



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน โทร. ๗๑๔๕

ที่ รอ ๐๐๓๓.๑๐๒/๒๕๖๕

วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอสรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และการเจรจาไกล่เกลี่ย
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ตามที่ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน ได้จัดประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และการเจรจาไกล่เกลี่ย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖ ในวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องประชุมกาสะลอง ชั้น ๕ อาคารเฉลิมพระเกียรติจุฬารัตน์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อวางแผนระบบการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และการเจรจาไกล่เกลี่ย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ให้ดำเนินไปอย่างมีคุณภาพ ทั้ง ๓ ระบบ คือ ระบบเฝ้าระวัง ระบบเฝ้าระวัง และระบบไกล่เกลี่ย นั้น

ในการนี้ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน ได้ดำเนินการจัดประชุมเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอสรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และการเจรจาไกล่เกลี่ย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖ รายละเอียดดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางพัชรินทร์ ชินการสวัสดิ์)

หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน

๗

(นายณรงค์ชัย สังข)

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการ

และงานสนับสนุนบริการสุขภาพ

๒๑ มี.ค. ๒๕๖๖

(นายชาญชัย จันทรรวงชัยกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และการเจรจาไกล่เกลี่ย
ครั้งที่ ๑ / ๒๕๖๖

วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมกาสะลอง ชั้น ๕ อาคารเฉลิมพระเกียรติจุฬารามณ์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

เปิดประชุมเวลา ๑๐.๓๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

๑.๑ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

๑.๑.๑ มอบนโยบายการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (เข็มมุ่งปี ๒๕๖๖) เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการที่มีคุณภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความปลอดภัย (mP Safety) ตามแนวทาง SIMPLE ซึ่งมี ๖ ประเด็นหลักที่มุ่งเน้น ได้แก่ ๑) Safe Surgery and invasive procedures ๒) Ventilator Associated Pneumonia (VAP) Prevention, Multidrug-Resistant Organisms (MDR) Prevention ๓) Safe from Adverse Drug Event (ADE E up), Blood Transfusion Safety ๔) Patient Identification, Communication/Service behavior, Reduction of Diagnostic Errors ๕) Right and Accurate Laboratory Results และ ๖) Sepsis, ER crowding ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องออกแบบระบบและพัฒนากระบวนการทำงานของทีมงานทางคลินิกและระบบงานสำคัญไปพร้อมๆกันเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ซึ่งในปี ๒๕๖๖ มีการมุ่งเน้นเรื่องการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา โดยให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันหาแนวทางนำสู่การปฏิบัติ การจัดทำ Case conference รวมไปถึงการกำกับติดตามการประเมินผล การเปลี่ยนแปลง และดำเนินการคืนข้อมูลให้แก่หน่วยงาน

๑.๑.๒ แผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะของสรพ.ภายหลัง Re-Accreditation ครั้งที่ ๕ ดังนี้

๑) ควรทำการประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง ครอบคลุมทั้งการค้นหาและระบุความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การวางระบบเพื่อป้องกันความเสี่ยง ว่ามีเรื่องใดที่ยังต้องพัฒนาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง และเกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรมากยิ่งขึ้น
๒) ควรทบทวนระบบการจัดการความเสี่ยงสำคัญขององค์กร โดยใช้แนวทาง Risk register ให้ครอบคลุมทุกขั้นตอนของการจัดการความเสี่ยง โดยเฉพาะในเรื่องการออกแบบระบบงานให้ปลอดภัยมากขึ้น โดยใช้แนวคิดที่สร้างสรรค์ในการออกแบบระบบงาน เช่น ใช้แนวคิด Human factor engineering, visual management เป็นต้น และมีการกำกับติดตามนำมาเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ๓) ควรส่งเสริมให้ทุกทีมงานระบบงานเข้าใจในการใช้หลักการทบทวนหารากของปัญหาอย่างเป็นระบบเป็นขั้นตอน เพื่อให้สามารถหารากของปัญหา(RCA) และจัดการวางระบบงานไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำอีก ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องรับรองรายงานการประชุม - ไม่มี -

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่องและติดตาม

๓.๑ การวางแผนกลยุทธ์และมาตรการป้องกันความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk)

๓.๑.๑ การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕

จำนวน ปี	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
จำนวน IR / ปี	๑๗,๐๘๖	๑๘,๔๘๔	๒๒,๘๓๙	๒๐,๖๕๔	๑๙,๐๑๘	๒๒,๔๘๒
จำนวน IR / เดือน	๑,๔๒๔	๑,๕๔๐	๑,๙๐๓	๑,๗๒๑	๑,๕๘๕	๑,๗๕๒

๓.๑.๒ รายงาน ๕ อันดับการเกิดอุบัติการณ์ Patient Safety จาก HRMS ปี ๒๕๖๕

ลำดับ	รายงานอุบัติการณ์	จำนวนอุบัติการณ์
๑	Medication error	๓๓๕
๒	Communication	๑๑๑
๓	Catheter and tubing Connection, and Flow Control	๘๓
๔	Safe Operating room	๔๔
๕	Safe from Adverse Drug Events	๓๐

๓.๑.๓ รายงาน ๕ อันดับการเกิดอุบัติการณ์ Personnel Safety จาก HRMS ปี ๒๕๖๕

ลำดับ	รายงานอุบัติการณ์	จำนวนอุบัติการณ์
๑	การควบคุมสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน เช่น น้ำ ไฟฟ้า ชยะ	๔๗
๒	บุคลากรเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	๒๕
๓	บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง	๒๐
๔	สภาพแวดล้อมในการให้บริการ เช่น ป้ายบอกทาง ลิฟต์	๑๗
๕	ปัญหาความปลอดภัยไม่ปลอดภัย เช่น ทรัพย์สินสูญหาย/ถูกลักขโมย	๑๓

๓.๑.๔ รายงาน ๕ อันดับการเกิดอุบัติการณ์ Organization Safety จาก HRMS ปี ๒๕๖๕

ลำดับ	รายงานอุบัติการณ์	จำนวนอุบัติการณ์
๑	ปัญหาด้านอาคารสถานที่/พื้นที่ให้บริการไม่เหมาะสม	๒๔
๒	ปัญหาด้านการควบคุมการใช้ทรัพยากร	๒๐
๓	ปัญหาด้าน Network & Security	๑๔
๔	ปัญหาด้านระบบบริหารการพัสดุ	๑๒
๕	ปัญหาด้านกระบวนการบริการ	๑๑

๓.๑.๕ ประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เรื่อง มาตรฐานสำคัญ จำเป็นต่อความปลอดภัย บังคับใช้วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๓ เป็นต้นไป ซึ่งมีแนวปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญ จำเป็นต่อความปลอดภัย ๙ ข้อ ดังนี้ ๑. การผ่าตัดผิดคนผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ๒. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSİ ๓. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ ๔. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event ๕. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ๖. การระบุตัวผู้ป่วย ผิดพลาด ๗. ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค ๘. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา ผิดพลาด ๙. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน โดยโรงพยาบาลต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

๑. ต้องมีแนวปฏิบัติเพื่อการป้องกันความปลอดภัยต่อผู้ป่วยในประเด็นที่กำหนด
๒. รวบรวมแสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด
๓. กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้โรงพยาบาล ทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุราก
๔. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ในด้านการจัดการความเสี่ยงที่จัดการได้และทำได้ดี ได้แก่ ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ, ไม่รื้อตรวจ พฤติกรรมบริการ, ลิฟท์ไม่พร้อมใช้งาน/ ชำรุด/ ติดค้าง, ปัญหาด้านระบบ/กระบวนการสื่อสารด้านความเสี่ยงที่ยังต้องมีการทบทวนและติดตามเพิ่มเติมในปีถัดไป คือ Un-planned CPR, Un-planned ICU, Shock ขณะทำ Hemodialysis, การทกล้ม และผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย

๓.๒ การวางแผนกลยุทธ์และมาตรการป้องกันความเสี่ยงด้านองค์กร (Non-Clinical Risks)

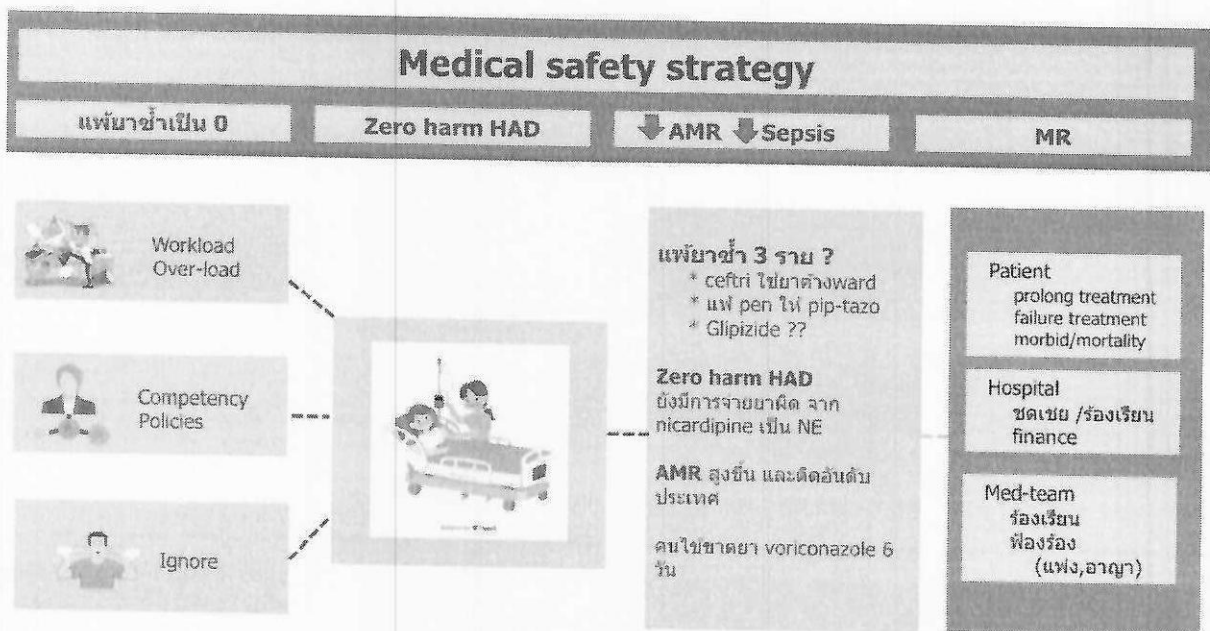
๓.๒.๑ สรุปแผนการบริหารความเสี่ยงด้านองค์กร (Non-Clinical Risks) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และนำเสนอแผนปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มีทั้งหมด ๔ ด้าน ดังนี้

- ๑) ด้านกลยุทธ์ เร่งรัดการจัดซื้อจัดจ้าง แผนเงินบำรุงและงบค่าเสื่อม
- ๒) ด้านการดำเนินการ เพิ่มประสิทธิภาพการกำกับและติดตามการจัดซื้อจัดจ้าง, พฤติกรรมบริการ, ปลอดภัยจากอัคคีภัย, ป้องกันการโจมตีทางไซเบอร์ และมาตรฐานการรักษาพยาบาล
- ๓) ด้านการเงิน การตรวจสอบค่าตอบแทนเสี่ยงภัยโควิด ๑๙ การปฏิบัติงานนอกเวลา
- ๔) ด้านกฎหมาย การตรวจสอบเอกสารการจัดซื้อจัดจ้าง การบริหารสัญญา ข้อร้องเรียน

๓.๒.๒ ศูนย์ควบคุมและตรวจสอบภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด กำหนดการลงพื้นที่ตรวจสอบภายใน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ในวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๖ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ติดตามประเมินผล ประเมินความเสี่ยง แผนการปรับปรุงควบคุมภายใน

๓.๓ การวางแผนกลยุทธ์และมาตรการป้องกันความเสี่ยงด้านยา

๓.๔.๑ แผนกลยุทธ์และมาตรการป้องกันความเสี่ยงด้านยา โดยเป้าหมายในปี ๒๕๖๖ มุ่งเน้นการลดอัตราการแพ้ยาซ้ำ



ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา

๔.๑ การบริหารจัดการความเสี่ยง

๔.๑.๑ การกำกับติดตามความเสี่ยงที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล โดยการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานด้านความเสี่ยง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในขณะทำงาน ซึ่งมีประเด็นสำคัญ ๓ ประเด็น ได้แก่

- ๑) มีการวิเคราะห์ภาพรวมความเสี่ยงองค์กร
- ๒) จัดทำ Root cause analysis ที่มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E-up เพื่อนำผลมาปรับปรุง ควบคุมคุณภาพ และป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงซ้ำ

๓) สรุปผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงองค์กร และคืนข้อมูลให้แก่หน่วยงาน ร่วมกับการสร้างการเรียนรู้กับคณะทำงาน เพื่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ

๔.๑.๒ เสนอให้ทำการวิเคราะห์รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E-up ที่เกิดซ้ำที่อุบัติการณ์และเกิดซ้ำเรื่องใดบ้าง ทั้งนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลควรสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาการให้บริการที่มีคุณภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความปลอดภัย (๓P Safety) ตามแนวทาง SIMPLE

๔.๑.๓ เสนอให้มีการสรุปข้อมูลหน่วยงานที่ไม่มีการรายงานความเสี่ยง ผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อสื่อสารและกระตุ้นให้เกิดการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น โดยช่องทางการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาล ดังนี้ โปรแกรม HRMS, ระบบรายงานความเสี่ยง REH Risk, การรายงานในรูปแบบเอกสาร HOIR และ QR Code

๔.๑.๔ เสนอให้ห้มีนำระดับ PCT หรือระดับหน่วยงาน มีการกำกับติดตามภายหลังที่มีการทบทวนความเสี่ยง ระดับ G - I อย่างต่อเนื่อง

ประธาน แจ้งให้ที่ประชุมรับทราบ การทำทบทวนต้องมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายจะต้องไม่มีกรณีฟ้องร้องไปถึงชั้นศาล

มติที่ประชุม : รับทราบ


ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องอื่น ๆ

๕.๑ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน ร่วมกับ ศูนย์คอมพิวเตอร์ ได้พัฒนาระบบตรวจสอบรายชื่อ และรับรหัสตอบแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลผ่านระบบออนไลน์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ สามารถตอบแบบสำรวจฯ ได้ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม - ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖ โดยตรวจสอบรายชื่อและรับรหัสได้ที่ <https://reh.go.th/hscs/?openExternalBrowser=๑>

๕.๒ กำหนดจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การเจรจาไกล่เกลี่ย” ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ในช่วงเดือน สิงหาคม ๒๕๖๖ รายละเอียดจะแจ้งให้ทราบภายหลัง

ปิดการประชุม ๑๒.๐๐ น.

..... กัญญาภาณี สิงหนาทวิไล ผู้บันทึกรายงานการประชุม
(นางสาวกัญญา มาตบรรดิฐ)
นักวิชาการสาธารณสุข

.....  ผู้ตรวจสอบรายงานการประชุม
(นางพิชรินทร์ ชินการสวัสดิ์)



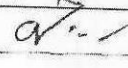



หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน

ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และการเจรจาไกล่เกลี่ย

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖

วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องประชุมกาสะลอง ชั้น ๕

อาคารเฉลิมพระเกียรติจตุรภุชโรจน์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด





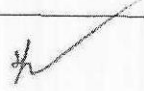
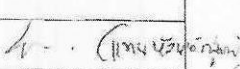

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ลายมือชื่อ
๑	นพ.ชาญชัย จันทรรักษ์กุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด	กลุ่มอำนาจการ	
๒	นพ.ธนากร จิรชวาลา	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์คนที่ ๑	กลุ่มอำนาจการ	
๓	ศศ.(พิเศษ) นพ.ณรงค์ชัย สังขา	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์คนที่ ๒ และรองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ	กลุ่มอำนาจการ	
๔	นายเจริญ นิลสุ	รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร	กลุ่มอำนาจการ	
๕	นางบุษบา วงศ์พิมล	รักษาการในตำแหน่งรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล	กลุ่มการพยาบาล	
๖	นพ.วิบูลย์ เตชะโกศล	รองผู้อำนวยการด้านหัตถิภุมิและตติภุมิ องค์กรแพทย์	องค์กรแพทย์	
๗	พญ.นภัศวรณ ภูริพันธ์ภิญโญ	รองผู้อำนวยการด้านปฐมภุมิ และหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม	องค์กรแพทย์	
๘	นพ.ชินวัฒน์ ศรีใส	รองผู้อำนวยการด้านพัสดุ	องค์กรแพทย์	
๙	นพ.มนัสวี อัดถการ	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย และหัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม	องค์กรแพทย์	
๑๐	พญ.พนารัตน์ เถาว์ทิพย์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านงานพัฒนาคุณภาพ	องค์กรแพทย์	
๑๑	พญ.มัลลิกา โปตาพล	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านงานพัฒนาและมาตรฐาน	องค์กรแพทย์	
๑๒	ภญ.พรหทัย บุญมีเย็น	เภสัชกรเชี่ยวชาญ	กลุ่มงานเภสัชกรรม	

ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และการเจรจาไกล่เกลี่ย

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖

วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องประชุมกาสะลอง ชั้น ๕

อาคารเฉลิมพระเกียรติจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ลายมือชื่อ
๑๓	ภญ.นันทนิจ มีสวัสดิ์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้าน สารสนเทศการแพทย์ และหัวหน้ากลุ่มงาน สารสนเทศการแพทย์	กลุ่มงานเภสัชกรรม	
๑๔	พญ.นภัฐมณ มโนรัตน์	หัวหน้ากลุ่มงาน อาชีวเวชกรรม	องค์กรแพทย์	
๑๕	นางพรณี แสงอินทร์	รองหัวหน้าพยาบาลด้าน ทรัพยากรบุคคล (หัวหน้า กลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยหนัก)	กลุ่มการพยาบาล	
๑๖	นางสุจินดา ยิ่งรักศรีภักดิ์	รองหัวหน้าพยาบาล ด้านเภสัชศาสตร์ และสังคม	กลุ่มการพยาบาล	
๑๗	นางอัญชลี แก้วศรีใส	รองหัวหน้าพยาบาลด้าน บริหาร (หัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรี เวชกรรม)	กลุ่มการพยาบาล	
๑๘	นางสาวอัจฉรา ศรีรักษา	รองหัวหน้าพยาบาลด้าน วิชาการ (หัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม คนที่ ๑)	กลุ่มการพยาบาล	
๑๙	นางยุพา อธิสุขมงคล	(หัวหน้ากลุ่มงานการ พยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม (คนที่ ๒))	กลุ่มการพยาบาล	
๒๐	นางสุพัฒน์ ศรีธัญญรัตน์	หัวหน้ากลุ่มงานการ พยาบาลด้านการควบคุม และป้องกันการติดเชื้อ	กลุ่มการพยาบาล	
๒๑	นางพัชรินทร์ ชินการสวัสดิ์	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนา คุณภาพบริการและ มาตรฐาน		
๒๒	นางพัชราภรณ์ สิงห์สมณะ	หัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วย	กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วย	
๒๓	นางพัชราภรณ์ สิงห์สมณะ	หัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วย	กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วย	

นางพัชราภรณ์ สิงห์สมณะ

ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และการเจรจาไกล่เกลี่ย

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖

วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องประชุมกาสะลอง ชั้น ๕

อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ลายมือชื่อ
	ดร.อดิสรณ์ งามนิรมล	ผู้อำนวยการ/ค	สำนักงาน	
	ดร.วิเชียร ธีระพงษ์	คณบดี	คณบดี	
	น.ส.กนกพร ชอดขส	วท.สาธารณสุข	ศูนย์ข้อมูล	
	นางพิชญ์ใจ อรรถาสี	ผอ.คลินิกในสังกัดคณะแพทย	MICU 2	
	นางอัมมิกา อมตะนาค	รองผู้อำนวยการ/ค	OR	
	ชรัตน์ สายศรี	ทันตแพทย์	ทันตกรรม	
	ผู้ตรวจ อภิรัตน์	ทันตแพทย์	ทันตกรรม	
	สุนันดา อิศาน	ทันตแพทย์	ทันตกรรม	
	วิไลพรรณ อิศาน	ทันตแพทย์	ทันตกรรม	
	กัญพร อิศาน	ทันตแพทย์	HRD	
	นางภัทราภรณ์ คุ้ม	พยาบาล/ค	ICU	