

รายงานการประชุม Facilitator

ครั้งที่ ๑๔/๒๕๖๕

วันที่ ๒๖ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมใหญ่ โรงพยาบาลทุ่งยางแดง

๑. นายแพทย์อรัญ	รอกา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ที่ปรึกษา
๒. นายสันติ	เบญญาบัส	หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมฯ	รองประธาน QMR
๓. นางอรสา	นิลรัตน์	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล	คณะกรรมการ
๔. นางภัทรพร	รัตนช้อน	หัวหน้าศูนย์ส่งเสริมสุขภาพฯ	คณะกรรมการ
๕. นางสาวฟาอียะ	วันสอารี	หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิฯ	คณะกรรมการ
๖. นายมุฮัมมัด	สะแม	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป	คณะกรรมการ
๗. นางสาวชุตติภรณ์	แก้วศรี	หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	คณะกรรมการ
๘. นางรัตนา	รักดี	หัวหน้างานควบคุมการติดเชื้อฯ	คณะกรรมการ
๙. นางสาวฟารีดา	สะมิแม็ง	หัวหน้างานผู้ป่วยใน	คณะกรรมการ
๑๐. นางประภาพร	เพ็ญบุรณ์	หัวหน้างานรังสีการแพทย์ฯ	คณะกรรมการ
๑๑. นายอิสมะแอ	สะ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๒. นางสาววันดา	แวอูมา	หัวหน้างานห้องคลอด	คณะกรรมการ
๑๓. นางสาวตาริกา	เจอะอาแว	หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์	คณะกรรมการ
๑๔. นายนิอิสมาแอ	ดอเลาะ	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	คณะกรรมการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นางสาวรุสนาอาลี		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
๒. นางสาวนุรีฮาน	สามะ	นักวิชาการสาธารณสุข	
๓. นางสาวซอพียะห์	สาแม	นักวิชาการพัสดุ	

ผู้ไม่มาประชุม (ติดราชการ)

๑. นายแพทย์ชวลิต	สุขสง่า	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธาน QMR
๒. นายภาคภูมิ	ภูสุธาณี	ทันตแพทย์ชำนาญการ	คณะกรรมการ
๓. นายนิอิมรอน	ดอเลาะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๔. นางสาวพัชณี	สะแม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๕. นางสาวนุรีซัน	ลาเต๊ะ	นักวิชาการสาธารณสุข	เลขานุการ

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องแจ้งที่ประชุมทราบ

คุณอรุณ รอกา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แจ้งที่ประชุมทราบ ดังนี้

๑. เรื่องสารสนเทศ

- จากการประชุม กวป.ทาง นพ.สสจ. มีนโยบายการดำเนินงาน Smart Hospital ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ทั้งจังหวัด โดยจะเริ่มดำเนินการในวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๖ โดยจะเริ่ม งานสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ แต่ยังไม่ได้มีการซักซ้อมการใช้สารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ เช่น การเกษียณหนังสือ การอนุมัติหนังสือ การลา ทั้งนี้จะเรียกหน่วยงานต่างๆ มาซักซ้อมในภายหลัง
- การใช้ Paperless บนโปรแกรม HOSxP version ๔ มอบหมายให้ IT ดำเนินการ จะพยายามดำเนินการให้ได้ภายในปี ๒๕๖๖ สำหรับการัน Paperless ใน ward จะเริ่มใช้งานในช่วงปลายเดือนมกราคม ๒๕๖๖
- ระบบที่เชื่อมโยงทั้งจังหวัด ยังคงมีปัญหา ขณะนี้มีโปรแกรมที่เป็นของ รพ. คือ โปรแกรม PHR และ Health Record PHR เป็น Server รวม ข้อมูลทุก รพ.สต. รวมอยู่ที่ รพ.หมดแล้ว

๒. จากการศึกษาดูงานของทีมคณะผู้บริหารระดับจังหวัด เรื่องการถ่ายโอนของจังหวัดเชียงราย จ่ายค่าหัว ปชก. ๒๗๐ บาท/คน แต่ช่องทาง รพ.เราไม่สามารถจ่ายในราคานี้ได้ เนื่องจากเงื่อนไขไม่เหมือนกัน

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๑๔/๒๕๖๕ ประจำเดือนธันวาคม ๒๕๖๕

รับรองรายงานการประชุม

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องติดตาม

๓.๑ รายงานความคืบหน้าการส่งการบ้าน HA

คุณนุรีฮาน สามะ นักวิชาการสาธารณสุข แจ้งที่ประชุม ทางทีมได้ดำเนินการส่ง SAR ตามที่อาจารย์กำหนดแล้วเสร็จ ในวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๕ ที่ผ่านมา และในวันพฤหัสบดี ที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕ ทางผู้ประสานของ สรพ. แจ้งให้ส่งเอกสารรูปแบบ Word และ Power Point ได้แก่ เอกสาร SAR ตอนที่ ๔ Service Profile PCT และ CLT เพื่อนำเข้าคณะอนุกรรมการ ทางทีมได้ดำเนินการส่งเอกสารและแจ้งไปยังผู้ประสานงาน สรพ.เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

๓.๒ การเก็บค่าบริการทางการแพทย์ นอกเวลา

คุณวันดา แวอุมา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แจ้งที่ประชุม สืบเนื่องจากการประชุม FA ครั้งที่ ๓/๒๕๖๖ ได้พูดถึงปัญหาในเรื่องของการคิดค่าบริการของห้องยา ที่มีการ Set Program เก็บค่าบริการนอกเวลาทุกราย ทั้งนี้ทางห้องยาไม่ทราบว่า Case ใดที่ต้องเก็บหรือไม่ต้องเก็บค่าบริการทางการแพทย์ นอกเวลาราชการ จึงขอให้ที่ประชุมสรุปมติในเรื่องนี้

มติที่ประชุม **คุณอรัญ รอกา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล** ลงมติดังนี้

- กรณีคนไข้มารับบริการนอกเวลา หลังเวลา ๑๘.๐๐ น. เป็นต้นไป กรณีไม่ฉุกเฉิน ทั้งคนไข้ที่นัดและไม่ได้นัด ต้องเสียค่าบริการทางการแพทย์ ๕๐ บาททุกราย
- กรณีที่คนไข้ฉุกเฉิน มารับบริการนอกเวลา เช่น คนไข้หอบ มี Wheezing หรือฉุกเฉินอื่นๆ ไม่ต้องเก็บค่าบริการทางการแพทย์นอกเวลา

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องพิจารณา

๔.๑ พิจารณาตัวชี้วัด THIP ที่จะให้ทีมนำกำกับ ติดตาม

คุณนุรีฮาน สามะ นักวิชาการสาธารณสุข แจ้งที่ประชุม ได้ยื่นความจำนงเข้าร่วมโครงการระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP) เรียบร้อยแล้ว ทั้งหมด ๖๕ ตัวชี้วัด

คุณตาริกา เจอะอาแว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ แจ้งที่ประชุมทราบ บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มีตัวชี้วัดเพิ่มขึ้น จำนวน ๒๓๒ รายการ (จากเดิม ๒๒๕ ตัวชี้วัด) จึงเสนอที่ประชุมในการเลือกตัวชี้วัด THIP สำหรับกำกับติดตาม ในปี ๒๕๖๖ เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการลงทะเบียน THIP ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ และเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการ Benchmark ข้อมูลในงานต่างๆ

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ เสนอให้แต่ละทีมนำ/หน่วยงาน คัดเลือกตัวชี้วัดเพิ่มเติมจากบัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ และมานำเสนอในที่ประชุมครั้งต่อไป

๔.๒ ปรับเปลี่ยนคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ (Quality Support Team)

คุณนุรีฮาน สามะ นักวิชาการสาธารณสุข เสนอที่ประชุม ให้มีการทบทวนคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ สำหรับการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เพื่อมอบอำนาจในการปฏิบัติงานต่อไป

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ เห็นสมควรให้มีการปรับเปลี่ยนคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ (Quality Support Team) ดังต่อไปนี้

● คณะกรรมการประสานงานคุณภาพ (Facilitator)

๑. นายอรรักษ์	รอกา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ที่ปรึกษา
๒. นายชวลิต	สุขสง่า	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธาน QMR
๓. นายสันติ	เบ็ญออบัส	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	รองประธาน QMR
๔. นายภาคภูมิ	ภูสุธาณี	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	คณะกรรมการ
๕. นางอรสา	นิลรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	คณะกรรมการ
๖. นายบุญอัมภ์	สะแม	เจ้าพนักงานธุรการอาวุโส	คณะกรรมการ
๗. นางภัทรพร	รัตนช้อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๘. นางฟาอีซ๊ะ	วันสอารี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๙. นางสาวชุตติภรณ์	แก้วศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๐. นางพัชณี	สะแม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๑. นางรัตนา	รักดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๒. นางสาวพาริตา	สะมิแม็ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๓. นางประภาพร	เพ็ญบุรณ์	จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญงาน	คณะกรรมการ
๑๔. นางสาววันดา	แวอูมา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๕. นางสาวตาริกา	เจอะอาแอะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๖. นายนิมรอน	ดอเลาะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	คณะกรรมการ
๑๗. นายอิสมะแอ	สะ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๘. นายนิฮมาแอล	ดอเลาะ	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	คณะกรรมการ
๑๙. นางสาวรุสณา	อาลี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการและเลขานุการ
๒๐. นางสาวนุรีฮาน	สามะ	นักวิชาการสาธารณสุข	คณะกรรมการและเลขานุการ

● คณะกรรมการตรวจสอบภายใน (Internal Surveyor)

๑. นายสันติ	เบ็ญออบัส	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	ประธาน
๒. นางอรสา	นิลรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๓. นางสาววันดา	แวอูมา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๔. นางสาวตาริกา	เจอะอาแอะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๕. นายนิมรอน	ดอเลาะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๖. นางสาวรุสณา	อาลี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ

● คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team)

๑. นายชวลิต	สุขสง่า	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธาน
๒. นางสาวพิรฮานา	อาแซ	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	รองประธาน
๓. นางสาวอมรรัตน์	รัตนไทรงาม	เภสัชกรชำนาญการ	คณะกรรมการ
๔. นางสาวชุตติภรณ์	แก้วศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๕. นางกัลยา	สุวรรณรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ

๖. นางสาวชูไฮลา	เจะมะ	นักจิตวิทยาชำนาญการ	คณะกรรมการ
๗. นางสาวต่วนมัสชา	ตูแหวสุหลง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๘. นางสาวฟาอีซะห์	ดีอรอฮิง	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	คณะกรรมการ
๙. นางณูรอ	ชูसारอ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๐. นางสาวสุซาดา	รัตนไทรงาม	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	คณะกรรมการ
๑๑. นางสาวมัยมน	จารง	แพทย์แผนไทย	คณะกรรมการ
๑๒. นางฮาซ็อน๊ะ	มะเซ็ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการและเลขานุการ
๑๓. นางสาวศศิธร	สีบประดิษฐ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๔. นางสาวรุสณา	อาลี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๕. นางสาวกุ่มัสรา	นิแห	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

● คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

๑. นายอรัญ	รอกา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ที่ปรึกษา
๒. นางสาวอารีนา	มะเซ็ง	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธาน
๓. นางสาวต้อยยี๊ะ	ดาดา	ทันตแพทย์ชำนาญการ	รองประธาน
๔. นางสาวตาริกา	เจะอาแหว	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะกรรมการ
๕. นางรัตนา	รักดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๖. นายยัสลัน	มายุดิน	เภสัชกรชำนาญการ	คณะกรรมการ
๗. นางซัลซาบีลา	ยะหริง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๘. นางฟัทฮียะห์	แหวหะมะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๙. นางยามีลี๊ะ	เจะมะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๐. นางสาวมูร์นี	กียะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๑. นางสาวฟาอีซะห์	ดีอรอฮิง	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๒. นางสาวอุไรพร	แก้วบุตร	นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๓. นางสาวรุสณา	อาลี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๔. นายนิอิสมาแอล	ดอเลาะ	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	คณะกรรมการ
๑๕. นางภัทรพร	รัตนซ็อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการและเลขานุการ
๑๖. นางสาวมารียาม	อีซอ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๗. นางพัชนี	สะแม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

● **คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล**

๑. นายมัรวาน	สแต่ปุเตะ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธาน
๒. นางสาวปติมา	ปัญญาศิริ	ทันตแพทย์ชำนาญการ	รองประธาน
๓. นางอุสนา	ยานยา	เภสัชกรปฏิบัติการ	คณะกรรมการ
๔. นางสาวฮานีชะ	สแลแม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๕. นางสาวกาตีนา	สือแม็ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๖. นางณูร่อ	ชูสารอ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๗. นางสาวมารีนา	หะยีแยนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๘. นางฮัสตานียะ	หามาลา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	คณะกรรมการ
๙. นางสาวรอฮานี	กะโยะ	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	คณะกรรมการ
๑๐. นางสาวแวสีอนะ	อาแวกือจิ	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะกรรมการ
๑๑. นายอันวา	เลาะซา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะกรรมการ
๑๒. นายอัสฮารี	เจ๊ะและ	นักวิชาการพัสดุ	คณะกรรมการ
๑๓. นางสาวหวันต์สกิน	ปะดุกา	นักเทคนิคการแพทย์	คณะกรรมการ
๑๔. นางสาวดียานา	หะมะ	นักวิชาการสาธารณสุข	คณะกรรมการ
๑๕. นางสาวมัยมนู	จารง	แพทย์แผนไทย	คณะกรรมการ
๑๖. นางรัตนา	รักดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการและเลขานุการ
๑๗. นางสาวประนอม	อินทร์ตัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการและช่วยเลขานุการ
๑๘. นางสาวมาเรียนี	เจ๊ะโต	นักโภชนาการปฏิบัติการ	คณะกรรมการและช่วยเลขานุการ

● **คณะกรรมการวิชาการและสารสนเทศ**

๑. นายภาคภูมิ	ภู่อุฐาสี	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธาน
๒. นายยัสลัน	มายุดิน	เภสัชกรชำนาญการ	รองประธาน
๓. นางมลพิมพ์	วทานิยะกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๔. นางสาวมารีเย็ม	กอลละ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๕. นางสาวนุรมา	ดือเราะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๖. นายนาอิม	ละมะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๗. นายชอราฮูดีน	มามะ	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ	คณะกรรมการ
๘. นางสาวรอฮานี	กะโยะ	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	คณะกรรมการ
๙. นางณูร่อ	ชูสารอ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๐. นางสาวชัยนุ	สะหะ	นักวิชาการทันตสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะกรรมการ
๑๑. นางสาวสุชาดา	รัตนไทรงาม	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	คณะกรรมการ
๑๒. นายอานัส	แวสะมะแอ	แพทย์แผนไทย	คณะกรรมการ
๑๓. นางสาวนุรอฮูดา	สารี	นักวิชาการสาธารณสุข	คณะกรรมการ
๑๔. นางสาวนุรีฮาน	สามะ	นักวิชาการสาธารณสุข	คณะกรรมการ
๑๕. นางสาวนุรมา	อาบูเล็ง	นักจัดการงานทั่วไป	คณะกรรมการ
๑๖. นายอิกวรรณ	หะยีดีอราเฮง	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	คณะกรรมการ
๑๗. นายอิสะมะแอ	สะ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ	คณะกรรมการและเลขานุการ

● คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อม/ความปลอดภัยในโรงพยาบาล และเครื่องมือแพทย์

๑. นายมัรวาน	สแต่ปุเตะ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ที่ปรึกษา
๒. นายมุฮัมมัด	สะแม	เจ้าพนักงานธุรการอาวุโส	ประธาน
๓. นายอันวา	เลาะซา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	รองประธาน
๔. นางรัตนา	รักดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๕. นางสาวโรสมีน่า	กาเซ็ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๖. นายพรดีร์กีซ	เพียรทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๗. นางสาวอุไรณี	เจะมะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๘. นายชอราฮูดีน	มามะ	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ	คณะกรรมการ
๙. นายन्छุรดีน	แหวดีอราแม	เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน	คณะกรรมการ
๑๐. นายสาวมาเรียมณี	เจ๊ะโต	นักโภชนาการปฏิบัติการ	คณะกรรมการ
๑๑. นางสาวมูนีเราะ	สุจรูญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๒. นายนิฮมาแอล	ดอเลาะ	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	คณะกรรมการ
๑๓. นายชัยดุสิต	รัตนไทรงาม	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน	คณะกรรมการ
๑๔. นายรุสดี	อี่ปง	พนักงานเกษตรพื้นฐาน	คณะกรรมการ
๑๕. นางสาวนุรมา	อาบูเล็ง	นักจัดการงานทั่วไป	คณะกรรมการ
๑๖. นายสมปอง	นิลมณี	ช่างไม้ ชั้น ๓	คณะกรรมการ
๑๗. นายนิฟาอ์ฟ	หะยิวาเงาะ	นักกายภาพบำบัด	คณะกรรมการ
๑๘. นางสาวนุรียัล	เส็นและ	นักวิชาการพัสดุชำนาญการ	คณะกรรมการและเลขานุการ

● คณะกรรมการ ๕ ส (๕ S)

๑. นางสาวปติมา	ปัญญาศิริ	ทันตแพทย์ชำนาญการ	ประธาน
๒. นางสาวฟารีดา	สะมิแม็ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รองประธาน
๓. นายชอราฮูดีน	มามะ	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ	คณะกรรมการ
๔. นางสาวมัสดูรา	แหวดีอราแม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๕. นายฮัสซัน	สะอะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๖. นางสาวนาดียะห์	ตาหยงมัส	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๗. นางสาววารือะห์	อายัด	เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน	คณะกรรมการ
๘. นายขอปือร์น	ลาแย	นักจิตวิทยาปฏิบัติการ	คณะกรรมการ
๙. นางสาวโนร์ฮูดา	อาแว	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	คณะกรรมการ
๑๐. นายอูสมัน	สะอิ	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา	คณะกรรมการ
๑๑. นางสาวดารูณี	สะอะ	เจ้าพนักงานธุรการ	คณะกรรมการ
๑๒. นางมารีนา	รอหะ	นักวิชาการเงินและบัญชี	คณะกรรมการ
๑๓. นายอัมรี	ดะคุนะ	พนักงานประจำตึก	คณะกรรมการ
๑๔. นางสาวสุวานี	สะอะ	ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	คณะกรรมการ
๑๕. นางรอซียะ	อูมาเจะแต	พนักงานซักฟอก	คณะกรรมการ
๑๖. นางสาวเจ๊ะเสาะ	สาแม	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	คณะกรรมการ
๑๗. นางสาวมาเรียมณี	เจ๊ะโต	นักโภชนาการปฏิบัติการ	คณะกรรมการและเลขานุการ

● คณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

๑. นางอรสา	นิลรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ประธาน
๒. นางสาววันดา	แวอุมา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รองประธาน
๓. นางภัทรพร	รัตนซ้อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๔. นางสาวชุตติภรณ์	แก้วศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๕. นางพัชณี	สะแม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๖. นางรัตนา	รักดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๗. นางสาวฟารีดา	สะมิแม็ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๘. นางประภาพร	เพ็ญบุรณ์	จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญงาน	คณะกรรมการ
๙. นายภาคภูมิ	ภูสุธาณี	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	คณะกรรมการ
๑๐. นางสาวอุมูกุลชง	กือตุ	เจ้าพนักงานเภสัชกรชำนาญงาน	คณะกรรมการ
๑๑. นางเจงพาตีเมาะ	วาเต๊ะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๒. นายนิมรอน	ดอเลาะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๓. นางสาวนุรีย์ล	เส็นและ	นักวิชาการพัสดุชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๔. นางสาวซัลซาบีลา	ดีอราซอ	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล	คณะกรรมการ
๑๕. นางสาวซอพิยะห์	สาแม	นักวิชาการพัสดุ	คณะกรรมการและเลขานุการ

● คณะทำงานพัฒนาระบบเวชระเบียนและสารสนเทศโรงพยาบาลทุ่งยางแดง

๑. นางสาวอารีนา	มะเซ็ง	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธาน
๒. นางฮาซือน๊ะ	มะเซ็ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๓. นางสาวบิสมิ	อาอาปี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๔. นางสาวสวดยะ	แวเต็ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๕. นางสาวมารีเย็ม	กอและ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๖. นางสาวรุสณา	อาลี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๗. นายอิสมะมะแอ	สะ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ	คณะกรรมการ
๘. นางสาวรอฮานี	กะโยะ	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	คณะกรรมการและเลขานุการ
๙. นางสาวฟาตีละห์	ปูแล	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๔.๓ วาระการเข้าเยี่ยม

คุณนุรีฮาน สามะ นักวิชาการสาธารณสุข แจ้งที่ประชุม เนื่องจากพบปัญหาในเรื่องของการเปิด-ปิดประตูสำหรับการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย จึงขอมติจากที่ประชุมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ **คุณอรัญ รอกา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล** เสนอแนะให้ดำเนินการดังนี้

๑. เรื่องของการเปิด-ปิดประตู ระหว่างหอผู้ป่วยในและทางเดินของเจ้าหน้าที่ จะใช้การสแกนลายนิ้วมือในการเข้าออกประตู มอบให้งาน ENV รับผิดชอบ
๒. ในเรื่องของการเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งเป็นนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลที่อนุญาตให้ญาติสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ครั้งละ ๑ คนนั้น พบปัญหาในเรื่องของญาติไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบที่กำหนด จึงมอบหมายให้ **คุณมุฮัมมัด สะแม เจ้าหน้าที่งานธุรการอาวุโส** จัดหาเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยจากบริษัท เพื่อปฏิบัติหน้าที่ คือ ๑) ตรวจสอบการสวมใส่หน้ากากอนามัยของผู้เข้าเยี่ยม ๒) ตรวจสอบจำนวนผู้เข้าเยี่ยมตามนโยบายที่กำหนด ๓) ควบคุม ตรวจสอบเวลาในการเยี่ยมตามเวลาที่กำหนด

๔.๔ พิจารณาเพื่อจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ของหน่วยงาน

๔.๔.๑ กลุ่มงานบริหารทั่วไป ได้นำเสนอประเด็นการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริตของหน่วยงาน ของหน่วยงานปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ที่ประชุมได้พิจารณาความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน โดยวิเคราะห์และสรุปความเสี่ยงของหน่วยงานปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เป็น ๔ ประเด็น ก็ยังคงไว้ในแผนบริหารความเสี่ยงตามเดิม ซึ่งยังมีความจำเป็นต้องควบคุมเพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยง ดังนี้

๑. แผนกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างไม่เป็นไปตามระเบียบ
๒. แผนการใช้อำนาจหน้าที่เรียกรับผลประโยชน์
๓. แผนการเอื้อประโยชน์ต่อพวกพ้องในการจัดซื้อจัดจ้าง
๔. แผนการใช้อิทธิพลหรือทรัพย์สินทางราชการ

มอบผู้รับผิดชอบงานกำหนดมาตรการควบคุมกำกับความเสี่ยงให้เป็นไปตามกฎข้อบังคับและระเบียบปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

๔.๔.๒ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค ขอแจ้งประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๔ พร้อมแสดงเจตจำนงสุจริตของผู้บริหาร

๔.๔.๓ ฝ่ายบริหาร แจ้งนโยบายและมีแนวทางปฏิบัติที่เคารพสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีของผู้ปฏิบัติงานมาตรการและคู่มือในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการล่วงละเมิดหรือคุกคามทางเพศในการทำงาน

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องแจ้งเพื่อทราบ

๕.๑ ๕.๑ แนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

คุณชอพิยะห์ สาแม นักวิชาการพัสดุ แจ้งที่ประชุมทราบ แนวทางการประเมินประเมินผลการปฏิบัติงานของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนง.ราชการ และ พนง.กระทรวงฯ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จากการประชุมคณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ในวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๕ โดยมีรายละเอียดดังนี้

การประเมินผลการปฏิบัติงานของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนง.ราชการ และ พนง.กระทรวงฯ ปีงบประมาณ 66

1. การประเมินผลการปฏิบัติราชการของข้าราชการ

มีองค์ประกอบการประเมิน ดังนี้

องค์ประกอบที่ ๑ : ผลสัมฤทธิ์ของงาน (KPI ๕ ตัว) ๗๐ คะแนน

KPI ที่หน่วยงานส่งมา (๔ ตัว) ๖๐ %

- KPI ร่วม ทั้งหน่วยงาน ๑ ตัว
- KPI เดี่ยว ๓ ตัว (คู่/เดี่ยว)

KPI คะแนนการพัฒนางานคุณภาพ (๑ ตัว) ๔๐ %

- การมีส่วนร่วมในทีมงานคุณภาพ (๕ คะแนน)
- การมีส่วนร่วมสนับสนุนการพัฒนาหน่วยงาน (๕ คะแนน)
- คะแนนสัมพันธภาพ (๑๐ คะแนน) ***ปรับข้อคำถาม***
- CQI (๕ คะแนน)
- ความพึงพอใจ (ประเมินไขว้หน่วยงาน) ๕ คะแนน
- คะแนนที่ข้อป้อัฯ ๕ คะแนน

องค์ประกอบที่ ๒ : พฤติกรรมการปฏิบัติราชการ (สมรรถนะ) ๓๐ คะแนน

(โดยเฉลี่ยคะแนนหัวหน้างาน ๗๐ % และคะแนนจากเพื่อนร่วมงาน ๓๐ %)

2. การประเมินผลการปฏิบัติงานของลูกจ้างประจำ

มีองค์ประกอบการประเมิน ดังนี้

องค์ประกอบที่ ๑ : ผลสัมฤทธิ์ของงาน (KPI) ๗๐ คะแนน

KPI ที่หน่วยงานส่งมา (๓ ตัว) ๗๕ %

- KPI ร่วม ทั้งหน่วยงาน ๑ ตัว
- KPI เดี่ยว ๓ ตัว (คู่/เดี่ยว)

KPI คะแนนการพัฒนางานคุณภาพ (๑ ตัว) ๒๕ %

- การมีส่วนร่วมในทีมงานคุณภาพ (๕ คะแนน)
- การมีส่วนร่วมสนับสนุนการพัฒนาหน่วยงาน (๕ คะแนน)
- คะแนนสัมพันธภาพ (๑๐ คะแนน) ***ปรับข้อคำถาม***
- CQI (๕ คะแนน)
- ความพึงพอใจ (ประเมินไขว้หน่วยงาน) ๕ คะแนน
- คะแนนที่ข้อป้อัฯ ๕ คะแนน

องค์ประกอบที่ ๒ : พฤติกรรมการปฏิบัติราชการ (สมรรถนะ) ๓๐ คะแนน (หัวหน้างานประเมิน)

3. การประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานราชการ

มีองค์ประกอบการประเมิน ดังนี้

องค์ประกอบที่ ๑ : คะแนนการประเมินผลสัมฤทธิ์ (KPI ที่หน่วยงานส่งมา ๓ ตัว) ๗๕ %

KPI คะแนนการพัฒนาหน่วยงานและทีมคุณภาพ (๑ ตัว) ๒๕ %

- การมีส่วนร่วมในทีมงานคุณภาพ (๕ คะแนน)
- การมีส่วนร่วมสนับสนุนการพัฒนาหน่วยงาน (๕ คะแนน)
- คะแนนสัมพันธภาพ (๑๐ คะแนน) (หัวหน้างานประเมิน)
- ความพึงพอใจ (ประเมินไขว้หน่วยงาน) (๕ คะแนน)
- CQI (๕ คะแนน)
- คะแนนที่ข้อป้อัพ ๕ คะแนน

รวม ๘๐ คะแนน

องค์ประกอบที่ ๒ : คะแนนการประเมินพฤติกรรมฯ (สมรรถนะ) ๒๐ คะแนน (หัวหน้างานประเมิน)

4. การประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

มีองค์ประกอบการประเมิน ดังนี้

องค์ประกอบที่ ๑ : คะแนนการประเมินผลสัมฤทธิ์ (KPI ที่หน่วยงานส่งมา ๒ ตัว) ๗๐ %

KPI คะแนนการพัฒนาหน่วยงานและทีมคุณภาพ (๑ ตัว) ๓๐ %

- การมีส่วนร่วมสนับสนุนการพัฒนาหน่วยงาน (๕ คะแนน)
- คะแนนสัมพันธภาพ (๑๐ คะแนน) (หัวหน้างานประเมิน)
- คะแนนความพึงพอใจ (ไขว้หน่วยงาน) (๕คะแนน)
- คะแนนที่ข้อป้อัพ ๕ คะแนน

รวม ๘๐ คะแนน

องค์ประกอบที่ ๒ : คะแนนการประเมินพฤติกรรมฯ (สมรรถนะ) ๒๐ คะแนน (หัวหน้างานประเมิน)

* พนักงานกระทรวงสาธารณสุขผู้ใด มีคะแนนเฉลี่ยของผลการประเมินผลการปฏิบัติงาน ๒ ครั้ง ติดต่อกว่าระดับดี (ต่ำกว่า ๗๕ คะแนน) ให้ถือว่าสิ้นสุดสัญญาจ้าง

5. การประเมินผลการปฏิบัติงานของลูกจ้างเหมาบริการ ***เริ่มประเมินปีงบประมาณ 2567***

องค์ประกอบที่ ๑ : คะแนนการประเมินผลสัมฤทธิ์ (KPI ที่หน่วยงานส่งมา ๒ ตัว) ๗๐ %

KPI คะแนนการพัฒนาหน่วยงานและทีมคุณภาพ (๑ ตัว) ๓๐ %

- การมีส่วนร่วมสนับสนุนการพัฒนาหน่วยงาน (๕ คะแนน)
- คะแนนสัมพันธภาพ (๑๐ คะแนน) (หัวหน้างานประเมิน)
- คะแนนความพึงพอใจ (ไขว้หน่วยงาน) (๕คะแนน)
- คะแนนที่ข้อป้อัพ ๕ คะแนน

รวม ๘๐ คะแนน

องค์ประกอบที่ ๒ : คะแนนการประเมินพฤติกรรมฯ (สมรรถนะ) ๒๐ คะแนน (หัวหน้างานประเมิน)

ให้กลุ่มงานเตรียมส่งข้อมูลตัวชี้วัดพร้อม Template โดย

- ใช้ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์จังหวัดหรือเขต / Sar ตอน 4 / CLT ของ PCT/ Service Plan
- ใส่ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี
- ใส่ข้อมูลติดมาด้วย
- ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล / การเก็บข้อมูลเก็บอย่างไร / ใครเป็นคนดึงข้อมูล
- ระบุนิยามของตัวตั้งและตัวหารให้ชัดเจน
- ให้มีการเตรียมตัวชี้วัดสำรอง กรณีตัวชี้วัดหลักที่ส่งมากรรมการพิจารณาให้เปลี่ยน

ข้าราชการ - ตัวชี้วัดร่วมหน่วยงาน 1 ตัว

- ตัวชี้วัดเดี่ยว 3 ตัว

พนักงานราชการ - ตัวชี้วัด 3 ตัว

พนักงานกระทรวงฯ - ตัวชี้วัด 2 ตัว

กำหนดส่งตัวชี้วัดที่จะใช้ประเมินในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มายังทีม HR ภายในวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๖ (เว้นผลลัพธ์ปีงบประมาณ ๒๕๖๖)

คุณวันดา แวอุมา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เสนอให้ผู้ปฏิบัติงานใช้ตัวชี้วัดที่เป็น Key Process

คุณตาริกา เจอะอาแว นักวิชาการสาธารณสุข เสนอให้ Shopping KPI จากตัวชี้วัดกระทรวง เขต จังหวัด SAR ตอนที่ ๔ CLT ของทีม PCT และ THIP ของสรรพ.

มติที่ประชุม คุณอรัญ รอกา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เสนอให้มีการใช้ Template ที่เป็นมาตรฐาน เช่น Template จากกระทรวง เขต จังหวัด เป็นต้น ฝากทีมยุทธศาสตร์และศูนย์คุณภาพตรวจสอบความถูกต้องของ Template

ฝากหัวหน้าแต่ละหน่วยงาน และทีม HR ดำเนินการดังนี้

๑. กำกับ คัดเลือก ตัวชี้วัดของเจ้าหน้าที่
๒. กำกับ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ในการพิจารณาการจัดทำ CQI ในการผลักดันงานที่เป็นปัญหา
๓. การโปรโมทเชิญชวน แรงจูงใจ โน้มน้าว เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานตนเอง ในการมีส่วนร่วมในงานคุณภาพ

๕.๒ การประเมิน HAIT

คุณอรัญ รอกา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ได้มอบหมายนโยบายในการประเมิน HAIT ดังนี้

๑. ในการประเมิน HAIT ครั้งนี้ ให้ตั้งเป้าหมายการดำเนินงานขั้นที่ ๓ โดยดำเนินการดูรายละเอียดเกณฑ์ขั้นที่ ๓
๒. การดำเนินงาน HAIT มอบหมายให้ทีมนคณะกรรมการบริหารและทีม FA กำกับ ติดตาม เป็นพี่เลี้ยงในการขับเคลื่อนมาตรฐาน HAIT ภายในปี ๒๕๖๖
๓. สนับสนุนการซื้อ Window แท้ สำหรับ Back Office เพื่อนำมาใช้ในการทำงานคุณภาพ งานเอกสาร งานสารบรรณต่างๆ ๒ ที่ ได้แก่ ศูนย์คุณภาพ และศูนย์ IT

จะไม่ใช่แค่ความร่วมมือ แต่จะใช้นโยบาย ๑) ทุกคนรู้ ๒) มีมาตรการป้องกัน ๓) ใช้ ศักยภาพของระบบสารสนเทศ ๔) ลดความเสี่ยงให้น้อยที่สุด ๕) บูรณาการกับงาน HA

คุณอริสสะมะแอ สะ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ แจ้งที่ประชุมทราบ การพัฒนา

คุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (HAIT) ประกอบด้วย ๗ หมวด โดยมีรายละเอียดดังนี้

System	Level 1	Level 2	Level 3
0. General Status	เริ่มมีกระบวนการจัดการให้เกิดคุณภาพ โดยเริ่มเห็นผลบางส่วน	มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยง ใน สาขาต่าง ๆ เกิดระบบการพัฒนาคุณภาพ ด้าน IT	มีการพัฒนาคุณภาพอย่างกว้างขวางทั้ง องค์กร เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
1. IT Master Plan	แผน IT สอดคล้องกับแผนโรงพยาบาล ตอบสนองยุทธศาสตร์หลักของโรงพยาบาล มีกระบวนการพัฒนาแผนที่ได้มาตรฐาน	มีการดำเนินการตามแผน IT ที่สอดคล้อง กับแผนโรงพยาบาล เกิดผลสำเร็จในบาง โครงการ	มีการดำเนินการตามแผน IT ที่สอดคล้อง กับแผนโรงพยาบาล เกิดผลสำเร็จ โดย IT เป็นเครื่องมือหลักในการผลักดันยุทธศาสตร์ สำคัญของโรงพยาบาล
2. IT Risk Management System	มีการประเมินความเสี่ยงในระบบ IT ดำเนินการจัดการความเสี่ยงจนประเมินได้ว่า ความเสี่ยงลดลง	นำผลการจัดการความเสี่ยงในรอบปีที่ผ่านมา มาใช้ปรับแผนการจัดการความเสี่ยงในปี ต่อไป ทำให้ความเสี่ยงลดลงได้ต่อเนื่อง	มีกลไกการจัดการความเสี่ยงที่ดำเนินครบ วงจร PDCA อย่างต่อเนื่องมาแล้วอย่างน้อย 3 รอบวงจร ไม่พบความเสี่ยงที่จัดการได้
3. Security Management	มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านความ มั่นคงในระบบ IT ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติอย่าง เคร่งครัด มีการจัดการ Data Center จน มั่นคงปลอดภัยทุกด้าน	มีการจัดการการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยให้เข้าถึง ได้เฉพาะผู้ที่รับผิดชอบการดูแลรักษาผู้ป่วย ในช่วงดังกล่าวเท่านั้น ไม่มีการใช้ช่องทางที่ ไม่มั่นคง (LINE, Social Media) ในการ รับส่งข้อมูลผู้ป่วย	มีกลไกการจัดการความมั่นคงที่ดำเนินครบ วงจร PDCA อย่างต่อเนื่องมาแล้วอย่างน้อย 3 รอบวงจร ไม่พบการละเมิดความมั่นคงใน ระบบ
4. Service Desk, Service Level Agreement, Incident and Problem Management	มีการจัด service desk มีการประกาศ SLA ในเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ใช้งานระบบ IT มีระบบเก็บข้อมูล IT Activity and Incident Report and Monitoring	ประกาศ SLA ที่สำคัญได้ครบทุกด้านการ บริการ (Hardware, Software, Network, Data Service, New Requirement) มีข้อมูล ในระบบ Incident และ Activity Monitoring มากกว่า 95% ของเหตุการณ์	มีกลไกการนำผลการประเมิน SLA มาใช้ ปรับคุณภาพบริการ ที่ดำเนินครบวงจร PDCA อย่างต่อเนื่องมาแล้วอย่างน้อย 3 รอบวงจร ผู้ใช้ระบบมีความพึงพอใจมาก

System	Level 1	Level 2	Level 3
5. Clinical Data Quality Control	มีการเก็บข้อมูลประวัติ ผลการตรวจร่างกาย คำวินิจฉัยโรค การทำหัตถการ การให้ยา การรักษา และรหัส ICD ของผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยในทุกราย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 มีระบบตรวจสอบคุณภาพความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูล OPD, IPD	มีการเก็บข้อมูลประวัติ ผลการตรวจร่างกาย คำวินิจฉัยโรค การทำหัตถการ การให้ยา การรักษา และรหัส ICD ของผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยในทุกราย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ในรูปแบบ Structured Data in database (Not Scanned Record)	มีข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อเพิ่ม คุณภาพด้าน Quality and Safety of Care, Improve Clinical Outcomes
6. Software Development Quality Control (if available)	มีเอกสารการวิเคราะห์และออกแบบระบบที่ สำคัญในโปรแกรมที่พัฒนาเอง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	มีเอกสารการวิเคราะห์และออกแบบระบบที่ สำคัญในโปรแกรมที่พัฒนาเอง ทุก โปรแกรม มีการทำ Software Version Control มีการ Comment Source codes	มีกลไก Requirement Management, Project Management, Software Quality Assurance ในการพัฒนาโปรแกรมทุกๆ โปรแกรม
7. Capacity Management	มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและ Gap Analysis, มีการจัดทำแผนเพิ่มศักยภาพ ด้าน Hardware, Software, Network, People ware มีการกำหนดสมรรถนะที่ จำเป็นของบุคลากรสำคัญในฝ่าย IT	มีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพตามแผน เกิดผลสำเร็จในบางด้าน	มีกลไกการพัฒนาศักยภาพที่ดำเนินครบ วงจร PDCA อย่างต่อเนื่องมาแล้วอย่างน้อย 3 รอบวงจร พบความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง

แบบประเมินตนเองด้านคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลทุ่งยางแดง

1. แผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศ				
คำอธิบาย : หมายถึงแผนที่จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร มีเลขหน้ากำกับ ประกอบด้วยวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ต่อด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จตามเป้าประสงค์และเข็มมุ่งของยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ถอดออกมาเป็นแผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่แยกออกเป็นยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศที่ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลทุกด้าน และแผนปฏิบัติการที่กำหนดระยะเวลาที่จะดำเนินการตามแผนในช่วง 3-5 ปี				
องค์ประกอบย่อย	ไม่ได้ทำ	บางส่วน	ทำแล้ว	อธิบายรายละเอียดเพิ่มเติม
1.1 มีการจัดทำแผนแม่บท IT ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร			✓	มีแผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศ ๔ ปี ที่เป็นรูปเล่ม สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ คสช.
1.2 การจัดทำแผนโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้ง ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติซึ่งเป็นผู้ใช้งานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ			✓	การจัดทำแผนมี ผู้อำนวยการ รพ. ทีม IM แต่ละหน่วยงาน, หมอ. เข้าร่วมให้นโยบาย กลยุทธ์การทำงาน
1.3 มีการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จตามเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลแล้วถอดออกมาเป็นยุทธศาสตร์ IT			✓	มีการวิเคราะห์โดยใช้หลักการ SWOT ในการวิเคราะห์การดำเนินงาน ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ถอดมาเป็นยุทธศาสตร์ผู้การปฏิบัติ
1.4 แผนแม่บท IT มีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ และเข็มมุ่งของโรงพยาบาล			✓	การจัดทำแผนแม่บท นำวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ และเข็มมุ่งของโรงพยาบาลเป็นข้อมูลนำเข้าในกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของ IT เพื่อให้ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของ คสช. และโรงพยาบาล
1.5 แผนแม่บท IT ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย/บริการสุขภาพให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น			✓	มีการสำรวจความต้องการของเจ้าหน้าที่ต่อการใช้ IT ในการทำงานเพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานและดูแลผู้ป่วย ตอบสนองต่อความต้องการของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย
1.6 มีการสื่อสารแผนแม่บท IT ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ และดำเนินการตามแผนในแนวเดียวกัน			✓	อธิบายวิธีการสื่อสารแผน IT ไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องในการประชุมทีม IT และ FA เพื่อจับทราบบนทิศทางเดียวกัน
1.7 มีการดำเนินการตามแผนแม่บท IT จนเกิดผลสำเร็จ			✓	ได้ดำเนินการตามแผน IT โดยการกำกับของทีม IM และ RM
1.8 มีการตรวจสอบ การติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนแม่บท IT และนำผลการประเมินมาปรับแผนแม่บทให้ดีขึ้น			✓	มีทีม FA, IM, RM ติดตามแผนและปรับผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเป้า

เอกสารที่ควรนำเสนอประกอบการประเมิน

1. แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ระยะ 3-5 ปี
2. แผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล
3. แผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศ

2. การจัดการความเสี่ยงในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ				
<p>คำอธิบาย : ระบบการจัดการความเสี่ยงที่เริ่มจากการประเมินความเสี่ยงทุกด้านที่จะเกิดขึ้นต่อระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาล ให้คะแนนความเสี่ยงและจัดลำดับความสำคัญ จัดทำแผนการจัดการความเสี่ยงเป็นลายลักษณ์อักษร มีเลขหน้ากำกับ ประกอบด้วยผลการประเมินความเสี่ยง ยุทธศาสตร์การจัดการความเสี่ยงและแผนปฏิบัติการที่กำหนดระยะเวลาที่จะดำเนินการตามแผนในช่วง 1 ปี เมื่อจบการดำเนินการตามแผนต้องมีการประเมินผลการดำเนินงานและนำผลการประเมินมาปรับปรุงเป็นแผนในรอบปีต่อไป รวมทั้งการจัดการความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย จากการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้วย</p>				
องค์ประกอบย่อย	ไม่ได้ทำ	บางส่วน	ทำแล้ว	อธิบายรายละเอียดเพิ่มเติม
2.1 มีกระบวนการประเมินและให้คะแนนความเสี่ยงของระบบ IT อย่างเป็นระบบ โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย		✓		มีการรวบรวมความเสี่ยง ประเมินให้คะแนนเป็น Risk Register ของศูนย์สารสนเทศร่วมกับทีม RM ของโรงพยาบาล
2.2 มีแผนจัดการความเสี่ยงเป็นลายลักษณ์อักษร โดยกำหนดกลยุทธ์ โครงการ ระยะเวลา ดำเนินการ ผู้รับผิดชอบ อย่างชัดเจน		✓		มีแผน Risk Register ของทีม RM และศูนย์สารสนเทศ
2.3 มีการดำเนินการตามแผนจัดการความเสี่ยง		✓		มีการดำเนินการตามแผนโดยมีทีม RM ติดตามการดำเนินงาน
2.4 มีการวัดติดตาม ประเมินผลการดำเนินการจัดการความเสี่ยง และวิเคราะห์ผลการประเมินจัดทำเป็นรายงาน		✓		มีการติดตามตามแผน Risk Register และนำมาวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน หาวิธีป้องกันการเกิดซ้ำ
2.5 มีการนำผลการประเมินการดำเนินการจัดการความเสี่ยงมาปรับแผนการจัดการความเสี่ยงให้ดีขึ้น		✓		ทีม RM มีการทบทวนผลจากการดำเนินงานตามแผน หากยังพบอุปสรรคหรือเกิดซ้ำ ให้ทีม IM และศูนย์สารสนเทศ ปรับมาตรการใหม่ให้รัดกุม และปรับมาตรการที่ยังเกิดปัญหาซ้ำๆ

เอกสารที่ควรนำเสนอประกอบการประเมิน

1. วิธีการและผลการประเมินความเสี่ยงในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
2. แผนยุทธศาสตร์การจัดการความเสี่ยง จัดลำดับความสำคัญตามผลการประเมินความเสี่ยง
3. แผนปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงปีปัจจุบัน
4. รายงานผลการประเมินการจัดการความเสี่ยงในรอบปีที่ผ่านมา

3. การจัดการความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ				
คำอธิบาย : ระบบการจัดการความมั่นคงปลอดภัยที่เริ่มจากการกำหนดนโยบายด้านความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล การจัดทำระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยที่ผู้ใช้ระบบทุกคนต้องปฏิบัติตาม การสร้างความตระหนัก การประชาสัมพันธ์นโยบายและจัดอบรมให้ความรู้ระเบียบปฏิบัติให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบ การตรวจสอบว่าบุคลากรได้รับทราบ เข้าใจ ยอมรับ และปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยอย่างเคร่งครัด รวมถึงการจัดการ Data Center ของโรงพยาบาลให้มั่นคงปลอดภัย ได้มาตรฐานทางกายภาพตามแนวทางการปฏิบัติที่ดี				
องค์ประกอบย่อย	ไม่ได้ทำ	บางส่วน	ทำแล้ว	อธิบายรายละเอียดเพิ่มเติม
3.1 มีการจัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยในระบบ IT		✓		จัดทำเอกสารนโยบายและระเบียบปฏิบัติตาม WI
3.2 มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่อนุญาตให้เฉพาะผู้ที่รับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วยในช่วงเวลาปัจจุบันเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยรายนั้นได้		✓		กำหนดนโยบาย และตรวจสอบผู้สิทธิใช้งานโปรแกรม HOSXP จากข้อมูลทีม HR
3.3 มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่ป้องกันความลับผู้ป่วยมิให้รั่วไหลทุกช่องทาง รวมทั้งช่องทาง Social Media ทุกด้าน			✓	มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่กำหนดการป้องกันความลับผู้ป่วย ระเบียบในการใช้งานยุค Social Media
3.4 มีการประชาสัมพันธ์นโยบายและระเบียบปฏิบัติให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบ		✓		มีการติดประกาศนโยบายและระเบียบ ทั่วทั้งทางบอร์ดและสื่ออิเล็กทรอนิกส์
3.5 มีการตรวจสอบว่าบุคลากรได้รับทราบ เข้าใจ ยอมรับ และปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยอย่างเคร่งครัด		✓		มีการสุ่มประเมินบุคลากร ภายได้รับทราบ รับรู้ นโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัย
3.6 มีการประเมินผลการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติและนำผลการประเมินมาปรับกระบวนการบังคับใช้ระเบียบปฏิบัติต่อไป	✓			อธิบายการนำผลการประเมินบุคลากรมาปรับกระบวนการบังคับใช้ระเบียบให้ดีขึ้น
3.7 มีการจัดการ Data Center ของโรงพยาบาลจนมั่นคงปลอดภัย ได้มาตรฐานทางกายภาพตามกรอบการพัฒนาคุณภาพ (HITQIF)	✓			อธิบายแนวทางการจัดการ Data Center ของโรงพยาบาลให้มั่นคงปลอดภัย

เอกสารที่ควรนำเสนอประกอบการประเมิน

1. นโยบายด้านความมั่นคงปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล
2. ระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยที่ผู้ใช้ระบบทุกคนต้องปฏิบัติตาม
3. ผลการประเมินความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติของผู้ใช้ระบบทุกคน
4. แนวทางปฏิบัติในการสำรองข้อมูลทุกฐานข้อมูล
5. ข้อมูลขนาดห้องและสถานที่ตั้ง ห้อง Data Center (Server Room) รูปภาพภายในด้านหน้าและหลังตู้เก็บเครื่องแม่ข่าย แสดงการจัดระเบียบสายสัญญาณ สายไฟฟ้า สายอื่นๆทั้งหมด อุปกรณ์ที่สำคัญ เช่น ระบบตรวจจับควัน ระบบวัดอุณหภูมิและความชื้น ระบบดับเพลิง ระบบควบคุมการเข้าออกและระเบียบการควบคุม

4. การจัดระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศ				
คำอธิบาย : มีการจัดจุดรับแจ้งบริการ (Service Desk) มีการประชุมร่วมกับผู้ใช้ระบบเพื่อกำหนด Service Level Agreement – SLA ด้านที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการใช้งานระบบของผู้ใช้ส่วนใหญ่ แล้วประกาศรับประกันระยะเวลาการให้บริการให้รับทราบทั่วกัน มีระบบเก็บข้อมูลอุบัติการณ์ ระบบเก็บข้อมูลกิจกรรมการทำงานของเจ้าหน้าที่ฝ่าย IT ทุกคน มีการวิเคราะห์ SLA, อุบัติการณ์และ กิจกรรมเพื่อนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง				
องค์ประกอบย่อย	ไม่ได้ทำ	บางส่วน	ทำแล้ว	อธิบายรายละเอียดเพิ่มเติม
4.1 มีการจัดระบบ Service Desk เพื่อเพิ่มความสะดวกของผู้ใช้งานระบบในการติดต่อหน่วย IT		✓		มีการประกาศข้อตกลงการให้บริการโดยสามารถติดต่อทีมสารสนเทศได้โดยผ่านการแจ้งซ่อมผ่านโปรแกรม <i>AutoMondul</i> และโทรติดต่อ 101
4.2 มีการกำหนด Service Level Agreement - SLA ในเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ใช้ระบบ IT			✓	ประกาศมาตรฐานการให้บริการให้ทุกหน่วยงานรับทราบ พร้อมประกันระยะเวลาการให้บริการ
4.3 มีการติดตามผลการดำเนินการตาม Service Level Agreement และนำผลการดำเนินการมาวิเคราะห์เพื่อหาทางปรับปรุงการบริการให้เป็นไปตามข้อตกลง		✓		หากการให้บริการไม่ได้ตามการประกันเวลา ให้ลงเป็นอุบัติการณ์ในโปรแกรม AM แล้วทีมสารสนเทศนำมาวิเคราะห์เพื่อหาทางปรับปรุงการบริการให้เป็นไปตามข้อตกลง
4.4 มีระบบการเก็บข้อมูลอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลทั้งส่วนที่กำหนดไว้ใน SLA และที่ยังไม่ได้กำหนด		✓		มีเก็บข้อมูลเข้าสู่ฐานข้อมูลความเสี่ยงในโรงพยาบาล
4.5 มีระบบการเก็บข้อมูลกิจกรรมและการทำงานของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายในหน่วย IT ของโรงพยาบาล		✓		ทีมสารสนเทศจะมีทะเบียนการดำเนินงานต่างๆ ทั้งแบบสมุดและผ่านโปรแกรม <i>AutoMondul</i>
4.6 มีระบบการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์ และกิจกรรม และนำผลการวิเคราะห์มาดำเนินการจัดการปัญหา หรือ ปรับระบบการทำงานให้ดีขึ้น		✓		นำอุบัติการณ์จากโปรแกรม AM ต่างๆ มาวิเคราะห์ และหาวิธีการแก้ปัญหาเพื่อปรับระบบการทำงานให้ดีขึ้น

เอกสารที่ควรนำเสนอประกอบการประเมิน

1. ประกาศข้อตกลงระดับการบริการ (Service Level Agreement – SLA)
2. คำอธิบายระบบการเก็บข้อมูลผลการปฏิบัติตาม SLA ที่มั่นใจได้ว่าเก็บข้อมูลได้ครบทุกครั้ง
3. คำอธิบายระบบการเก็บข้อมูลอุบัติการณ์ ที่มั่นใจได้ว่าเก็บข้อมูลได้ครบทุกอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น
4. คำอธิบายระบบการเก็บข้อมูลกิจกรรม ที่มั่นใจได้ว่าเก็บข้อมูลได้ครบทุกกิจกรรมของเจ้าหน้าที่ IT ทุกคนที่เกิดขึ้นทุกช่วงเวลา
5. รายงานผลการปฏิบัติงานตาม SLA, ผลการวิเคราะห์อุบัติการณ์, ผลการวิเคราะห์กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ทุกคนในฝ่าย IT

5. ระบบควบคุมคุณภาพข้อมูลการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยและคุณภาพรหัส ICD				
คำอธิบาย : ระบบควบคุมคุณภาพข้อมูลต้องมีการจัดการให้แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ให้การรักษาระดับข้อมูลที่สำคัญใน OPD Cards และเวชระเบียนผู้ป่วยใน ได้ครบถ้วน ถูกต้อง มีรายละเอียดที่ดี และทันเวลา ต้องไม่ละเว้นการบันทึกคำวินิจฉัยโรคใน OPD Cards หรือ Discharge Summary ต้องไม่นำเอา ICD มาใช้แทนคำวินิจฉัยโรค มีระบบตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และคุณภาพรหัส ICD ที่ตรวจสอบเป็นประจำไม่น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง มีการจัดการให้ระดับคุณภาพข้อมูลดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาทางพัฒนาคุณภาพการรักษาให้ดีขึ้น				
องค์ประกอบย่อย	ไม่ได้ทำ	บางส่วน	ทำแล้ว	อธิบายรายละเอียดเพิ่มเติม
5.1 มีการบันทึกข้อมูลประวัติ ผลการตรวจร่างกาย คำวินิจฉัยโรค การทำหัตถการ การให้ยา การรักษา และรหัส ICD ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกราย ในเวชระเบียนกระดาษหรืออิเล็กทรอนิกส์ แต่ละหัวข้อไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนผู้มารับบริการ			✓	แสดงคะแนนคุณภาพข้อมูล IPD OPD ข้อมูลผู้ป่วย 84.37% 91.60% ผลการตรวจร่างกาย 81.25% 85.00% คำวินิจฉัย 99.16% 0% การรักษา 87.50% 70.00%
5.2 มีระบบตรวจสอบความครบถ้วน (สมบูรณ์) ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ที่ดำเนินการอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยมีผู้ตรวจสอบภายนอกอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			✓	หน่วยบริการมีการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยในทุกระยะโดยทีมเวชระเบียน (Internal Audit) และหน่วยบริการมีการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยในทุกปี โดยทีมเวชระเบียน(External Audit) ผล IPD 87.34% OPD 65.58%
5.3 มีระบบตรวจสอบคุณภาพการเขียนหรือบันทึกคำวินิจฉัยโรคของแพทย์ ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีการวิเคราะห์สาเหตุที่เกิดคำวินิจฉัยต้อคุณภาพหรือกำกวมขาดรายละเอียด			✓	หน่วยบริการมีทีมตรวจสอบการวินิจฉัยโดยมีแพทย์ พยาบาล และเวชสถิติ โดยมีการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของการบันทึกวินิจฉัยของการรักษาทุกสัปดาห์
5.4 ระบบตรวจสอบคุณภาพรหัส ICD ในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่ดำเนินการอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยมีผู้ตรวจสอบภายนอกอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง		✓		หน่วยบริการมีการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยในทุกระยะโดยทีมเวชระเบียน (Internal Audit) และหน่วยบริการมีการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยในทุกปี โดยทีมเวชระเบียน(External Audit) ผล IPD 96.72% OPD 0%
5.5 มีการวิเคราะห์ประวัติ ผลการตรวจร่างกาย คำวินิจฉัยโรค การทำหัตถการ การให้ยา การรักษา และรหัส ICD ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อหาทางพัฒนาคุณภาพการบริการ หรือเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย			✓	มีการวิเคราะห์ปัญหาของการตรวจสอบทุกเกณฑ์ของเวชระเบียน มีการตรวจสอบหน่วยงานพร้อมเสนอแนะวิธีการบันทึกเพื่อให้ได้ผลการพัฒนาคุณภาพของข้อมูล และคุณภาพของการมารับบริการ
5.6 มีการนำผลการวิเคราะห์คุณภาพข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมาดำเนินการจัดการปัญหาหรือ ปรับระบบการควบคุมคุณภาพข้อมูลให้ดีขึ้น			✓	ทีมเวชระเบียนได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในทุกระยะ และได้นำปัญหาไปยังหน่วยงานเพื่อพัฒนา แก้ไขปรับปรุง

เอกสารที่ควรนำเสนอประกอบการประเมิน

1. ผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน และคุณภาพรหัส ICD ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
2. ผลการพัฒนาระดับคุณภาพข้อมูลทุกด้านให้ได้คะแนนคุณภาพไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

6. การควบคุมคุณภาพการพัฒนาโปรแกรม (ประเมินเฉพาะโรงพยาบาลที่เขียนโปรแกรมใช้เอง)				
คำอธิบาย : ระบบควบคุมคุณภาพการพัฒนาโปรแกรม ต้องมีการวิเคราะห์ระบบก่อนลงมือเขียนโปรแกรมทุกครั้ง มีการจัดการความต้องการของผู้ใช้ (Requirement management) มีการจัดทำเอกสารการวิเคราะห์ระบบ และเอกสารการออกแบบระบบ มีการบันทึกคำอธิบายในโปรแกรมทุกส่วนที่สำคัญ มีระบบ version control มีการทดสอบโปรแกรม มีการจัดทำคู่มือของโปรแกรมทุกโปรแกรมที่พัฒนาใช้เอง				
องค์ประกอบย่อย	ไม่ได้ทำ	บางส่วน	ทำแล้ว	อธิบายรายละเอียดเพิ่มเติม
6.1 มีการรวบรวมความต้องการ การวิเคราะห์ และการออกแบบระบบก่อนการพัฒนาโปรแกรม		✓		มีการเชิญพูดคุยกับเจ้าของระบบงาน สํารวจความต้องการระบบสารสนเทศ และ ออกแบบ data flow และ ER diagram ของระบบ
6.2 มีเอกสารผลการวิเคราะห์และออกแบบระบบขั้นพื้นฐาน ในโปรแกรมที่พัฒนาเองไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนโปรแกรมที่พัฒนาเองทั้งหมด (Conventional ต้องมี Context Diagram, Data Flow Diagram Level 1,2,3 , ER Diagram, Data Dictionary) (Object Oriented ต้องมี Use Case Diagram, Activity Diagram , Sequence Diagram, Class Diagram, Data Dictionary) (Security and Capacity Design รวมถึง non-functional requirement ที่สำคัญ)	✓			แสดงเอกสารการวิเคราะห์และเอกสารการออกแบบระบบ
6.3 มีการเขียน Comment ใน Source Code และมีการบันทึกการเปลี่ยนแปลง (version control)	✓			แสดงตัวอย่าง source code ที่มีคำอธิบาย
6.4 มีกระบวนการจัดการความต้องการของผู้ใช้ อย่างมีระบบ เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของผู้ใช้หลังการพัฒนาโปรแกรมเสร็จ (Requirement Management)	✓			อธิบายกระบวนการจัดการความต้องการของผู้ใช้
6.5 มีกระบวนการจัดการการพัฒนาโปรแกรมให้เป็นไปตามกำหนดการ (Project Management)	✓			อธิบายกระบวนการจัดการการพัฒนาโปรแกรมให้เป็นไปตามกำหนดการ
6.6 มีกระบวนการทดสอบโปรแกรมที่ได้มาตรฐานก่อนส่งมอบให้ผู้ใช้ (Function Test, User Acceptance Test -UAT)	✓			แสดงรายงานการทดสอบโปรแกรม
6.7 มีการจัดทำคู่มือการใช้โปรแกรมอย่างครบถ้วน	✓			แสดงคู่มือการใช้โปรแกรม

เอกสารที่ควรนำเสนอประกอบการประเมิน

1. เอกสารการวิเคราะห์ระบบ และเอกสารการออกแบบระบบทุกโปรแกรม
2. คู่มือผู้ใช้ และตัวอย่างคำอธิบายใน source codes

7. การจัดการศักยภาพของทรัพยากรในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ				
คำอธิบาย : การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของทรัพยากรด้าน Hardware, software, network และบุคลากรด้าน IT การทำการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap analysis) การจัดทำแผนเพิ่มศักยภาพของทรัพยากร IT การกำหนดสมรรถนะ การประเมินสมรรถนะ และการดำเนินการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในฝ่าย IT เพื่อให้มั่นใจว่าศักยภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีเพียงพอต่อการดำเนินงานตามแผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศ				
องค์ประกอบย่อย	ไม่ได้ทำ	บางส่วน	ทำแล้ว	อธิบายรายละเอียดเพิ่มเติม
7.1 มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน และ Gap Analysis ของทรัพยากรด้าน Hardware, Software, Network, บุคลากร		✓		ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ด้าน HW สำนักงาน และจุดบริการ 1:1
7.2 มีการจัดทำแผนเพิ่มหรือจัดการศักยภาพของทรัพยากรด้าน Hardware, Software, Network		✓		
7.3 มีการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็น (Functional Competency) ของ CIO และ บุคลากรด้าน IT ทุกคน ประเมินสมรรถนะ และจัดทำแผนเพิ่มสมรรถนะรายบุคคล	✓			แสดงรายละเอียดการกำหนดสมรรถนะของทุกคน ผลการประเมินสมรรถนะ และแผนการเพิ่มสมรรถนะรายบุคคล
7.4 มีการดำเนินการตามแผนเพิ่มสมรรถนะและศักยภาพ (Hardware, software, network) และ มีการประเมินวิเคราะห์ผลการดำเนินการตามแผน	✓			แสดงผลการดำเนินงานตามแผนการเพิ่มสมรรถนะรายบุคคลและแผนการเพิ่มศักยภาพ
7.5 มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแผนเพิ่มศักยภาพให้ดีขึ้น	✓			แสดงผลการวิเคราะห์ที่นำมาปรับปรุงตามแผนการเพิ่มสมรรถนะรายบุคคลและแผนการเพิ่มศักยภาพและการนำผลการวิเคราะห์มาปรับแผนให้ดีขึ้น

เอกสารที่ควรนำเสนอประกอบการประเมิน

1. ทะเบียนทรัพยากรในระบบ IT การประเมินศักยภาพ การใช้ทรัพยากรในปัจจุบัน
2. การกำหนดสมรรถนะและการประเมินสมรรถนะบุคลากรในฝ่าย IT
3. แผนการพัฒนาสมรรถนะรายบุคคล
4. แผนการเพิ่มศักยภาพระบบ IT

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ ในส่วนของห้อง DATA Center **คุณอรัญ รอกา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล** เสนอแนะให้ IT ออกแบบโครงสร้างของห้อง และปรึกษากับทีมบริหาร ที่ประชุมเสนอแนะให้ทีม IT จัดทำ Check List และ GAP สิ่งที่ต้องดำเนินการ/มีในแต่ละหมวด แต่ละ Level ประกอบด้วยอะไรบ้าง และขณะนี้สิ่งใดที่มีอยู่แล้ว และสิ่งใดต้องทำในลำดับต่อไป

คุณอรัญ รอกา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพิ่มเติมเรื่อง Telemedicine สิ่งที่ควรมี ได้แก่ Case Manager ห้อง จอคอมพิวเตอร์ ๒ จอ กล้อง ไมค์ โดย Case Manager จะทำหน้าที่ประสานกับ Case Manager จังหวัด

ระเบียบวาระที่ ๖ เรื่องตัวชี้วัด/รายงานปฏิบัติการณ์

ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๗ เรื่องอื่นๆ

ไม่มี

เลิกประชุมเวลา ๑๖.๓๐ น.

หญิง ๗

(นางสาวนุรีฮาน สามะ)
นักวิชาการสาธารณสุข
จัดบันทึกรายงานการประชุม

๗๗ 1/๗

(นายสันติ เบ็ญอุบัส)
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
ตรวจรายงานการประชุม