



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ โทรศัพท์ ๐ ๔๓๕๘ ๑๓๒๑ ต่อ ๖๓๒

ที่ รอ ๐๐๓๓.๓๐๗/ วันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุมัติจัดประชุมคณะทำงานจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

เรื่องเดิม

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ กำหนดแบบวัด การเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) MOIT ๑๗ หน่วยงานมีการประเมินความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ อย่างเป็นระบบ โดยให้หน่วยงานจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง โดยผ่านการประชุมเพื่อจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง ของหน่วยงาน นั้น

ข้อเท็จจริง

กลุ่มงานบริหารทั่วไป ขอเรียนว่า เพื่อให้การดำเนินการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานของโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย เห็นควรจัดประชุมคณะทำงานจัดทำ แผนบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ เพื่อจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง ของโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ในวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น. ณ ห้องประชุมมาลัยทองโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด

๑. อนุมัติจัดประชุมเพื่อจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง
๒. อนุญาตให้นำข้อมูลขึ้นเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน

(นายธนวัฒน์ จันทโก)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

อนุมัติ ตามข้อ ๑

อนุญาต ตามข้อ ๒

(นายชูชัย เต็มธนะกิจไพศาล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ



คำสั่งโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

ที่ 258 / 2566

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตอบสนองการเข้าถึงบริการและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน

เพื่อให้การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล บรรลุถึงเป้าหมายและดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพจึงขอยกเลิกคำสั่งที่ 258 / 2563 ลงวันที่ 10 กรกฎาคม 2563 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และแต่งตั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ดังต่อไปนี้

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (GOV) หรือ ทีมนำ

1. นพ.ชูชัย เต็มธนะกิจไพศาล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	ประธานกรรมการ
2. พญ.นิภากร อึ้งเจริญธนกิจ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	รองประธานกรรมการ
3. ทพญ.จริญญา เซลลอง	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
4. ภญ.จุฑาภรณ์ กัญญาคำ	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
5. นางสาวสุภาวดี สมทรัพย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
6. นางพินทุตรี ศรชัยเลิศสกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
7. นายชาติชัย ชัคคัตถ์ชัย	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
8. นายธนวัฒน์ จันทโก	นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ	กรรมการ
9. นางปราณี เศษไธ	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
10. นางพิศมัย ยุ่งกระโทก	แพทย์แผนไทยชำนาญการ	กรรมการ
11. นางปรียานุช สาริกุล	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	กรรมการ
12. นางนวลปาง ชัชวาลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
13. นางสาวนีย์ นามเพ็ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
14. นางเอมอร ทาระคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
15. นางศิรินทร์ พัฒนวิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
16. นางปาริชาติ ใจดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
17. นางเยาวลักษณ์ คำวิไชย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ

18. นางสาวนาดยา /...

โดยมีหน้าที่

1. กำหนดนโยบายและวางแผนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับทิศทางโรงพยาบาล
2. กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล
3. กำหนดระเบียบวิธีปฏิบัติ / ทบทวนระเบียบปฏิบัติต่างๆ ในงานบริการพยาบาล
4. ดำเนินการปรับปรุงประสิทธิภาพ ระบบการบริหารการพยาบาล
5. แต่งตั้งคณะทำงานประกันคุณภาพการพยาบาล และคณะทำงานอื่นๆ ตามความจำเป็น
6. ประสานความร่วมมือกับผู้บริหารอื่นๆ หรือทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลตามเป้าหมาย
7. สนับสนุนการเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อการทำงานที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
8. ประมวลผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การวางแผนพัฒนา
9. จัดทำรายงานผลการดำเนินงาน และนำเสนอผลการดำเนินงาน ต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลระดับจังหวัด เขต และสำนักการพยาบาล

3. คณะกรรมการประสานงานพัฒนาคุณภาพ (Facilitator)

1. พญ.ชื่นสกลธ์ เซาว์ตระกูล	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธานกรรมการ
2. พญ.ชยานันต์ สายเชื้อ	นายแพทย์ชำนาญการ	รองประธานกรรมการ
3. ทพญ.จริญญา เซลลอง	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
4. ภก.จุฑาภรณ์ กัญญาคำ	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
5. นางสาวนัฏฐพร พรหมบุตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
6. นายชาติชัย ชัคคีตรัย	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
7. นางนิรมล สัจวร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ

โดยมีหน้าที่

1. ประสานงานและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
2. กระตุ้นเจ้าหน้าที่ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
3. อำนวยความสะดวกในการพัฒนาคุณภาพ
4. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
5. รายงานผลการดำเนินการให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

4. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

1. พญ.นิภากร อึ้งเจริญธนกิจ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธานกรรมการ
2. พญ.ศศิธร วงศ์อาจ	นายแพทย์ชำนาญการ	รองประธานกรรมการ
3. พญ.สุธีธร จัดสนาม ผาดากแดด	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ

4. นพ.บารมี ศรีทอง ✓	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
5. พญ.มนทกานต์ ศรีโคตร ✓	นายแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการ
6. นางนิรมล สังวร ✓	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
7. นางจิงกร สุตหลักทอง ✓	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
8. นางสุภาพร ชตชัย ✓	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
9. นางเบ็ญญารัตน์ ยมรัตน์ ✓	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
10. นางสาวสุทธาสินี ทีอุทิศ ✓	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
11. นางจิราวรรณ สุวรรณ ✓	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
12. นางอัญชุลีพร นวะระภา ✓	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
13. นางสาวรจนา สีเสา ✓	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กรรมการ
14. นางสาวยุวรด สิทธิการ ✓	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กรรมการ
15. นางสาวกาญจนีย์ พาหา ✓	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กรรมการ
16. นางสาวนฤมล ศรีโสภา ✓	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กรรมการ
17. นางสาวอุติมา งามเลิศ ✓	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ
18. นายไพบุลย์ ดีพลางม ✓	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
19. นางปฎิภา คลังมนตรี ✓	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	กรรมการ
20. นางปรียานุช สาริกุล ✓	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	กรรมการ
21. นายธนวัฒน์ จันทโก ✓	นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ	กรรมการ
22. นายอัฐวิวัฒน์ คลังมนตรี ✓	จพง. รังสีการแพทย์ชำนาญงาน	กรรมการ
23. นายมาตุภูมิ กิตติสุนทรโรภาศ ✓	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	กรรมการ
24. นายนิติ พลสมบัติ ✓	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	กรรมการ
25. นางจินตนา พิสิทธ์เรือง ✓	พนักงานบัตรรายงานโรค	กรรมการ
26. นางสะอาด คำสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
27. ภญ.นันทภักดิ์ ตามบุญไกรสร ✓	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีหน้าที่

1. กำหนดแนวทาง แผนงาน และประเมินผลการพัฒนาระบบส่งเสริมความปลอดภัย และการบริหารความเสี่ยงของผู้รับบริการ และบุคลากรในสถานพยาบาล รวมถึงทรัพย์สินและชื่อเสียงของสถานพยาบาล
2. สร้างวัฒนธรรมองค์กร เพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นคุณค่า และมีส่วนร่วมในการค้นหาและรายงานความเสี่ยง
3. ส่งเสริมให้ใช้แนวคิดเรื่องความปลอดภัยอยู่ในงานประจำ
4. ทบทวนอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้น

5. เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพในเขตพื้นที่
รับผิดชอบ

6. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

17. คณะทำงาน Trigger

1. พญ.วิษชุดา จำปามาต	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธานกรรมการ
2. นพ.รัฐพร บำรุงผล	นายแพทย์ชำนาญการ	รองประธานกรรมการ คนที่ 1
3. พญ.พิชญ์ภักดิ์สินี สุ่มมาตย์	นายแพทย์ชำนาญการ	รองประธานกรรมการ คนที่ 2
4. พญ.ธัญพร การิสุข	นายแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการ
5. นางสาวสดี ธรรมมา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
6. นางนุชรา อุบลพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
7. นางพิกุล ทับศัพท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
8. นายทรงพล สร้างพล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
9. นางสาวจันทร์พิมพ์ สีทานาม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
10. นางวิไลพร สีลาดเลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
11. นางอุไรวรรณ เจริญชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
12. นางเยาวลักษณ์ คำวิไชย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
13. นางศรินทร์ พัฒนวิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีหน้าที่

1. ส่งเสริมและกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้รับทราบ Trigger และการเก็บข้อมูล
2. รวบรวมข้อมูล Trigger ในหน่วยงาน
3. ค้นหาอุบัติการณ์จากเวชระเบียน
4. ประชุมปรึกษาหารือ เพื่อรวบรวมหาข้อมูลอุบัติการณ์ร่วมกัน
5. รวบรวมผลการดำเนินการให้คณะกรรมการ PCT ทราบเพื่อหาแนวทางแก้ไข

สั่ง ณ วันที่ ๒๘ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายชูชัย เต็มธนะกิจไพศาล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ โทรศัพท์ ๐ ๔๓๕๘ ๑๓๒๑ ต่อ ๖๗๒

ที่ รอ ๐๐๓๓.๓๐๗/ วันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง รายงานการประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

เรื่องเดิม

ด้วย คณะทำงานจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ในคราวประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๗ เพื่อประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ นั้น

ข้อเท็จจริง

กลุ่มงานบริหารทั่วไป ขอเรียนว่า คณะทำงานจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ได้จัดทำรายงานการประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ เรียบร้อยแล้ว ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ หากเห็นชอบขอได้โปรดดำเนินการ

๑. อนุมัติรายงานการประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๒. อนุญาตให้นำข้อมูลขึ้นเผยแพร่บนเว็บไซต์หน่วยงาน

(นายธนวัฒน์ จันทโก)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

(นายชูชัย เต็มธนะกิจไพศาล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค
โรงพยาบาลอาจสามารถ
ตามประกาศโรงพยาบาลอาจสามารถ
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลอาจสามารถ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
วัน/เดือน/ปี : ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๗
หัวข้อ: การประเมินความเสี่ยงการทุจริต และการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ
ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

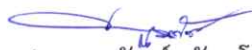
รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)
การประเมินความเสี่ยงการทุจริต และการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ
ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

Link ภายนอก: ไม่มี

หมายเหตุ :

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

ผู้อนุมัติรับรอง



(นายธนวัฒน์ จันทโก)

ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

วันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๗



(นายชูชัย เต็มธนะกิจไพศาล)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

วันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๗

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่



(นายพัชรพล พลเยี่ยม)

นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

วันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๗

สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗

เมื่อวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๓.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมมัลลียาทอง โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

ผู้มาประชุม

๑. พญ.นิภาพร อึ้งเจริญธนกิจ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธานกรรมการ
๒. พญ.ศศิธร วงศ์อาจ	นายแพทย์ชำนาญการ	รองประธานกรรมการ
๓. พญ. สุรีธร จัดสนาม ผาตากแดด	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๔. นพ. บารมี ศรีทอง	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางจิราวรรณ สุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางนิรมล สังวร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางรจนา สีเสา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กรรมการ
๘. นางจิงกร สุดหลักทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางสาวกาญจณีย์ พาหา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๐. นางเบ็ญญารัตน์ ยมรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๑. นางสาวนฤมล ศรีโสภา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๒. นายธนวัฒน์ จันทโก	นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๓. นายนิติ พลสมบัติ	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	กรรมการ
๑๔. นายมาตุภูมิ กิตติสุนทรโรภาศ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	กรรมการ
๑๕. นางปรียานุช สาริกุล	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	กรรมการ
๑๖. นายอภิววัฒน์ คลังมนตรี	จพง. รังสีการแพทย์ชำนาญงาน	กรรมการ
๑๗. นางสาวฐิติยา งามเลิศ	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ
๑๘. นางสุภาพร ชดช้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๙. นางจินตนา พิสิกเรือง	พนักงานบัตรรายงานโรค	กรรมการ
๒๐. นางสาวสุทธาสินี ทีอุทิศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๑. นางอัญชุลีพร นวะระภา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๒. นางสาวยุวรณ สิทธิการ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กรรมการ
๒๓. นางสะอาด คำสวาสดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๔. นางปฎิภา คลังมนตรี	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	กรรมการ
๒๕. นายไพบุลย์ ดีพลางม	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๒๖. นางสะอาด คำสวาสดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๒๗. ภญ.นันทภักดิ์ ตามบุญไกรสร	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

ประธานกล่าวเปิดประชุม และดำเนินการตามระเบียบวาระการประชุมดังต่อไปนี้

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ตามคำสั่งโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ที่ ๑๕๘/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องการรับรองรายงานการประชุม ครั้งที่ ๒/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖

- **มติที่ประชุมรับรอง**

-/ระเบียบวาระ...

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง (ถ้ามี)

- ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องที่เสนอให้ที่ประชุมทราบ

- ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องที่เสนอให้ที่ประชุมพิจารณา

๑. การจัดทำแผนและวิเคราะห์ความเสี่ยงโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ด้านการรักษาพยาบาล

(รายละเอียดตามเอกสารแนบ)

๒. การจัดทำแผนและวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง พัสดุ (รายละเอียดตามเอกสารแนบ)

มติที่ประชุม อนุมัติ

ระเบียบวาระที่ ๖ เรื่องอื่นๆ (ถ้ามี)



(นายธณวัฒน์ จันทโก)

ผู้จัดรายงานการประชุม



(นายชูชัย เต็มธนะกิจไพศาล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

รายงานแผนบริหาร

ความเสี่ยงและทุจริต

โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗

1. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันการทุจริตในประเทศไทยมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เห็นได้จากดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชัน (Corruptions Perceptions Index : CPI) ในช่วงที่ผ่านมา คะแนนของประเทศไทยอยู่ในระดับต่ำกว่า 50 คะแนน มาตลอด โดยในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีระดับคะแนน CPI 35 คะแนน โดยอยู่ในลำดับที่ 110 จาก 180 ประเทศ ส่งผลถึงภาพลักษณ์และความเชื่อมั่นต่อต่างชาติที่มีต่อประเทศไทย และจากยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2560 – 2564) ได้กำหนดเป้าประสงค์ในการเพิ่มระดับของค่าดัชนีชี้วัดภาพลักษณ์คอร์รัปชัน (CPI) ของประเทศไทยสูงกว่าร้อยละ 50 และเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายดังกล่าว สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (สำนักงาน ป.ป.ช.) ได้นำเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) มาใช้ในการประเมินการดำเนินงานของส่วนราชการ ซึ่งเป็นเกณฑ์ประเมินผลที่ต้องการให้หน่วยงานของรัฐยกระดับให้โปร่งใสและต่อต้านการทุจริตในองค์กร โดยการสนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินการเกี่ยวกับการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนการให้ความรู้ตามคู่มือประมวลจริยธรรมเกี่ยวกับการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

การมีผลประโยชน์ทับซ้อนถือเป็นการทุจริตคอร์รัปชันประเภทหนึ่ง เพราะเป็นการแสวงหาประโยชน์ส่วนบุคคลโดยการละเมิดต่อกฎหมายหรือจริยธรรม โดยการใช้อำนาจในตำแหน่งหน้าที่ไปแทรกแซงการใช้ดุลยพินิจในกระบวนการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่ของรัฐ จนทำให้เกิดการละทิ้งคุณธรรมในการปฏิบัติหน้าที่สาธารณะ ขาดความเป็นอิสระ ความเป็นกลางและความเป็นธรรม จนส่งผลกระทบต่อประโยชน์สาธารณะของส่วนรวม และผลประโยชน์หลักขององค์กร หน่วยงาน สถาบันและสังคมต้องสูญเสียไป โดยผลประโยชน์ที่เสียไปอาจอยู่ในรูปแบบของผลประโยชน์ทางการเงิน คุณภาพการให้บริการ ความเป็นธรรมในสังคม รวมถึงคุณค่าอื่น ๆ อย่างไรก็ตามท่ามกลางผู้ที่ตั้งใจระทำความผิด ยังพบผู้กระทำความผิด โดยไม่เจตนาหรือไม่มีความรู้ในเรื่องดังกล่าวอีกเป็นจำนวนมาก จนนำไปสู่การถูกกล่าวหา ร้องเรียนเรื่องทุจริตหรือถูกลงโทษทางอาญา ผลประโยชน์ทับซ้อนหรือความขัดแย้งกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตัว และผลประโยชน์ส่วนรวม (Conflict of Interest : COI) เป็นประเด็นปัญหาทางการบริหารภาครัฐในปัจจุบัน ที่เป็นบ่อเกิดของปัญหาการทุจริตประพฤติมิชอบในระดับที่รุนแรงขึ้น และยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ

การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนเป็นเรื่องที่มีความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น ในเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) จึงได้มีการประเมินในด้านการต่อต้านการทุจริตในองค์กรเกี่ยวกับการดำเนินงานเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนของหน่วยงาน ให้มีการดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน เพื่อกำหนดเป็นมาตรการ ในการป้องกันการทุจริต การบริหารงานที่โปร่งใสและตรวจสอบได้ จึงได้ดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนใน และกำหนดมาตรการ กลไกหรือแนวทางในการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนของกรมสุขภาพจิตด้วย

ผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interests) หมายถึง ความทับซ้อนกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนกับผลประโยชน์สาธารณะที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ทั้งเป็นสถานการณ์ที่เจ้าหน้าที่ของรัฐมีผลประโยชน์ส่วนตนอยู่และได้ใช้อิทธิพลตามอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ เพื่อให้เกิดประโยชน์ส่วนตัว โดยก่อให้เกิดผลเสียต่อผลประโยชน์ส่วนรวม มีหลากหลายรูปแบบไม่จำกัดอยู่ในรูปแบบของตัวเงินหรือทรัพย์สินเท่านั้น แต่รวมถึงประโยชน์อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ในรูปตัวเงินหรือทรัพย์สินที่มีลักษณะอื่น ๆ อาทิ การแต่งตั้งพรรคพวกให้มาดำรงตำแหน่งในหน่วยงาน หรือตัดสินใจให้ญาติพี่น้องหรือพวกพ้องเข้ามามีส่วนร่วม ในประโยชน์สาธารณะโดยมิชอบ ทำให้ส่งผลเสียต่อส่วนรวม

การวิเคราะห์ความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ระบบในการบริหารจัดการ และการควบคุมกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อลดมูลเหตุของโอกาสที่จะทำให้เกิดความเสียหายจากการปฏิบัติงาน ที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน ประเภทของความเสี่ยง แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ คือ ความเสี่ยงที่เกี่ยวกับการบรรลุเป้าหมายและพันธกิจในภาพรวมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์และเหตุการณ์ภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อกลยุทธ์ที่กำหนดไว้ และการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ไม่เหมาะสม รวมถึงความไม่สอดคล้องกันระหว่างนโยบาย เป้าหมายกลยุทธ์ โครงสร้างองค์กร ภาวะการแข่งขัน ทรัพยากรและสภาพแวดล้อม อันส่งผลกระทบต่อวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กร

2) ความเสี่ยงด้านการเงิน คือ ความเสี่ยงที่เกี่ยวกับการบริหารงบประมาณและการเงิน เช่น การบริหารการเงินที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ทำให้ขาดประสิทธิภาพและไม่ทันต่อสถานการณ์ หรือเป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเงินขององค์กร เช่น การประมาณการงบประมาณไม่เพียงพอ และไม่สอดคล้องกับขั้นตอนการดำเนินการ เป็นต้น สืบเนื่องจากการขาดการจัดหาข้อมูล การวิเคราะห์ การวางแผน การควบคุมและการจัดทำรายงานเพื่อนำมาใช้ในการบริหารงบประมาณและการเงินดังกล่าว

3) ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน คือ ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพและประสิทธิผล หรือผลการปฏิบัติงาน โดยความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเป็นความเสี่ยงเนื่องจากกระบวนการภายในขององค์กร/กระบวนการเทคโนโลยี หรือนวัตกรรมที่ใช้/บุคลากร/ความเพียงพอของข้อมูล ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานขององค์กร

4) ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง คือ ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎระเบียบต่าง ๆ โดยความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเป็นความเสี่ยงเนื่องจากความไม่ชัดเจน ความไม่ทันสมัย หรือความไม่ครอบคลุมกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ รวมถึงการทำนิติกรรมสัญญา การร่างสัญญาที่ไม่ครอบคลุมการดำเนินงาน

สาเหตุของการเกิดความเสี่ยง อาจเกิดจากปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย คือ

1) ปัจจัยภายใน เช่น นโยบายของผู้บริหาร ความซื่อสัตย์ จริยธรรม คุณภาพของบุคลากร และการเปลี่ยนแปลงระบบงาน ความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บ่อยครั้ง การควบคุมกำกับดูแลไม่ทั่วถึง และการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบหรือข้อบังคับของหน่วยงาน เป็นต้น

2) ปัจจัยภายนอก เช่น กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับของทางราชการ การเปลี่ยนทางเทคโนโลยี หรือสภาพการแข่งขัน สภาวะแวดล้อมทั้งทางเศรษฐกิจและการเมือง เป็นต้น

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างวัฒนธรรมสุจริต และแสดงเจตจำนง สุจริตในการบริหารราชการให้เกิดความคิด แยกแยะผลประโยชน์ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวม
2. เพื่อแสดงความมุ่งมั่นในการบริหารราชการโดยใช้หลักธรรมาภิบาล
3. เพื่อตรวจสอบการบริหารงานและการปฏิบัติราชการของเจ้าหน้าที่รัฐ ไม่ให้เกิดการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัวในตำแหน่งหน้าที่อันสมควรได้โดยชอบด้วยกฎหมาย ให้ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม เป็นแบบอย่างที่ดี ยืนหยัดยึดมั่นในสิ่งที่ถูกต้อง เป็นธรรม ถูกกฎหมาย โปร่งใส และตรวจสอบได้
4. เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาต่อการบริหารราชการแผ่นดินแก่ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และประชาชน

3. การประเมินความเสี่ยงการทุจริต โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

3.1 ระบุประเภทความเสี่ยงและสถานะความเสี่ยง

ที่	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	ประเภทความเสี่ยงการทุจริต		สถานะความเสี่ยง			
		Know Factor	UnKnow Factor	เขียว	เหลือง	ส้ม	แดง
1	<p>กระบวนการตรวจสอบการจัดซื้อจัดจ้าง และการเบิกจ่ายเงินตามระเบียบ</p> <p>1.1 ไม่มีใบส่งของแนบประกอบการเบิกจ่าย</p> <p>1.2 เอกสารประกอบการจัดซื้อจัดจ้าง ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง</p> <p>1.3 การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปฝึกอบรม/สัมมนา ไม่เหมาะสม ไม่ถูกต้อง ตามระเบียบ</p> <p>1.4 การเบิกจ่ายโครงการไม่ถูกต้อง ตามระเบียบ</p>	✓		✓			
2	<p>กระบวนการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ ที่มีปัญหา</p> <p>2.1 แบบฟอร์มใบเบิกในส่วนของผู้เบิก หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงานผู้เบิก ไม่ได้ลงชื่อ แต่ใช้การพิมพ์ชื่อ</p> <p>2.2 ใบเบิกบางฉบับหน่วยงานผู้เบิก ไม่ได้ลงชื่อผู้ตรวจรับ (วัสดุการแพทย์)</p> <p>2.3 ไม่ได้จัดทำใบเบิกเพื่อใช้เป็นหลักฐานในการเบิก</p> <p>2.4 ใบอนุมัติจ่ายเวชภัณฑ์ไม่มีการลงชื่อผู้อนุมัติเบิก</p> <p>2.5 ไม่ได้จัดทำบัญชีคุมยา และเวชภัณฑ์ที่มีปัญหา และ/หรือไม่ได้จัดทำ Stock card แนบกับตัวยาในคลัง</p> <p>2.6 ไม่ได้จัดทำแผนการจัดซื้อยา ตามที่ระเบียบกำหนด</p> <p>2.7 ยาหมดอายุ ยังไม่ได้ดำเนินการ</p>	✓		✓			

ที่	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	ประเภทความเสี่ยงการทุจริต		สถานะความเสี่ยง			
		Know Factor	UnKnow Factor	เขี้ยว	เหลื่อง	ลั้ม	แดง
	จำหน่าย						
3	กระบวนการบริหารรถราชการ 3.1 ไม่ได้จัดทำใบขออนุญาตใช้รถและบันทึกการใช้รถ 3.2 เลขไมล์ในบันทึกการใช้รถกับรายงานการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงไม่สัมพันธ์กัน 3.3 รถราชการของหน่วยงานบางคันติดตราส่วนราชการเป็นสติ๊กเกอร์ไม่ได้พันสีตราเครื่องหมายประจำของโรงพยาบาลคู่แก้ว 3.4 มีการจัดทำทะเบียนควบคุมการจัดซื้อน้ำมันเชื้อเพลิง แต่การบันทึกยังไม่ครบถ้วน ไม่เป็นปัจจุบัน	✓		✓			
4	กระบวนการบริหารงบประมาณและแผนปฏิบัติการประจำปี 4.1 รายงานผลการใช้จ่ายเงินในแผนผลการดำเนินงานไม่ได้ปรับให้ตรงกัน 4.2 กรณีปรับแผนฯ ไม่พบหลักฐานหนังสือแจ้งงานแผน และหนังสือขออนุมัติปรับแผนการดำเนินงานต่อผู้อำนวยการก่อนดำเนินการ 4.3 เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ มีการจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานโครงการ แต่ไม่ได้สรุปเรื่องการใช้จ่ายเงินในโครงการและไม่ได้นำเสนอผู้อำนวยการทุกโครงการ 4.4 ไม่ได้ขออนุมัติตัวบุคคลผู้เข้าร่วมโครงการ	✓		✓			

ที่	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	ประเภทความเสี่ยงการทุจริต		สถานะความเสี่ยง			
		Know Factor	UnKnow Factor	เขียว	เหลือง	ส้ม	แดง
5	กระบวนการควบคุมระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ 5.1 ไม่ได้จัดทำแผนบำรุงรักษาดูแลเครื่องคอมพิวเตอร์ 5.2 ไม่ได้จัดทำแผนแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ความไม่แน่นอน และภัยพิบัติที่อาจจะเกิดกับระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศ (IT Contingency Plan) 5.3 ยังไม่มีการกำหนดสิทธิในการใช้โปรแกรมระบบงานคอมพิวเตอร์แก่ผู้ใช้งานอย่างเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบ	✓		✓			

หมายเหตุ

Know Factor เป็นความเสี่ยงทางพฤติกรรมที่รับรู้ว่าจะเคยเกิดมาก่อน คาดหมายว่ามีโอกาสที่จะเกิดซ้ำ มีประวัติอยู่แล้ว

Unknow Factor เป็นความเสี่ยงที่ไม่เคยเกิดขึ้นหรือไม่มีประวัติมาก่อน แต่มีความเสี่ยงจากการพยากรณ์ในอนาคตว่ามีโอกาสเกิด

หมายเหตุ ความหมายของสถานะความเสี่ยงตามสีไฟจราจร มีรายละเอียดดังนี้

- สถานะสีเขียว : ความเสี่ยงระดับต่ำ
- สถานะสีเหลือง : ความเสี่ยงระดับปานกลาง และสามารถใช้เวลารอบคอบระมัดระวัง ในระหว่างปฏิบัติงานตามปกติควบคุมดูแลได้
- สถานะสีส้ม : ความเสี่ยงระดับสูง เป็นกระบวนการที่มีผู้เกี่ยวข้องหลายคน หน่วยงาน ภายในองค์กร มีหลายขั้นตอน จนยากต่อการควบคุม หรือไม่มีอำนาจเข้าควบคุม ข้ามหน่วยงานตามหน้าที่ปกติ
- สถานะสีแดง : ความเสี่ยงระดับสูงมาก เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอก คนที่ไม่รู้จัก ไม่สามารถตรวจสอบได้ชัดเจน ไม่สามารถกำกับติดตามได้อย่างใกล้ชิด หรือสม่าเสมอ

3.2 เมทริกส์ระดับความเสี่ยง (Risk level matrix) และระดับความจำเป็นของการเฝ้าระวัง

ที่	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	ระดับความจำเป็นของการเฝ้าระวัง 3 2 1	ระดับความรุนแรงของผลกระทบ 3 2 1	ค่าความเสี่ยงรวม จำเป็น x รุนแรง	กิจกรรมหรือขั้นตอนหลัก MUST 3 2	กิจกรรมหรือขั้นตอนรอง SHOULD 1
1	<p>กระบวนการตรวจสอบการจัดซื้อจัดจ้างและการเบิกจ่ายเงินตามระเบียบ</p> <p>1.1 ไม่มีใบส่งของแนบประกอบ การเบิกจ่าย</p> <p>1.2 เอกสารประกอบการจัดซื้อจัดจ้าง ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง</p> <p>1.3 การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปฝึกอบรม/สัมมนา ไม่เหมาะสม ไม่ถูกต้อง ตามระเบียบ</p> <p>1.4 การเบิกจ่ายโครงการไม่ถูกต้อง ตามระเบียบ</p>	3	3	9	3	-
2	<p>กระบวนการบริหารคลังยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา</p> <p>2.1 แบบฟอร์มใบเบิกในส่วนของผู้เบิก หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงานผู้เบิก ไม่ได้ลงชื่อ แต่ใช้การพิมพ์ชื่อ</p> <p>2.2 ใบเบิกบางฉบับหน่วยงานผู้เบิก ไม่ได้ลงชื่อผู้ตรวจรับ (วัสดุการแพทย์)</p> <p>2.3 ไม่ได้จัดทำใบเบิกเพื่อใช้เป็นหลักฐานในการเบิก</p> <p>2.4 ใบอนุมัติจ่ายเวชภัณฑ์ไม่มีการลงชื่อผู้อนุมัติเบิก</p> <p>2.5 ไม่ได้จัดทำบัญชีคุมยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และ/หรือไม่ได้จัดทำ Stock card แนบกับตัวยาในคลัง</p> <p>2.6 ไม่ได้จัดทำแผนการจัดซื้อยาตามที่ระเบียบกำหนด</p>	3	3	9	3	-

ที่	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	ระดับความ จำเป็นของ การเฝ้าระวัง 3 2 1	ระดับความ รุนแรงของ ผลกระทบ 3 2 1	ค่าความเสี่ยง รวม จำเป็น x รุนแรง	กิจกรรมหรือ ขั้นตอนหลัก MUST 3 2	กิจกรรมหรือ ขั้นตอนรอง SHOULD 1
	2.7 ยาหมดอายุ ยังไม่ได้ดำเนินการ จำหน่าย					
3	กระบวนการบริหารราชการ 3.1 ไม่ได้จัดทำใบขออนุญาตใช้รถ และบันทึกการใช้รถ 3.2 เลขไมล์ในบันทึกการใช้รถ กับรายงานการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงไม่ สัมพันธ์กัน 3.3 ราชการของหน่วยงานบางคัน ติดตราส่วนราชการเป็นสติ๊กเกอร์ ไม่ได้พ่นสีตราเครื่องหมายประจำ ของโรงพยาบาลคู่แก้ว 3.4 มีการจัดทำทะเบียนควบคุมการ จัดซื้อน้ำมันเชื้อเพลิง แต่การบันทึกยังไม่ ครบถ้วน ไม่เป็นปัจจุบัน	3	3	9	3	-

หมายเหตุ :

ระดับความจำเป็นของการเฝ้าระวัง มีแนวทางพิจารณา ดังนี้

- กิจกรรม/ขั้นตอนหลักที่สำคัญของกระบวนการงาน แสดงว่ากระบวนการงาน/ขั้นตอน เป็น **MUST** หมายถึงว่ามีความจำเป็นสูงของการเฝ้าระวังความเสี่ยงการทุจริตที่ต้องทำการป้องกัน ไม่ดำเนินการไม่ได้ ค่าของ **MUST** คือ ค่าที่อยู่ในระดับ 3 หรือ 2

- กิจกรรม/ขั้นตอนรองของกระบวนการงาน แสดงว่ากระบวนการงาน/ขั้นตอน เป็น **SOULD** หมายถึงว่ามีความจำเป็นต่ำในการเฝ้าระวังความเสี่ยงการทุจริต ค่าของ **SOULD** คือ ค่าที่อยู่ในระดับ 1 เท่านั้น

3.3 การประเมินควบคุมความเสี่ยง

ระดับความรุนแรงของผลกระทบตาม Balanced Scorecard

โอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต	1	2	3
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย Stakeholders รวมถึงหน่วยงานกำกับดูแล พันธมิตร ภาครัฐหรือข่าย		X	X
ผลกระทบทางการเงิน รายได้ลด รายจ่ายเพิ่ม Financial		X	X
ผลกระทบต่อผู้ใช้บริการ กลุ่มเป้าหมาย Customer/User		X	X
ผลกระทบต่อกระบวนการภายใน Internal Process	X	X	
ผลกระทบด้านการเรียนรู้ องค์กรความรู้ Learning & Growth	X	X	

ระดับความรุนแรงของผลกระทบ มีแนวทางพิจารณา ดังนี้

กิจกรรมหรือขั้นตอนปฏิบัติงานนั้นเกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย Stakeholders รวมถึงหน่วยงานกำกับดูแล พันธมิตร ภาครัฐหรือข่าย ค่าอยู่ที่ 2 หรือ 3

- กิจกรรมหรือขั้นตอนปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับ ผลกระทบทางการเงิน รายได้ลด รายจ่ายเพิ่ม Financial ค่าอยู่ที่ 2 หรือ 3

- กิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติงานนั้นผลกระทบต่อผู้ใช้บริการ กลุ่มเป้าหมาย Customer / User ค่าอยู่ที่ 2 หรือ 3

- กิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติงานนั้นผลกระทบต่อกระบวนการภายใน Internal Process หรือผลกระทบด้านการเรียนรู้ องค์กรความรู้ Learning & Growth ค่าอยู่ที่ 1 หรือ 2

การประเมินการควบคุมความเสี่ยง (Risk-Control Matrix Assessment)

โรงพยาบาลสุวรณภูมิ นำค่าความเสี่ยง (ความจำเป็นของการเฝ้าระวัง X ระดับความรุนแรงของผลกระทบ) รวมจากตารางข้อ 3.2 มาทำการประเมินการควบคุมภายในกระบวนการต่าง ๆ ว่าอยู่ในระดับใด เมื่อเทียบกับคุณภาพการจัดการ ได้แก่ คุณภาพการจัดการ สอดส่อง และเฝ้าระวังในงานปกติ กำหนดเกณฑ์คุณภาพการจัดการ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับดี จัดการได้ทันที ทุกครั้งที่เกิดความเสี่ยง ไม่กระทบถึงผู้ใช้บริการ/ผู้รับมอบผลงาน องค์กรไม่มีผลเสียทางการเงิน ไม่มีรายจ่ายเพิ่ม

ระดับพอใช้ จัดการได้โดยส่วนใหญ่ มีบางครั้งยังจัดการไม่ได้ กระทบถึงผู้ใช้บริการ/ผู้รับมอบ ผลงานองค์กรแต่ยอมรับได้ มีความเข้าใจ

ระดับอ่อน จัดการไม่ได้ หรือได้เพียงส่วนน้อย การจัดการเพิ่มเกิดจากรายจ่าย มีผลกระทบต่อผู้ใช้บริการ/ผู้รับมอบผลงานและยอมรับไม่ได้ ไม่มีความเข้าใจ

โรงพยาบาลสุรธรรมภูมิ ได้นำประเด็นระดับความรุนแรงของผลกระทบ และการประเมินก่อนควบคุมความเสี่ยง และนำมาวิเคราะห์การประเมิน การควบคุมความเสี่ยง ดังนี้

กระบวนการที่มีความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน	คุณภาพการจัดการ	ค่าประเมินการควบคุมความเสี่ยงการทุจริต		
		ค่าความเสี่ยงระดับต่ำ	ค่าความเสี่ยงระดับปานกลาง	ค่าความเสี่ยงระดับสูง
กระบวนการตรวจสอบการจัดซื้อจัดจ้างและการเบิกจ่ายเงินตามระเบียบ	พอใช้	-	-	สูง (9)
กระบวนการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ที่มีใบยา	พอใช้	-	-	สูง (9)
กระบวนการบริหารราชการ	พอใช้	-	-	สูง (9)

แผนบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ คัดเลือกความเสี่ยงการทุจริตในความโปร่งใสของการใช้อำนาจและตำแหน่งหน้าที่ ในกระบวนการต่าง ๆ ที่มีค่าความเสี่ยงระดับสูง (๙) จากการประเมินการควบคุมความเสี่ยง (Risk-Control Matrix Assessment) ในช่องค่าความเสี่ยงระดับสูง (๙) มาจัดจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง ดังนี้

ชื่อแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ที่	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	มาตรการป้องกันการทุจริต (ควบคุมความเสี่ยงการทุจริต)
๑	<p>กระบวนการตรวจสอบการจัดซื้อจัดจ้างและการเบิกจ่ายเงินตามระเบียบ</p> <p>๑.๑ ไม่มีใบส่งของแนบประกอบการเบิกจ่าย</p> <p>๑.๒ เอกสารประกอบการจัดซื้อจัดจ้างไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง</p> <p>๑.๓ การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป ผูกอบรม/สัมมนา ไม่เหมาะสม ไม่ถูกต้อง ตามระเบียบ</p> <p>๑.๔ การเบิกจ่ายโครงการไม่ถูกต้องตามระเบียบ</p>	<p>๑. จัดการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านการเงินบัญชีและพัสดุ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการบริหารงานงบประมาณ การตรวจเอกสารเบิกจ่าย รวมถึงการบริหารงานด้านจัดซื้อจัดหาพัสดุ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การทำงานร่วมกัน</p> <p>๒. เพิ่มการควบคุม และตรวจสอบการทำงาน กำกับติดตามโดยหัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย</p> <p>๓. จัดทำแนวทางปฏิบัติด้านการจัดซื้อจัดจ้าง และการเบิกจ่ายที่ถูกต้องตามระเบียบ</p>
๒	<p>กระบวนการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา</p> <p>๒.๑ แบบฟอร์มใบเบิกในส่วนของผู้เบิก หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงานผู้เบิก ไม่ได้ลงชื่อแต่ใช้การพิมพ์ชื่อ</p> <p>๒.๒ ใบเบิกบางฉบับหน่วยงานผู้เบิกไม่ได้ลงชื่อผู้ตรวจรับ (วัสดุการแพทย์)</p> <p>๒.๓ ไม่ได้จัดทำใบเบิกเพื่อใช้เป็นหลักฐานในการเบิก</p> <p>๒.๔ ใบอนุมัติจ่ายเวชภัณฑ์ไม่มีการลงชื่อผู้อนุมัติเบิก</p> <p>๒.๕ ไม่ได้จัดทำบัญชีคุมยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และ/หรือไม่ได้จัดทำ Stock card แนบกับตัวยาในคลัง</p> <p>๒.๖ ไม่ได้จัดทำแผนการจัดซื้อยา ตามที่ระเบียบกำหนด</p> <p>๒.๗ ยาหมดอายุ ยังไม่ได้ดำเนินการจำหน่าย</p>	<p>๑. กำชับให้มีการจัดทำบัญชียาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาให้ครบทุกรายการ และบันทึกให้เป็นปัจจุบัน เพื่อให้ถูกต้องตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐</p> <p>๒. กำชับให้การเบิกยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาทุกครั้งต้องมีใบเบิกเพื่อเป็นหลักฐานในการเบิกจ่ายออกจากคลัง เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐</p>
๓	<p>กระบวนการบริหารรถราชการ</p> <p>๓.๑ ไม่ได้จัดทำใบขออนุญาตใช้รถ และบันทึกการใช้รถ</p> <p>๓.๒ เลขไมล์ในบันทึกการใช้รถกับรายงานการใช้ น้ำมันเชื้อเพลิงไม่สัมพันธ์กัน</p> <p>๓.๓ รถราชการของหน่วยงานบางคันติดตราส่วน</p>	<p>๑. กำชับให้เมื่อมีการนำรถราชการออกไปใช้ ต้องมีการบันทึกรายละเอียดในการบันทึกการใช้รถทุกครั้ง โดยบันทึกให้ครบถ้วนถูกต้องทุกช่องทาง เพื่อเป็นประโยชน์ในการตรวจสอบรายละเอียดการใช้รถยนต์ และถูกต้องตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการใช้รถราชการ พ.ศ. ๒๕๒๓</p>

ที่	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	มาตรการป้องกันการทุจริต (ควบคุมความเสี่ยงการทุจริต)
	<p>ราชการเป็นสต็อกเกอร์ ไม่ได้พ่นสีตราเครื่องหมายประจำของโรงพยาบาลอาจสามารถ</p> <p>๓.๔ มีการจัดทำทะเบียนควบคุมการจัดซื้อน้ำมันเชื้อเพลิง แต่การบันทึกยังไม่ครบถ้วน ไม่เป็นปัจจุบัน</p>	<p>๒. กำหนดให้การใช้รถยนต์ส่วนบุคคล ผู้ต้องการใช้รถต้องระบุการขอให้ชัดเจน ครบถ้วน เช่น เวลาไป-กลับ สถานที่ไป เป็นต้น และเจ้าหน้าที่งานยานพาหนะต้องตรวจสอบอีกครั้ง เพื่อเป็นการควบคุมภายในที่ดี เป็นการปฏิบัติให้อยู่ในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการใช้รถราชการ พ.ศ. ๒๕๒๓ ด้วย</p> <p>๓. กำชับติดตามให้รถส่วนบุคคลทุกคันต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการใช้รถราชการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๐ ซึ่งกำหนดให้รถส่วนบุคคลทุกคันมีตราเครื่องหมายประจำส่วนราชการ</p> <p>๔. หน่วยงานต้องจัดทำประวัติซ่อมบำรุงของรถแต่ละคัน และบันทึกให้เป็นปัจจุบัน เพื่อถือปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการใช้รถราชการ พ.ศ. ๒๕๒๓</p> <p>๕. มีระบบการติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์การป้องกันการทุจริตด้วยการควบคุมภายใน</p>

หมายเหตุ :

พิจารณาเหตุการณ์ความเสี่ยงที่มีค่าความเสี่ยงการทุจริต จากการประเมินการควบคุมความเสี่ยง (Risk-Control Matrix Assessment) ในขั้นตอนที่ ๔ จากลำดับความรุนแรงความเสี่ยงที่อยู่ในระดับ สูง ค่อนข้างสูง ปานกลาง มาจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการทุจริต

รายงานผลการเฝ้าระวังความเสี่ยง

ที่	มาตรการป้องกันการทุจริต	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	สถานะความเสี่ยง		
			เขียว	เหลือง	แดง
๑	<p>๑. จัดการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านการเงินบัญชีและพัสดุ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการบริหารงานงบประมาณ การตรวจเอกสารเบิกจ่าย รวมถึงการบริหารงานด้านจัดซื้อจัดหาพัสดุ ให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การทำงานร่วมกัน</p> <p>๒. เพิ่มการควบคุม และตรวจสอบการทำงาน กำกับติดตามโดยหัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย</p> <p>๓. จัดทำแนวทางปฏิบัติด้านการจัดซื้อจัดจ้าง และการเบิกจ่ายที่ถูกต้องตามระเบียบ</p>	<p>กระบวนการตรวจสอบการจัดซื้อจัดจ้าง และการเบิกจ่ายเงินตามระเบียบ</p> <p>๑.๑ ไม่มีใบส่งของแนบประกอบการเบิกจ่าย</p> <p>๑.๒ เอกสารประกอบการจัดซื้อจัดจ้าง ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง</p> <p>๑.๓ การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปฝึกอบรม/สัมมนา ไม่เหมาะสม</p> <p>ไม่ถูกต้อง ตามระเบียบ</p> <p>๑.๔ การเบิกจ่ายโครงการไม่ถูกต้องตามระเบียบ</p>	✓		
๒	<p>๑. กำชับให้มีการจัดทำบัญชียา และเวชภัณฑ์ที่มีไขยาให้ครบทุกรายการ และบันทึกให้เป็นปัจจุบัน เพื่อให้ถูกต้องตามระเบียบ กระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐</p> <p>๒. กำชับให้การเบิกยาและเวชภัณฑ์ที่มีไขยาทุกครั้ง ต้องมีใบเบิกเพื่อเป็นหลักฐานในการเบิกจ่ายออกจากคลัง เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปตามระเบียบ กระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐</p>	<p>กระบวนการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ที่มีไขยา</p> <p>๒.๑ แบบฟอร์มใบเบิกในส่วนของผู้เบิก หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงานผู้เบิก ไม่ได้ลงชื่อ แต่ใช้การพิมพ์ชื่อ</p> <p>๒.๒ ใบเบิกบางฉบับหน่วยงานผู้เบิก ไม่ได้ลงชื่อผู้ตรวจรับ (วัสดุการแพทย์)</p> <p>๒.๓ ไม่ได้จัดทำใบเบิกเพื่อใช้เป็นหลักฐานในการเบิก</p> <p>๒.๔ ใบอนุมัติจ่ายเวชภัณฑ์ไม่มีการลงชื่อผู้อนุมัติเบิก</p> <p>๒.๕ ไม่ได้จัดทำบัญชีคุมยา และเวชภัณฑ์ที่มีไขยา และ/หรือไม่ได้จัดทำ Stock card แนบกับตัวยาในคลัง</p> <p>๒.๖ ไม่ได้จัดทำแผนการจัดซื้อยา ตามที่ระเบียบกำหนด</p> <p>๒.๗ ยาหมดอายุ ยังไม่ได้ดำเนินการจำหน่าย</p>	✓		
๓	<p>๑. กำชับให้เมื่อมีการนำรถราชการออกไปใช้ ต้องมีการบันทึกรายละเอียดในการบันทึกการใช้รถทุกครั้ง โดยบันทึกให้ครบถ้วนถูกต้องทุก</p>	<p>กระบวนการบริหารรถราชการ</p> <p>๓.๑ ไม่ได้จัดทำใบขออนุญาตใช้รถ และบันทึกการใช้รถ</p> <p>๓.๒ เลขไมล์ในบันทึกการใช้รถกับรายงาน</p>	✓		

ที่	มาตรการป้องกันการทุจริต	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	สถานะความเสี่ยง		
			เขียว	เหลือง	แดง
	<p>ช่องทาง เพื่อเป็นประโยชน์ ในการตรวจสอบรายละเอียด การใช้รถยนต์ และถูกต้องตามระเบียบ สำนักงานนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการใช้รถราชการ พ.ศ. ๒๕๒๓</p> <p>๒. กำหนดให้การใช้รถยนต์ส่วนบุคคล ผู้ต้องการใช้รถต้องระบุการขอให้ชัดเจน ครบถ้วน เช่น เวลาไป-กลับ สถานที่ไป เป็นต้น และเจ้าหน้าที่งานยานพาหนะต้องตรวจสอบอีกครั้ง เพื่อเป็นการควบคุมภายในที่ดี เป็นการปฏิบัติให้อยู่ในระเบียบสำนักงานนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการใช้รถราชการ พ.ศ. ๒๕๒๓ ด้วย</p> <p>๓. กำชับติดตามให้รถส่วนบุคคลคัน ต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามระเบียบสำนักงานนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการใช้รถราชการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๐ ซึ่งกำหนดให้รถส่วนบุคคลคันมีตราเครื่องหมายประจำส่วนราชการ</p> <p>๔. หน่วยงานต้องจัดทำประวัติซ่อมบำรุงของรถแต่ละคัน และบันทึกให้เป็นปัจจุบัน เพื่อถือปฏิบัติตามระเบียบสำนักงานนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการใช้รถราชการ พ.ศ. ๒๕๒๓</p> <p>๕. มีระบบการติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์การป้องกันการทุจริตด้วยการควบคุมภายใน</p>	<p>การใช้น้ำมันเชื้อเพลิงไม่สัมพันธ์กัน</p> <p>๓.๓ รรราชการของหน่วยงานบางคันติดตราส่วนราชการเป็นสติ๊กเกอร์ ไม่ได้พ่นสีตราเครื่องหมายประจำของโรงพยาบาลคู่แก้ว</p> <p>๓.๔ มีการจัดทำทะเบียนควบคุมการจัดซื้อน้ำมันเชื้อเพลิง แต่การบันทึกยังไม่ครบถ้วน ไม่เป็นปัจจุบัน</p>			

หมายเหตุ :

สถานะตามสี	นิยามตามสถานะสี
สถานะสีเขียว	ไม่เกิดกรณีที่อยู่ในข่ายความเสี่ยง ยังไม่ต้องทำกิจกรรมเพิ่ม
สีเหลือง	เกิดกรณีที่อยู่ในข่ายความเสี่ยง แต่แก้ไขได้ทันท่วงที ตามมาตรการ / นโยบาย / โครงการ / กิจกรรมที่เตรียมไว้ แผนใช้ได้ผล ความเสี่ยงการทุจริตลดลง ระดับความรุนแรง < ๓
สถานะสีแดง	เกิดกรณีที่อยู่ในข่าย ยังแก้ไขไม่ได้ ควรมีมาตรการ / นโยบาย / โครงการ / กิจกรรมเพิ่มขึ้น แผนใช้ไม่ได้ผล ความเสี่ยงการทุจริตไม่ลดลงระดับความรุนแรง < ๓

ระบบบริหารความเสี่ยง

๗.๑ สถานะสีแดง Red เกินกว่าการยอมรับ ควรมีกิจกรรมเพิ่มเติม

ความเสี่ยงการทุจริต (สถานะสีแดง)	มาตรการป้องกันการทุจริต เพิ่มเติม
<p>๑. กระบวนการตรวจสอบการจัดซื้อจัดจ้างและการเบิกจ่ายเงินตามระเบียบ</p> <p>๑.๑ ไม่มีใบส่งของแนบประกอบการเบิกจ่าย</p> <p>๑.๒ เอกสารประกอบการจัดซื้อจัดจ้างไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง</p> <p>๑.๓ การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปฝึกอบรม/สัมมนา ไม่เหมาะสม ไม่ถูกต้อง ตามระเบียบ</p> <p>๑.๔ การเบิกจ่ายโครงการไม่ถูกต้องตามระเบียบ</p>	<p>๑. มีการรวบรวมระเบียบที่เกี่ยวข้อง และจัดทำคู่มือฉบับย่อ เพื่อแจกจ่ายให้กับผู้ปฏิบัติงาน</p> <p>๒. ผู้บริหารของหน่วยงาน เน้นย้ำความสำคัญของการควบคุมภายใน การควบคุมความเสี่ยง การปฏิบัติตามกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ปฏิบัติหน้าที่ และบทลงโทษสำหรับผู้ทะเลาะการปฏิบัติหน้าที่</p> <p>๓. มีระบบการติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์การป้องกันการทุจริตด้วยการควบคุมภายใน</p> <p>๔. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ช่องทางการร้องเรียน</p>
<p>๒. กระบวนการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา</p> <p>๒.๑ แบบฟอร์มใบเบิกในส่วนของผู้เบิก หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงานผู้เบิก ไม่ได้ลงชื่อแต่ใช้การพิมพ์ชื่อ</p> <p>๒.๒ ใบเบิกบางฉบับหน่วยงานผู้เบิกไม่ได้ลงชื่อผู้ตรวจรับ (วัสดุการแพทย์)</p> <p>๒.๓ ไม่ได้จัดทำใบเบิกเพื่อใช้เป็นหลักฐานในการเบิก</p> <p>๒.๔ ใบอนุมัติจ่ายเวชภัณฑ์ไม่มีการลงชื่อผู้อนุมัติเบิก</p> <p>๒.๕ ไม่ได้จัดทำบัญชีคุมยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และ/หรือไม่ได้จัดทำ Stock card แนบกับตัวยาในคลัง</p> <p>๒.๖ ไม่ได้จัดทำแผนการจัดซื้อยา ตามที่ระเบียบกำหนด</p> <p>๒.๗ ยาหมดอายุ ยังไม่ได้ดำเนินการจำหน่าย</p>	<p>๑. หน่วยงานต้องเพิ่มกิจกรรมควบคุมภายในเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการที่วัสดุคงคลัง กับบัญชีคุมวัสดุ เพื่อให้มียอดคงเหลือถูกต้องตรงกัน หากมีข้อผิดพลาดจะได้ค้นหาสาเหตุ เพื่อแก้ไขและป้องกันมิให้เกิดความเสี่ยงดังกล่าวอีก และในการสอบทานต้องจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อแสดงให้เห็นการตรวจสอบจริง</p> <p>๒. หน่วยงานเพิ่มการสุ่มตรวจนับยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา โดยหัวหน้ากลุ่มงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย โดยความถี่ในการสุ่มตรวจให้พิจารณาตามความเหมาะสม และจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรเก็บไว้เป็นหลักฐาน โดยระบุรายการที่สุ่มตรวจพร้อมลงชื่อและวันเดือนปีที่ตรวจสอบ</p>
<p>๓. กระบวนการบริหารรถราชการ</p> <p>๓.๑ ไม่ได้จัดทำใบขออนุญาตใช้รถ และบันทึกการใช้รถ</p> <p>๓.๒ เลขไมล์ในบันทึกการใช้รถกับรายงานการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงไม่สัมพันธ์กัน</p> <p>๓.๓ รถราชการของหน่วยงานบางคันติดตราส่วนราชการเป็นสติ๊กเกอร์ ไม่ได้พ่นสีตราเครื่องหมายประจำของโรงพยาบาลอาจสามารถ</p> <p>๓.๔ มีการจัดทำทะเบียนควบคุมการจัดซื้อน้ำมันเชื้อเพลิง แต่การบันทึกยังไม่ครบถ้วน ไม่เป็นปัจจุบัน</p>	<p>๑. หน่วยงานต้องกำหนดเกณฑ์การใช้น้ำมันเชื้อเพลิงของรถแต่ละคันทุกปีงบประมาณ เพื่อให้ทราบถึงความเสี่ยงเปลืองของการใช้น้ำมัน หากพบมีความแตกต่างจากเกณฑ์ที่กำหนดไว้มาก ต้องทำการวิเคราะห์หาสาเหตุและทำการแก้ไขต่อไป</p> <p>๒. ผู้บริหารของหน่วยงาน เน้นย้ำความสำคัญของการควบคุมภายใน การควบคุมความเสี่ยง การปฏิบัติตามกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ปฏิบัติหน้าที่ และบทลงโทษสำหรับผู้ทะเลาะการปฏิบัติหน้าที่</p> <p>๓. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ช่องทางการร้องเรียน</p>

๗.๒ สถานะสีเหลือง Yellow เกิดขึ้นแล้วแต่ยอมรับได้ ควรมีกิจกรรมเพิ่มเติม

ความเสี่ยงการทุจริต (สถานะสีเหลือง)	มาตรการป้องกันการทุจริต เพิ่มเติม
-	-

๗.๓ สถานะสีเขียว Green ยังไม่เกิด ให้เฝ้าระวังต่อเนื่อง

ความเสี่ยงการทุจริต (สถานะสีเขียว)	มาตรการป้องกันการทุจริต เพิ่มเติม
-	-

รายงานการบริหารความเสี่ยง

ตารางรายงานการบริหารความเสี่ยง

ที่	สรุปสถานะความเสี่ยงการทุจริต (เขียว เหลือง แดง)		
	เขียว	เหลือง	แดง
๑			๑. กระบวนการตรวจสอบการ จัดซื้อจัดจ้างและการเบิกจ่ายเงิน ตามระเบียบ
๒			๒. กระบวนการบริหารคลังยา และเวชภัณฑ์ที่มีไซยา
๓			๓. กระบวนการบริหารรถ ราชการ

วาระการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗

เมื่อวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๓.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมมาลัยทอง โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

.....

เริ่มประชุมเวลา น.

ประธานกล่าวเปิดประชุม และดำเนินการตามระเบียบวาระการประชุมดังต่อไปนี้
ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องการรับรองรายงานการประชุม

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง (ถ้ามี)

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องที่เสนอให้ที่ประชุมทราบ

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องที่เสนอให้ที่ประชุมพิจารณา

๑. การจัดทำแผนและวิเคราะห์ความเสี่ยงโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๖ ด้านการ
รักษาพยาบาล

๒. การจัดทำแผนและวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง พัสดุ

ระเบียบวาระที่ ๖ เรื่องอื่นๆ (ถ้ามี)

เลิกประชุมเวลา น.

รหัสรายงานอุบัติการณ์ 2302000283
[ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/ร่อแก้ว]

หน่วยงานที่รายงาน* :	งานการพยาบาลผู้คลอด
ประเภทสถานที่** :	ในพื้นที่ของโรงพยาบาล
ชนิดสถานที่เกิดเหตุ** :	ห้องคลอด
สถานที่เกิดเหตุ* :	ห้องคลอด
เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเรื่องใด** :	CPP303 : (Patient Assessment) ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมิน/ประเมินผิด/ประเมินไม่ครบถ้วน ตามเกณฑ์ อาการหรือการดำเนินโรค
สรุปประเด็นปัญหา** :	ผู้คลอดคลอด ปกติ ขณะนอนสังเกตอาการหลังคลอด พบว่ามึเลือดซึมออกและเค้น Blood clot ได้ 300 ml รายงานแพทย์ ตรวจพบว่าพบว่า Tear cx รวม Blood loss 510 ml
ระดับความรุนแรง** :	E
ผู้ที่ได้รับผลกระทบ** :	รายบุคคล เพศ** : หญิง อายุ** : 23 ปี
วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** :	17/02/2023 วันที่ค้นพบ : 17/02/2023
ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** :	เวร : วันราชการ-เวรเช้า หรือ เวลา : 13:00
แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบ* :	ขณะปฏิบัติงาน
รายละเอียดการเกิดเหตุ* :	ผู้คลอดคลอด ปกติ ขณะนอนสังเกตอาการหลังคลอด พบว่ามึเลือดซึมออกทางช่องคลอดเรื่อยๆและเค้น Blood clot ได้ 300 ml รายงานแพทย์ ตรวจพบว่าพบว่า Tear cx รวม Blood loss 510 ml
การจัดการเบื้องต้น* :	แพทย์ suture cervix หลังจากนั้น normal bleed
เป็นการแก้ไขปัญหาระดับ* :	หน่วยงาน
กลุ่ม/หน่วยงานหลักที่แก้ไขปัญหา* :	งานการพยาบาลผู้คลอด มีหน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหาหรือไม่ : ไม่มี
ข้อเสนอแนะ/การดำเนินการแก้ไขปัญหา* :	ทบทวนแนวทางการตรวจช่องทางคลอดก่อนย้ายมารดาสังเกตอาการหลังคลอด
วันที่ Login บันทึกการยืนยัน :	28/02/2023 วันที่แจ้งเหตุให้ผู้แก้ไขทราบ* : 17/02/2023
วันที่ Export :	23/03/2023

รหัสรายงานอุบัติการณ์ 2303000018
[ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข]

หน่วยงานที่รายงาน* :	งานเวชระเบียน
ประเภทสถานที่** :	ในพื้นที่ของโรงพยาบาล
ชนิดสถานที่เกิดเหตุ **:	IPD
สถานที่เกิดเหตุ* :	ตึกหญิง
เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเรื่องใด** :	GPL205 : เกิดปัญหาด้านการบริหารจัดการ/การเก็บรักษาเวชระเบียน เช่น เวชระเบียนสูญหาย ผู้ป่วยคนเดียวมีเวชระเบียนสองฉบับ เป็นต้น
สรุปประเด็นปัญหา** :	ชาร์ทสถานะค้างตึก หายที่ตึกหญิง
ระดับความรุนแรง** :	B
ผู้ที่ได้รับผลกระทบ** :	หน่วยงาน/ องค์กร
วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** :	09/03/2023 วันที่ค้นพบ : 09/03/2023
ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง**:	เวร : วันราชการ-เวรเช้า หรือ เวลา :
แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบ* :	การทบทวนกิจกรรม/ กระบวนการหลัก
รายละเอียดการเกิดเหตุ* :	ชาร์ทจำหน่ายที่ตึกหญิง an660001187 admit 1/2/66 discharge 1/2/66 วันที่ 2 /2/66 ท้องบัตรไปเก็บชาร์ท แต่ไม่ได้ชาร์ทนี้กลับมา เนื่องจากชาร์ทยังไม่เรียบร้อย 35 วันผ่านไป ได้ติดตามกับตัวแทน audit ประจำตึกให้ช่วยดูอีกครั้ง พบว่าไม่มีชาร์ทอยู่ที่ตึกแล้ว
การจัดการเบื้องต้น* :	ในส่วนของเคลม งานเวชระเบียนจะให้รหัสโรคตามประวัติที่ระบุในOPDไปก่อน เมื่อพบชาร์ทจริงจึงจะยื่นอุทธรณ์ที่หลัง
เป็นการแก้ไขปัญหาระดับ* :	หน่วยงาน
กลุ่ม/หน่วยงานหลักที่แก้ไขปัญหา* :	งานผู้ป่วยในหญิง มีหน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหาหรือไม่ : ไม่มี
ข้อเสนอแนะ/การดำเนินการแก้ไขปัญหา* :	อยากให้ตึกหญิงช่วยกันวางแนวทางในการรักษาเวชระเบียนหลัง D/C ไม่ให้หาย เนื่องจากเกิดอุบัติการณ์บ่อยที่สุด
วันที่ Login บันทึกการยืนยัน :	09/03/2023 วันที่แจ้งเหตุให้ผู้แก้ไขทราบ* : 09/03/2023
วันที่ Export :	23/03/2023

รหัสรายงานอุบัติการณ์ 2301000254
[ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/ร่อแก้วไข]

หน่วยงานที่รายงาน* :	งานชั้นสูง
ประเภทสถานที่** :	ในพื้นที่ของโรงพยาบาล
ชนิดสถานที่เกิดเหตุ** :	IPD
สถานที่เกิดเหตุ* :	ตึกหญิง
เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเรื่องใด** :	CPL202 : สิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม หรือไม่มีสิ่งส่งตรวจ
อุบัติการณ์ความเสี่ยงย่อย :	สิ่งส่งตรวจผิดคน
สรุปประเด็นปัญหา** :	ward หญิง เจาะเลือด Coag ผิดคน(บุหลัน จันทร์คูเมือง)
ระดับความรุนแรง** :	E
ผู้ที่ได้รับผลกระทบ** :	รายบุคคล เพศ** : หญิง อายุ** : 76 ปี
วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** :	29/01/2023 วันที่ค้นพบ : 29/01/2023
ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** :	เวร : วันราชการ-เวรเช้า หรือ เวลา :
แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบ* :	ขณะปฏิบัติงาน
รายละเอียดการเกิดเหตุ* :	ward หญิง เจาะเลือด Coag ผิดคน(บุหลัน จันทร์คูเมือง)
การจัดการเบื้องต้น* :	เจาะใหม่ ทำ RCA
เป็นการแก้ไขปัญหาระดับ* :	หน่วยงาน
กลุ่ม/หน่วยงานหลักที่แก้ไขปัญหา* :	งานผู้ป่วยในหญิง มีหน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหาหรือไม่ : ไม่มี
ข้อเสนอแนะ/การดำเนินการแก้ไขปัญหา* :	ทบทวนการระบุชื่อนามสกุลผู้รับบริการ ทบทวนการเก็บและนำส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
วันที่ Login บันทึกการยืนยัน :	31/01/2023 วันที่แจ้งเหตุให้ผู้แก้ไขทราบ* : 29/01/2023
วันที่ Export :	23/03/2023

รหัสรายงานอุบัติการณ์ 2302000194
[ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข]

หน่วยงานที่รายงาน* :	งานผู้ป่วยในเด็ก
ประเภทสถานที่** :	ในพื้นที่ของโรงพยาบาล
ชนิดสถานที่เกิดเหตุ **:	IPD
สถานที่เกิดเหตุ* :	ตึกเด็ก
เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเรื่องใด** :	CPP401 : ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลซึ่งป้องกันได้ (ยกเว้น เกิดผลกดทับ, ตกเตียง/fall)
สรุปประเด็นปัญหา** :	ผู้ป่วยมือบวม จาก extravasation
ระดับความรุนแรง** :	E
ผู้ที่ได้รับผลกระทบ** :	รายบุคคล เพศ** : ชาย อายุ** : 0 ปี
วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** :	17/02/2023 วันที่ค้นพบ : 17/02/2023
ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง**:	เวร : วันราชการ-เวรตึก หรือ เวลา : 01:30
แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบ* :	ขณะปฏิบัติงาน
รายละเอียดการเกิดเหตุ* :	เด็กอายุ 12วัน เวรตึกไปประเมินผู้ป่วยตรวจพบมือบวมจากการให้ iv 12.5%DW เป็นลักษณะปลายนิ้วซีด มีจุดม่วงคล้ำ จึงconsult แพทย์เวร+กุมารแพทย์รับทราบ ปรับแผนรักษาให้ ATBเพิ่ม เวลา 8.00น. consult ICประเมินphlebitis ,ICแจ้งเป็นextravasation
การจัดการเบื้องต้น* :	1.เลือกตำแหน่งในการเปิดเส้น 2.iv round q 1hr.ในรายที่คาดว่าจะมีเส้นจะมีปัญหา 3.ให้ญาติผู้ดูแลช่วยสังเกตลักษณะตึง//นูน ของผิวหนังช่วย
เป็นการแก้ไขปัญหาระดับ* :	หน่วยงาน
กลุ่ม/หน่วยงานหลักที่แก้ไข้ปัญหา* :	งานผู้ป่วยในเด็ก มีหน่วยงานร่วมแก้ไข้ปัญหาหรือไม่ : ไม่มี
ข้อเสนอแนะ/การดำเนินการแก้ไข้ปัญหา* :	ทบทวนแนวทางการดูแลการให้สารน้ำในกลุ่มเสี่ยง
วันที่ Login บันทึกการยืนยัน :	27/02/2023 วันที่แจ้งเหตุให้ผู้แก้ไข้ทราบ* : 17/02/2023
วันที่ Export :	23/03/2023

รหัสรายงานอุบัติการณ์ 2302000192
 [ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข]

หน่วยงานที่รายงาน* :	งานผู้ป่วยในเด็ก
ประเภทสถานที่** :	ในพื้นที่ของโรงพยาบาล
ชนิดสถานที่เกิดเหตุ **:	งานสนับสนุนทางการแพทย์
สถานที่เกิดเหตุ* :	ห้องเคมีคลินิก
เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเรื่องใด** :	CPL201 : ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด ลำช้า หรือไม่สามารถปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ได้
อุบัติการณ์ความเสี่ยงย่อย :	ผล LAB ลำช้า
สรุปประเด็นปัญหา** :	ห้องแลปไม่ส่งตรวจ CSF culture
ระดับความรุนแรง** :	E
ผู้ที่ได้รับผลกระทบ** :	รายบุคคล เพศ** : หญิง อายุ** : 0 ปี
วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** :	02/02/2023 วันที่ค้นพบ : 04/02/2023
ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง**:	เวร : วันหยุดราชการ-เวรบ่าย หรือ เวลา : 17:00
แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบ* :	ขณะปฏิบัติงาน
รายละเอียดการเกิดเหตุ* :	เด็ก อายุ 7วัน Dx:congenital pneumonia แพทย์ LP 2/2/66 พยาบาลตรวจสอบรายการแลปวันที่ 4/2/66 พบว่าห้องแลปยังไม่ได้รับแลป CSF culture โทรไปสอบถามห้องแลป แจ้งว่าลิ้มรับแลปและลิ้มส่งแลปไปตรวจ จึงแจ้งกุมารแพทย์รับทราบ และconsultกุมารแพทย์ รพ.รอ รับทราบ วางแผนรักษาให้ส่ง CSF culture ไปในรอบถัดไป ผลแลปรายงานCSF culture 3,5,7 day:NG เหตุการณ์นี้ทำให้ผู้ป่วยนอน รพ. นานขึ้น 7วัน
การจัดการเบื้องต้น* :	แจ้งกุมารแพทย์รับทราบ และconsultกุมารแพทย์ รพ.รอ รับทราบ วางแผนรักษาให้ส่ง CSF culture ไปในรอบถัดไป ผลแลปรายงานCSF culture 3,5,7 day:NG เหตุการณ์นี้ทำให้ผู้ป่วยนอน รพ. นานขึ้น 7วัน
เป็นการแก้ไขปัญหาระดับ* :	หน่วยงาน
กลุ่ม/หน่วยงานหลักที่แก้ไข้ปัญหา* :	งานชั้นสูตร มีหน่วยงานร่วมแก้ไข้ปัญหาหรือไม่ : ไม่มี
ข้อเสนอแนะ/การดำเนินการแก้ไข้ปัญหา* :	ทบทวนแนวทางการส่งตรวจแลปนอก

วันที่ Login บันทึกการยืนยัน :	27/02/2023	วันที่แจ้งเหตุให้ผู้แก้ไขทราบ* :	04/02/2023
วันที่ Export :	23/03/2023		

รหัสรายงานอุบัติการณ์ 2205000072
[ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข]

หน่วยงานที่รายงาน* :	งานผู้ป่วยในชาย
ประเภทสถานที่** :	ในพื้นที่ของโรงพยาบาล
ชนิดสถานที่เกิดเหตุ** :	IPD
สถานที่เกิดเหตุ* :	ตึกชาย
เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเรื่องใด** :	CPP602 : มีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ระหว่างส่งต่อ
สรุปประเด็นปัญหา** :	ผู้ป่วยเกิดแผลผลอก บริเวณหลังมือขวา ระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไป CXR
ระดับความรุนแรง** :	E
ผู้ที่ได้รับผลกระทบ** :	รายบุคคล เพศ** : ชาย อายุ** : 82 ปี
วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** :	21/05/2022 วันที่ค้นพบ : 21/05/2022
ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** :	เวร : วันหยุดราชการ-เวรเช้า หรือ เวลา : 14:00
แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบ* :	ขณะปฏิบัติงาน
รายละเอียดการเกิดเหตุ* :	ผู้ป่วยเกิดแผลผลอก บริเวณหลังมือขวา ระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไป CXR
การจัดการเบื้องต้น* :	1.ทำแผลให้ผู้ป่วย 2.รายงานแพทย์รับทราบ แพทย์พิจารณาให้ dicloxacilin 1x4 oral pc 3.ทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน
เป็นการแก้ไขปัญหาระดับ* :	หน่วยงาน
กลุ่ม/หน่วยงานหลักที่แก้ไข้ปัญหา* :	งานผู้ป่วยในชาย มีหน่วยงานร่วมแก้ไข้ปัญหาหรือไม่ : ไม่มี
ข้อเสนอแนะ/การดำเนินการแก้ไข้ปัญหา* :	-
วันที่ Login บันทึกการยืนยัน :	31/05/2022 วันที่แจ้งเหตุให้ผู้แก้ไข้ทราบ* : 21/05/2022
วันที่ Export :	23/03/2023

รหัสรายงานอุบัติการณ์ 2302000280
[ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข]

หน่วยงานที่รายงาน* :	งานการพยาบาลผู้คลอด
ประเภทสถานที่** :	ในพื้นที่ของโรงพยาบาล
ชนิดสถานที่เกิดเหตุ **:	ห้องคลอด
สถานที่เกิดเหตุ* :	ห้องคลอด
เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเรื่องใด** :	CPL201 : ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด ค่าซ้ำหรือไม่สามารถปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ได้
สรุปประเด็นปัญหา** :	เวลา 09.30 น.ส่งตรวจ serum k ครบ 1 ชม.โทรตามผล ยังไม่ออก โทรตาม 2 ครั้ง ผลออกเวลา 11.19 น.
ระดับความรุนแรง** :	C
ผู้ที่ได้รับผลกระทบ** :	รายบุคคล เพศ** : หญิง อายุ** : 35 ปี
วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** :	13/02/2023 วันที่ค้นพบ : 13/02/2023
ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง**:	เวร : วันราชการ-เวรเช้า หรือ เวลา : 11:20
แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบ* :	ขณะปฏิบัติงาน
รายละเอียดการเกิดเหตุ* :	เวลา 09.30 น.ส่งตรวจ serum k ครบ 1 ชม.โทรตามผล ยังไม่ออก โทรตาม 2 ครั้ง ผลออกเวลา 11.19 น.
การจัดการเบื้องต้น* :	โทรตาม 2 รอบ
เป็นการแก้ไขปัญหาระดับ* :	หน่วยงาน
กลุ่ม/หน่วยงานหลักที่แก้ไข้ปัญหา* :	งานชันสูตร มีหน่วยงานร่วมแก้ไข้ปัญหาหรือไม่ : ไม่มี
ข้อเสนอแนะ/การดำเนินการแก้ไข้ปัญหา* :	ทบทวนแนวทางการรายงานแลบ
วันที่ Login บันทึกการยืนยัน :	28/02/2023 วันที่แจ้งเหตุให้ผู้แก้ไข้ทราบ* : 13/02/2023
วันที่ Export :	23/03/2023

รหัสรายงานอุบัติการณ์ 2302000274
[ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข]

หน่วยงานที่รายงาน* :	งานผ่าตัดและวิสัญญี
ประเภทสถานที่** :	ในพื้นที่ของโรงพยาบาล
ชนิดสถานที่เกิดเหตุ** :	ห้องผ่าตัด
สถานที่เกิดเหตุ* :	ห้องผ่าตัด
เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเรื่องใด** :	GOI203 : เกิดปัญหาด้านการควบคุมการใช้ทรัพยากร เช่น จัดสรรไม่เหมาะสม/ใช้ไม่คุ้ม- ไม่ถูกตามมาตรฐาน/บุคลากรไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด- ขาดทักษะการใช้
สรุปประเด็นปัญหา** :	มี spun ติดมากับผ้า 1 ชิ้น
ระดับความรุนแรง** :	1
ผู้ที่ได้รับผลกระทบ** :	หน่วยงาน/ องค์กร
วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** :	19/02/2023 วันที่ค้นพบ : 19/02/2023
ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** :	เวร : วันราชการ-เวรเช้า หรือ เวลา : 08:15
แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบ* :	ขณะปฏิบัติงาน
รายละเอียดการเกิดเหตุ* :	ขณะปฏิบัติงานมี spun ติดมากับผ้า 1 ชิ้น
การจัดการเบื้องต้น* :	แจ้งเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน
เป็นการแก้ไขปัญหาระดับ* :	หน่วยงาน
กลุ่ม/หน่วยงานหลักที่แก้ไขปัญหา* :	งานผ่าตัดและวิสัญญี มีหน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหาหรือไม่ : ไม่มี
ข้อเสนอแนะ/การดำเนินการแก้ไขปัญหา* :	ทบทวนแนวทางการเก็บอุปกรณ์หลังใช้งาน
วันที่ Login บันทึกการยืนยัน :	28/02/2023 วันที่แจ้งเหตุให้ผู้แก้ไขทราบ* : 19/02/2023
วันที่ Export :	23/03/2023

รหัสรายงานอุบัติการณ์ 2303000020
[ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข]

หน่วยงานที่รายงาน* :	งานผ่าตัดและวิสัญญี	
ประเภทสถานที่** :	ในพื้นที่ของโรงพยาบาล	
ชนิดสถานที่เกิดเหตุ** :	ห้องผ่าตัด	
สถานที่เกิดเหตุ* :	ห้องผ่าตัด	
เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเรื่องใด** :	CPS105 : บาดเจ็บอวัยวะข้างเคียงระหว่างผ่าตัด (Internal organ injury or Accidental puncture or laceration)**	
สรุปประเด็นปัญหา** :	20 /2/66 ขณะส่องกล้องผ่าตัด colonotomy มีการ perforate ของลำไส้ส่วน sigmoid colon แพทย์พิจารณาผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อตัดต่อลำไส้	
ระดับความรุนแรง** :	E	
ผู้ที่ได้รับผลกระทบ** :	รายบุคคล เพศ** : หญิง อายุ** : 68 ปี	
วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** :	20/02/2023 วันที่ค้นพบ : 20/02/2023	
ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** :	เวร : วันราชการ-เวรเช้า หรือ เวลา : 09:30	
แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบ* :	ขณะปฏิบัติงาน	
รายละเอียดการเกิดเหตุ* :	20 /2/66 ขณะส่องกล้องผ่าตัด colonotomy มีการ perforate ของลำไส้ส่วน sigmoid colon แพทย์พิจารณาผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อตัดต่อลำไส้	
การจัดการเบื้องต้น* :	1. ประสานวิสัญญีพยาบาล เปลี่ยนแปลงวิธีการระงับความรู้สึก 2. ผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อตัดต่อลำไส้ 3. ประสานงาน Incharge รับทราบ ประสานหอผู้ป่วยและญาติ 4. แพทย์อธิบายญาติเรื่องการผ่าตัดที่เพิ่มเติม 5. ประสานงานหอผู้ป่วยรับทราบ ส่งต่อข้อมูลเพื่อดูแลต่อเนื่อง 6. รายงานหัวหน้าหน่วยผ่าตัดรับทราบ 7. ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด	
เป็นการแก้ไขปัญหาระดับ* :	หน่วยงาน	
กลุ่ม/หน่วยงานหลักที่แก้ไขปัญหา* :	งานผ่าตัดและวิสัญญี มีหน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหาหรือไม่ : ไม่มี	
ข้อเสนอแนะ/การดำเนินการแก้ไขปัญหา* :	ทบทวนแนวทางการจัดการความเสี่ยงเมื่อเกิดอุบัติการณ์เพื่อป้องกันการร้องเรียน	
วันที่ Login บันทึกการยืนยัน :	22/03/2023 วันที่แจ้งเหตุให้ผู้แก้ไขทราบ* : 21/02/2023	
วันที่ Export :	23/03/2023	

รหัสรายงานอุบัติการณ์ 2301000253
 [ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข]

หน่วยงานที่รายงาน* :	งานชั้นสูง
ประเภทสถานที่** :	ในพื้นที่ของโรงพยาบาล
ชนิดสถานที่เกิดเหตุ** :	อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
สถานที่เกิดเหตุ* :	ห้อง ER
เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเรื่องใด** :	CPL202 : สิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม หรือไม่มีสิ่งส่งตรวจ
อุบัติการณ์ความเสี่ยงย่อย :	สิ่งส่งตรวจผิดคน
สรุปประเด็นปัญหา** :	ER เจาะเลือดผิดคน เจาะ นายนภัทร อ่อนสองชั้น แต่ติดชื่อ นายยงยุทธ ยอดสะเทิน
ระดับความรุนแรง** :	E
ผู้ที่ได้รับผลกระทบ** :	รายบุคคล เพศ** : ชาย อายุ** : 47 ปี
วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** :	29/01/2023 วันที่ค้นพบ : 29/01/2023
ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** :	เวร : วันราชการ-เวรตึก หรือ เวลา :
แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบ* :	ขณะปฏิบัติงาน
รายละเอียดการเกิดเหตุ* :	ER เจาะเลือดผิดคน เจาะ นายนภัทร อ่อนสองชั้น แต่ติดชื่อ นายยงยุทธ ยอดสะเทิน
การจัดการเบื้องต้น* :	เจาะใหม่ ทำ RCA
เป็นการแก้ไขปัญหาระดับ* :	หน่วยงาน
กลุ่ม/หน่วยงานหลักที่แก้ไขปัญหา* :	งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีหน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหาหรือไม่ : ไม่มี
ข้อเสนอแนะ/การดำเนินการแก้ไขปัญหา* :	ทบทวนการระบุชื่อสกุลผู้รับบริการ : ทบทวนการเก็บและนำส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
วันที่ Login บันทึกการยืนยัน :	31/01/2023 วันที่แจ้งเหตุให้ผู้แก้ไขทราบ* : 29/01/2023
วันที่ Export :	23/03/2023