



คำสั่งศูนย์อนามัยที่ ๕
ที่ /๒๕๖๐

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารระบบคุณภาพ เพื่อไปสู่องค์กรคุณภาพคู่คุณธรรม

ด้วยแผนยุทธศาสตร์ของกรมอนามัยมีเป้าหมายในการพัฒนาองค์กร ให้เป็นองค์กรคุณภาพคู่คุณธรรม เพื่อเป็นการบูรณาการมาตรฐานต่างๆในระบบคุณภาพ ได้แก่ มาตรฐาน PMQA , HA , ITA และมาตรฐานต่างๆของ กรมอนามัย ได้แก่ HPH, YFHS, โรงพยาบาลลดโลกร้อน, HLO ฯลฯ จึงยกเลิคำสั่งศูนย์อนามัยที่ 5 ที่ 18/2560 และแต่งตั้งคณะกรรมการต่างๆ ดังนี้

1. คณะกรรมการพัฒนาและบูรณาการระบบคุณภาพ ประกอบด้วย

- | | | |
|------|---|--|
| 1.1 | ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 | ประธานกรรมการ |
| 1.2 | รอง ผอ.ศูนย์ด้านบริการ | รองประธานคนที่ 1 (QMR ระบบคุณภาพ HA) |
| 1.3 | รอง ผอ.ศูนย์ด้านวิชาการ | รองประธานคนที่ 2 (QMR ระบบคุณภาพ PMQA) |
| 1.4 | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก | กรรมการ |
| 1.5 | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน | กรรมการ |
| 1.6 | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น | กรรมการ |
| 1.7 | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน | กรรมการ |
| 1.8 | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ | กรรมการ |
| 1.9 | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม | กรรมการ |
| 1.10 | หัวหน้ากลุ่มพันตสาธารณสุข | กรรมการ |
| 1.11 | หัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารและเวชระเบียน | กรรมการ |
| 1.12 | หัวหน้าแผนกสูติ-นรีเวชกรรม | กรรมการ |
| 1.13 | หัวหน้าแผนกกุมารเวชกรรม | กรรมการ |
| 1.14 | หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ป้องกัน | กรรมการ |
| 1.15 | หัวหน้าแผนกพันตกรรม | กรรมการ |
| 1.16 | หัวหน้ากลุ่มเภสัชกรรม | กรรมการ |
| 1.17 | หัวหน้ากลุ่มเวชศาสตร์ชั้นสูง | กรรมการ |
| 1.18 | หัวหน้าฝ่ายการแพทย์แผนไทย | กรรมการ |
| 1.19 | หัวหน้าฝ่ายโภชนาการ | กรรมการ |
| 1.20 | หัวหน้ากลุ่มอำนวยการ | กรรมการ |
| 1.21 | หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล | กรรมการและเลขานุการมาตรฐาน HA |
| 1.22 | หัวหน้ากลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน | กรรมการและเลขานุการ มาตรฐาน PMQA |

มีหน้าที่

- กำหนดทิศทาง จัดทำแผนเพื่อพัฒนาระบบคุณภาพขององค์กรให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กรมอนามัย ในการพัฒนาให้เป็นองค์กรคุณภาพคู่คุณธรรม โดยแผนพัฒนาระบบคุณภาพจะครอบคลุมบันได 3 ชั้น คือ การบริหารและจัดการความเสี่ยง (Operational risk , Strategic risk และ Financial risk) , การพัฒนา

ให้สอดคล้องกับมาตรฐานต่างๆ (comply to standard) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องจนเกิดนวัตกรรม โดยนวัตกรรมที่ผลิตขึ้น ต้อง ตอบวิสัยทัศน์พันธกิจ ตอบยุทธศาสตร์ ตอบเครื่องชี้วัด เผยแพร่ หรือ Empower หรือ Advocate ไปสู่กลุ่มเป้าหมายที่เกิดขึ้น และเชื่อมโยงไปสู่ PA ในระดับบุคคล

- 2) กำหนดเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ (Purpose) เครื่องชี้วัด เชื่อมโยง วิเคราะห์ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ (Strategic Challenge) และความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ เพื่อนำสู่การกำหนดยุทธศาสตร์และกระบวนการที่จะทำให้บรรลุเป้าประสงค์ (Strategy) และการบริหารจัดการเพื่อให้ผลปฏิบัติงานบรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนด (Performance Management)
- 3) จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ โดยครอบคลุมทั้งแผนงาน/เงิน/คน เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ของแต่ละ CLT และให้มีการบูรณาการระหว่าง CLT เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร
- 4) สร้างรูปธรรมและสิ่งแวดล้อมเอื้อเพื่อให้ค่านิยม (core value) ของ HA และ PMQA แปลงสู่การปฏิบัติ
- 5) บูรณาการงานประจำและ PA ของศูนย์ให้เข้ากับมาตรฐาน PMQA, ITA, HA และมาตรฐานโรงพยาบาลของกรมอนามัยได้แก่ HPH ,YFHS โรงพยาบาลโลกร้อน เป็นต้น
- 6) Cascade ในเรื่องการบริหารคุณภาพลงไปสู่ระดับบุคคล ในรูปของการทำ Performance Agreement และต่อเนื่องไปสู่ระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน (PMS) การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรตามแผน IDP
- 7) สื่อสารแผนในการพัฒนาระบบคุณภาพ ให้กับผู้เกี่ยวข้องให้รับทราบ เข้าใจ และถือปฏิบัติ
- 8) บริหารจัดการ กำกับติดตาม ให้เป็นไปตามแผนพัฒนาระบบคุณภาพคู่คุณธรรม

2. คณะกรรมการพัฒนาระบบการสร้างคุณค่าด้านการรักษาพยาบาล ตามมาตรฐาน HA ประกอบด้วย

- | | | |
|------|--|----------------------------------|
| 1.1 | หัวหน้าแผนกสูติ-นรีเวชกรรม | ประธาน CLT แม่และเด็ก(หมูนเวียน) |
| 1.2 | หัวหน้าแผนกกุมารเวชกรรม | ประธาน CLT แม่และเด็ก(หมูนเวียน) |
| 1.3 | หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ป้องกัน | ประธาน CLT ส่งเสริมสุขภาพ |
| 1.4 | หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม | กรรมการ |
| 1.5 | หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม | กรรมการ |
| 1.6 | หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล | กรรมการ |
| 1.7 | หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ชั้นสูง | กรรมการ |
| 1.8 | หัวหน้าฝ่ายการแพทย์แผนไทย | กรรมการ |
| 1.9 | หัวหน้างานของกลุ่มการพยาบาล (OPD/IPD/HL/Comm) | กรรมการ |
| 1.10 | หัวหน้างานพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมของ 5 กลุ่มวัย | กรรมการ |
| 1.11 | ผู้ที่ประธานคณะกรรมการ CLT มอบหมาย | กรรมการและเลขานุการ |

มีหน้าที่

- 1) ประเมินตนเองตามมาตรฐาน (Self Assessment หรือ SA) ทาส่วนต่างจากมาตรฐาน และวางแผนและออกแบบกระบวนการในการให้บริการผู้มารับบริการ ให้สอดคล้องตามมาตรฐาน HA โดยกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมตั้งแต่ การเข้าถึงบริการ (Entry), การประเมินหรือคัดกรอง (Assessment), การวางแผนการรักษา (Care plan), การส่งมอบบริการตามแผนการรักษา (Delivery of care), การให้ข้อมูล

- ความรู้และการเสริมพลังให้ผู้รับบริการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Information & Empowerment) ,การ
 จำหน่ายผู้ป่วยการส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Discharge plan & Continuity care)
- 2) ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนากระบวนการสนับสนุนตามมาตรฐาน HA ในการประเมินตนเองตามกระบวนการ
 สนับสนุน ได้แก่ การบริหารความเสี่ยง, ความปลอดภัยและอาชีวอนามัย, ธรรมาภิบาลจริยธรรมวิชาชีพ
 (professional governance), สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและปลอดภัย, การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
 , เวชระเบียน, ยาและเวชภัณฑ์, เครื่องมืออุปกรณ์, การเฝ้าระวัง และบริการในชุมชน
 - 3) ร่วมกันวางกรอบการดำเนินการให้บรรลุเป้าประสงค์และเครื่องชี้วัดทางคลินิกไปสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 และพัฒนาให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนด Purpose ,Process และ Performance (3P) มีการวัด
 วิเคราะห์ จัดการความรู้ เพื่อนำสู่การปรับระบบหรือสร้างนวัตกรรมจนทำให้ Performance ดีขึ้นทั้งระดับ
 (Level) แนวโน้ม(Trend) และเชิงเปรียบเทียบ (Compare) และบูรณาการ (Integration)
 - 4) จัดทำระเบียบปฏิบัติ (Procedure), วิธีปฏิบัติ (Work Instruction, WI) หรือ Clinical Practice
 guideline (CPG) โดยต้องผ่านกระบวนการทบทวนและสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ เข้าใจ
 ก่อนการประกาศใช้และกำกับติดตามให้เป็นไปตาม Procedure, WI, CPG ที่กำหนดขึ้น รวมถึงการทำ
 Clinical Tracer เพื่อประเมินประสิทธิผลการนำมาใช้จริง และปรับปรุง Procedure, WI, CPG ภายหลังจาก
 การทำ clinical Tracer อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
 - 5) ประชุมเพื่อทบทวนความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นของแต่ละ CLT เพื่อกำหนดวิธีการแก้ไข และแนวทางในการ
 ป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ
 - 6) พัฒนาสมรรถนะบุคลากรของแต่ละ CLT และควบคุมกำกับ เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ของแต่ละ CLT
 - 7) หาโอกาสพัฒนา โดยกำหนดประเด็นที่จะพัฒนาในระดับที่นำมาเป็น Tracer Highlight ไม่ต่ำกว่า 2 เรื่อง
 ต่อปีต่อกลุ่มวัย โดยพัฒนาอย่างเป็นระบบ จนเกิดนวัตกรรม หรือใช้กระบวนการ Lean เพื่อเพิ่ม
 ประสิทธิภาพ

หมายเหตุ กระบวนการ Lean ใช้ตัวย่อว่า Down Time ประกอบด้วย การลดของเสียที่เกิดจากกระบวนการ
 ผลิตหรือบริการ (Defect), ลดการผลิตที่ไม่ได้ใช้ หรือไม่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์/พันธกิจ (Over Production) ลด
 ระยะเวลารอคอย (Waiting time) จัดอัตรากำลังคนที่เหมาะสมเกินไปหรือจัดคนที่ไม่เหมาะสมกับงานทำให้เกิด
 ประสิทธิภาพสูงสุด (No use of talent), ปรับสถานที่ทำงานมีความเกี่ยวข้องกันให้อยู่ใกล้กันเพื่อลดระยะเวลาการ
 เดินทาง (Transport), ลดสินค้าหรือบริการเกินความต้องการจนเกิดสินค้าคงคลัง (Inventory) , ออกแบบการ
 ทำงานที่มีการเคลื่อนไหวโดยไม่จำเป็นทำให้เสียเวลา (Movement) ขั้นตอนในการทำงานที่มากเกินไปจน
 (Excess Process)

2. คณะกรรมการพัฒนากระบวนการสนับสนุนตามมาตรฐาน HA ประกอบด้วย

2.1 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย และคุณภาพ (management of Risk, safety and
 Quality หรือ RSQ)

- | | | |
|-------|-------------------------------------|---------------------|
| 2.1.1 | ผู้ที่ QMR มอบหมาย | ประธาน |
| 2.1.2 | หัวหน้าแผนก/กลุ่มงาน/งาน (ตามตาราง) | กรรมการ |
| 2.1.3 | หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล | กรรมการและเลขานุการ |

- 2.2 คณะกรรมการกำกับดูแลด้านวิชาชีพ
- 2.2.1 องค์กรแพทย์ (Med)
- 2.2.1.1 แพทย์ที่อาวุโสสูงสุด ประธาน
- 2.2.1.2 แพทย์ทุกท่าน กรรมการ
- 2.2.1.3 แพทย์ที่ประธานองค์กรแพทย์มอบหมาย กรรมการและเลขานุการ
- 2.2.2 คณะกรรมการบริหารการพยาบาล (Nurse)
- 2.2.2.1 หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ประธาน
- 2.2.2.2 หัวหน้างานทุกงานของกลุ่มการพยาบาล กรรมการ
- 2.2.2.3 ผู้ที่ประธานมอบหมาย กรรมการและเลขานุการ
- 2.3 คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)
- 2.3.1 ผู้ที่ QMR มอบหมาย ประธาน
- 2.3.2 หัวหน้ากลุ่มงาน/งาน ตามตาราง กรรมการ
- 2.3.3 พยาบาล Cluster สิ่งแวดล้อม กรรมการและเลขานุการ
- 2.4 คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
- 2.4.1 หัวหน้ากลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม ประธาน (Env 1,2)
- 2.4.2 หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ประธาน (Env 2 เครื่องมือ-
- 2.4.3 หัวหน้างาน/กลุ่มงาน (ตามตาราง) กรรมการ
- 2.4.4 หัวหน้างานอาคารและสถานที่ กรรมการและเลขานุการ (Env 1)
- 2.4.5 หัวหน้าหน่วยจ่ายกลาง กรรมการและเลขานุการ (ENV 2)
- 2.4.6 พยาบาล Cluster สवल กรรมการและเลขานุการ (ENV 3)
- 2.5 คณะกรรมการเวชระเบียน (Medical Record System หรือ MRS)
- 2.5.1 หัวหน้ากลุ่มงาน ICT และเวชสถิติ ประธาน
- 2.5.2 หัวหน้างานกลุ่มงาน/แผนก/งาน (ตามตาราง) กรรมการ
- 2.5.3 หัวหน้างานเวชสถิติ กรรมการและเลขานุการ
- 2.6 คณะกรรมการข้อมูลข่าวสาร (Information management system ,IMS)
- 2.6.1 หัวหน้ากลุ่มงาน ICT และเวชสถิติ ประธาน
- 2.6.2 หัวหน้างานกลุ่มงาน/แผนก/งาน (ตามตาราง) กรรมการ
- 2.6.3 นักวิชาการคอมพิวเตอร์ กรรมการ
- 2.6.4 ผู้ที่คณะกรรมการมอบหมาย กรรมการและเลขานุการ
- 2.7 คณะกรรมการจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ (Medicine Management System,MMS)
- 2.7.1 รองผู้อำนวยการศูนย์ด้านบริการ ประธาน
- 2.7.2 หัวหน้ากลุ่มงาน/แผนก/งาน (ตามตาราง) กรรมการ
- 2.7.3 ผู้ที่คณะกรรมการมอบหมาย กรรมการและเลขานุการ
- 2.8 คณะกรรมการทดสอบเพื่อประกอบการวินิจฉัยและบริการที่เกี่ยวข้อง (Diagnostic Investigation,DIN)

- 2.8.1 หัวหน้าแผนก (สูติ-กุมาร-เวชศาสตร์ป้องกัน) ประธาน (หมื่นเวียน)
- 2.8.2 หัวหน้ากลุ่มงาน/แผน/งาน (ตามตาราง) กรรมการ
- 2.8.3 ผู้ที่คณะกรรมการมอบหมาย กรรมการและเลขานุการ
- 2.9 คณะกรรมการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Hazard Surveillance ,DHS)
- 2.9.1 รอง ผอ.ศูนย์ฯด้านวิชาการ ประธาน
- 2.9.2 หัวหน้างานเฝ้าระวังและพัฒนาข้อเสนอแนะ (5 กลุ่มวัย และ สวล และขับเคลื่อนยุทธศาสตร์) กรรมการ
- 2.9.3 ผู้ที่คณะกรรมการมอบหมาย กรรมการและเลขานุการ
(คณะกรรมการชุดนี้ เฝ้าระวังระดับเขต แล้วคืนข้อมูลให้ รพ./cluster เพื่อกำหนดประเด็นพัฒนารูปแบบและนวัตกรรม และให้คณะกรรมการสนับสนุนเครือข่ายและชุมชนในการพัฒนาและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ลงไปสู่พื้นที่ในเขต)
- 2.10 คณะกรรมการบริการสนับสนุนภาคีเครือข่ายและชุมชน (Community Service ,Com)
- 2.10.1 รอง ผอ.ศูนย์ฯด้านวิชาการ ประธาน
- 2.10.2 หัวหน้างานพัฒนาและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (5 กลุ่มวัย สวล และขับเคลื่อนยุทธศาสตร์) กรรมการ
- 2.10.3 ผู้ที่คณะกรรมการมอบหมาย กรรมการและเลขานุการ
(คณะกรรมการชุดนี้ รับข้อมูลความรู้จากคณะกรรมการเฝ้าระวัง และ Intervent / Innovation ที่ได้จากการพัฒนาระบบคุณภาพ เพื่อสนับสนุนเครือข่าย)

3. องค์ประกอบของคณะกรรมการ ประกอบด้วยกลุ่มงาน/งาน ต่างๆ ดังตาราง (// ประธาน, // ประธานหมื่นเวียน , / กรรมการ)

	RSQ	Med	Nurse	IC	ENV	MRS/ IM	MMS	DIN	DHS	Com
รอง ผอ.ศูนย์ฯด้านบริการ							//			
หัวหน้าแผนกสูติ-นรีเวชกรรม	/	/				/	/	//R		
หัวหน้าแผนกกุมารเวชกรรม	/	/				/	/	//R		
หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ป้องกัน	/	/				/	/	//R	//	//
หัวหน้ากลุ่มพัฒนาอนามัย สิ่งแวดล้อม					// (1)				/	/
หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม	/			/	/	/	/			
หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม	/			/	/	/	/			
หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	เลขา		//	/	//(2)	/	/	/		
ผู้ที่ QMR มอบหมาย	//									
พยาบาล Cluster สวล	/			เลขา	เลขา(3)					
ICN			/	/	/					

	RSQ	Med	Nurse	IC	ENV	MRS/ IM	MMS	DIN	DHS	Com
หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ ชั้นสูต	/			/	/	/	/	//		
หัวหน้ากลุ่มอำนวยการ	/				/		/			
หัวหน้ากลุ่ม ICT & เวชสถิติ						//				
หัวหน้างาน OPD (ห้องตรวจ ต่างๆที่ OPD)	/		/	/	/	/	/	/		
หัวหน้างาน IPD (และห้อง OR,LR)	/		/	/	/	/	/	/		
หัวหน้าหน่วยจ่ายกลาง : Central Supply	/		/	/	/					
หัวหน้าฝ่ายการแพทย์แผนไทย	/			/	/	/				
หัวหน้ากลุ่มขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์ฯ									/	/
หัวหน้างานพัฒนารูปแบบและ นวัตกรรม Cluster 5 กลุ่มวัย	/		/			/			/	/

ทั้งนี้ให้คณะกรรมการดังกล่าว ปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2560

(นายชลทิศ อุไรฤกษ์กุล)
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5