

ระเบียบวาระการประชุม  
คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลควนเนียง  
ครั้งที่ ๓/๒๕๖๗

วันจันทร์ที่ ๒๕ เดือนธันวาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องประชุมพวงชมพู

- .....
- ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ
- ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว
- ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อพิจารณา
- HA ( ประเด็นที่ขอให้โรงพยาบาลทบทวนดำเนินการปรับปรุง และจัดทำข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ เพื่อสะท้อนการปฏิบัติตามมาตรฐาน ภายใน ๑๕ วัน )



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลควนเนียง

ที่ สข ๐๐๓๓.๓๐๑/๑๑/พิเศษ

วันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญคณะกรรมการบริหารเข้าร่วมประชุม

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้างาน ทุกกลุ่มงาน

ขอเชิญหัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน และหัวหน้างานเข้าร่วมประชุมในวันจันทร์ที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๐๐ น. ณ ห้องประชุมพวงชมพู โรงพยาบาลควนเนียง เพื่อปรับปรุงข้อมูล HA และวารอื่นๆ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและเข้าร่วมประชุมโดยพร้อมเพรียงกัน

(นางปณิตตา วรรณโชติ)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

(นายพิสิฐ ยงยุทธ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลควนเนียง

ที่ สข ๐๐๓๓.๓๐๑/๑๑/พิเศษ

วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญคณะกรรมการบริหารเข้าร่วมประชุม

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้างาน ทุกกลุ่มงาน

ขอเชิญหัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน และหัวหน้างานเข้าร่วมประชุมในวันจันทร์ที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๐๐ น. ณ ห้องประชุมพวงชมพู โรงพยาบาลควนเนียง เพื่อปรับปรุงข้อมูล HA และวารอื่นๆ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและเข้าร่วมประชุมโดยพร้อมเพรียงกัน

(นางปณิตตา วรรณโชติ)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

(นายพิสิฐ ยงยุทธ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง

รายชื่อคณะกรรมการบริหาร

๑. นายพิสิฐ ยงยุทธ
๒. นางชนิษฐา มณีแนม
๓. นางสาวปณิษฐาญญา หนูจินดา
๔. นางสาววรรณมา จิตต์วารวงษ์
๕. นางสาวสรिया ทองดิ่ง
๖. นางสาวสุภัทรา ชมรูปสวย
๗. นางสาวลัดดาวรรณ นวลสงค์
๘. นางอนุ อิศระพานิช
๙. นางคณิดา ชัยภัทรธรรณกุล
๑๐. นางสาวกิตติมา สนั่นขาว
๑๑. นายคณาวุฒิ นิธิกุล
๑๒. นางปณิตตา วรรณโชติ
๑๓. นายชาติ แก้วบุตร
๑๔. นางจรัสศรี จันทร์เส็ง
๑๕. นางสงบ บุญขวัญ
๑๖. นางจินตนา ศรีร่วมสอน
๑๗. นางสุชาดา แพทย์พงศ์
๑๘. นางสาวอรชนิ พลาอนุกลางค์
๑๙. นางบุษกร ศิริมสิกะ
๒๐. นางอัญชลิกา หวังปัญญา

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม  
คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลควนเนียง  
วันจันทร์ที่ ๒๕ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.  
ณ ห้องประชุมพวงชมพู โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
1	ชนพิสิฐ แวญพันธ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง	
2	นางจรูญรัตน์ งามจันทร์	พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าแผนก	
3	น.ส. นฤมล สุภาพร แนน้อง	พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าแผนก	
4	นางพรพรรณ ด้วงสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าแผนก	
5	นางมณฑิลา งามแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าแผนก	
6	นาง อภินันท์ งามจันทร์	พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าแผนก	
7	น.ส. ปิยะตติยา สอนอึ้ง	พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าแผนก	
8	นายอนุชิต ติงสินธิยะ	นักกายภาพบำบัด หัวหน้าแผนก	
9	นาง อรุณ ธิติพนานี	พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าแผนก	
10	นางสุธิตา แพทย์พอด	พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าแผนก	
11	นางอัมมฤกษ์ โตตนะนที	นักเทคนิคการแพทย์ ปฏิบัติการ	
12	น.ส. ส่วน บุตรธนา	พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าแผนก	
13	ดร. สว่าง ภู่อภิบาล	แพทย์วิชาชีพ หัวหน้าแผนก	
14	นางนันทิมา มณีแสง	พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าแผนก	
15	น.ส. สันติสาร งามจันทร์	พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าแผนก	
16	นายนิพนธ์ ธรรมรักษ์	นักเทคนิคการแพทย์ ปฏิบัติการ	
17	อักษิณี ท่วมป่า	โสตทัศนศึกษา	
18	น.ส. สุนันทา งามจันทร์	พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าแผนก	
19	นางอัมมฤกษ์ ธรรมรักษ์	พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าแผนก	

รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลควนเนียง  
ครั้งที่ ๓/๒๕๖๗  
วันจันทร์ที่ ๒๕ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖  
ณ ห้องประชุมพวงชมพู โรงพยาบาลควนเนียง

ผู้มาประชุม

๑. นายพิสิฐ ยงยุทธ์	ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง	ประธานกรรมการ
๒. นางชนิษฐา มณีแนม	ตำแหน่ง เกษัตริ์กรชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๓. นางสาวปณิษฐาญญา หนูจินดา	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๔. นางสาวรณมา จิตต์วรางษ์	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางสาวลัดดาวรรณ นวลสงค์	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางอนุ อิศระพานิช	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางดนิตา ชัยภัทรธนกุล	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางสาวกิตติมา สนธิ์ขาว	ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางจรัสศรี จันทร์เส็ง	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๐. นางสาวสงบ บุญขวัญ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๑. นางสาวอรชินี พลานุกุลวงศ์	ตำแหน่ง ทันแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๑๒. นางสุชาดา แพทย์พงค์	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๓. นางอัญชลิกา หวังปัญญา	ตำแหน่ง โภชนากรปฏิบัติงาน	กรรมการ
๑๔. นางบุษกร ศิริมุสิกะ	ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	กรรมการ
๑๕. นางปิ่นชิตา วรรณโชติ	ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	เลขานุการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นางสาวสุพัตรา ตรีไวย์	ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ
๒. นางพรรณิ ศรีสุวรรณ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๓. นางบุณรภา นามแก้ว	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๔. นายอดน หมัดอารี	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๐๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

๑.๑ การประเมิน HA

ผอ.พิสิฐ กล่าวขอบคุณคณะกรรมการบริหาร และหัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงานในการประเมิน HA ที่สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ระบบส่งต่อ (Refer back) ยังไม่สมบูรณ์ มอบหมายงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวบรวม ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์และปัญหามาไปสู่การแก้ไขต่อไป

๑.๒ การเปิดศูนย์ชีวภิบาล

ผอ.พิสิฐ มอบหมายคุณคณินดา หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิฯ จัดเตรียมการเปิดศูนย์ชีวภิบาล และ ข้อมูลสำหรับนำเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องเพื่อพิจารณา

๒.๑ HA (ประเด็นที่ขอให้โรงพยาบาลทบทวนดำเนินการปรับปรุง และจัดทำข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ เพื่อสะท้อนการปฏิบัติตามมาตรฐาน ภายใน ๑๕ วัน) รายละเอียด ดังนี้



(ร่าง) สรุปผลการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ

ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

โรงพยาบาลควนเนียง จ.สงขลา

วันที่ 21-22 ธันวาคม 2566

ตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ส่งคณะผู้เยี่ยมสำรวจ ดังรายชื่อต่อไปนี้

- |                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| 1. นพ.ประพันธ์ สมพร          | ผู้เยี่ยมสำรวจ           |
| 2. นางชนิดภาดา อินอุดมพงศ์   | หัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ |
| 3. นางสาวสุกัญญา บุญชมศุภชัย | ผู้เยี่ยมสำรวจ           |

จากการศึกษาข้อมูลในแบบประเมินตนเอง การรับฟังรายงานสรุปความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ การสัมภาษณ์ทีมเจ้าหน้าที่พัฒนาคุณภาพ โอกาสที่ได้เข้าเยี่ยมชมหน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาล คณะผู้เยี่ยมสำรวจ ขอสรุปประเด็นสำคัญเพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนา ดังนี้

สิ่งที่น่าชื่นชม

- 1-1 การนำ: ผู้บริหารแสดงถึงความมุ่งมั่นในการกระตุ้นส่งเสริมให้ทีมมีการพัฒนาคุณภาพให้มีความต่อเนื่องสามารถสร้างคุณภาพไว้ได้ กระบวนการดูแลผู้ป่วยให้แนวทิศเราจะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังในการให้บริการให้ครอบคลุมทุกมิติ เช่นผู้ป่วยไม่มีสิทธิก็จะได้รับการดูแล ผู้ป่วยจากอำเภอใกล้เคียง เป็นต้น นำข้อมูลจากการวิเคราะห์ห้มีกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี นำสู่การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชนชั้นนำในจังหวัดสงขลาด้านการดูแลผู้สูงอายุคุณภาพในปี 2570
2. 1-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย ผู้รับผลงาน: รับฟังข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียนหลากหลายช่องทางทั้งก่อนรับ ความคิดเห็น, เว็บไซต์หรือสื่อออนไลน์ของโรงพยาบาล, กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่มุ่งเน้นให้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ โรคเรื้อรัง โรคเฉียบพลัน โรคติดต่อ และกลุ่มมารดาและทารก เป็นต้น จัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและรวบรวมข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียนเสนอต่อผู้บริหาร กำหนดเรื่องที่ต้องรายงานผู้บริหารทราบและตอบสนองอย่างเร่งด่วน ตัวอย่างการปรับปรุงบริการ เช่น ขยายบริการตรวจผู้ป่วย DM, HT ครอบคลุมทุกวันเพื่อรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น, ระบบคิวเพื่อรับบริการ, ความสะอาดของห้องพิเศษ, เพิ่มที่จอดรถ เป็นต้น เพิ่มช่องทางบริการเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจให้มีความสะดวก เป็นต้น ดำเนินถึงการพิทักษ์สิทธิโดยจัดพื้นที่การดูแลเฉพาะในกลุ่มมารดาและทารก และผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีสัดส่วน ผลลัพธ์ความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอยู่ในเกณฑ์ดีและไม่พบข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิ์

3. I-5 บุคลากร: องค์กรให้ความสำคัญกับบุคลากร มีการกำหนดกลยุทธ์ที่จะพัฒนาให้บุคลากร "เพียงพอ เก่ง ดี มีสุข" มีการดูแลด้านความปลอดภัยและชีวิตความเป็นอยู่ เพื่อให้บุคลากรมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการวางแผนอัตรากำลังตาม FTE และส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการพัฒนาอบรมเฉพาะทางในหลายสาขา มีความต่อเนื่องในการประเมินความสุขและความผูกพันของบุคลากร นำข้อมูลมาตอบสนอง ทำให้บุคลากรทุกวิชาชีพมีความรักและผูกพันกับองค์กร จากการลงทุนเยี่ยมสำรวจและสัมภาษณ์ที่หน่วยงานพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลเป็นคนในพื้นที่ มีความสัมพันธ์ที่ดีและมีบรรยากาศของการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีทัศนคติที่ดีในการเรียนรู้และพร้อมที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน ทำให้เกิดผลงานที่ดีและได้รับรางวัลจำนวนมากทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต สามารถเป็นต้นแบบและแหล่งศึกษาดูงานให้แก่โรงพยาบาลอื่น
4. I-6.2 การจัดการระบบสารสนเทศ: โรงพยาบาลมีความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบ IT เพื่อรองรับการพัฒนาเข้าสู่ Smart hospital ทั้งการพัฒนาระบบ hardware เพื่อทำให้เกิดความมั่นคงของระบบและการพัฒนา software เพื่อช่วยสนับสนุนการบริการและการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เช่น ระบบ Paperless ใน OPD, ระบบคิว, ระบบสั่งใช้ยาและแจ้งเตือนความเสี่ยงด้านยา, ระบบ LIS/PACS, ระบบ Telemedicine ในการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ฯลฯ มีการสำรองข้อมูลแบบ replicate ไปยังเครื่อง server สำรอง 2 เครื่องและสำรองแยกใน External hard disk ทุกวัน รวมทั้งกำหนดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลเป็นรายบุคคลตามบทบาทหน้าที่ รวมทั้งมีการนำมาตรฐาน HAIT มาศึกษาและวางแผนพัฒนาระบบโดยมีเป้าหมายที่จะขอการรับรองมาตรฐาน HAIT
5. II-1.1 ข. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย: ทีมนำทางด้านคลินิกพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ตามเข็มมุ่ง ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ มีการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้านครอบคลุมประชากรถึงร้อยละ 94.69 นำไปสู่การดูแลตามปัญหาที่พบ เช่น ภาวะสมองเสื่อม เข้าเสื่อม พัลลิกทกหลัม และการดูแลสุขภาพฟัน ตลอดจนเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้สูงอายุโดยจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ (mobile clinic) ในชุมชน, กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ใช้รูปแบบกิจกรรมเฉพาะกลุ่มในการดูแลสุขภาพ (DM remission) ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลและลดการใช้ยาได้, กลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย ได้เพิ่มการค้นหาล้างจากอาการทรมานเวชระเบียนกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการดูแลประคับประคอง ส่งเสริมให้เกิดการทำ advance care plan ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการ palliative care เพิ่มขึ้น, นอกจากนี้มีการพัฒนาโดยใช้ระบบ tele-consultation ตามแนวคิด one province one labour room กับโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด ส่งผลให้ผู้คลอดได้รับการวางแผนการคลอดและการส่งต่อที่รวดเร็วขึ้น
6. II-2.1 ระบบบริหารการพยาบาล: ผู้บริหารและทีมมีความตั้งใจพัฒนาคุณภาพร่วมกับทีมนำระบบงานสำคัญมาอย่างต่อเนื่อง มีการออกแบบระบบในการบริหารอัตรากำลังมีความเพียงพอและคุ้มค่าด้วยการจัดอัตรากำลังรวมเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและห้องคลอด ได้รับการสนับสนุนให้มีการพัฒนาศัลยกรรมภาพในการอบรมเฉพาะทางจำนวน 29 คนเพื่อให้ความรู้สอดคล้องกับความต้องการขององค์กร

7. II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย: มีการพัฒนาด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความปลอดภัย และสะดวกสบายต่อผู้ป่วยมากขึ้น เช่น การปรับปรุงขยายถนนและฟุตบาททางเดินภายในโรงพยาบาล, ปรับปรุงคลังยาและห้องผู้ป่วยในห้องพิเศษ, ซ่อมแซมหลังคาอาคารกลุ่มงานปฐมภูมิ, ทาสีแฟลคพยานาล ฯลฯ มีการวางระบบรักษาความปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมงและติดตั้งกล้องวงจรปิดครอบคลุมพื้นที่เสี่ยง มีความต่อเนื่องในการซ่อมอพยพเคลื่อนย้ายผู้ป่วยร่วมกับหน่วยงานภายนอกทุกปีและนำปัญหาที่พบจากการซ่อมมาปรับปรุง มีการดูแลภูมิทัศน์และสิ่งแวดล้อมโดยรอบให้สะอาด สวยงามและเป็นระเบียบ จัดสถานที่พักผ่อนหย่อนใจสำหรับผู้ป่วย/ญาติและจัดตลาดนัดสีเขียวเพื่อจำหน่ายผลิตภัณฑ์ปลอดสารพิษ ติดตั้งระบบไฟฟ้าพลังงานแสงอาทิตย์เพื่อลดการใช้พลังงานไฟฟ้า ทำให้โรงพยาบาลได้รับการรับรอง GREEN & CLEAN hospital challenge ระดับมาตรฐานและได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทน 1 ใน 3 โรงพยาบาลของเขตในการประกวดเพื่อรับรางวัลมาตรฐานระบบบริการสุขภาพในระดับประเทศ
8. III-1 การเข้าถึงบริการ: โรงพยาบาลจัดบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงในกลุ่มผู้ป่วยโรคสำคัญและมีภาวะเร่งด่วน ได้แก่ stroke, ACS, sepsis, head injury, มารดาและทารก เป็นต้น ที่ห้องฉุกเฉินจัดให้มียา streptokinase เพื่อเปิดหลอดเลือดในผู้ป่วย ACS และการตรวจ blood lactate เพื่อวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วย sepsis อย่างเหมาะสมทันต่อเวลา กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ขยายบริการครอบคลุมทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายตลอดจนการใช้ telemedicine ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงได้ดีและลดระยะเวลารอคอยบริการ ส่งผลให้การเข้าถึงบริการในภาพรวมมีแนวโน้มดีขึ้น

**ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา**

1. I-2 กลยุทธ์: ส่งเสริมให้มีบริการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุให้มีความครอบคลุมรอบด้านเพื่อระบุความท้าทาย โอกาส และข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อนำไปสู่การกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ที่เหมาะสมตอบสนองเป้าหมายการบรรลุวิสัยทัศน์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำในจังหวัดสงขลา ด้านการดูแลผู้สูงอายุคุณภาพภายในปี 2570 มีการกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายที่ต้องการบรรลุในแต่ละปี รวมถึงข้อมูลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมด้านภาระงานเสริมสุขภาพที่ยังเป็นความท้าทายตามพันธกิจของโรงพยาบาล F2 นำสู่จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีตามแผนกลยุทธ์ของเพื่อใช้ในการเป็นทิศทางให้ทีมบริหารระบบงานต่าง ๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุค่าเป้าหมายที่องค์กรกำหนดตามแผนกลยุทธ์ รวมถึงทีมไปใช้ติดตามความก้าวหน้า เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อพบว่ามีปัญหาอุปสรรค
2. I-4.1 การวัด วิเคราะห์: ทีมเฝ้าตรวจบทวนตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาระดับโรงพยาบาลชุมชน F2 และวิสัยทัศน์มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุ ให้ตัวชี้วัดมีความครอบคลุมในการดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มโรคสำคัญตามบริบท มีความเชื่อมโยงกันในระดับโรงพยาบาลระดับทีมบริหารระบบและหน่วยงาน กำหนดค่าเป้าหมาย มีติดตามตัวชี้วัดและวิเคราะห์ในระยะเวลาที่เหมาะสมและวัดผลลัพธ์ ครอบคลุม เพื่อให้สามารถสะท้อนคุณภาพและบรรลุเป้าประสงค์ได้ชัดเจนมากขึ้น



3. 1-5 บุคลากร: ทีมนำและทีม HR ควรดำเนินการ 1) ควรวางแผนทางการประเมินภาระงานในหน่วยงานต่างๆ ให้ได้ข้อมูลที่มีถูกต้อง น่าเชื่อถือควบคู่กับการใช้ข้อมูล FTE ในการประเมินความเพียงพอ นำข้อมูลมาในการวางแผนอัตรากำลัง การบริหารอัตรากำลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ควรส่งเสริมให้มีการรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ ผลการทบทวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มทรูคอง/ส่งต่อและผลการปฏิบัติงานที่ไม่ได้ตามเป้าหมาย นำมากำหนด learning need และวางแผนพัฒนาอย่างตรงประเด็น เพื่อให้บุคลากรสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและปฏิบัติงานได้บรรลุเป้าหมาย
4. II-1.1 ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ: เพื่อให้ระบบบริหารงานคุณภาพมีความเข้มแข็ง ควรทบทวนบทบาทหน้าที่ของศูนย์คุณภาพ ในการประสานงานสอดคล้องกับทีมนำทางคลินิก/ระบบงานสำคัญต่างๆ, ส่งเสริมให้แต่ละทีมดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ นำการพัฒนาคุณภาพสู่การปฏิบัติในทุกหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ
5. II-1.1 ข. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย: ทีมนำทางคลินิกควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมกลุ่มโรคสำคัญตามบริบทและตามมิติคุณภาพ นำไปสู่การกำกับติดตามผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ และวิเคราะห์ผลการดำเนินงานให้เกิดสารสนเทศที่จะนำไปใช้ประโยชน์ต่อการปรับปรุง/พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สร้างความปลอดภัยกับผู้ป่วย ตลอดจนมีผลลัพธ์ทางด้านคลินิกที่ดีขึ้น
6. II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง: เพิ่มการทบทวนกระบวนการบริหารความเสี่ยง ให้มีความชัดเจนมากขึ้น เช่น การให้คำจำกัดความต่างๆที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารเพื่อนำสู่ปฏิบัติด้วยความเข้าใจและสามารถดึงข้อมูลอุบัติการณ์ได้ครอบคลุมด้วยความเข้าใจ การใช้ประโยชน์จากมาตรฐานสำคัญจำเป็นด้านความปลอดภัย 9 ข้อ การกำหนด Risk register ให้มีความเหมาะสม ความเข้าใจระบบการรายงานอุบัติการณ์ด้วย HRMS on cloud เป็นต้น และใช้การตามรอยระบบที่กำหนดเพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคนำสู่การปรับปรุงกระบวนการให้ชัดเจน ผู้เกี่ยวข้องปฏิบัตินำสู่การปฏิบัติด้วยความเข้าใจมากขึ้น กระตุ้นบุคลากรค้นหาความเสี่ยง เกิดการรายงานอุบัติการณ์ให้ครบถ้วน สรุปภาพรวมอุบัติการณ์ในระยะเวลาที่เหมาะสม วิเคราะห์แนวโน้มให้มองเห็นปัญหาสำคัญ การทบทวนอุบัติการณ์สำคัญ เพื่อค้นหาสาเหตุ(RCA)แท้จริงด้วยความเข้าใจ นำสู่การออกแบบระบบการป้องกันการเกิดซ้ำได้ชัดเจน
7. II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย: ขอให้ทีม ENV เพิ่มความชัดเจนในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้
  - 7.1 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค 1) ควรทบทวนระบบการจัดการเครื่องมือตั้งแต่ การตรวจสอบความพร้อมใช้ การวางแผนบำรุงรักษาเชิงป้องกันให้ครอบคลุมแบบเตอริกกลุ่มเครื่องมือเสี่ยงสูง/เครื่องมือช่วยชีวิต การวางแผนการซ่อมให้ทันต่อการใช้งาน รวมถึงการบันทึกประวัติเครื่องมือให้เป็นปัจจุบัน ตลอดจนการติดตามให้ผู้เกี่ยวข้องมีการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง 2) ทบทวนและวางแผนการตรวจสอบบำรุงรักษาระบบสาธารณูปโภคที่สำคัญ ได้แก่ ระบบ pipeline และระบบสำรองก๊าซออกซิเจน, ระบบประปา เป็นต้น รวมทั้งมีการกำหนดรอบในการทบทวนข้อมูลปริมาณการใช้ออกซิเจน นำมาปรับอัตราการใช้ที่เพียงพอตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อให้มั่นใจในความเพียงพอ พร้อมใช้ยิ่งขึ้น

- 7.2 การทบทวนสิ่งแวดล้อม 1) ระบบนำบัตรเฝ้าไข้ ควรมีการติดตามผลการตรวจสอบระบบนำบัตรเฝ้าไข้ ทั้งรายวันรายสัปดาห์อย่างสม่ำเสมอตามแนวทางที่วางไว้ วางระบบการรายงานกรณีตรวจพบค่าผิดปกติ รวมทั้งติดตามให้มีการส่งตรวจคุณภาพน้ำทิ้งไปยังหน่วยงานภายนอกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำผลมาวิเคราะห์หาสาเหตุและดำเนินการแก้ไขปรับปรุงให้ได้อย่างรวดเร็วกรณีพบค่าพารามิเตอร์เกินเกณฑ์มาตรฐานในระหว่างที่รออนุมัติงบประมาณในก่อสร้างระบบนำบัตรเฝ้าไข้ใหม่ 2) ระบบการจัดการขยะ ควรมีการติดตามประเมินระบบการจัดการขยะตั้งแต่การคัดแยกขยะที่หน่วยงาน การจัดเก็บและรวบรวมขยะแต่ละประเภทก่อนส่งกำจัด รวมถึงการติดตามประเมินคุณภาพการกำจัดของบริษัทที่จ้างเหมาภายนอก เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการจัดการขยะเป็นไปตามมาตรฐานและไม่เกิดการปนเปื้อนแพร่กระจายเชื้อ
8. II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ: ส่งเสริมให้มีการสรุปภาพรวมผลการเพาะเชื้อทั้งหมดในระยะเวลาที่เหมาะสมครอบคลุมทั้งไปตื้อยาและลื้อยา เพื่อวิเคราะห์เชื่อมโยงกับการติดเชื้อจากชุมชนที่อาจมีผลมาจากประสิทธิภาพการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องป้องกันเกิดการติดเชื้อที่บ้าน รวมถึงเป็นข้อมูลให้แพทย์ประกอบการตัดสินใจในการใช้ยาต้านจุลชีพ และเพิ่มการติดตามการใช้ยาต้านจุลชีพเพื่อให้เห็นแนวโน้มการใช้ เพื่อร่วมกันกำหนดมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้มีการล้างมือเพิ่มขึ้นและเพิ่มการติดตาม D/C surveillance ในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงตามบริบท
9. II-6 ระบบการจัดการด้านยา: เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในผู้ป่วย ระบบจัดการด้านยาควรเพิ่มความชัดเจน ในประเด็นต่อไปนี้
- 9.1 จากอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา และอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทีมควรพิจารณา จึงขอให้ทีมตามรอยกระบวนการเพื่อค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก นำไปสู่การวิเคราะห์ ๑๐๑ เชิงระบบ และนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการเพื่อเพิ่มความปลอดภัย โดยอาจพิจารณาใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาสนับสนุน หรือทั้งกำกับติดตามประสิทธิภาพของระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ
- 9.2 ภายใต้บริบทที่มีอัตราค่าล้างจำกัด ควรกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ในประเด็นการจ่ายยาโดยพยาบาลห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการ ที่ไม่มีเภสัชกรประจำ พร้อมทั้งทวนสอบความคลาดเคลื่อนของการจ่ายยาในช่วงเวลาดังกล่าว เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากยา
- 9.3 ในประเด็น high alert drug ควรทบทวนการบันทึกคำสั่งการรักษารักษาของแพทย์ให้มีการบันทึกอาการที่ต้องเฝ้าระวังหรือเกณฑ์ที่ต้องรายงานแพทย์ติดตามแพทย์, กำกับการปฏิบัติทางพยาบาล ความแนวทางที่ได้กำหนดไว้, ระบุ early warning signs เพื่อลดจับความเสี่ยงที่อาจเกิดความไม่ปลอดภัยจากยา, ตลอดจนการติดตามอาการผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนด ให้ครอบคลุมทุกรายการของโรงพยาบาล

10. III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง: เพื่อเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยให้สูงขึ้น ขอให้ทีมนำทางด้านคลินิกเพิ่มความชัดเจน ในประเด็นต่อไปนี้
- 10.1 จำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการดูแลแต่ละโรคสำคัญ ออกแบบแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) และกระบวนการดูแลให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น ตลอดจนปฏิบัติให้ครอบคลุมหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
- 10.2 ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยภายใต้แนวคิด proactive risk management ได้แก่ การค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่มีโอกาสจะกลายเป็นอุบัติการณ์รุนแรง เช่น การเกิดภาวะทุรกลังทางคลินิก, ภาวะ shock, organ failure, cardiac arrest และนำไปสู่โอกาสเสียชีวิต เป็นต้น ตลอดจนกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ

ประเด็นที่ขอให้โรงพยาบาลทบทวน ดำเนินการปรับปรุง และจัดทำข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ เพื่อสะท้อนการปฏิบัติตามมาตรฐาน ภายใน 15 วัน ได้แก่

1. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย ขอให้ทีมนำคลินิกดำเนินการทบทวนข้อมูลผลลัพธ์การส่งต่อผู้ป่วยที่เกิดคักยภาพ (refer-out) และผลลัพธ์การส่งกลับผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง (refer-back) ย้อนหลัง 3 เดือน (กันยายน-พฤศจิกายน 2566) วิเคราะห์ค้นหา gap ภาพรวมในกระบวนการดูแลผู้ป่วย และจัดทำแผนพัฒนาเพื่อการปรับปรุงกระบวนการดูแล กระบวนการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ตลอดจนกำหนดทีมรับผิดชอบเฝ้าระวังกับติดตามการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ
2. ผลการดำเนินงานตอน 4 (Part IV) ขอให้ทีมปรับปรุงผลลัพธ์การดำเนินงานในแบบประเมินตนเอง Part IV ให้ครอบคลุมในประเด็นสำคัญ ทบทวนคัดเลือกตัวชี้วัดระบับองค์กรให้ครอบคลุม โดยเฉพาะในด้านการดูแลด้านสุขภาพที่ครอบคลุมโรคสำคัญตามบริบท การสร้างเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งทำการวิเคราะห์ผลและกำหนดแผนในการพัฒนา โดยสังเขป

คุณกิตติมา

มติที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร เพิ่มตัวชี้วัด และข้อมูล ดังนี้

๑. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทบทวน ข้อมูลผลลัพธ์การส่งต่อผู้ป่วย (refer – out) และrefer back ย้อนหลัง ๓ เดือน (กันยายน – พฤศจิกายน)
๒. ผลการดำเนินงานตอนที่ ๔
  - ขอให้ทีมปรับปรุงผลลัพธ์ในการดำเนินงานให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ
  - ทบทวนคัดเลือกตัวชี้วัดระดับองค์กรให้ครอบคลุม โดยเฉพาะในด้านผลการดูแลด้านสุขภาพที่ครอบคลุมโรคสำคัญตามบริบท
  - การสร้างเสริมสุขภาพ
  - ให้อำนาจและกำหนดแผนพัฒนา

๑. ร้อยละคัดกรอง เบาหวาน ความดัน (พีใจ)
๒. ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการยืนยันเบาหวานความดัน (พีใจ)
๓. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ๙ ด้าน (ดนิตา)
๔. BMI ลดลง (พีใจ)
๕. ผ่าศรรภ์ ก่อนอายุศรรภ์ ๑๒ สัปดาห์(ดนิตา/อรรวรรณ)
๖. ค่าดัชนีลูกน้ำยุ่งภายใน ๖ ร. ไม่เกินเกิน(อณน)
๗. ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยประคับประคองในชุมชน (ดนิตา)
๘. ทันตะ ๑ เรื่อง เช่น ฟลูออไรด์(ถามหมอลูกอม)

• ข้อ ๘๔

๑. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหา ได้รับการส่งต่อ เข้าคลินิกผู้สูงอายุ(เข้าเสื่อม พลัดตกหกล้ม สมองเสื่อม) ....รื้อตื้อรรดา
๒. ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ๒Q ๙Q ผิดปกติ ได้รับการส่งเข้าคลินิกสุขภาพจิต .....นฤชิต
๓. ร้อยละการให้การดูแล ตามแผนการดูแลล่วงหน้า Advance care planning ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ .....วันเพ็ญ
๔. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ..... รื้อตื้อรรดา (เข้าเสื่อม พลัดตกหกล้ม สมองเสื่อม)
๕. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ.... รื้อตื้อรรดา (เข้าเสื่อม พลัดตกหกล้ม สมองเสื่อม)

ข้อ ๘๕

๑. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ ครบ ๘ ครั้ง (พื่น)
๒. ร้อยละของผู้ป่วย stroke ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ ๖ เดือนหรือจน BI =๒๐ (น้องบุษ)

ข้อ ๘๖

๑. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ACS (ฝากทีมPCTช่วยดู)
๒. ร้อยละความพึงพอใจผู้ดูแลผู้ป่วย palliative care

ทีมร่วมกันกำหนดตัวชี้วัดให้ชัด

ต้องตั้งเป้าหมาย ผลลัพธ์ กำหนดตัวชี้วัดให้ชัด เพื่อให้  
เครือข่ายเห็นภาพชัด เพื่อช่วยบรรลุนโยบาย

ต้องมีภาพรวมของกลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอ ความเรียง

- 1.กลุ่มสุขภาพดี
- 2.กลุ่มเสี่ยง
- 3.กลุ่มป่วย (DM,HT)

ประเด็นที่ขอให้ รพ.ทบทวน คำให้การปรับปรุง สะท้อนการปฏิบัติตามมาตรฐาน ภายใน 15 วัน  
 ส่งกลับผู้ประสานงานคุณภาพ ภายในวันที่ 2 ม.ค.67

IV-1 ผลด้านการดูแลคุณภาพ

(1) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย

83 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดยรวม [IV-1, III] ** (การเสียชีวิต การส่งต่อ การกลับมารักษาหรือการนอน รพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566
1. ร้อยละที่คัดกรอง เบาหวาน ความดัน (หัวใจ)						
2. ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันเบาหวานความดัน (หัวใจ)						
3. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน (ดูนิศา)						
4. BMI ลดลง (หัวใจ)						
5. ฝากครรภ์ ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์(ดูนิศา(รวมรวม))						
6. ค่าครีนิคิน่ามูกลายใน 6 ร. ไม่เกินเกิน(ดูนิศา)						
7. ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยระดับประคองในชุมชน (ดูนิศา)						
8. ทัศนคติ 1 เรื่อง ของที่รัก						

84 ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ [IV-1, III-1]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566
1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหา ได้รับการส่งต่อ เข้าคลินิกผู้สูงอายุ(เข้า เลื่อนม ทลคคทกทกทก สมองเสื่อม) ฐิติวุตธา						
2. ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการประเมิน 2Q 9Q ทิศปกติ ได้รับการส่งเข้าคลินิก สุขภาพจิต .....ภูจิต						
3. ร้อยละการให้การดูแล ตามแผนการดูแลล่วงหน้า Advance care planning ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ .....วันเพ็ญ						
4. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมอง เลื่อนมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ..... ฐิติวุตธา (เข้าเลื่อม ทลคคทกทกทก สมองเสื่อม)						
5. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทกทก และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ..... ฐิติวุตธา (เข้าเลื่อม ทลคคทกทกทก สมองเสื่อม)						

85 ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1, III-5, ๑]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566
1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ ครบ 8 ครั้ง (ดูรวมรวม)						
2. ร้อยละของผู้ป่วย stroke ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน BI =20 (น้องบุญ)						

86 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ (TV-1, III-2, 3, 4) ** (สะท้อนถึงคุณภาพ appropriateness และ effectiveness)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566
1. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ACS (หากมีMCTช่วยดู)						
2. ร้อยละความพึงพอใจผู้ดูแลผู้ป่วย palliative care (ที่สุจริต)						
3. ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าคลินิก สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ (ผู้ติดตาม)						

มติที่ประชุม

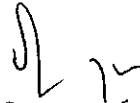
รับทราบ

คู่พิงทา

(นางสาวสุพัตรา ตรีไวย)  
ผู้จัด/ผู้บันทึกรายงานการประชุม



(นางปิ่นจิตา วรรณโชติ)  
ผู้ตรวจรายงานการประชุม



(นายพิสิฐ ยงยุทธ์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง  
ผู้รับรองรายงานการประชุม