



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลพิชัย อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

ที่ อต ๐๐๓๓.๓๐๖/๓๔๓๘

วันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญประชุมการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริตของหน่วยงาน

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานทุกงาน

ด้วยโรงพยาบาลพิชัย จะดำเนินการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริตในองค์กร โดยวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการทุจริตที่อาจเกิดขึ้นของหน่วยงาน โรงพยาบาลพิชัย เพื่อจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง รายงานเฝ้าระวัง จัดระบบการบริหารความเสี่ยง รายงานการบริหารความเสี่ยง และรายงานผลการดำเนินงานตามแผนการบริหารความเสี่ยง สำหรับข้าราชการและบุคลากรของส่วนราชการ ในสังกัดโรงพยาบาลพิชัย ในวันที่ ๑๙ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น. ห้องประชุมพระยาพิชัยดาบหัก ตึกอุบัติเหตุชั้น ๒ โรงพยาบาลพิชัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและเข้าร่วมประชุมโดยพร้อมเพรียงกัน

(นายเบญจวุฒิ ครุฑเมือง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ) รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย

บันทึกการประชุม
คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลพิชัย
ครั้งที่ ๑ / ๒๕๖๖

วันที่ ๑๙ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น.
ห้องประชุมพระยาพิชัยดาบหัก ตึกอุบัติเหตุชั้น ๒ โรงพยาบาลพิชัย

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นพ.ภูมิชาย ธนารวิวงศ์	นายแพทย์ปฏิบัติการ	ประธานกรรมการ
๒. ทพญ.พุทธิญา ทิพย์ตัน	ทันตแพทย์ชำนาญการ	รองประธานกรรมการ
๓. ภก.ฉัฐไพพรรณ อินทรประดิษฐ์	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๔. นางสาวณณพัช ชื่นเจริญ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๕. นายอานนท์ ทองแย้ม	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	กรรมการ
๖. นางสาวภิรมย์ คำสวน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗. นายอนุสิทธิ์ เป็งแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางสาวนพณ์ช บัญต่อ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางสาวสิริกร สุขโชติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๐. นางสาวนิภาพร ไกรมี	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๑. นางสาวอุริสยา สง่าเนตร	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๒. นางสาวน้ำฝน แสงสว่าง	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ
๑๓. นางสาวสิริธร ศรีวัฒนกุล	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๔. นางสาวรัตนา เนียมพ่วง	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๕. นายวิรัตน์ รอดดีเพ็ง	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	กรรมการ
๑๖. นางสาวสุภาพร ฤทธิเดช	นักรังสีการแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๗. นางสาวณัฐชुดา เสวกมหารี	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	กรรมการ
๑๘. นายสุวิน บุญเสื่อ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๙. นางสาวปิฎฐิตรากร บุญดี	นักวิชาการการเงินและบัญชีปฏิบัติการ	กรรมการ
๒๐. นางสาวแพรพรรณ โสขุมา	นักวิชาการพัสดุปฏิบัติการ	กรรมการ
๒๑. นางปัญญา นุ่มมีชัย	โภชนากรชำนาญงาน	กรรมการ
๒๒. นายพงศ์พนิช พาหุกุล	นักกายภาพบำบัด	กรรมการ
๒๓. นางสาวอรรัญญา คำพึ่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

นายแพทย์ภูมิชาย ธนารวีวงศ์ ประธานในที่ประชุมกล่าวเปิดการประชุม

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

- Update คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลพิชัย
- รายงานความเสี่ยง ปี 2564 - 2565
 - แนวทางการรายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์
 - ทบทวนระบบบริหารความเสี่ยง
 - แผนพัฒนาคุณภาพระบบบริหารความเสี่ยง
- จัดอบรมทบทวนการใช้งานโปรแกรมรายงานความเสี่ยงให้แก่บุคลากรและเจ้าหน้าที่

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว

- ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๓ ติดตามผลการประชุมครั้งที่แล้ว

- ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเสนอให้ที่ประชุมรับทราบและพิจารณา

1. ทบทวนระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลพิชัย : ความหมาย ประเภท ระดับความรุนแรง ของ ความเสี่ยง
2. ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย
 - 2.1 การค้นหาความเสี่ยง
 - 2.2 การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง
 - 2.3 การจัดการความเสี่ยง
 - 2.4 การประเมินผล
3. การรายงานความเสี่ยง มีขั้นตอนการรายงานดังนี้
เมื่อบุคลากร/เจ้าหน้าที่ประสบเหตุการณ์/อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ ถ้าสามารถแก้ไข/จัดการได้ด้วยตนเองให้แก้ไข

ทันทีที่ประสบเหตุ แต่ถ้าแก้ไขไม่ได้ให้รายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับ หลังจากนั้นให้บันทึกในโปรแกรม รายงาน

ความเสี่ยง โดยมีวิธีการปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

- 3.1 ให้จำแนกประเภทความเสี่ยง เป็น 2 ประเภท คือ ความเสี่ยงทั่วไปและความเสี่ยงทางคลินิก
- 3.2 ระบุความรุนแรงของอุบัติการณ์ โดย ความเสี่ยงทั่วไป มีระดับความรุนแรง 4 ระดับ ได้แก่
 - ระดับ 1 : Near miss (เกือบพลาด) ยังไม่เกิดความผิดพลาด แต่มีแนวโน้มหรือโอกาสที่ทำให้ เกิดอุบัติการณ์ได้
 - ระดับ 2 : Low risk (รุนแรงน้อย) มีความผิดพลาดเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตราย เกิดความเสียหายเล็กน้อย มูลค่าความเสียหายน้อยกว่า 10,000 บาท

- ระดับ 3 : Moderate risk (รุนแรงปานกลาง) มีความผิดพลาดเกิดขึ้น เกิดอันตรายหรือความเสียหายต่อ ผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/อุปกรณ์เครื่องมือ มูลค่าความเสียหายมากกว่า 10,000 – 50,000 บาท
- ระดับ 4 : High risk (รุนแรงสูง) มีความผิดพลาดเกิดขึ้น เกิดอันตรายหรือความเสียหาย มีโอกาสถูกร้องเรียน/ฟ้องร้อง มูลค่าความเสียหายมากกว่า 50,000 บาท และความเสียหายทางคลินิก มีระดับความรุนแรง A-I ได้แก่
 - A : Near Miss เหตุการณ์ที่มีโอกาสผิดพลาด (เสี่ยงแต่ยังไม่เกิด)
 - B : Near Miss ความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วยและ/หรือบุคลากร (เกิดแต่ยังไม่ถึง)
 - C : Miss ความผิดพลาดเกิดขึ้นถึงตัวผู้ป่วยแต่ไม่ถึงอันตราย (ถึงแต่ไม่เป็นไร)
 - D : Miss ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและต้องให้การดูแลเฝ้าระวัง เป็นพิเศษ (ต้องเฝ้าระวังไว้)
 - E : Miss ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและเกิดอันตรายชั่วคราวแก่ ผู้ป่วยและต้องให้การรักษาเพิ่มมากขึ้น (ต้องให้การรักษา)
 - F : Miss ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยต้อง ได้รับการรักษาและต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (ต้องเสียเวลานานนาน)
 - G : Miss ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิด ความพิการถาวร (ต้องพิการถาวร)
 - H : Miss ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยต้อง ได้รับการช่วยชีวิต (ต้องช่วยชีวิต)
 - I : Miss ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วย เสียชีวิต (เสียชีวิต)

3.3 ระยะเวลาในการรายงานและบันทึกในโปรแกรมรายงานความเสี่ยง

- รุนแรงต่ำ ได้แก่ ระดับ 1 A B C รายงานภายใน 7 วัน
- รุนแรงปานกลาง ได้แก่ ระดับ 2 D E F รายงานภายใน 3 วัน
- รุนแรงสูง ได้แก่ ระดับ 3 G H รายงานภายใน 1 วัน
- รุนแรงสูงมาก ได้แก่ ระดับ 4 I รายงานทันที

4. ทบทวนการใช้โปรแกรมรายงานความเสี่ยง


5. ที่ประชุมเสนอให้มีการทบทวนเหตุการณ์พึงสังวร (Sentinel event)

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ

- กำหนดนัดหมายการประชุมครั้งต่อไปเลขานุการจะแจ้งให้ทราบทางกลุ่มไลน์บริหารความเสี่ยง


เลิกประชุมเวลา ๑๖.๐๐ น.

ลงชื่อ..........ผู้จัดบันทึกการประชุม
(นางสาวอริญญา คำพึง)
กรรมการและเลขานุการ

ลำดับ	โครงการ/แผนงาน	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย/ หน่วยนับ	งบประมาณ	กิจกรรมหลัก	ผลงาน	ผลลัพธ์	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
1	พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลพิชัย	เพื่อให้ทุกหน่วยงานมีการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง	บุคลากร/ เจ้าหน้าที่แกนนำของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลอย่างน้อยจำนวน 2 คน/หน่วยงาน	-	1. ทบทวนความรู้ความเข้าใจระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลสำหรับบุคลากร/เจ้าหน้าที่แกนนำทุกหน่วยงาน และอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดทำทะเบียนข้อมูลความเสี่ยง 2. ทุกหน่วยงานจัดทำทะเบียนข้อมูลความเสี่ยงโดยการทบทวนความเสี่ยงสำคัญที่ได้จากรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงานของตนเองใน ปี 2566	มีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร/เจ้าหน้าที่แกนนำของทุกหน่วยงาน เรื่องจัดทำทะเบียนข้อมูลความเสี่ยง	บุคลากร/เจ้าหน้าที่แกนนำของทุกหน่วยงานเข้ารับการอบรม 100 %	ทุกหน่วยงานมีการทะเบียนข้อมูลความเสี่ยง (Risk Register) 100%	1ต.ค.2565-30ก.ย.2566	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
2	ทบทวนการใช้โปรแกรมการบันทึกข้อมูลอุบัติการณ์	1. เพื่อให้บุคลากรและเจ้าหน้าที่ทุกคนสามารถเข้าถึงการรายงานอุบัติการณ์ได้ง่าย 2. เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศและสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	บุคลากรและเจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงพยาบาล	-	1. ทบทวนโปรแกรมรายงานความเสี่ยงให้สามารถบันทึกได้ง่าย สะดวก รวดเร็วและถูกต้อง 2. ทบทวนความรู้ความเข้าใจเรื่องการจำแนกประเภทความเสี่ยง ระดับความรุนแรง การรายงานอุบัติการณ์ให้แก่บุคลากรและเจ้าหน้าที่ทุกคน	มีการทบทวนโปรแกรมรายงานความเสี่ยง	บุคลากรและเจ้าหน้าที่มีการรายงานความเสี่ยงและบันทึกในโปรแกรมรายงานความเสี่ยง	มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงถูกต้อง รวดเร็ว ตามระยะเวลาที่กำหนด	1ต.ค.2565-30ก.ย.2566	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ลำดับ	โครงการ/แผนงาน	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย/ หน่วยนับ	งบประมาณ	กิจกรรมหลัก	ผลงาน	ผลลัพธ์	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
3	บูรณาการระบบบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทีมสิ่งแวดล้อม	1.เพื่อค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกของแต่ละหน่วยงาน 2.เพื่อติดตาม ประเมินระบบบริหารความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน	ทุกหน่วยงาน ในโรงพยาบาล	-	นิเทศการดำเนินงานตามระบบบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทีมสิ่งแวดล้อม	มีกิจกรรม Walk Round	มีกิจกรรม Walk Round ๓ ครั้ง	ทุกหน่วยงานสามารถระบุความเสี่ยงสำคัญภายในหน่วยงานได้ 100 %	1ต.ค.2565-30ก.ย.2566	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทีมสิ่งแวดล้อม
4	ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ ก่อนประจำการ	เพื่อให้เจ้าหน้าที่ใหม่มีความรู้ความเข้าใจระบบบริหารความเสี่ยง	เจ้าหน้าที่ใหม่ ทุกคน	-	1.อบรมให้ความรู้เรื่องระบบระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ความหมาย ประเภท ระดับ ความรุนแรง การจัดการ ความเสี่ยง การรายงานความเสี่ยงและการบันทึกอุบัติการณ์ 2.ฝึกทักษะการค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการหลักในการทำงานเพื่อให้เจ้าหน้าที่ใหม่ได้แยกประเภทความเสี่ยง ระบุความรุนแรงและรายงานได้อย่างถูกต้อง	ปฐมนิเทศ เจ้าหน้าที่ใหม่	เจ้าหน้าที่ใหม่ได้รับการอบรมก่อนประจำการ	เจ้าหน้าที่ใหม่ผ่านการอบรมระบบความเสี่ยงก่อนประจำการ ร้อยละ ๑๐๐	1ต.ค.2565-30ก.ย.2566	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
5	ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	1.เพื่อติดตามการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน	4 เดือน/ครั้ง	-	1.รายงานผลการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่างๆ 2.แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานตามระบบบริหารความเสี่ยง 3.ทบทวนปัญหาเกี่ยวกับระบบบริหารความเสี่ยง	รายงานการประชุม	แต่ละหน่วยงานมีระบบบริหารความเสี่ยง	หน่วยงานและทีมคร่อมสายงานมีการทบทวนความเสี่ยงทางคลินิกระดับความรุนแรง E up	1ต.ค.2565-30ก.ย.2566	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ลำดับ	โครงการ/แผนงาน	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย/ หน่วยนับ	งบประมาณ	กิจกรรมหลัก	ผลงาน	ผลลัพธ์	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
					ในโรงพยาบาล เพื่อร่วมกัน แก้ไขปัญหา			และความ เสี่ยงทั่วไป ระดับ 3		
6	ร่วมทบทวนอุบัติการณ์ ไม่พึงประสงค์กับทีม คร่อมสายงานใน โรงพยาบาล	1.เพื่อให้ทีมคร่อม สายงานในโรงพยาบาล มีการทบทวน อุบัติการณ์ ไม่พึงประสงค์	ความเสี่ยงทาง คลินิกระดับ ความรุนแรง E up และ ความเสี่ยง ทั่วไประดับ 3	-	- คัดกรองรายงานความเสี่ยง ที่ได้รับการบันทึกใน โปรแกรมรายงานความเสี่ยง โดยการตรวจสอบข้อมูล อุบัติการณ์ บุคคล/หน่วยงาน ที่รายงาน ความน่าเชื่อถือ ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - ติดตามทีมคร่อมสายงาน/ หน่วยงานที่รับผิดชอบให้มี การนำรายงานอุบัติการณ์ที่ ได้รับมาทบทวน วิเคราะห์หา สาเหตุการเกิดและวาง มาตรการป้องกันความเสี่ยง หรือทบทวนมาตรการ ป้องกันความเสี่ยงให้ ครอบคลุมในประเด็นที่ สาเหตุการเกิดอุบัติการณ์ - เฝ้าระวังการเกิดอุบัติการณ์ ซ้ำ	มีการ ทบทวน อุบัติการณ์ ความเสี่ยง ทางคลินิก ระดับความ รุนแรง E up และ ความเสี่ยง ทั่วไประดับ 3ตาม ระยะเวลาที่ กำหนด	-จำนวนความ เสี่ยงที่ได้รับ การทบทวน -มาตรการ ป้องกันความ เสี่ยงที่ได้รับ การทบทวน	ไม่เกิด อุบัติการณ์ซ้ำ ในความเสี่ยง ที่มีมาตรการ ป้องกัน	1ต.ค.2565- 30ก.ย.2566	คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยง

ลงชื่อ..........ผู้เสนอแผน
(นางสาวอรัญญา คำพึ่ง)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ..........ผู้เห็นชอบแผน
(นายภูมิชาย ธนารวีวงศ์)
นายแพทย์ปฏิบัติการ

ลงชื่อ..........ผู้อนุมัติแผนงาน
(นายเบญจวุฒิ ครุฑเมือง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย



คำสั่งโรงพยาบาลพิชัย

ที่ ๒๙๗/๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล

ด้วยโรงพยาบาลพิชัยมีนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ครอบคลุมการบริหารจัดการความเสี่ยง ซึ่งเป็นระบบงานสำคัญในโรงพยาบาล เพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐาน ดำเนินงานไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ดังต่อไปนี้

คณะกรรมการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล

๑. นพ.เบญจวุฒิ ครุฑเมือง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย	ประธานกรรมการ
๒. นพ.อนุพงศ์ กลิ่นอุดม	นายแพทย์ชำนาญการ	รองประธานกรรมการ
๓. นายภพดี พรหมน้อย	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๔. ทพ.ชลธิชา เริ่มศิริประเสริฐ	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๕. นายวุฒิเนตร โกฏิแสง	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๖. นางรัชณี ภูริสสัย	พยาบาลชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๗. นางฐิติกานต์ แป้นจ้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๘. นายณรงค์ พิมพา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางสาวอำพร ทำทูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๐.นางสุวา เกิดคุ้ม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๑.นางวิพาพร พานิชรุ่งโรจน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๒.นางพรรณณี ยาท่อม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๓.นายอานนท์ ทองแย้ม	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	กรรมการและเลขานุการ

บทบาทหน้าที่

- กำหนดนโยบายการบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล
- ควบคุมกำกับปฏิบัติตามแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล
- เป็นผู้เจรจาไกล่เกลี่ยระหว่างคู่กรณีเมื่อมีเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่เสี่ยงต่อชื่อเสียง เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องและความเสียหายแก่โรงพยาบาล และทรัพย์สินของโรงพยาบาล
- ติดตามประเมินผลการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

๑. นพ.ภูมิชาย ธนารวิวงศ์	นายแพทย์ปฏิบัติการ	ประธานกรรมการ
๒. ทพญ.พุทธิญา ทิพย์ตัน	ทันตแพทย์ชำนาญการ	รองประธานกรรมการ
๓. ภก.ฉัฐไพพรรณ อินทรประดิษฐ์	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๔. นางสาวมณฑพัช ชื่นเจริญ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๕. นายอานนท์ ทองแถม	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	กรรมการ
๖. นางสาวภิรมย์ คำสวน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗. นายอนุสิทธิ์ เป็งแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางสาวนพณ์ช บุญต่อ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางสาวสิริกกร สุขโชติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๐. นางสาวนิภาพร ไกรมี	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๑. นางสาวอุริสยา สง่าเนตร	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๒. นางสาวน้ำฝน แสงสว่าง	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ
๑๓. นางสาวสิริธร ศรีวัฒนกุล	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๔. นางสาวรัตนา เนียมพวง	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๕. นายวิรัตน์ รอดดีเพ็ง	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	กรรมการ
๑๖. นางสาวสุภาพร ฤทธิเดช	นักรังสีการแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๗. นางสาวณัฐชฎา เสวกมหารี	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	กรรมการ
๑๘. นายสุวิน บุญเสื่อ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๙. นางสาวปิฐัฐตรากร บุญดี	นักวิชาการการเงินและบัญชีปฏิบัติการ	กรรมการ
๒๐. นางสาวแพรวพรรณ โสขุมา	นักวิชาการพัสดุปฏิบัติการ	กรรมการ
๒๑. นางปัญญา นุ่มมีชัย	โภชนากรชำนาญงาน	กรรมการ
๒๒. นายพงศ์พนิช พาหุกุล	นักกายภาพบำบัด	กรรมการ
๒๓. นางสาวอรรัญญา คำพึ้ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ

บทบาทหน้าที่

๑. ดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการ ให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยมากที่สุด และผู้ให้บริการมีความมั่นใจ รวมทั้งเกิดความเป็นกัลยาณมิตรระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ
๒. ออกแบบระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประสานสอดคล้องกัน
๓. กำหนดแนวทางปฏิบัติในการบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล
๔. สร้างความตระหนักและสร้างทัศนคติที่ดี และเป็นผู้นำบุคลากรในการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล
๕. สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลให้แก่บุคลากร
๖. เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล
๗. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไปในทุกหน่วยงานและทุกระดับ

๘. พิจารณารายงานเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์และประสานงานไปยังผู้เกี่ยวข้อง
๙. นำสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการความเสี่ยงทั้งเชิงรับและเชิงรุก
๑๐. กระตุ้นให้มีการทบทวนอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์และข้อร้องเรียนต่างๆ เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบอย่างมีประสิทธิภาพ
๑๑. กำหนดข้อบ่งชี้หรือตัวชี้วัดผลสำเร็จของการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล
๑๒. รายงานผลการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล
๑๓. สรุปรายงานความเสี่ยงประจำเดือน รวมทั้งวิเคราะห์ สรุปผลการดำเนินงานความเสี่ยงภายในหน่วยงานของตนเอง ส่งให้เลขานุการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทุกเดือน
๑๔. ติดตามสถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มเกี่ยวกับผลการดำเนินงานของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย ทุก ๓ เดือน

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๓ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๕



(นายเบญจวุฒิ คุรุทเมือง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ)รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย

กำหนดการคัดกรองบันทึกรายงานความเสี่ยงเพื่อส่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบและดำเนินการแก้ไข
ทุกวัน ตั้งแต่ วันจันทร์-วันอาทิตย์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ของเดือน

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1. ทพญ.พุทธิญา ทิพย์ตัน | ทันตแพทย์ชำนาญการ |
| 2. ภก.ฉัฐไพพรรณ อินทรประดิษฐ์ | เภสัชกรชำนาญการ |
| 3. นางสาวสุภาพร ฤทธิเดช | นักรังสีการแพทย์ปฏิบัติการ |
| 4. นางสาวนิภาพร ไกรมี | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ |

สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 5 ของเดือน

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| 1. นางสาวอรัญญา คำพึ่ง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 2. นางสาวนพณ์ช บัญดื้อ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 3. นายวิรัตน์ รอดดีเพ็ง | เจ้าพนักงานสาธารณสุข |
| 4. นางสาวน้ำฝน แสงสว่าง | พยาบาลวิชาชีพ |

สัปดาห์ที่ 3 ของเดือน

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| 1. นางสาวภิรมย์ คำสวน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 2. นายอนุสิทธิ์ เป็งแก้ว | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 3. นายพงศ์พนิช พาหุกุล | นักกายภาพบำบัด |
| 4. นางสาวอรุณิษา สง่าเนตร | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ |

สัปดาห์ที่ 4 ของเดือน

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1. นางสาวมณฑพัช ชื่นเจริญ | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ |
| 2. นางสาวสิริกร สุขโชติ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 3. นางสาวสิริธร ศรีวัฒนกุล | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ |
| 4. นางสาวณัฐชुดา เสวกมหารี | เจ้าพนักงานเวชสถิติ |



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลพิชัย อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ โทร ๐ ๕๕๘๓ ๒๑๐๐

ที่ อต ๐๐๓๓.๓๐๖/๓๕๒๐

วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอรายงานผลการประเมินความเสี่ยงทุจริตของหน่วยงาน และขออนุมัติเผยแพร่บนเว็บไซต์ของ
หน่วยงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย

ตามที่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลพิชัย และผู้เกี่ยวข้องได้จัดประชุมวิเคราะห์ความเสี่ยง
และจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง ระบบการกำกับความเสี่ยง และการรายงานเกี่ยวกับความเสี่ยงทุจริตของ
หน่วยงานแล้วนั้น

ในการนี้ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลพิชัย ขอรายงานผลการประเมินความเสี่ยง
ทุจริตของหน่วยงาน ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมเอกสารนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาอนุมัติเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน

(นายอานนท์ ทองแยม)

เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน รักษาการในตำแหน่ง
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

อนุมัติและดำเนินการตามระเบียบฯที่เกี่ยวข้องโดยเคร่งครัด

(นายเบญจวุฒิ ครุฑเหมือง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ) รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลพิชัย อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

ที่ อต ๐๐๓๓.๓๐๖/๓๕๒๘

วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งเวียนรายงานการประเมินความเสี่ยงการทุจริตของหน่วยงาน

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานทุกงาน

ด้วยโรงพยาบาลพิชัย ได้จัดทำรายงานการประเมินความเสี่ยงการทุจริต โดยการวิเคราะห์ ความเสี่ยงและจัดทำแผนบริหารการทุจริตของหน่วยงาน ตามกรอบแนวทางการป้องกันการทุจริต เพื่อให้ บุคลากรในตำแหน่งงานทุกหน่วยทราบ และใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ สำหรับข้าราชการและบุคลากรของส่วน ราชการในสังกัดโรงพยาบาลพิชัย รายละเอียดตามรายงานการประเมินความเสี่ยงการทุจริตของหน่วยงาน ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งเจ้าหน้าที่ของกลุ่มงานทุกท่านและถือปฏิบัติโดย เครื่องครัดต่อไป

(นายเบญจวุฒิ คุรุฑเมือง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ) รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย



การประเมินความเสี่ยงการทุจริต
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖



โรงพยาบาลพิชัย
สำนักงานสาธารณสุขอุตรดิตถ์

คำนำ

เหตุการณ์ความเสี่ยงด้านการทุจริตเกิดแล้วจะมีผลกระทบทางลบ ซึ่งปัญหาจากสาเหตุต่างๆที่ ค้นหาต้นตอที่แท้จริงได้ยาก ความเสี่ยงจึงจำเป็นต้องคิดล่วงหน้าเสมอ การป้องกันการทุจริต คือ การแก้ไขปัญหาการทุจริตที่ยั่งยืน ซึ่งเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าส่วนราชการ และเป็นเจตจำนงของทุกองค์กรที่ร่วมต่อต้านการทุจริตทุกรูปแบบ อันเป็นวาระเร่งด่วนของรัฐบาล การนำเครื่องมือประเมินความเสี่ยงการทุจริตมาใช้ในองค์กรจะช่วยให้เป็นหลักประกันในระดับหนึ่งได้ว่าการดำเนินการขององค์กรจะไม่มีทุจริต หรือในกรณีที่พบการทุจริตที่ไม่คาดคิดโอกาสที่จะประสบกับปัญหาน้อยกว่าองค์กรอื่น หรือหากเกิดความเสียหายขึ้นก็จะเป็นความเสียหายที่น้อยกว่าองค์กรที่ไม่มีการนำเครื่องมือประเมินความเสี่ยงการทุจริตมาใช้งาน เพราะได้มีการเตรียมการป้องกันล่วงหน้าไว้โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำ ซึ่งไม่ใช่การเพิ่มภาระงานแต่อย่างใด

โรงพยาบาลพิชัย โดยงานตรวจสอบและควบคุมภายใน ดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดการทุจริต โดยวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน ตามมาตรฐาน COSO (The Committee of Sponsoring Organization of the tread way Commission) เพื่อกำหนดมาตรฐานการสำคัญเร่งด่วนเชิงรุกในการป้องกันการทุจริต การบริหารงานที่โปร่งใสตรวจสอบได้ และการแก้ไขปัญหาการกระทำผิดวินัยของเจ้าหน้าที่รัฐที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อย นอกจากนี้ยังนำความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนที่ได้มากำหนดเป็นคู่มือป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนโรงพยาบาลพิชัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามมาตรฐานสำคัญเร่งด่วนทั้ง ๔ มาตรการ ตามมาตรการป้องกันการทุจริต และแก้ไขการกระทำผิดวินัย

สารบัญ

คำนำ

สารบัญ

๑. ขั้นตอนที่ ๑ การระบุความเสี่ยง (Risk Identification)	๔
๒. ขั้นตอนที่ ๒ การวิเคราะห์สถานะความเสี่ยง	๕
๓. ขั้นตอนที่ ๓ เมทริกส์ระดับความเสี่ยง (Risk Level matrix)	๗
๔. ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินการควบคุมความเสี่ยง (Risk-Control Matrix Assessment)	๙
๕. ขั้นตอนที่ ๕ แผนบริหารความเสี่ยง	๑๑
๖. ขั้นตอนที่ ๖ การจัดทำรายงานผลการเฝ้าระวัง	๑๒
๗. ขั้นตอนที่ ๗ การจัดทำระบบบริหารความเสี่ยง	๑๕
๘. ขั้นตอนที่ ๘ การจัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยง	๑๗

รายงานการประเมินความเสี่ยงการทุจริต ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

ขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงการทุจริต ๙ ขั้นตอน

๑. ขั้นตอนที่ ๑ การระบุความเสี่ยง (Risk Identification)

ขั้นตอนที่ ๑ นำข้อมูลที่ได้จากขั้นเตรียมการฯ

ตารางที่ ๑ ตารางระบุความเสี่ยง (Know Factor และ Unknow Factor)

ที่	โอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต	ประเภทความเสี่ยงการทุจริต	
		Know Factor	Unknow Factor
๑	การให้บริการ ๑. ผู้ป่วยได้รับบริการที่ไม่เหมาะสม ช้า ไม่ถูกต้อง ๒. ผู้ป่วยได้รับยา เวชภัณฑ์ไม่ถูกต้อง	✓	
๒	การดูแลทรัพย์สินราชการ จนท./ผู้มารับบริการ ๑. ทรัพย์สินผู้ป่วยและญาติสูญหาย ๒. ทรัพย์สินเจ้าหน้าที่สูญหาย ๓. มีการใช้ทรัพย์สินทางราชการไม่ถูกต้อง เสียหาย	✓	
๓	การใช้รถราชการ ๑. ใช้รถราชการไม่เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยรถราชการ พ.ศ.๒๕๒๓ และแก้ไข ๒. ผู้ใช้รถราชการ ละเลยการปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการ ๓. การใช้ การเก็บรักษา ซ่อมบำรุง รถราชการไม่เป็นไปตามระเบียบสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักเกณฑ์การใช้ การเก็บรักษา การซ่อมบำรุงรถส่วนกลางและรถรับรอง พ.ศ.๑๔๒๖		✓
๔	การเบิกค่าตอบแทน เบิกค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและในวันหยุดราชการ ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ค่าตอบแทนโดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเอกชน ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายและเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่ง พตส.		✓

๕	การจัดการพัสดุล่าช้า รายการของที่จัดซื้อไม่ได้ทำแผนไว้และมีการปรับแผนบ่อยครั้ง	✓	
๖	การจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล ให้รหัสสิทธิการรักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง	✓	
๗	ด้านบริการเภสัชกรรม ความคลาดเคลื่อนทางยา (Med error)	✓	
๘	การบริการชำระเงินค่ารักษาพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เรียกเก็บค่าบริการไม่ตรงกับใบสั่งยา	✓	
๙	การให้บริการ รวบรวมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ปราศจากเชื้อ การคัดแยกผ้าส่งมาทำความสะอาดไม่ถูกต้อง	✓	

ความเสี่ยงที่พบ ส่วนใหญ่เป็นประเด็นเล็กๆ ในแต่ละด้านนั้นๆ ที่ผ่านมาอยู่ในสถานการณ์ที่สามารถควบคุมได้ แต่มีความจำเป็นต้องจัดทำควบคุมเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ ในประเด็นที่เคยเกิด และป้องกันเหตุใหม่มิให้เกิดขึ้น เป็นการควบคุมป้องกันความเสียหายล่วงหน้า

๒. ขั้นตอนที่ ๒ การวิเคราะห์สถานะความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ ๒ นำข้อมูลจากตารางที่ ๑ มาวิเคราะห์เพื่อแสดงความเสี่ยงการทุจริตของแต่ละโอกาส/ ความเสี่ยงการทุจริต ออกตามรายสีไฟจราจร เขียว เหลือง ส้ม แดง โดยระบุสถานะของความเสี่ยงในช่องสีไฟจราจร

ความหมายของสถานะความเสี่ยงตามสีไฟจราจร ดังนี้

สถานะสีเขียว ความเสี่ยงระดับต่ำ

สถานะสีเหลือง ความเสี่ยงระดับปานกลาง และสามารถให้ความรอบคอบระมัดระวังในระหว่างปฏิบัติงานตามปกติควบคุมดูแลได้

สถานะสีส้ม ความเสี่ยงระดับสูง เป็นกระบวนการที่มีผู้เกี่ยวข้องหลายคน หลายหน่วยงานภายในองค์กร มีหลายขั้นตอน จนยากต่อการควบคุม หรือไม่มีอำนาจควบคุมข้ามหน่วยงานตามหน้าที่ปกติ

สถานะสีแดง ความเสี่ยงระดับสูงมาก เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้อกับบุคคลภายนอก คนที่ไม่รู้จักไม่สามารถตรวจสอบได้ชัดเจน ไม่สามารถกำกับติดตามได้อย่างใกล้ชิดหรืออย่างสม่ำเสมอ

ตารางที่ ๒ ตารางแสดงสถานะความเสี่ยง (แยกตามรายชื่อไฟจรรยา)

ที่	โอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต	เขียว	เหลือง	ส้ม	แดง
๑	การให้บริการ ๑. ผู้ป่วยได้รับบริการที่ไม่เหมาะสม ช้า ไม่ถูกต้อง ๒. ผู้ป่วยได้รับยา เวชภัณฑ์ไม่ถูกต้อง		√		
๒	การดูแลทรัพย์สินราชการ จนท./ผู้มารับบริการ ๑. ทรัพย์สินผู้ป่วยและญาติสูญหาย ๒. ทรัพย์สินเจ้าหน้าที่สูญหาย ๓. มีการใช้ทรัพย์สินทางราชการไม่ถูกต้อง เสียหาย		√		
๓	การใช้รถราชการ ๑. ใช้รถราชการไม่เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยรถราชการ พ.ศ.๒๕๒๓ และแก้ไข ๒. ผู้ใช้รถราชการ ละเลยการปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการ ๓. การใช้ การเก็บรักษา ซ่อมบำรุง รถราชการไม่เป็นไปตามระเบียบสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักเกณฑ์การใช้ การเก็บรักษา การซ่อมบำรุงรถ ส่วนกลางและรถรับรอง พ.ศ.๑๔๒๖		√		
๔	การเบิกค่าตอบแทน เบิกค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและในวันหยุดราชการ ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ค่าตอบแทน โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและ หรือปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเอกชน ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย และเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่ง พตส.		√		
๕	การจัดหาพัสดุล่าช้า รายการของที่จัดซื้อไม่ได้ทำแผนไว้ และมีการปรับเปลี่ยนบ่อยครั้ง		√		
๖	การจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล ให้รหัสสิทธิการรักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง		√		
๗	ด้านบริการเภสัชกรรม ความคลาดเคลื่อนทางยา (Med error)		√		
๘	การบริการชำระเงินค่ารักษาพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เรียกเก็บค่าบริการไม่ตรงกับใบสั่งยา		√		

๙	การให้บริการ รวบรวมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ปราศจากเชื้อ การคัดแยกผ้าส่งมาทำความสะอาดไม่ถูกต้อง		✓		
---	---	--	---	--	--

จากตาราง พบว่าทุกรายการความเสี่ยงที่นำเสนอมา อยู่ในระดับความเสี่ยงระดับปานกลาง และสามารถใช้เวลาในการรอบคอบระมัดระวังในระหว่างปฏิบัติงานตามปกติควบคุมดูแลได้

๓. ขั้นตอนที่ ๓ เมทริกส์ระดับความเสี่ยง (Risk Level matrix)

ขั้นตอนที่ ๓ เป็นการหาโอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต ที่มีสถานะความเสี่ยงสูงจนถึงความเสี่ยงระดับสูงมาก ที่เป็นสีส้มและสีแดง มาหาค่าความเสี่ยงรวม ซึ่งได้จากระดับความจำเป็นของการเฝ้าระวัง ที่มีค่า ๑ - ๓ คูณด้วยระดับความรุนแรงของผลกระทบที่มีค่า ๑ - ๓ ดังนี้

๑. ระดับความจำเป็นของการเฝ้าระวัง พิจารณากิจกรรมหรือขั้นตอนหลักที่สำคัญของกระบวนการนั้นๆ แสดงว่ากิจกรรมหรือขั้นตอนนั้น เป็น MUST หมายถึง มีความจำเป็นสูงของการเฝ้าระวังความเสี่ยงการทุจริตที่ต้องทำการป้องกัน ไม่ดำเนินการไม่ได้ ค่าของ MUST คือค่าที่อยู่ในระดับ ๓ หรือ ๒ ถ้ากิจกรรมหรือขั้นตอนนั้นเป็นกิจกรรม หรือขั้นตอนรองของกระบวนการนั้นๆ แสดงว่าขั้นตอนนั้นเป็น SHOULD มีความจำเป็นต่ำในการเฝ้าระวังความเสี่ยงการทุจริต มีค่าอยู่ในระดับ ๑

๒. ระดับความรุนแรงของผลกระทบ พิจารณาจากกิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติงานนั้น เกี่ยวข้องกับ Stakeholders รวมถึงหน่วยงานกำกับดูแล พันธมิตร ภาควิเคราะห์ ค่าอยู่ที่ ๒ หรือ ๓

ตารางที่ ๓ SCORING ทะเบียนข้อมูลที่ต้องเฝ้าระวัง ๒ มิติ (หรือตารางเมทริกส์ระดับความเสี่ยง Risk Level matrix)

ที่	โอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต	ระดับความจำเป็นของการเฝ้าระวัง			ระดับความรุนแรงของผลกระทบ			ค่าความเสี่ยงรวมจำเป็น X รุนแรง
		๓	๒	๑	๓	๒	๑	
๑	การให้บริการ ๑. ผู้ป่วยได้รับบริการที่ไม่เหมาะสม ช้า ไม่ถูกต้อง ๒. ผู้ป่วยได้รับยา เวชภัณฑ์ไม่ถูกต้อง		๒			๒		๔
๒	การดูแลทรัพย์สินราชการ จนท./ผู้มารับบริการ ๑. ทรัพย์สินผู้ป่วยและญาติสูญหาย		๓			๒		๖

	๒. ทรัพย์สินเจ้าหน้าที่สูญหาย ๓. มีการใช้ทรัพย์สินทางราชการไม่ถูกต้องเสียหาย			
๓	การใช้รถราชการ ๑. ใช้รถราชการไม่เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยรถราชการ พ.ศ.๒๕๒๓ และแก้ไข ๒. ผู้ใช้รถราชการ ละเลยการปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการ ๓. การใช้ การเก็บรักษา ซ่อมบำรุง รถราชการไม่เป็นไปตามระเบียบสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักเกณฑ์การใช้ การเก็บรักษา การซ่อมบำรุงรถส่วนบุคคลและรถรับรอง พ.ศ.๑๔๒๖	๒	๒	๔
๔	การเบิกค่าตอบแทน เบิกค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลา ราชการและในวันหยุดราชการ ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ค่าตอบแทนโดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและ หรือปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเอกชน ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย และเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่ง พตส.	๒	๒	๔
๕	การจัดหาพัสดุล่าช้า รายการของที่จัดซื้อไม่ได้ ทำแผนไว้และมีการปรับแผนบ่อยครั้ง	๒	๒	๔
๖	การจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล ให้รหัสสิทธิการรักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง	๓	๒	๖
๗	ด้านบริการเภสัชกรรม ความคลาดเคลื่อนทางยา (Med error)	๒	๒	๔
๘	การบริการชำระเงินค่ารักษาพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เรียกเก็บค่าบริการไม่ตรงกับใบสั่งยา	๒	๒	๔
๙	การให้บริการ รวบรวมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ปราศจากเชื้อ การคัดแยกผ้าส่งมาทำความสะอาดไม่ถูกต้อง	๒	๒	๔

จากตาราง พบว่า ความเสี่ยงที่ต้องมีการเฝ้าระวังสูงสุดได้แก่ ความเสี่ยงการทุจริตด้านการดูแล
ทรัพย์สินราชการ จนท./ผู้มารับบริการและการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล ให้รหัสสิทธิการรักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินการควบคุมความเสี่ยง (Risk- Control Matrix Assessment)

ขั้นตอนที่ ๔ นำค่าความเสี่ยงรวม (จำเป็น X รุนแรง) จากตารางที่ ๓ มาทำการประเมินการควบคุม
การทุจริต

ตารางที่ ๔ ตารางแสดงการประเมินการควบคุมความเสี่ยง

โอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต	คุณภาพการ จัดการ	ค่าประเมินการควบคุมความเสี่ยงการทุจริต		
		ค่าความเสี่ยง ระดับต่ำ	ค่าความเสี่ยง ระดับปานกลาง	ค่าความเสี่ยง ระดับสูง
การให้บริการ ๑. ผู้ป่วยได้รับบริการที่ไม่ เหมาะสม ช้า ไม่ถูกต้อง ๒. ผู้ป่วยได้รับยา เวชภัณฑ์ไม่ ถูกต้อง	พอใช้	√		
การดูแลทรัพย์สินราชการ จนท./ผู้มารับบริการ ๑. ทรัพย์สินผู้ป่วยและญาติสูญ หาย ๒. ทรัพย์สินเจ้าหน้าที่สูญหาย ๓. มีการใช้ทรัพย์สินทาง ราชการไม่ถูกต้อง เสียหาย	พอใช้		√	
การใช้รถราชการ ๑. ใช้รถราชการไม่เป็นไปตาม ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่า ด้วยรถราชการ พ.ศ.๒๕๒๓ และแก้ไข ๒. ผู้ใช้รถราชการ ละเลยการ ปฏิบัติตามระเบียบของทาง ราชการ ๓. การใช้ การเก็บรักษา ซ่อม บำรุง รถราชการไม่เป็นไปตาม ระเบียบสำนักงานปลัดกระทรวง	พอใช้		√	

<p>สาธารณสุขว่าด้วยหลักเกณฑ์การใช้ การเก็บรักษา การซ่อมบำรุงรถส่วนบุคคลและรถรับรอง พ.ศ.๑๔๒๖</p>				
<p>การเบิกค่าตอบแทน เบิกค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและในวันหยุดราชการ ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ค่าตอบแทนโดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเอกชน ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย และเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่ง พตส.</p>	<p>พอใช้</p>		<p>✓</p>	
<p>การจัดหาพัสดุลำช้า รายการของที่จัดซื้อไม่ได้ทำแผนไว้และมีการปรับแผนบ่อยครั้ง</p>	<p>พอใช้</p>	<p>✓</p>		
<p>การจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล ให้รหัสสิทธิการรักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง</p>	<p>พอใช้</p>	<p>✓</p>		
<p>ด้านบริการเภสัชกรรม ความคลาดเคลื่อนทางยา (Med error)</p>	<p>พอใช้</p>	<p>✓</p>		
<p>การบริการชำระเงินค่ารักษาพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เรียกเก็บค่าบริการไม่ตรงกับใบสั่งยา</p>	<p>พอใช้</p>	<p>✓</p>		
<p>การให้บริการ รวบรวมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ปราศจากเชื้อ การคัดแยกผ้าส่งมาทำความสะอาดไม่ถูกต้อง</p>	<p>พอใช้</p>	<p>✓</p>		

จากตารางพบว่า โอกาส/ความเสี่ยงการทุจริตจากการการเบิกค่าตอบแทนและการใช้รถราชการ โดยทุกรายการมีคุณภาพการจัดการในระดับดี

ขั้นตอนที่ ๕ แผนบริหารความเสี่ยง

เลือกเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงสุดจากการประเมินการควบคุมความเสี่ยง Risk-Control Matrix Assessment ในตารางที่ ๔ ที่อยู่ในช่องค่าความเสี่ยง อยู่ในระดับสูง ค่อนข้างสูง ปานกลาง มาทำแผนบริหารความเสี่ยงตามลำดับความรุนแรง

ตารางที่ ๕ ตารางแผนบริหารความเสี่ยง

กรณีที่หน่วยงานทำการประเมินการควบคุมความเสี่ยงในตารางที่ ๔ ไม่พบความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง แต่พบความเสี่ยงการทุจริตอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ให้ทำการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงในเชิงเฝ้าระวังความเสี่ยงการทุจริต หรือให้หน่วยงานพิจารณาทำการเลือกภารกิจงาน หรือกระบวนการหรือการดำเนินงานที่อาจก่อให้เกิดหรือมีโอกาสเกิดความเสี่ยงการทุจริตนำมาประเมินความเสี่ยงการทุจริตเพิ่มเติม

ที่	โอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต	มาตรการป้องกันการทุจริต (ควบคุมความเสี่ยงการทุจริต)
๑	การให้บริการ ๑. ผู้ป่วยได้รับบริการที่ไม่เหมาะสม ซ้ำ ไม่ถูกต้อง ๒. ผู้ป่วยได้รับยา เวชภัณฑ์ไม่ถูกต้อง	- ควบคุมกำกับให้มีการบริการผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ปลอดภัยตามเกณฑ์มาตรฐาน HA ผู้ป่วยได้รับการบริการที่เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย ได้รับยา เวชภัณฑ์ถูกต้อง เหมาะสม
๒	การดูแลทรัพย์สินราชการ จนท./ผู้มารับบริการ ๑. ทรัพย์สินผู้ป่วยและญาติสูญหาย ๒. ทรัพย์สินเจ้าหน้าที่สูญหาย ๓. มีการใช้ทรัพย์สินทางราชการไม่ถูกต้อง เสียหาย	- จัดให้มีมาตรการเฝ้าระวังและแจ้งประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง
๓	การใช้รถราชการ ๑. ใช้รถราชการไม่เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยรถราชการ พ.ศ.๒๕๒๓ และแก้ไข ๒. ผู้ใช้รถราชการ ละเลยการปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการ	- การกำกับติดตามการใช้รถราชการให้เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยรถราชการ พ.ศ.๒๕๒๓ และแก้ไขเพิ่มระเบียบสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักเกณฑ์การใช้ การเก็บรักษา การซ่อมบำรุงรถส่วนกลางและรถรับรอง พ.ศ.๑๔๒๖

	<p>๓. การใช้ การเก็บรักษา ซ่อมบำรุง รถราชการไม่เป็นไปตามระเบียบ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์การใช้ การเก็บ รักษา การซ่อมบำรุงรถส่วนกลาง และรถรับรอง พ.ศ.๑๔๒๖</p>	
๔	<p>การเบิกค่าตอบแทน เบิกค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอก เวลาราชการและในวันหยุดราชการ ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวง สาธารณสุข ค่าตอบแทนโดยไม่ทำ เวชปฏิบัติส่วนตัวและ หรือ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเอกชน ค่า เบี่ยเลี้ยงหมาจ่าย และเงินเพิ่ม สำหรับตำแหน่ง พตส.</p>	<p>- การควบคุมกำกับติดตามการเบิกจ่ายค่าตอบแทนให้ถูกต้องตาม ระเบียบและข้อกฎหมาย</p>
๕	<p>การจัดหาพัสดุล่าช้า รายการของที่ จัดซื้อไม่ได้ทำแผนไว้และมีการปรับ แผนบ่อยครั้ง</p>	<p>- ให้สำรวจความต้องการก่อนจัดทำแผนให้ชัดเจนและรับรองข้อมูลใน การส่งสรุปจัดทำแผน - กำกับติดตามการจัดหาพัสดุให้ทันเวลาถูกต้องครบถ้วน</p>
๖	<p>การจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล ให้รหัส สิทธิการรักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง</p>	<p>- ทบทวนการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง - จัดทำแนวทางการตรวจสอบข้อมูลและรายงานข้อมูล error กลับ</p>
๗	<p>ด้านบริการเภสัชกรรม ความคลาด เคลื่อนทางยา (Med error)</p>	<p>- ทบทวนรายการยาที่จัดผิตบ่อย และกรณีสั่งยาไม่ครบรายการ - จัดทำแนวทางการสื่อสารในหน่วยงานเรื่องการขอแก้ไขข้อมูลการสั่ง ยา</p>
๘	<p>การบริการชำระเงินค่า รักษาพยาบาล งานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน เรียกเก็บค่าบริการไม่ตรงกับ ใบสั่งยา</p>	<p>- ทบทวนแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมควบคุมกำกับ ติดตามและตรวจสอบการบันทึกข้อมูลการให้บริการและการเรียกเก็บ ให้ถูกต้อง</p>
๙	<p>การให้บริการ รวบรวมอุปกรณ์ ทางการแพทย์ที่ปราศจากเชื้อ การ คัดแยกผ้าส่งมาทำความสะอาดไม่ ถูกต้อง</p>	<p>- มีการปรับเปลี่ยนจุดวางถังผ้าติดเชื้อ และถังผ้าทั่วไปให้อยู่ห่างออก จากกัน และติตรูปและข้อความระบุที่ถังให้ชัดเจน</p>

ขั้นตอนที่ ๖ การจัดทำรายงานผลการเฝ้าระวัง

ขั้นตอนที่ ๖ เพื่อติดตามเฝ้าระวัง เป็นการประเมินการบริหารความเสี่ยงการทุจริตในกิจกรรมตามแผนบริหารความเสี่ยงของขั้นตอนที่ ๕ ซึ่งเปรียบเสมือนการสร้างตะแกรงดัก เพื่อเป็นการยืนยันผลการป้องกันหรือแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้นเพียงใด โดยการแยกสถานะของการเฝ้าระวังความเสี่ยงการทุจริตต่อไปออกเป็น ๓ สี ได้แก่ สีเขียว สีเหลือง สีแดง

ตารางที่ ๖ ตารางจัดทำรายงานผลการเฝ้าระวังความเสี่ยง

ที่	มาตรการป้องกันการทุจริต	โอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต	สถานะความเสี่ยง		
			เขียว	เหลือง	แดง
๑	- ควบคุมกำกับให้มีการบริการผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ปลอดภัยตามเกณฑ์มาตรฐาน HA ผู้ป่วยได้รับการบริการที่เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย ได้รับยาเวชภัณฑ์ถูกต้อง เหมาะสม	การให้บริการ ๑. ผู้ป่วยได้รับบริการที่ไม่เหมาะสม ช้า ไม่ถูกต้อง ๒. ผู้ป่วยได้รับยาเวชภัณฑ์ไม่ถูกต้อง	√		
๒	- จัดให้มีมาตรการเฝ้าระวังและแจ้งประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง	การดูแลทรัพย์สินราชการ จนท./ผู้มารับบริการ ๑. ทรัพย์สินผู้ป่วยและญาติสูญหาย ๒. ทรัพย์สินเจ้าหน้าที่สูญหาย ๓. มีการใช้ทรัพย์สินทางราชการไม่ถูกต้องเสียหาย	√		
๓	- การกำกับติดตามการให้รถราชการให้เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยรถราชการ พ.ศ. ๒๕๒๓ และแก้ไขเพิ่มระเบียบสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักเกณฑ์การใช้ การเก็บรักษา การซ่อมบำรุงรถส่วนบุคคลและรถรับรอง พ.ศ.๑๔๒๖	การใช้รถราชการ ๑. ใช้รถราชการไม่เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยรถราชการ พ.ศ.๒๕๒๓ และแก้ไข ๒. ผู้ใช้รถราชการ ละเลยการปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการ ๓. การใช้ การเก็บรักษา ซ่อมบำรุง รถราชการไม่เป็นไปตามระเบียบ	√		

		สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขว่าด้วย หลักเกณฑ์การใช้ การเก็บ รักษา การซ่อมบำรุงรถ ส่วนกลางและรถรับรอง พ.ศ.๑๔๒๖			
๔	- การควบคุมกำกับติดตามการเบิกจ่าย ค่าตอบแทนให้ถูกต้องตามระเบียบและ ข้อกำหนด	การเบิกค่าตอบแทน เบิกค่าตอบแทนการ ปฏิบัติงานนอกเวลา ราชการและใน วันหยุดราชการ ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ ปฏิบัติงานให้กับหน่วย บริการในสังกัดกระทรวง สาธารณสุข ค่าตอบแทน โดยไม่ทำเวชปฏิบัติ ส่วนตัวและ หรือ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล เอกชน ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมา จ่าย และเงินเพิ่มสำหรับ ตำแหน่ง พตส.	✓		
๕	- ให้สำรวจความต้องการก่อนจัดทำ แผนให้ชัดเจนและรับรองข้อมูลในการ ส่งสรุปจัดทำแผน - กำกับติดตามการจัดหาพัสดุให้ ทันเวลาถูกต้องครบถ้วน	การจัดหาพัสดุล่าช้า รายการของที่จัดซื้อไม่ได้ ทำแผนไว้และมีการปรับ แผนบ่อยครั้ง	✓		
๖	- ทบทวนการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง - จัดทำแนวทางการตรวจสอบข้อมูล และรายงานข้อมูล error กลับ	การจัดเก็บค่า รักษาพยาบาล ให้รหัส สิทธิการรักษาพยาบาลไม่ ถูกต้อง	✓		
๗	- ทบทวนรายการยาที่จัดผิดบ่อย และ กรณีสั่งยาไม่ครบรายการ - จัดทำแนวทางการสื่อสารใน หน่วยงานเรื่องการขอแก้ไขข้อมูลการ สั่งยา	ด้านบริการเภสัชกรรม ความคลาดเคลื่อนทางยา (Med error)	✓		

๘	- ทบทวนแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมควบคุมกำกับติดตาม และตรวจสอบการบันทึกข้อมูลการให้บริการและการเรียกเก็บให้ถูกต้อง	การบริการชำระเงินค่ารักษาพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เรียกเก็บค่าบริการไม่ตรงกับใบสั่งยา	✓		
๙	- มีการปรับเปลี่ยนจุดวางถังผ้าติดเชื้อและถังผ้าทั่วไปให้อยู่ห่างออกจากกัน และตีรูปและข้อความระบุที่ถังให้ชัดเจน	การให้บริการ รวบรวมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ปราศจากเชื้อ การคัดแยกผ้าส่งมาทำความสะอาดไม่ถูกต้อง	✓		

จากการดำเนินการเฝ้าระวังการทุจริตในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสีเขียว ทุกรายการความเสี่ยง นับได้ว่ามาตรการการป้องกันการทุจริตที่ใช้ควบคุมกำกับกับการดำเนินงานมีความเพียงพอในการควบคุมป้องกันการทุจริตตามแผนการดำเนินงานที่ได้วางไว้ อย่างไรก็ตาม แม้จะยังไม่เกิดเหตุการณ์ความเสียหายใดๆ หน่วยงานยังต้องคงไว้ซึ่งมาตรการตามแผนการดำเนินงาน เพื่อเป็นการควบคุมป้องกันการทุจริตอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ ๗ จัดทำระบบบริหารความเสี่ยง

ขั้นตอนนำผลจากทะเบียนเฝ้าระวังความเสี่ยงการทุจริต จากตารางที่ ๖ ออกตามสถานะ ๓ สถานะ ซึ่งในขั้นตอนที่ ๗ สถานะความเสี่ยงการทุจริตที่อยู่ในข่ายยังแก้ไขไม่ได้ จะต้องมียุทธศาสตร์หรือมาตรการอะไรเพิ่มเติมต่อไป โดยแยกสถานะเพื่อทำระบบบริหารความเสี่ยง ดังนี้

๑. เกินกว่าการยอมรับ (สถานะสีแดง Red) ควรมียุทธศาสตร์เพิ่มเติม
๒. เกิดขึ้นแล้วแต่ยอมรับได้ ควรมียุทธศาสตร์เพิ่มเติม (สถานะสีเหลือง Yellow)
๓. ยังไม่เกิดเฝ้าระวังต่อเนื่อง (สถานะสีเขียว Green)

ตารางที่ ๗ ตารางจัดทำระบบความเสี่ยง

๗.๑ สถานะสีแดง Red เกินกว่าการยอมรับ ควรมีกิจกรรมเพิ่มเติม

ความเสี่ยงการทุจริต (สถานะสีแดง)	มาตรการป้องกันการทุจริต เพิ่มเติม
-	-

๗.๒ สถานะสีเหลือง Yellow เกิดขึ้นแล้วแต่ยอมรับได้ ควรมีกิจกรรมเพิ่มเติม

ความเสี่ยงการทุจริต (สถานะสีเหลือง)	มาตรการป้องกันการทุจริต เพิ่มเติม
การให้บริการ ๑. ผู้ป่วยได้รับบริการที่ไม่เหมาะสม ช้า ไม่ถูกต้อง ๒. ผู้ป่วยได้รับยา เวชภัณฑ์ไม่ถูกต้อง	ให้หน่วยงานของโรงพยาบาล บริการประชาชนตามมาตรฐานวิชาชีพและให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด
การใช้รถราชการ	ให้หน่วยงานมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องป้องกันข้อผิดพลาดค้นหาความเสี่ยงและป้องกันความเสี่ยงทุกระดับ
การจัดหาพัสดุล่าช้า รายการของ ที่จัดซื้อไม่ได้ทำแผนไว้และมีการ ปรับแผนบ่อยครั้ง	ให้หน่วยงานมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องป้องกันข้อผิดพลาดค้นหาความเสี่ยงและป้องกันความเสี่ยงทุกระดับ
การจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล ให้ รหัสสิทธิการรักษาพยาบาลไม่ ถูกต้อง	ให้หน่วยงานมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องป้องกันข้อผิดพลาดค้นหาความเสี่ยงและป้องกันความเสี่ยงทุกระดับ
ด้านบริการเภสัชกรรม ความคลาดเคลื่อนทางยา (Med error)	ให้หน่วยงานมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องป้องกันข้อผิดพลาดค้นหาความเสี่ยงและป้องกันความเสี่ยงทุกระดับ
การบริการชำระเงินค่า รักษาพยาบาล งานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน เรียกเก็บค่าบริการไม่ตรงกับใบสั่งยา	ให้หน่วยงานมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องป้องกันข้อผิดพลาดค้นหาความเสี่ยงและป้องกันความเสี่ยงทุกระดับ
การให้บริการ รวบรวมอุปกรณ์ ทางการแพทย์ที่ปราศจากเชื้อ	ให้หน่วยงานมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องป้องกันข้อผิดพลาดค้นหาความเสี่ยงและป้องกันความเสี่ยงทุกระดับ

การคัดแยกผ้าส่งมาทำความสะอาด สะอาดไม่ถูกต้อง	
---	--

๗.๓ สถานะสีเขียว Green ยังไม่เกิด ให้เฝ้าระวังต่อเนื่อง

ความเสี่ยงการทุจริต (สถานะสีเขียว)	มาตรการป้องกันการทุจริต เพิ่มเติม
การดูแลทรัพย์สินราชการ จนท./ ผู้มารับบริการไม่ให้สูญหาย เสียหาย	ยังไม่เกิดให้เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง
การเบิกค่าตอบแทน	ยังไม่เกิดให้เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ ๘ การจัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยง

ขั้นตอนนี้มาจากผลการบริหารความเสี่ยงการทุจริต ตามขั้นตอนที่ ๘ เพื่อเป็นเครื่องมือในการกำกับ
ติดตามประเมินผล ตามสถานะความเสี่ยง

สีเขียว	หมายถึง	ความเสี่ยงระดับต่ำ
สีเหลือง	หมายถึง	ความเสี่ยงระดับปานกลาง
สีแดง	หมายถึง	ความเสี่ยงระดับสูงมาก

ตารางที่ ๘ ตารางรายงานการบริหารความเสี่ยง

ที่	สรุปสถานะความเสี่ยงการทุจริต (เขียว เหลือง แดง)		
	เขียว	เหลือง	แดง
๑		การให้บริการ ๑. ผู้ป่วยได้รับบริการที่ไม่ เหมาะสม ช้ำ ไม่ถูกต้อง ๒. ผู้ป่วยได้รับยา เวชภัณฑ์ไม่ ถูกต้อง	
๒	การดูแลทรัพย์สินราชการ จนท./ผู้มารับบริการไม่ให้สูญ หาย เสียหาย		
๓		การใช้รถราชการ	
๔	การเบิกค่าตอบแทน		

๕		การจัดการพัสดุล่าช้า รายการของที่จัดซื้อไม่ได้ทำแผนไว้และมีการปรับแผนบ่อยครั้ง	
๖		การจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล ให้รหัสสิทธิการรักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง	
๗		ด้านบริการเภสัชกรรม ความคลาดเคลื่อนทางยา (Med error)	
๘		การบริการชำระเงินค่ารักษาพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เรียกเก็บค่าบริการไม่ตรงกับใบสั่งยา	
๙		การให้บริการ รวบรวมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ปราศจากเชื้อ การคัดแยกผ้าส่งมาทำความสะอาดไม่ถูกต้อง	

รายงานรอบไตรมาสที่ ๔

รายงานผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ ๙ การรายงานผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยง

ตารางที่ ๙ แบบรายงานผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

แบบรายงานสถานะแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ณ วันที่.....	
หน่วยงานที่ประเมิน.....	
ชื่อแผนบริหารความเสี่ยง	
โอกาส/ความเสี่ยง	
สถานะของการดำเนินการจัดการความเสี่ยง	<p>ยังไม่ได้ดำเนินการ</p> <p>เฝ้าระวัง และติดตามต่อเนื่อง</p> <p>เริ่มดำเนินการไปบ้าง แต่ยังไม่ครบถ้วน</p> <p>ต้องการปรับปรุงแผนบริหารความเสี่ยงใหม่ให้เหมาะสม</p> <p>เหตุผลอื่น (ระบุ)</p> <p>.....</p>

	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
ผลการดำเนินงาน	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>



รายงานการประเมินความเสี่ยงการทุจริต
โรงพยาบาลพิชัย ๒๕๖๖



แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค

โรงพยาบาลพิชัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.๒๕๖๑

สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค

โรงพยาบาลพิชัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

ชื่อหน่วยงาน โรงพยาบาลพิชัย อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

วัน/เดือน/ปี ๒๘ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

หัวข้อ หน่วยงานมีการประเมินความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ อย่างเป็นระบบ
รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

๑. มีบันทึกข้อความ แสดงถึงการขออนุมัติจัดการประชุมการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการ
ทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ของหน่วยงาน

๒. มีรายงานการประชุมการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.
๒๕๖๖ ของหน่วยงาน

๓. มีบันทึกข้อความ ที่ผู้บริหารลงนามรับทราบรายงานแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปี
งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ของหน่วยงานที่ชัดเจน และมีการขออนุญาตนำไปเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน

๔. มีรายงานแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ของหน่วยงาน
โดยจัดทำเป็นรูปเล่มรายงาน ที่มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงและจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ทั้ง ๘
ขั้นตอน

Link ภายนอก เว็บไซต์ของโรงพยาบาลพิชัย
<http://www.pichaihos.com/>

หมายเหตุ

- หลักฐานประกอบ MOIT ๑๗

ผู้รับผิดชอบในการให้ข้อมูล

ผู้อนุมัติรับรอง

(นายอานนท์ ทองแถม)

(นายณรงค์ พิมพา)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่...๒๘...เดือนตุลาคม...พ.ศ...๒๕๖๕...

วันที่...๒๘...เดือนตุลาคม...พ.ศ...๒๕๖๕...

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

(นายสุวิน บุญเสื่อ)

ตำแหน่ง..นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ...

วันที่...๒๘...เดือนตุลาคม...พ.ศ...๒๕๖๕...