

ธรรมนูญองค์กรแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า



ประกาศใช้วันที่ พฤษภาคม ๒๕๕๖

สารบัญ

บทที่ ๑ พันธกิจและวัตถุประสงค์	4
ส่วนที่ ๑ พันธกิจ.....	4
ส่วนที่ ๒ วัตถุประสงค์.....	4
บทที่ ๒ สมาชิกภาพ.....	5
ส่วนที่ ๑ สมาชิกภาพ	5
ส่วนที่ ๒ คุณสมบัติของสมาชิก	5
ส่วน ๓ การพ้นสมาชิกภาพ.....	5
ส่วนที่ ๔ เงื่อนไขการรับสมาชิกใหม่	5
ส่วนที่ ๕ ประเภทของสมาชิก	6
บทที่ ๓ โครงสร้างจัดหน่วยของบริการคลินิก.....	7
ส่วนที่ ๑ ประเภทของบริการคลินิก	7
ส่วนที่ ๒ การจัดหน่วยของบริการคลินิก	7
บทที่ ๔ คณะกรรมการแพทย์	8
ส่วนที่ ๑ การแต่งตั้งคณะกรรมการและบทบาท	8
ส่วนที่ ๒ คณะกรรมการบริหารองค์กรแพทย์.....	8
ส่วนที่ ๓ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติและแก้ไขเพิ่มเติมธรรมนูญ	8
ส่วนที่ ๔ คณะกรรมการที่แพทย์ร่วมเป็นกรรมการ	9
บทที่ ๕ การให้บริการทางคลินิก.....	11
ส่วนที่ ๑ การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย	11
ส่วนที่ ๒ การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว.....	11
ส่วนที่ ๓ การประเมินและวางแผนการดูแลรักษา	11
ส่วนที่ ๔ กระบวนการให้บริการ/ดูแลรักษาผู้ป่วย.....	12
ส่วนที่ ๕ การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย	12
ส่วนที่ ๖ การจำหน่ายและการดูแลรักษาต่อเนื่อง	12
บทที่ ๖ การพัฒนาคุณภาพการบริการ.....	13
ส่วนที่ ๑ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพการบริการ	13
ส่วนที่ ๒ การรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	14

บทที่ ๗ การกำกับดูแลการประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....	15
บทที่ ๘ ความลับ การคุ้มครอง และการให้ข้อมูล.....	16
ส่วนที่ ๑ คำจำกัดความพิเศษ.....	16
ส่วนที่ ๒ อำนาจและเงื่อนไข.....	16
ส่วนที่ ๓ ความลับของข้อมูล.....	16
ส่วนที่ ๔ การคุ้มครองจากความรับผิดชอบ.....	17
ส่วนที่ ๕ กิจกรรมและข้อมูลที่อยู่ในข่ายต้องมีการเก็บรักษาความลับและการคุ้มครอง.....	17
ส่วนที่ ๖ การให้ข้อมูล.....	18
บทที่ ๙ การฝึกศึกษาและวิจัย.....	19
ส่วนที่ ๑ การศึกษาต่อเนื่องและการวิจัย.....	19
ส่วนที่ ๒ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและทันตแพทย์.....	19
ภาคผนวก ก.....	20
องค์ประกอบ บทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการที่แพทย์ร่วมเป็นกรรมการ	20
ส่วนที่ ๑ คณะกรรมการที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการ.....	21
ส่วนที่ ๒ คณะกรรมการคุ้มครองผู้ป่วย.....	24

บทที่ ๑ พันธกิจและวัตถุประสงค์

ส่วนที่ ๑ พันธกิจ

องค์กรแพทย์มีความมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมและรักษามาตรฐานและจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพแพทย์/ทันตแพทย์ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้มารับบริการทุกคนว่าจะได้รับบริการสุขภาพจากคณะแพทย์ ซึ่งมีความเพียบพร้อมด้วยคุณธรรม/จริยธรรม และความรู้ความสามารถทางวิชาชีพในระดับสูง

ส่วนที่ ๒ วัตถุประสงค์

๑. กำกับดูแลและส่งเสริมให้สมาชิกทุกคนมีคุณธรรม/จริยธรรม และความรู้ความสามารถในวิชาชีพในระดับสูง
๒. ส่งเสริมให้มีการจัดบริการสุขภาพแบบครบวงจรที่มีมาตรฐานในระดับสากล โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้ความสำคัญกับการป้องกันโรค/การสร้างเสริมสุขภาพ เทียบเท่าการตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ
๓. พัฒนาศักยภาพการเป็นผู้นำทางการรักษาพยาบาลของมวลสมาชิก โดยจัดให้มีการประชุมวิชาการเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ และเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และการตัดสินใจในทุก ระดับของการบริหาร
๔. ส่งเสริมและสนับสนุนบรรยากาศวิชาการโดยร่วมมือกับสมาชิกในการสร้างผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพ ในทุกรูปแบบ รวมถึงงานวิจัยและตำราทางการแพทย์
๕. ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ร่วมงานทุกระดับ
๖. ส่งเสริมความสามัคคีและผดุงเกียรติของสมาชิก
๗. ส่งเสริมและคุ้มครองให้ได้รับสิทธิประโยชน์และสวัสดิการที่เหมาะสม
๘. ให้การช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์และสาธารณประโยชน์ในโอกาสอันควร

บทที่ ๒ สมาชิกภาพ

ส่วนที่ ๑ สมาชิกภาพ

สมาชิกองค์กรแพทย์โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แก่ แพทย์และทันตแพทย์ทุกคนซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

การบรรจุเข้าเป็นแพทย์และทันตแพทย์ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จะต้องผ่านขั้นตอนที่ระบุในเงื่อนไขของการรับสมาชิกใหม่

สมาชิก ในธรรมนูญนี้ หมายถึง สมาชิกองค์กรแพทย์

ส่วนที่ ๒ คุณสมบัติของสมาชิก

คุณสมบัติที่สมาชิกองค์กรแพทย์ทุกคนพึงมี ได้แก่

๑. มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือทันตกรรม
๒. ปฏิบัติตามข้อบังคับแพทย์สภา/ทันตแพทย์สภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ
๓. มีเจตคติที่ดีต่อการให้บริการสุขภาพแก่ทหารและประชาชนทุกระดับ
๔. พัฒนาความรู้ทางการแพทย์/ทันตแพทย์ให้ทันสมัยอยู่เสมอ
๕. รู้ขีดความสามารถของตนเองในการดูแลรักษาผู้ป่วย แสวงหาคำแนะนำ หรือคำปรึกษาจากแพทย์/ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคได้อย่างเหมาะสม
๖. ศึกษาวิจัยในสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อนำความรู้ที่ได้มาพัฒนาบริการคลินิกอย่างต่อเนื่อง
๗. มีมนุษยสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วย และทำงานเป็นที่ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ร่วมงานทุกระดับ

ส่วนที่ ๓ การพ้นสมาชิกภาพ

สมาชิกภาพของสมาชิกสิ้นสุดเมื่อ

๑. ตาย
๒. ย้าย หรือลาออกจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
๓. ถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยแพทย์สภา/ทันตแพทย์สภา
๔. ขาดคุณสมบัติและคณะกรรมการบริหารองค์กรแพทย์เห็นควรให้พ้นจากสมาชิกภาพ

ส่วนที่ ๔ เงื่อนไขการรับสมาชิกใหม่

คณะกรรมการบริหารองค์กรแพทย์ รพ.ร.๖ เป็นผู้ทำหน้าที่พิจารณาถ่วงดุลและตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกองค์กรแพทย์ตามคุณสมบัติที่กำหนดในส่วนที่ 2

ส่วนที่ ๕ ประเภทของสมาชิก

สมาชิก แบ่งออกเป็น ๒ ประเภท ได้แก่

๑. สมาชิกสามัญ

หมายถึง แพทย์/ทันตแพทย์ ซึ่งยังคงอยู่ในราชการ และได้รับมอบหมายอย่างเป็นทางการให้ปฏิบัติหน้าเป็นแพทย์/ทันตแพทย์ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

พระมงกุฎเกล้า สมาชิกสามัญมีเอกสิทธิ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญภายใต้การกำกับดูแลของผู้อำนวยการกองของหน่วยบริการคลินิกที่เกี่ยวข้อง เอกสิทธิ์ดังกล่าวนี้จะได้รับการทบทวนทุกปี

๒. สมาชิกวิสามัญ

ก. แพทย์ที่ปรึกษา

หมายถึง แพทย์/ทันตแพทย์ผู้ซึ่งยังคงอุทิศเวลาให้กับการดูแลผู้ป่วยภายหลัง

เกษียณอายุราชการ โดยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่แพทย์ประจำ สมาชิกประเภทแพทย์ที่ปรึกษามีเอกสิทธิ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญ ภายใต้การกำกับดูแลของ ผอ.รพ.ร.๖ เอกสิทธิ์ดังกล่าวนี้จะได้รับการทบทวนตามความเหมาะสม

ข. แพทย์ประจำบ้าน

หมายถึง แพทย์ประจำบ้าน หรือแพทย์ประจำบ้านต่อยอดซึ่งได้รับโอกาสให้ปฏิบัติหน้าที่

แพทย์ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการฝึกอบรมของหน่วยบริการคลินิกที่เกี่ยวข้องตามระยะเวลาที่ระบุไว้ในหลักสูตรการฝึกอบรม เอกสิทธิ์ดังกล่าวนี้จะได้รับการทบทวนทุกปี สำหรับการคัดเลือกแพทย์เข้าฝึกอบรมในหลักสูตรดังกล่าวให้เป็นความรับผิดชอบของผู้อำนวยการกองของหน่วยบริการคลินิก

ค. แพทย์ที่ได้รับเอกสิทธิ์ชั่วคราว

หมายถึง แพทย์หรือทันตแพทย์ซึ่งได้รับโอกาสให้ปฏิบัติหน้าที่แพทย์/ทันตแพทย์

ตามระยะเวลาที่ระบุไว้ สมาชิกภาพ และเอกสิทธิ์ดังกล่าวนี้จะหมดไปตามห้วงเวลาที่ระบุ

บทที่ ๓ โครงสร้างจัดหน่วยของบริการคลินิก

ส่วนที่ ๑ ประเภทของบริการคลินิก

สมาชิกจะขึ้นตรงกับหน่วยซึ่งให้บริการคลินิกทั้งหมด ๑๕ หน่วย ดังต่อไปนี้

๑. กองอายุรกรรม
๒. กองศัลยกรรม
๓. กองสูตินรีเวชกรรม
๔. กองกุมารเวชกรรม
๕. กองจักษุกรรม
๖. กองโสต ศอ นาสิกกรรม
๗. กองออร์โธปิดิกส์
๘. กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู
๙. กองอุบัติเหตุและเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
๑๐. กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก
๑๑. กองรังสีกรรม
๑๒. กองพยาธิวิทยา
๑๓. กองวิสัญญีและห้องผ่าตัด
๑๔. กองจิตเวชและประสาทวิทยา
๑๕. กองทันตกรรม

ส่วนที่ ๒ การจัดหน่วยของบริการคลินิก

๑. การจัดหน่วยบริการคลินิกทุกประเภทมีผู้อำนวยการกอง เป็นหัวหน้าหน่วยบริการ
๒. ผู้อำนวยการกอง มีหน้าที่กำกับดูแลการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์/ทันตแพทย์ในหน่วยและเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการให้คำแนะนำต่อคณะกรรมการบริหารองค์กรแพทย์ในเรื่องความน่าเชื่อถือ, เอกสิทธิ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์และทันตแพทย์, การแต่งตั้งใหม่ หรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงการแต่งตั้งของแพทย์และทันตแพทย์ที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกองค์กรแพทย์
๓. ผู้อำนวยการกอง ได้รับการแต่งตั้งโดยคำสั่งกองทัพบก

บทที่ ๔ คณะกรรมการแพทย์

ส่วนที่ ๑ การแต่งตั้งคณะกรรมการและบทบาท

- ๑) คณะกรรมการบริหารองค์กรแพทย์ และคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติและแก้ไขเพิ่มเติมธรรมนูญ จะได้รับการแต่งตั้งโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยมีวาระของตำแหน่ง ๒ ปี
- ๒) คณะกรรมการอื่น ๆ ที่มีแพทย์เข้าไปร่วมเป็นกรรมการ จะได้รับการแต่งตั้งโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยมีวาระของตำแหน่ง ๔ ปี และจะหมดอายุไปเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- ๓) การแต่งตั้งคณะกรรมการย่อย ให้เป็นอำนาจของประธานคณะกรรมการแต่ละชุดเพื่อให้สามารถดำเนินงานตามที่จำเป็น หากจำเป็นต้องแต่งตั้งบุคคลเพิ่มเติมให้พิจารณาเสนอขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นครั้ง ๆ ไป
- ๔) การเก็บรักษารายงานการประชุม ให้เลขานุการของคณะกรรมการชุดต่าง ๆ รับผิดชอบรวบรวมรายงานการประชุมและเอกสารทุกอย่างที่นำมาใช้ในการประชุม หรือ เป็นผลมาจากการประชุม เพื่อมอบให้กับหัวหน้าสำนักงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ฯ หรือผู้แทน เพื่อเก็บรักษาไว้ที่สำนักงานพัฒนาคุณภาพ

ส่วนที่ ๒ คณะกรรมการบริหารองค์กรแพทย์

- ๑) องค์ประกอบ
 - ประกอบด้วยสมาชิกซึ่งได้รับการเลือกตั้งให้เป็นผู้แทนของหน่วยบริการคลินิกทั้ง ๑๕ หน่วย หน่วยละ ๑ คน และแพทย์ซึ่งเป็นผู้แทนของคณะผู้บริหารสูงสุด จำนวน ๑ คน ซึ่งไม่มีสิทธิออกเสียง
 - ให้คณะกรรมการคัดเลือกกรรมการขึ้นทำหน้าที่ประธาน, รองประธาน , เลขานุการ และผู้ช่วยเลขานุการ
- ๒) บทบาทและหน้าที่
 - เป็นตัวแทนและกระทำการในนามสมาชิก
 - ช่วยเหลือและให้ข้อเสนอแนะแก่คณะผู้บริหารสูงสุดในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสมาชิก
 - เป็นสื่อกลางทำหน้าที่ประสานงานระหว่างสมาชิกและคณะผู้บริหารสูงสุด
 - กำกับดูแล ทบทวนข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณธรรม, จริยธรรม และความสามารถทางวิชาชีพของมวลสมาชิก
 - ทบทวนข้อเสนอแนะของคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติและแก้ไขเพิ่มเติมธรรมนูญ และจัดทำข้อเสนอแนะต่อคณะผู้บริหารสูงสุด
 - ประสานการแก้ปัญหาพร้อมกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสมาชิก
- ๓) การประชุม
 - คณะกรรมการบริหารองค์กรแพทย์ มีกำหนดประชุมไม่น้อยกว่า ๖ ครั้ง ต่อปี โดยจัดทำบันทึกการประชุมเก็บไว้เป็นหลักฐานอ้างอิง
 - การเรียกประชุมเป็นกรณีพิเศษสามารถกระทำได้โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ส่วนที่ ๓ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติและแก้ไขเพิ่มเติมธรรมนูญ

- ๑) องค์ประกอบ

- ประกอบด้วย สมาชิกซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากคณะกรรมการบริหารองค์กรแพทย์อย่างน้อย ๕ คน โดยมีประธานองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ประธานคณะกรรมการ และมีเลขานุการคณะกรรมการบริหารองค์กรแพทย์ เป็นกรรมการและเลขานุการโดยตำแหน่ง
- ๒) บทบาทและหน้าที่
- ตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกองค์กรแพทย์สำหรับการบรรจุแต่งตั้งครั้งแรก , การแต่งตั้งใหม่ หรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงการแต่งตั้ง และเอกสิทธิ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย
 - รายงานผลการตรวจสอบคุณสมบัติ รวมถึงข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับการแต่งตั้ง ประเภทสมาชิก ความเกี่ยวพันทางการทำงาน เอกสิทธิ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย หรืองานที่ระบุเป็นการเฉพาะและเงื่อนไขพิเศษที่แนบท้าย
 - สอบสวน ตรวจสอบ และจัดทำรายงานผลการตรวจสอบในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพ หรือที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เมื่อได้รับรายงาน หรือมอบหมายจากคณะกรรมการบริหารองค์กรแพทย์
 - ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อบังคับ/ กฎของธรรมนูญ ตลอดจนประสิทธิภาพของการนำมาปฏิบัติ เพื่อพิจารณาแก้ไขเพิ่มเติม
 - รายงานต่อคณะกรรมการบริหารองค์กรแพทย์ เกี่ยวกับเรื่องการสมัครเป็นสมาชิกองค์กรแพทย์ หรือโอกาสที่จะปฏิบัติหน้าที่แพทย์และทันตแพทย์ และเป็นผู้รายงานข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการทบทวนแก้ไขข้อบังคับ/กฎระเบียบขององค์กรแพทย์
- ๓) การประชุม
- คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติและแก้ไขเพิ่มเติมธรรมนูญ มีกำหนดประชุมอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง โดยจัดทำบันทึกการประชุมเก็บไว้เป็นหลักฐานอ้างอิง

ส่วนที่ ๔ คณะกรรมการที่แพทย์ร่วมเป็นกรรมการ

คณะกรรมการของโรงพยาบาลซึ่งแพทย์ร่วมเป็นกรรมการ แบ่งได้เป็น ๒ ประเภท ได้แก่

๑. คณะกรรมการเกี่ยวกับการบริหารจัดการ ได้แก่
 - ๑) คณะกรรมการวิชาการ
 - ๒) คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
 - ๓) คณะกรรมการเวชระเบียน
 - ๔) คณะกรรมการห้องผ่าตัด
 - ๕) คณะกรรมการบริการโลหิตวิทยา
 - ๖) คณะกรรมการเวชบำบัดวิกฤตและเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
 - ๗) คณะกรรมการยา
 - ๘) คณะกรรมการปลูกถ่ายอวัยวะ
 - ๙) คณะกรรมการปฏิบัติการช่วยชีวิต
๒. คณะกรรมการคุ้มครองผู้ป่วย ได้แก่

- ๑) คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร
- ๒) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
- ๓) คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ๔) คณะกรรมการโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

หมายเหตุ : อาจมีคณะกรรมการเพิ่มเติมตามที่ผอ.รพ.ร.ร.๖ เห็นสมควร

: รายละเอียดเรื่อง องค์ประกอบ บทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการแต่ละชุด อยู่ในภาคผนวก

: เลขาคณะกรรมการทุกชุดกรุณา สรุปรายงานการประชุมส่งให้องค์กรแพทย์

บทที่ ๕ การให้บริการทางคลินิก

ส่วนที่ ๑ การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย

สมาชิกทุกคนมีข้อผูกพันกับการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยโดย

- ๑) ประเมินและวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันโดยสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ซับซ้อน
- ๒) จัดทำบันทึกข้อมูลที่มีคุณภาพเพื่อการสื่อสารและประสานงานระหว่างวิชาชีพและผู้ให้บริการ
- ๓) มีการขอคำปรึกษาและให้คำปรึกษาทางการแพทย์อย่างเป็นระบบตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนด

ส่วนที่ ๒ การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

สมาชิกทุกคนมีข้อผูกพันกับการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวโดย

- ๑) จัดลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
- ๒) ขอข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครบถ้วน โดยปราศจากความเข้าใจ
- ๓) ให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว
- ๔) ให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมการรักษาภายหลังจากที่ได้รับฟังการอธิบายจนเป็นที่เข้าใจ
- ๕) ตรวจสอบยืนยันตัวผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อจะทำหัตถการ หรือตรวจพิเศษ

ส่วนที่ ๓ การประเมินและวางแผนการดูแลรักษา

สมาชิกทุกคนมีข้อผูกพันกับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยโดย

- ๑) ประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยครอบคลุมทั้งปัญหาการเจ็บป่วยทางร่างกาย, จิตใจ, และสังคม
- ๒) พิจารณาส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเมื่อมีข้อบ่งชี้ และอธิบายผลการตรวจนั้น ๆ ให้แก่ผู้ป่วย
- ๓) วินิจฉัยโรคตามแนวทางการดูแลรักษาที่ถูกต้องภายในเวลาที่เหมาะสม และทบทวนการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม
- ๔) กำหนดแผนการดูแลรักษาร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่าง ๆ พร้อมบันทึกแผนเป็นลายลักษณ์อักษร และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษา
- ๕) ประเมินและวางแผนล่วงหน้าสำหรับการผ่าตัดและระงับความรู้สึก และมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูงโดยทีมวิสัญญี หรือแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ ๔ กระบวนการให้บริการ/ดูแลรักษาผู้ป่วย

- ๑) เตรียมความพร้อมเพื่อตอบสนอง หรือแก้ปัญหาเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดอย่างเคร่งครัด และมีการทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ
- ๒) จัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ พร้อมดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง และแก้ไขเมื่อเกิดความเสี่ยง
- ๓) มอบหมายความรับผิดชอบ เพื่อปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดอย่างรัดกุม โดยจัดให้มีการกำกับดูแลอย่างเหมาะสม
- ๔) ใช้ยาเพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดอย่างเคร่งครัด โดยมีเภสัชกรเป็นผู้ทบทวนและประเมินความถูกต้องของคำสั่งการใช้ยา
- ๕) ยึดถือแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด และมีการฝึกอบรมแนวทางดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ
- ๖) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินซ้ำเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ ตามลำดับความรุนแรงของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยดังที่ได้กำหนดไว้ในแนวทางปฏิบัติ

ส่วนที่ ๕ การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

สมาชิกทุกคนมีข้อผูกพันกับการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย โดย

- ๑) จัดทำบันทึกทางการแพทย์ตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดอย่างครบถ้วน
- ๒) ให้ความร่วมมือในการทบทวนความสมบูรณ์ถูกต้องของบันทึกเวชระเบียนตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดขึ้น และมีการนำเสนอผลการทบทวนต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ ๖ การจำหน่ายและการดูแลรักษาต่อเนื่อง

สมาชิกทุกคนมีข้อผูกพันกับการจำหน่ายและการดูแลรักษาต่อเนื่อง โดย

- ๑) วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนจำหน่ายอย่างน้อย ๑ วัน โดยพิจารณาขีดจำกัดของผู้ป่วยในการมารับการดูแลรักษาต่อเนื่อง
- ๒) ประสานงานเพื่อให้มีการส่งผู้ป่วยไปรับการดูแลรักษาไกล่บ้านในกรณีที่จำเป็น

บทที่ ๖ การพัฒนาคุณภาพการบริการ

ส่วนที่ ๑ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพการบริการ

๑) กิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วย

สมาชิกทุกคนมีข้อผูกพันกับการให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยในหน่วยของตนอย่างสม่ำเสมอเพื่อนำไปปรับปรุงคุณภาพการบริการ ตัวอย่างของกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่

ก. การทบทวนเพื่อติดตามผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย

เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคต่าง ๆ เป็นไปอย่างถูกต้องตามแนวทางการดูแลรักษาที่ได้กำหนดขึ้น คณะกรรมการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยของหน่วยต่าง ๆ ร่วมกับสมาชิกเป็นผู้รับผิดชอบ ตรวจสอบ และรายงานต่อคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพของหน่วย

ข. การทบทวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย

เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เสียชีวิตเป็นไปอย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และเรียนรู้ถึงสาเหตุของการเสียชีวิต ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เพื่อพิจารณาปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาโรคนั้น ๆ คณะกรรมการวิชาการของหน่วยต่าง ๆ ร่วมกับสมาชิก เป็นผู้รับผิดชอบ ทบทวน

ค. การทบทวนการติดเชื้อของโรงพยาบาล

เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และเรียนรู้ถึงอุบัติการณ์ และข้อมูลทางระบาดวิทยาของการติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นผู้รับผิดชอบเก็บรวบรวมข้อมูลและสถิติต่าง ๆ เกี่ยวกับการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาปรับปรุงและพัฒนามาตรการในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ง. ทบทวนการใช้ยา

เพื่อให้เกิดความมั่นใจได้ว่าการใช้ยาเป็นไปตามหลักวิชาการทางการแพทย์ และคำนึงถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการใช้ยา และเฝ้าติดตามอุบัติการณ์ของการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา คณะกรรมการประเมินการใช้ยา เป็นผู้รับผิดชอบรวบรวมข้อมูลการใช้ยาซึ่งระบุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

จ. การทบทวนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียน

เพื่อให้เกิดความมั่นใจได้ว่าบันทึกเวชระเบียนครบถ้วนสมบูรณ์ สามารถใช้เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย คณะกรรมการเวชระเบียนของหน่วยต่าง ๆ และคณะกรรมการ เวชระเบียนของโรงพยาบาล เป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน และแจ้งผลการตรวจสอบต่อสมาชิกที่เกี่ยวข้องต่อไป

ข. การทบทวนการใช้เลือด

เพื่อให้เกิดความมั่นใจได้ว่าการใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือดเป็นไปตามหลักวิชาทาง การแพทย์ และมีการเก็บรวบรวมปัญหา อุปสรรค และข้อมูลสถิติของปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมา เป็นโอกาสในการพัฒนา คณะกรรมการบริการโลหิตวิทยาเป็นผู้รับผิดชอบตรวจสอบความ เหมาะสมของการใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด

ค. การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย

เพื่อให้เกิดความมั่นใจได้ว่าคำร้องเรียนของผู้ป่วยได้รับการเอาใจใส่ และนำมาเป็นโอกาสในการ ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการให้บริการ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของหน่วยต่าง ๆ และ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เป็นผู้รับผิดชอบในการทบทวนคำร้องเรียนของ ผู้ป่วย

๒) การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (CPG)

สมาชิกทุกคนมีข้อผูกพันกับการให้ความร่วมมือในการพิจารณากำหนดแนวทางการรักษาผู้ป่วย เฉพาะโรคที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาล ฯ เพื่อนำไปปฏิบัติให้ทั่วถึง พร้อมกับประเมินผลการนำไปปฏิบัติว่ามีปัญหา และอุปสรรค หรือไม่ ทั้งนี้เพื่อพัฒนาและปรับปรุงแนวทางดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

๓) กิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างสาขาวิชาชีพ

สมาชิกทุกคนมีข้อผูกพันกับการร่วมมือร่วมใจกันทำงานเป็นทีมกับบุคลากรทุกระดับของแต่ละ หอผู้ป่วย เพื่อประเมิน วางแผนการดูแลรักษา ให้คำปรึกษาทางการแพทย์ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการ สื่อสาร การประสานงานและการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย

๔) กิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างหน่วยงาน

สมาชิกทุกคนมีข้อผูกพันกับการร่วมมือร่วมใจกันทำงานเป็นทีมกับบุคลากรทุกระดับของแต่ละ หน่วยงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการโดยการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน โดยให้บริการที่มุ่งผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง และลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ส่วนที่ ๒ การรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

๑) การจัดทำระเบียบปฏิบัติสำหรับกระบวนการให้บริการ

สมาชิกทุกคนมีข้อผูกพันกับการร่วมกันทำงานกับบุคลากรทุกระดับ เพื่อจัดทำระเบียบปฏิบัติ สำหรับกระบวนการให้บริการที่สำคัญ เพื่อรักษาระดับคุณภาพ ลดความต้อยประสิทธิภาพที่เกิดจากความซับซ้อน ความซ้ำซ้อน ความเสี่ยง ค่าใช้จ่ายที่สูง และใช้ระเบียบดังกล่าวเป็นเครื่องมือในการประสานงานระหว่างหน่วย

๒) การจัดทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระดับโครงการ

สมาชิกทุกคนมีข้อผูกพันกับการร่วมกันทำงานกับบุคลากรทุกระดับ เพื่อจัดทำกิจกรรมพัฒนา คุณภาพระดับโครงการสำหรับกระบวนการทำงานที่มีโอกาสพัฒนาให้ดีขึ้นได้โดยทำความเข้าใจระบบ ค้นหา สาเหตุ รากเหง้าของปัญหา, วิเคราะห์ทางเลือกในการแก้ปัญหาโดยใช้ความคิดสร้างสรรค์, ทดลองนำไปปฏิบัติ, ศึกษาผล และวางแผนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

บทที่ ๗ การกำกับดูแลการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

สมาชิกต้องรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับแพทยสภา

บุคคลที่ได้รับความเสียหายเพราะการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ใด มีสิทธิกล่าวหาผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้นั้นโดยทำเรื่องยื่นต่อคณะกรรมการบริหารองค์กรแพทย์ เมื่อคณะกรรมการได้รับเรื่องกล่าวหา หรือกล่าวโทษให้เลขาธิการเสนอเรื่องต่อคณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร

คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กรมีหน้าที่แสวงหาข้อเท็จจริงในข้อกล่าวหา หรือกล่าวโทษ แล้วทำรายงานเสนอต่อคณะกรรมการบริหารองค์กรแพทย์เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาแล้วมีมติอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

- ๑) ให้คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร หาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อเสนอให้คณะกรรมการองค์กรแพทย์พิจารณา
- ๒) ยกข้อกล่าวหา หรือกล่าวโทษในกรณีที่เห็นว่าข้อกล่าวหา หรือข้อกล่าวโทษนั้นไม่มีมูล
- ๓) หากพบว่ามีความผิดจริงตามข้อกล่าวหา หรือข้อกล่าวโทษ ให้คณะกรรมการบริหารองค์กรแพทย์ทำเรื่องเสนอต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเพื่อวินัยขี้อวดต่อไป

ให้เลขาธิการคณะกรรมการบริหารองค์กรแพทย์แจ้งผลการพิจารณาไปยังสมาชิกผู้ถูกกล่าวโทษเพื่อทราบ และให้บันทึกข้อพิจารณานั้นไว้เป็นหลักฐาน

บทที่ ๘ ความลับ การคุ้มกัน และการให้ข้อมูล

ส่วนที่ ๑ คำจำกัดความพิเศษ

เพื่อวัตถุประสงค์แห่งข้อนี้ จึงได้กำหนดคำจำกัดความดังต่อไปนี้

- ๑) ข้อมูล หมายถึง บันทึกดำเนินการ รายงานการประชุม บันทึก รายงานบันทึกช่วยจำ แลกเปลี่ยนข้อมูล ข้อเสนอแนะ และการเปิดเผยอื่นใด ไม่ว่าจะกลายเป็นลายลักษณ์ หรือด้วยวาจาที่เกี่ยวกับเรื่องใด ๆ ที่ระบุในส่วนที่ ๕ ข้อ ๒
- ๒) ตัวแทน หมายถึง สมาชิกซึ่งได้รับการมอบอำนาจจากคณะกรรมการบริหารองค์กรแพทย์ หรือคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติและแก้ไขธรรมนูญ ให้ทำหน้าที่รวบรวมและแจกจ่ายข้อมูล
- ๓) บุคคลภายนอก หมายถึง บุคคลและองค์กรที่ให้ข้อมูลแก่ตัวแทนใด ๆ

ส่วนที่ ๒ อำนาจและเงื่อนไข

ในการสมัครเข้าเป็นสมาชิกองค์กรแพทย์ สมาชิกจะต้อง

- ๑) ให้อำนาจตัวแทนในการสั่งการ จัดหา และดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลเรื่อง ความสามารถทางวิชาชีพ และคุณสมบัติ
- ๒) ให้อำนาจบุคคลภายนอกและตัวแทนในการให้ข้อมูล รวมทั้งสิทธิพิเศษหรือข้อมูลที่เป็นความลับที่เกี่ยวข้องกับผู้ร้องทุกข์ต่อโรงพยาบาลหรือองค์กรแพทย์
- ๓) ยินยอมที่จะผูกพันกับข้อกำหนดนี้ และยินยอมที่จะสละสิทธิเรียกร้องในทางกฎหมายทุกประการที่มีต่อตัวแทนใด ๆ ที่กระทำการตามข้อกำหนดของข้อนี้ และ
- ๔) รับทราบข้อกำหนดข้อนี้เป็นเงื่อนไขที่ชัดเจนสำหรับการสมัคร หรือการยอมรับเป็นสมาชิกองค์กรแพทย์ และความต่อเนื่องของการเป็นสมาชิก หรือในการใช้สิทธิพิเศษทางการดูแลรักษาหรือการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นการเฉพาะเจาะจงภายในโรงพยาบาล

ส่วนที่ ๓ ความลับของข้อมูล

ข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวกับสมาชิกที่ได้ดำเนินการ จัดส่ง รวบรวม หรือจัดทำโดยผู้แทน เพื่อวัตถุประสงค์เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ บรรเทาความเจ็บป่วย หลีกเลี่ยงการเสียชีวิต และการอุทิศเวลาให้แก่การค้นคว้าทางการดูแลรักษา จะต้องเป็นความลับตามที่กฎหมายกำหนด โดยจะต้องไม่เผยแพร่ให้แก่บุคคลภายนอก หรือนำไปใช้ทางที่จะกระทบสิทธิส่วนบุคคล รวมถึงการเปิดเผยข้อมูลใดๆที่จะเป็นการลบล้างสิทธิส่วนบุคคลโดยไม่สมควร เว้นแต่กรณีที่กำหนดไว้ในข้อบังคับนี้ หรือข้อยกเว้นอื่นที่กำหนด

การเก็บข้อมูลที่ต้องเก็บเป็นความลับนั้น จะครอบคลุมถึงข้อมูลที่คล้ายคลึงกันที่อาจได้รับจากบุคคลภายนอก โดยข้อมูลนี้จะไม่ตกเป็นส่วนหนึ่งของแฟ้มผู้ป่วยคนใดโดยเฉพาะ หรือตกเป็นส่วนหนึ่งของบันทึกทั่วไปของโรงพยาบาล

ส่วนที่ ๔ การคุ้มกันจากความรับผิด

๑) สำหรับการดำเนินการที่กระทำไปแล้ว

ตัวแทนแต่ละคนของโรงพยาบาลและองค์กรแพทย์ จะได้รับการยกเว้นความรับผิดต่อสมาชิก เท่าที่อนุญาตให้ทำได้โดยกฎหมาย ในเรื่องค่าเสียหายหรือการดำเนินอื่นใดที่เป็นการช่วยเหลือบรรเทา สำหรับการกระทำที่ได้กระทำไป หรือแถลงการณ์ หรือข้อเสนอแนะที่กระทำภายในขอบข่ายหน้าที่ของเขา และภายในขอบข่ายข้อบังคับนี้

๒) สำหรับการให้ข้อมูล

ตัวแทนแต่ละคนของโรงพยาบาลและองค์กรแพทย์ และบุคคลภายนอกทั้งหมด จะได้รับการยกเว้นความรับผิดต่อสมาชิก เท่าที่อนุญาตให้ทำได้โดยกฎหมาย ในเรื่องค่าเสียหายหรือการดำเนินอื่นใดที่เป็นการช่วยเหลือบรรเทาด้วยเหตุจากการให้ข้อมูล รวมถึงสิทธิพิเศษประการอื่นใด หรือข้อมูลที่เป็นความลับแก่ตัวแทนของโรงพยาบาลหรือองค์กรแพทย์ หรือหน่วยดูแลรักษาสุขภาพ หรือองค์กรทางวิชาชีพที่เกี่ยวกับสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสมาชิก ผู้ซึ่งเป็นหรือเคยเป็นผู้สมัคร หรือเป็นสมาชิกเจ้าหน้าที่ หรือผู้ซึ่งเคยใช้ หรือกำลังใช้สิทธิพิเศษทางการดูแลรักษา หรือให้บริการที่ระบุเป็นการเฉพาะเจาะจงภายในโรงพยาบาล

ส่วนที่ ๕ กิจกรรมและข้อมูลที่อยู่ในข่ายต้องมีการเก็บรักษาความลับและการคุ้มกัน

๑) กิจกรรม

การเก็บรักษาความลับและการคุ้มกันที่กำหนดในข้อนี้ใช้บังคับการกระทำ การติดต่อสื่อสาร รายงาน ข้อเสนอแนะ หรือการเปิดเผยทั้งหมดที่กระทำโดยเกี่ยวเนื่องกับหน่วยดูแลรักษาสุขภาพนี้ หรือที่อื่นใด หรือกิจกรรมขององค์กรที่เกี่ยวข้อง แต่ไม่จำกัดเฉพาะ

- การสมัครเพื่อการแต่งตั้ง การขอสิทธิพิเศษทางการดูแลรักษา หรืองานบริการที่ระบุไว้
- การประเมินทบทวนเป็นระยะ ๆ เพื่อการแต่งตั้งใหม่อีกครั้ง เพื่อพิจารณาเอกสิทธิ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย หรืองานบริการที่ระบุไว้
- มาตรการแก้ไข
- การพิจารณาความและการพิจารณาอุทธรณ์
- การตรวจสอบการดูแลรักษาผู้ป่วย
- การตรวจสอบการใช้เครื่องมือ และกิจกรรมอื่น ๆ ของโรงพยาบาล งานบริการ กิจกรรมของคณะกรรมการ หรือองค์กรแพทย์อันเกี่ยวเนื่องกับการตรวจตรา และการรักษาไว้ซึ่งคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย และความเหมาะสม
- การดำเนินการในทางวิชาชีพ

๒) ข้อมูล

การกระทำ การติดต่อสื่อสาร รายงาน ข้อเสนอแนะ การเปิดเผย และข้อมูลอื่น ๆ ที่อ้างถึงในข้อนี้ อาจเกี่ยวกับคุณสมบัติในทางวิชาชีพ, ความสามารถทางการดูแลรักษา, การตัดสินใจ, ลักษณะสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ, ความมั่นคงทางอารมณ์, จริยธรรมแห่งวิชาชีพ หรือเรื่องอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวโดยตรง หรือโดยอ้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วย

ส่วนที่ ๖ การให้ข้อมูล

เมื่อได้รับการร้องขอจากโรงพยาบาล สมาชิกแต่ละคนจะต้องดำเนินการให้ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพิเศษตามข้อกำหนดและความหมายแห่งข้อนี้ การให้ข้อมูลดังกล่าวนี้ จะไม่ถือเป็นเงื่อนไขบังคับเบื้องต้น สำหรับการบังคับใช้ข้อกำหนดนี้

บทที่ ๙ การฝึกศึกษาและวิจัย

ส่วนที่ ๑ การศึกษาต่อเนื่องและการวิจัย

- ๑) สมาชิกทุกคนได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้เข้าประชุม/อบรม/สัมมนาทางวิชาการในสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยเท่าเทียมกัน โดยมีพื้นฐานตามความเร่งด่วนซึ่งพิจารณาจากความจำเป็นและข้อจำกัดในด้านงบประมาณ
- ๒) สมาชิกมีการจัดกิจกรรมวิชาการเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันภายในกลุ่มงาน ระหว่างกลุ่มงาน และระหว่างสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกันอย่างสม่ำเสมอ
- ๓) สมาชิกทุกคนได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้ดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจอันเกี่ยวข้องกับวิชาชีพ และเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ โดยยึดถือจริยธรรมของการวิจัยอย่างเคร่งครัด และมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับในวงการวิชาชีพ

ส่วนที่ ๒ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและทันตแพทย์

- ๑) การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและทันตแพทย์ทุกสาขา ต้องได้รับอนุมัติจากแพทยสภา ทันตแพทยสภา หรือสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- ๒) คณะกรรมการฝึกอบรมของแต่ละสาขาซึ่งได้รับการแต่งตั้ง ได้รับมอบอำนาจจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการวางแผน อำนวยการ ดำเนินการ กำกับดูแล ประเมินผล และรายงานผล การดำเนินการให้คณะกรรมการบริหารองค์กรแพทย์ทราบ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
- ๓) การคัดเลือกแพทย์ หรือทันตแพทย์เข้ารับการฝึกอบรมให้กระทำในรูปคณะกรรมการ โดยปฏิบัติตามแนวทางการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้านที่กำหนดขึ้น
- ๔) แพทย์หรือทันตแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมทุกสาขา มีหน้าที่ต้องชำระไว้ซึ่งมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมทางการแพทย์ และต้องปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และข้อบังคับของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าอย่างเคร่งครัด
- ๕) หากแพทย์หรือทันตแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ให้คณะกรรมการฝึกอบรมสาขานั้น ๆ รายงานต่อคณะกรรมการวิชาการทราบ

ประกาศ ณ วันที่

(ลงชื่อ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ธรรมนูญองค์กรแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ฉบับที่ ๒ อนุมัติใช้เมื่อวันที่ เม.ย. ๕๖

ภาคผนวก ก

เรื่อง องค์ประกอบ บทบาทและหน้าที่ของ
คณะกรรมการที่แพทย์ร่วมเป็นกรรมการ

ภาคผนวก ก

เรื่อง องค์กรประกอบ บทบาทและหน้าที่ของ คณะกรรมการที่แพทย์ร่วมเป็นกรรมการ

ส่วนที่ ๑ คณะกรรมการที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการ

๑) คณะกรรมการวิชาการ

ก. องค์กรประกอบ

ผู้แทนหน่วยขึ้นตรงฝ่ายวิชาการของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัช และพยาบาล

ข. บทบาทและหน้าที่

- วางแผน อำนวยการ ประสานงาน กำกับดูแล และประเมินผลกิจกรรมต่าง ๆ ทางด้านวิชาการ การศึกษาวิจัย และงานด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล
- จัดทำข้อเสนอแนะในด้านวิชาการ การศึกษา วิจัย และงานด้านการรักษาพยาบาล
- กำหนดคุณสมบัติ และคัดเลือกบุคคลที่เหมาะสมเพื่อขอรับทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนต่าง ๆ ในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาล
- ร่วมมือและประสานงานกับสถาบันอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในกิจกรรมซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ด้านวิชาการ การศึกษาวิจัย และการรักษาพยาบาล

ค. การประชุม

คณะกรรมการวิชาการ มีกำหนดประชุมอย่างน้อยปีละ ๑๐ ครั้ง หรือตามความจำเป็น โดยจัดทำรายงานการประชุมไว้เป็นหลักฐานอ้างอิงทุกครั้ง และมอบให้สำนักงานวิชาการทำหน้าที่เก็บรวบรวม

๒) คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ก. องค์กรประกอบ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าสำนักงานผู้บังคับบัญชา ประธานคณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร ประธานคณะกรรมการบริหารการพยาบาล ประธานคณะกรรมการสารสนเทศ ประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประธานคณะกรรมการโครงสร้างสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย ประธานกรรมการผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพ หัวหน้าหน่วยขึ้นตรงของโรงพยาบาล ฯ และแพทย์ซึ่งได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เลขานุการ

ข. บทบาทและหน้าที่

- กำหนดแผนงานและนโยบายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
- กำกับดูแลให้เกิดความสอดคล้องประสานกันของกฎ ข้อบังคับ และระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน
- ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานให้เอื้อต่อการทำงานร่วมกัน

- เข้าร่วมกิจกรรม เรียนรู้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องแนวคิดและขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
- ให้การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

๓) คณะกรรมการเวชระเบียน

ก. องค์ประกอบ

ผู้แทนของหน่วยขึ้นตรงของโรงพยาบาล ฯ ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลรับผิดชอบงานด้านเวชระเบียนของหน่วย โดยมีหัวหน้าหน่วยเวชระเบียนและสถิติ เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง

ข. บทบาทและหน้าที่

- จัดทำระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียนของโรงพยาบาล ฯ
- กำกับดูแล ดำเนินการตรวจสอบเพื่อประเมินคุณภาพเวชระเบียนอย่างน้อย ปีละ ๒ ครั้ง
- ประสานงานกับหน่วยขึ้นตรงของโรงพยาบาลในการพัฒนา และปรับปรุงแบบฟอร์มต่าง ๆ ที่ใช้บันทึกข้อมูลทางคลินิก เพื่อให้เหมาะสมกับยุคสมัย
- จัดทำข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคของการให้บริการเวชระเบียน และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนของโรงพยาบาล

ค. การประชุม

คณะกรรมการเวชระเบียน มีกำหนดประชุมอย่างน้อยปีละ ๔ ครั้ง หรือตามความจำเป็น โดยจัดทำรายงานการประชุมไว้เป็นหลักฐานอ้างอิงทุกครั้ง และมอบให้สำนักงานพัฒนาคุณภาพทำหน้าที่เก็บรวบรวม

๔) คณะกรรมการห้องผ่าตัด

ก. องค์ประกอบ

ผู้แทนจากหน่วยต่าง ๆ ที่ใช้บริการห้องผ่าตัด โดยมีหัวหน้าพยาบาลประจำห้องผ่าตัด และผู้อำนวยการกองวิสัญญีและห้องผ่าตัด เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง

ข. บทบาทและหน้าที่

- จัดทำข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการบริหารองค์กรแพทย์ ในเรื่องการกำหนด หรือเปลี่ยนแปลงนโยบายและขั้นตอนต่าง ๆ สำหรับห้องผ่าตัด และห้องรอฟื้น
- ตรวจสอบและทำรายงานเรื่อง คุณภาพของบริการในห้องผ่าตัด และห้องรอฟื้น

ค. การประชุม

คณะกรรมการห้องผ่าตัด มีกำหนดประชุมอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง หรือตามความจำเป็น โดยจัดทำรายงานการประชุมไว้เป็นหลักฐานอ้างอิงทุกครั้ง และมอบให้สำนักงานพัฒนาคุณภาพทำหน้าที่เก็บรวบรวม

๕) คณะกรรมการบริการโลหิตวิทยา

ก. องค์ประกอบ

ข. บทบาทและหน้าที่

- จัดทำข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการบริหารองค์กรแพทย์ ในเรื่องการกำหนด หรือเปลี่ยนแปลงนโยบายและขั้นตอนต่าง ๆ สำหรับใช้บริการโลหิตวิทยา
- ตรวจสอบและทำรายงานเรื่อง คุณภาพของบริการโลหิตวิทยา

ค. การประชุม

คณะกรรมการบริการโลหิตวิทยา มีกำหนดประชุมอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง หรือตามความจำเป็น โดยจัดทำรายงานการประชุมไว้เป็นหลักฐานอ้างอิงทุกครั้ง และมอบให้สำนักงานพัฒนาคุณภาพทำหน้าที่เก็บรวบรวม

๖) คณะกรรมการพัฒนาเวชบำบัดวิกฤตและฉุกเฉิน

ก. องค์ประกอบ

ผู้แทนแพทย์และพยาบาลจากหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตและหน่วยพิเศษอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยมีพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตทุกแห่ง เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง

ข. บทบาทและหน้าที่

- วางแผน อำนวยการ ดำเนินการ และกำกับดูแลการพัฒนางานด้านเวชบำบัดวิกฤตและฉุกเฉินของโรงพยาบาล
- ฝึกอบรม และเผยแพร่ความรู้ในสาขาเวชบำบัดวิกฤตและฉุกเฉินแก่กำลังพลที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล
- จัดทำข้อเสนอแนะ หนทางปฏิบัติในการพัฒนาบริการด้านเวชบำบัดวิกฤตและฉุกเฉินของโรงพยาบาล

ค. การประชุม

คณะกรรมการพัฒนาเวชบำบัดวิกฤตและฉุกเฉิน มีกำหนดประชุมอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง หรือตามความจำเป็น โดยจัดทำรายงานการประชุมไว้เป็นหลักฐานอ้างอิงทุกครั้ง และมอบให้สำนักงานพัฒนาคุณภาพทำหน้าที่เก็บรวบรวม

๗) คณะกรรมการยา

ก. องค์ประกอบ

ผู้แทนแพทย์และทันตแพทย์จากหน่วยชั้นตรงของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย ๑๕ คน ผู้แทนกองเภสัชกรรม อย่างน้อย ๒ คน โดยมีรองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (๑) เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง

ข. บทบาทและหน้าที่

- วางแผน อำนวยการ ดำเนินการ และกำกับดูแลในเรื่อง การจัดซื้อ จัดหา เก็บรักษา และกระจายยา และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์
- เผยแพร่ความรู้ และส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม
- จัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนาบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล

ค. การประชุม

คณะกรรมการยา มีกำหนดประชุมอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง หรือตามความจำเป็น โดยจัดทำรายงานการประชุมไว้เป็นหลักฐานอ้างอิงทุกครั้ง และมอบให้สำนักงานพัฒนาคุณภาพทำหน้าที่เก็บรวบรวม

๘) คณะกรรมการปลูกถ่ายอวัยวะ

ก. องค์ประกอบ

ผู้แทนแพทย์ ทันตแพทย์อย่างน้อย ๑๐ คน ผู้แทนกองพยาธิวิทยาคลินิก/ธนาคารเลือด ผู้แทนกองวิสัญญีและห้องผ่าตัด ผู้แทนแผนกนิติเวช ผู้แทนผู้ประสานงานปลูกถ่ายอวัยวะ ผู้แทนกองการพยาบาล และผู้แทนกองเภสัชกรรม

ข. บทบาทและหน้าที่

- จัดทำแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล ฯ สำหรับการคัดเลือกผู้บริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อการแจ้งให้ผู้บริจาคและ/หรือ ครอบครัวพิจารณาตัดสินใจ การกรอแบบฟอร์มสำหรับให้ผู้บริจาคหรือญาติลงนามยินยอมในการบริจาค
 - เผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ญาติ แพทย์และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ฯ ในเรื่องการบริจาคและการปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อ โดยเน้นเรื่องจริยธรรม
 - ประสานงานกับหน่วยต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล ฯ ที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคและการปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและญาติที่แสดงความจำนงในการบริจาคอวัยวะ
 - ประสานงานกับองค์กรภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคและการปลูกถ่ายอวัยวะ
 - รวบรวมสถิติ ปัญหา และอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคและการปลูกถ่ายอวัยวะ
- ค. การประชุม

คณะกรรมการปลูกถ่ายอวัยวะ มีกำหนดการประชุมอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง หรือตามความจำเป็น โดยจัดทำรายงานการประชุมไว้เป็นหลักฐานอ้างอิงทุกครั้ง และมอบให้สำนักงานพัฒนาคุณภาพทำหน้าที่เก็บรวบรวม

๙) คณะกรรมการปฏิบัติการช่วยชีวิต

ก. องค์ประกอบ

ผู้แทนแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัช และพยาบาล จากหอผู้ป่วยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการ

ช่วยชีวิต

ข. บทบาทและหน้าที่

- วางแผน อำนวยการ ดำเนินการ และกำกับดูแลปฏิบัติการช่วยชีวิตของโรงพยาบาล ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด
- จัดทำระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการช่วยชีวิต
- กำหนดความต้องการ และจัดทำเสนอแนะเกี่ยวกับสิ่งอุปกรณ์สายแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการช่วยชีวิตของโรงพยาบาล
- ฝึกอบรมและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติการช่วยชีวิตทั้งในขั้นพื้นฐานและขั้นสูง
- รวบรวมผลงาน ปัญหา อุปสรรคขอการดำเนินงาน

ค. การประชุม

คณะกรรมการปฏิบัติการช่วยชีวิต มีกำหนดประชุมอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง หรือตามความจำเป็น โดยจัดทำรายงานการประชุมไว้เป็นหลักฐานอ้างอิงทุกครั้ง และมอบให้สำนักงานพัฒนาคุณภาพทำหน้าที่เก็บรวบรวม

ส่วนที่ ๒ คณะกรรมการคุ้มครองผู้ป่วย

๑) คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร

ก. องค์ประกอบ

ผู้แทนแพทย์ ทันตแพทย์ ของโรงพยาบาล ฯ อย่างน้อย ๑๐ คน โดยมีรองผู้อำนวยการ

โรงพยาบาล (๒) เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง

ข. บทบาทและหน้าที่

วางแผน อำนวยการ ดำเนินการ และกำกับดูแลกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสร้างความตระหนักและตอบสนองต่อสิทธิของผู้ป่วย

จัดทำข้อเสนอแนะ เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติในกรณีพิเศษ ดังต่อไปนี้

- การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ
- การยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ และการชะลอความตาย
- การจัดหาวิยวะและเนื้อเยื่อทดแทน
- การช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ที่ประสบปัญหาด้านจริยธรรม

ค. การประชุม

คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร มีกำหนดการประชุมอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง หรือตามความจำเป็น โดยจัดทำรายงานการประชุมไว้เป็นหลักฐานอ้างอิงทุกครั้ง และมอบให้สำนักงานพัฒนาคุณภาพทำหน้าที่เก็บรวบรวม

๒) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ก. องค์ประกอบ

ผู้แทนแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัช พยาบาล และเจ้าหน้าที่หน่วยสนับสนุนต่าง ๆ ซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นผู้จัดการความเสี่ยงของหน่วยและของโรงพยาบาล โดยมีประธานองค์กรแพทย์ ผู้อำนวยการกองการพยาบาล ประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และประธานคณะกรรมการประชาสัมพันธ์ เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง

ข. บทบาทและหน้าที่

- ทบทวนอุบัติการณ์ และการเรียกร้อยค่าเสียหายที่สำคัญ เพื่อค้นหาจุดอ่อนของระบบ
- วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อพิจารณาแนวโน้ม หรือค้นหาความเสี่ยง
 - จัดทำข้อเสนอแนะแนวทางการป้องกัน หรือควบคุมความเสี่ยง
 - ศึกษาการดำเนินงาน และประสิทธิผลของกลไกป้องกัน และควบคุมความเสี่ยงที่มีอยู่
 - เผยแพร่ความรู้เรื่อง การป้องกันและควบคุมความเสี่ยง เพื่อให้บุคลากรของโรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง
 - จัดทำรายงาน สรุปผลการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง

ค. การประชุม

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง มีกำหนดประชุมอย่างน้อยปีละ ๔ ครั้ง หรือตามความจำเป็น โดยจัดทำรายงานการประชุมไว้เป็นหลักฐานอ้างอิงทุกครั้ง และมอบให้สำนักงานพัฒนาคุณภาพทำหน้าที่เก็บรวบรวม

๓) คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ก. องค์ประกอบ

แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลที่เป็นผู้แทนของหน่วยขึ้นตรงของโรงพยาบาล ฯ ซึ่งได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของหน่วยอย่างน้อย ๑๐ คน

ข. บทบาทและหน้าที่

- จัดทำข้อเสนอแนะเรื่องกำหนดนโยบาย กลวิธี มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

- จัดให้มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยเน้นการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ค. การประชุม

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีกำหนดการประชุมอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง หรือตามความจำเป็น โดยจัดทำรายงานการประชุมไว้เป็นหลักฐานอ้างอิงทุกครั้ง และมอบให้สำนักงานพัฒนาคุณภาพทำหน้าที่เก็บรวบรวม

๔) **คณะกรรมการโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย**

ก. องค์กรประกอบ

ผู้แทนจากหน่วยขึ้นตรงของโรงพยาบาลซึ่งได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบเรื่องโครงสร้าง กายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของหน่วย โดยมีหัวหน้าฝ่ายยุทธโยธาของโรงพยาบาล เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง

ข. บทบาทและหน้าที่

- วางแผน อำนวยการ ดำเนินการ และกำกับดูแลกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสร้างหลักประกันว่าโรงพยาบาลมีโครงสร้างกายภาพ และสิ่งแวดล้อม ที่ปลอดภัย สะดวกสบาย และเป็นที่ยังพอใจของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
- กำกับดูแลระบบการกำจัดของเสีย และน้ำเสีย ที่มีประสิทธิภาพ ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และสิ่งแวดล้อม
- จัดทำข้อเสนอแนะในเรื่องการเตรียมการป้องกันและระงับอัคคีภัย รวมถึงการฝึกซ้อมการปฏิบัติในกรณีเกิดอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ
- จัดทำข้อเสนอแนะในเรื่องการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่

ค. การประชุม

คณะกรรมการโครงสร้างสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย มีกำหนดการประชุมอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง หรือตามความจำเป็น โดยจัดทำรายงานการประชุมไว้เป็นหลักฐานอ้างอิงทุกครั้ง และมอบให้สำนักงานพัฒนาคุณภาพทำหน้าที่เก็บรวบรวม
