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ	
๑๓	นางสาววิศรดา สะแกคุ้ม	นักรังสีการแพทย์	วิศรดา
๑๔	นางกาญจจิณา ไคเงิน	นักโภชนาการปฏิบัติการ	
๑๕	นางสาวสุพัชรา หอมหวล	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	สุพัชรา
๑๖	นายธนะพิพัทธ์ ศรีเพชร	พนักงานบริการเอกสารทั่วไป	
๑๗	นางสาวอรพรรณ เกรียงทอง	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	อรพรรณ
๑๘	นางสาววัลลภา สอนทรัพย์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	
๑๙	นางสาวกานต์มณี ศิวะอุไร	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	กานต์มณี
๒๐	นางสาวชลฤทัย สุขเกษม	นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการชำนาญการ	ชลฤทัย สุขเกษม
๒๑	นางสาวนวมิน อื่นเทศ	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	นวมิน
๒๒	ภญ.จันทร์จิรา อุประวรรณ	เภสัชกรปฏิบัติการ	จันทร์จิรา