



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานควบคุมภายใน โรงพยาบาลขอนแก่น : โทร ๐ ๔๓๐๐ ๙๙๐๐ ต่อ ๓๖๓๑

ที่ ขก ๐๐๓๓.๑๓๑/๑๙๐

วันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขอเชิญประชุมคณะกรรมการติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน ครั้งที่ ๔/๒๕๖๘

เรียน คณะกรรมการติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน, คณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน, หัวหน้ากลุ่มงานบริหารจัดการความเสี่ยง และผู้ที่เกี่ยวข้อง

เนื่องด้วย คณะกรรมการติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน โรงพยาบาลขอนแก่น ได้กำหนดให้มีการประชุมการติดตามผลการดำเนินงานจัดการความเสี่ยง รวม ๑๓ ประเด็น และความเสี่ยงที่สำคัญ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญท่านผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมฯ ในวันที่พุธที่ ๑๙ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๘ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุมแก่นเพชร ชั้น ๔ อาคารสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา โรงพยาบาลขอนแก่น โดยมีระเบียบวาระการประชุม ดังนี้

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องเพื่อพิจารณา

๒.๑ การติดตามผลการดำเนินงานจัดการความเสี่ยง รวม ๑๓ ประเด็น

โดย : นางสาววิลาวัลย์ นาพันธ์โสภาก และนายชนะศักดิ์ ศรีแก้วทุม

๒.๒ ความเสี่ยงที่สำคัญ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ จากรายงาน ปค.๕

โดย : นางอังคณา ภูนาแก้ว

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องอื่นๆ (ถ้ามี)






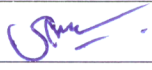






จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและเข้าร่วมประชุมโดยพร้อมเพรียงกัน

(นายรัชชัย เทียมกลาง)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รองผู้อำนวยการภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
 คณะกรรมการติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน ครั้งที่ ๔/๒๕๖๘
 ในวันพุธที่ ๑๙ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๘ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๖.๐๐น.
 ณ ห้องประชุมแก่นเพชร ชั้น ๔ อาคารสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ โรงพยาบาลขอนแก่น

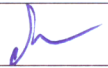
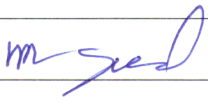

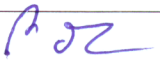

คณะกรรมการติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน			
ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
๑	นายรัชชัย เทียมกลาง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	
๒	นายวรารุท กิตติวัฒนากุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	
๓	นางขวัญหทัย รัตนอนเนกชัย	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	
๔	นางฐิติมา อนุกุลอนันต์ชัย	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	
๕	นายนิทกร สอนชา	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	
๖	นางสาวธิดา พึ่งทหาร	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	
๗	นางสาวเบญจพร ศิลารักษ์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	
๘	นางธัญรัศม์ ปิยวัชรเวลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	
๙	นางสุภาพร ตันดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	
๑๐	นางสาวนฤมล ฮามพิทักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
๑๑	นางศศิธร มงคลสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
๑๒	นางหนูเพียร ชาทองยศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
๑๓	นางสาวดาวเรือง ศรีผ่านอ้วน	นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ	
๑๔	นางสาวสุพิศ บัวพัฒน์	นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ	
๑๕	นางเกษกนก สุบรรณจ้อย	พนักงานพัสดุชำนาญงาน	
๑๖	นายพรชัน คำเพ็งใจ	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	
๑๗	นายชนะศักดิ์ ศรีแก้วทุม	นิติกรปฏิบัติการ	
๑๘	นางสาวชลธิชา เขียวอ่อน	นักจัดการงานทั่วไป	
๑๙	นางสาวอาทิตยา น้อยคำมูล	เจ้าพนักงานธุรการ	

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

คณะกรรมการติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน ครั้งที่ ๔/๒๕๖๘

ในวันพุธที่ ๑๙ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๘ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๖.๐๐น.

ณ.ห้องประชุมแก่นเพชร ชั้น ๔ อาคารสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ โรงพยาบาลขอนแก่น

คณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน			
ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
๑	นางวิภาพร คงศรียาตรา	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	
๒	นางสาวกนกวรรณ ศรีรักษา	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	
๓	นางอภิตี สิงห์แจ่ม	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	
๔	นายพงศธร เหล่าภักดี	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	
๕	นางสาวสิราภรณ์ เศรษฐบรรจง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	
๖	นางสาวกฤตวรรณ สหพันธ์ราษฎร์	นายแพทย์ชำนาญการ	
๗	นางสาวจินตนา ตั้งสีขมนกุล	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	
๘	นางนิสร่า ศรีสุระ	เภสัชกรชำนาญการ	
๙	นางสาววรรณมา ปิยะเศวตกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	
๑๐	นางนิตานาถ ชีระพันธุ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	
๑๑	นางสาวจิราวดี ชุมศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	
๑๒	นางสาวจิระนันท์ ภูสมตา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	
๑๓	นางณัฐกฤตา ศรีมนตรี	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	
๑๔	นายมานพ สุดเสน่ห์	นายช่างเทคนิคชำนาญงาน	
๑๕	นางธนิดา เถาว์ชาลี	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ	
๑๖	นางสาวสุนิรัตน์ กัณหาวรรณ	นักวิชาการพัสดุปฏิบัติการ	
๑๗	นางอังคณา ภูนาแก้ว	นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ	
๑๘	นางสาววิลาวัลย์ นาพันธ์โสภ	นักวิชาการเงินและบัญชี	

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

คณะกรรมการติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน ครั้งที่ ๔/๒๕๖๘

ในวันพุธที่ ๑๙ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๘ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๖.๐๐น.

ณ.ห้องประชุมแก่นเพชร ชั้น ๔ อาคารสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ โรงพยาบาลขอนแก่น

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
๑	นางสาววศพรพรรณ สุทธิพงษ์	นักทรัพยากรบุคคลอาวุโส	กวิชัย
๒	นางสาวรมิตา กตดำ	นักวิชาการสำนักงานสิ่งแวดล้อม	รมิตา
๓	นายปวิณ สนิทพอล	พนักงานขับรถ	ปวิณ
๔			
๕			
๖			
๗			
๘			
๙			
๑๐			
๑๑			
๑๒			
๑๓			
๑๔			
๑๕			
๑๖			
๑๗			
๑๘			
๑๙			
๒๐			



บันทึกข้อความ

โรงพยาบาลขอนแก่น
เลขรับ 146740
วันที่ 30 ธ.ค. 2568
เวลา 11-22 น.

ส่วนราชการ สำนักงานควบคุมภายใน โรงพยาบาลขอนแก่น โทร. ๓๖๓๑

ที่ ขก ๐๐๓๓.๑๓๑/๒๑

วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๘

เรื่อง สรุประเบิดการประชุมคณะกรรมการติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน ครั้งที่ ๔/๒๕๖๘

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

ตามที่ คณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายในและคณะกรรมการติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน โรงพยาบาลขอนแก่น ได้จัดประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๘ ณ ห้องประชุมกลุ่มงานบริหารความเสี่ยง อาคารสิรินธร ชั้น ๔ นั้น จากมติที่ประชุมฯ ได้มีข้อสั่งการและรายงานให้คณะกรรมการฯ ทราบ ดังต่อไปนี้

๑. การติดตามประเมินผลดำเนินงานจัดการความเสี่ยง ๑๓ ประเด็น สำหรับหน่วยงานของโรงพยาบาลขอนแก่น

๒. ประเมินความเสี่ยงที่สำคัญปีงบประมาณ ๒๕๖๘ จากการรายงาน ปค.๕ ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด ๕ ด้าน ได้แก่ สภาพแวดล้อมการควบคุม การประเมินความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุม สารสนเทศและการสื่อสารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพมาตรการควบคุมภายใน

๓. ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงพิจารณามาตรการควบคุมภายในที่มีอยู่ความเพียงพอของการบริหารความเสี่ยงรวมถึงข้อเสนอแนะในการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

เรียน ผู้อำนวยการฯ
-เพื่อโปรดทราบ

(นายวิชชัย เทียมกลาง)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รองผู้อำนวยการภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ

(นางรัชกร ประสีระเก)

หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

30 ธ.ค. 2568

นิพนธ์ ประสมใจ

(นายวรกร เสนอนวัต)

รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร


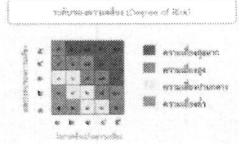
พ. ๐๓/๑๖

(นายธนสิทธิ์ ไพรงษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

06 ม.ค. 2569

สรุปประเด็นคณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบควบคุมภายในครั้งที่ ๔/๒๕๖๘
 วันพุธ ที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๘
 ณ ห้องประชุมแก่นเพชร ชั้น ๔ อาคารสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาโรงพยาบาลขอนแก่น

วาระที่ประชุม	มติที่ประชุม	ผู้รับผิดชอบ
วาระที่ ๑ เรื่อง ประธานแจ้งเพื่อ ทราบ	ในการจัดประชุมครั้งนี้เพื่อการประเมินความเสี่ยงผลการควบคุมภายในประจำปีของหน่วยงานโรงพยาบาลขอนแก่นที่ได้ส่ง ปค.๕ ตามที่กระทรวงการคลังกำหนดแล้วเสร็จโดยผลการประเมินครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญการควบคุมทั้ง ๕ ด้านได้แก่ สภาพแวดล้อมการควบคุม การประเมินความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุม สารสนเทศและการสื่อสาร การติดตามประเมินผล พร้อมกันนี้ได้มีการทบทวนและติดตามความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงานจำนวน ๑๒ เรื่อง ซึ่งได้ประเมินระดับความเสี่ยง มาตรการควบคุมที่มีอยู่และแนวทางการปรับปรุงเพิ่มเติม เพื่อให้มั่นใจว่าการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับเป้าหมายองค์กร	คณะกรรมการ
วาระที่ ๒ เรื่อง เพื่อพิจารณา ๒.๑ การติดตาม ผลดำเนินงาน จัดการความ เสี่ยง รวม ๑๓ ประเด็น	<div style="text-align: center;">  <p>ติดตามรายงาน การประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบติดตาม ปค...)</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; width: 45%;"> <p>วัตถุประสงค์ (Object of Risk)</p>  </div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; width: 45%;"> <p>สถานะดำเนินการ</p> <ul style="list-style-type: none"> ★ = ดำเนินการแล้วเสร็จ ✓ = ดำเนินการแล้วแต่ต่ำกว่ากำหนด X = ยังไม่ได้ดำเนินการ ○ = อยู่ระหว่างดำเนินการ </div> </div> <hr/> <div style="text-align: center;"> <p>ความเสี่ยงด้านการดูแลผู้ป่วย</p> <p>1. การเฝ้าระวังขณะรอตรวจ (OPD)</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่</p> <p>ผู้ป่วยบางรายต้องรอการนัด เป็นลม หรือมีอาการง่วง ตัวง</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>📍 การปรับปรุง</p> <p>พัฒนาสมรรถนะของบุคลากร ฝึกอบรมคัดกรอง และจัด Zone ผู้ป่วยเฝ้า</p> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>สถานะดำเนินการ</p> <p>○ = อยู่ระหว่างดำเนินการ</p> <p>ผลประเมินเมื่อ 25-10 (ผู้ตรวจ)</p> </div> <hr/> <div style="text-align: center;"> <p>ความเสี่ยงด้านการดูแลผู้ป่วย</p> <p>2. การให้บริการผู้ป่วยนอก (สถานที่)</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>📍 ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่</p> <p>พื้นต่างระดับ ชูชระ, รถเข็นชำรุด, เจ้าหน้าที่เวรเปลไม่เพียงพอ</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>🔧* การปรับปรุง</p> <p>ปรับพื้นเส้นทาง, ตรวจสอบรถนั่ง- เปลนอน, พัฒนาการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ หกหล่ม</p> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>สถานะดำเนินการ</p> <p>★ = ดำเนินการแล้วเสร็จ</p> </div>	คณะกรรมการ

ความเสี่ยงด้านการดูแลผู้ป่วย

3. เครื่องมือปราศจากเชื้อ (ห้องผ่าตัด)

ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่

พบ Internal Indicator ไม่ผ่านมาตรฐาน (ในกรณี Autoclave)

การปรับปรุง

- เพิ่มระบบติดตามอุณหภูมิการตรวจสอบ
- เพิ่มจำนวนห้อง Autoclave ให้เพียงพอ

สถานะความเสี่ยง

0 - อยู่ระหว่างดำเนินการ

ระดับความเสี่ยง: สูง (กลุ่มงาน)



ความเสี่ยงด้านการดูแลผู้ป่วย

4. ป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ศัลยกรรม)



ความเสี่ยง: เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น Hypovolemic Shock, Sepsis หลังการผ่าตัด



การปรับปรุง: ใช้ e-WN เตตระโพด, ทบทวนแนวทาง Root Cause Analysis (RCA) และมอบหมายผู้รับผิดชอบชัดเจน

สถานะความเสี่ยง

1 - อยู่ระหว่างดำเนินการ

ระดับความเสี่ยง: สูง (กลุ่มงาน)

ความเสี่ยงด้านการดูแลผู้ป่วย

5. การป้องกันการให้เลือดผิดคน



ความเสี่ยง: การให้ระบบ A1 ตรวจสอบยังไม่ครบ 100% และพบอุบัติเหตุการให้เลือดผิดชนิด



การปรับปรุง: ทบทวนระเบียบปฏิบัติ และกำหนดผู้รับผิดชอบติดตามการใช้ A1 ให้ตรงถ้วน

สถานะดำเนินการ

2 - ดำเนินการแล้วเสร็จ

ความเสี่ยงด้านการดูแลผู้ป่วย

6. อัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR)

1.15 ครั้ง/1000 วันนอน
AMR Rate ปี 2567 (เกินเกณฑ์ ≤ 0.86)

การปรับปรุง (กลุ่มงานควบคุมการติดเชื้อ)

- จัดทำแนวทาง ใช้นยา (Drug Use Guideline)
- จัดอบรม Antimicrobial Stewardship (AMS)
- ติดตามการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

สถานะดำเนินการ

0 - อยู่ระหว่างดำเนินการ

ระดับความเสี่ยง: สูง (กลุ่มงาน)

ความเสี่ยงด้านการดูแลผู้ป่วย

7. อัตราการติดเชื้อ (CLABSI)

3.22 ครั้ง/1000 วันนอน
CLABSI Rate (เกินเกณฑ์)

การปรับปรุง (กลุ่มงานควบคุมการติดเชื้อ)

- พัฒนากระบวนการพยาบาลในการดูแลสายสวน
- พัฒนากระบวนการป้องกันการติดเชื้อในหลอดเลือด เช่น ผู้ป่วยเด็ก, ICU

สถานะดำเนินการ

0 - อยู่ระหว่างดำเนินการ

ระดับความเสี่ยง: สูง (กลุ่มงาน)

ความเสี่ยงด้านการเงิน

ความเสี่ยงกลุ่มงานการเงิน



8. เชื้อท่วมคองคา

เสี่ยง: พบเชื้อท่วมคองคาในงบพิสูจน์ยอดคองคา
ปรับปรุง: ติดตามผู้รับเงินเกิน 3 เดือน และส่งงบพิสูจน์เงิน



9. ระบบ New GFMS Thai

เสี่ยง: งบประมาณจัดซื้อบางรายการไม่ได้เงินเบิก
ปรับปรุง: กำหนดให้บันทึกทุกกรณีไม่เกิน 5,000 บาท





10. การจ่ายเงิน

เสี่ยง: บันทึกซื้อจำหน่ายไม่ตรงไม่ครบ
ปรับปรุง: จัดระบบสหกรณ์เอกสารก่อนอนุมัติ

หน่วยงานยังไม่จัดส่ง

ความเสี่ยงด้านการเงิน

ความเสี่ยงกลุ่มงานการเงิน

 8. เช็คหมดอายุ เสี่ยง: พบเช็คหมดอายุ ในงบ พิสูจน์ยอดดา ปรับปรุง: ติดตามผู้รับเงินเกิน 3 เดือน และส่งหนังสือแจ้ง	 9. ระบบ New GFMS Thai เสี่ยง: รายการจัดซื้อบาง รายการไม่ได้บันทึก ปรับปรุง: ถ่าซบให้บันทึก ทุกกรณีไม่เกิน 5,000 บาท	 10. การจ่ายเงิน เสี่ยง: บันทึกซื้อเจ้าหนี้ไม่ ตรงไม่ครบ ปรับปรุง: จัดระบบสอบทาน เอกสารก่อนอนุมัติ
--	---	--

หน่วยงานยังไม่จัดส่ง

ความเสี่ยงด้านบัญชีและพัสดุ

๙๙ 11. ทะเบียนคุมทรัพย์สิน

เสี่ยง : ข้อมูลทะเบียนบัญชีกับ
ทะเบียน พัสดุไม่ตรงกัน
ปรับปรุง : กำหนดวิธีส่งต่อข้อมูลและ
สอบทานระหว่างหน่วยงานทุกเดือน

สถานะดำเนินการ
○ = อยู่ระหว่างดำเนินการ
ระดับความเสี่ยง ๓x๕=15 (สูง)

๙๙ 12. การจัดซื้อจัดจ้าง

เสี่ยง : ข้อมูลสินทรัพย์ในระบบ
GFMS และ INV ไม่ตรงกัน
ปรับปรุง : ตรวจสอบรายการให้ครบ,
ติดตามระเบียบ, และทบทวนข้อมูล
ทุกเดือน

สถานะดำเนินการ
○ = อยู่ระหว่างดำเนินการ
ระดับความเสี่ยง 2x3=6 (ต่ำ)

รายงาน ๑๒ ความเสี่ยง

๑. การเฝ้าระวังอาการกรณีฉุกเฉินขณะรอตรวจ(กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก)

ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่ : ผู้ป่วยบางรายยังเกิดอาการหน้ามืด เป็นลม หรือชักระหว่างรอตรวจ

การปรับปรุง : พัฒนาสมรรถนะพยาบาล ปรับคู่มือคัดกรอง และจัด Zoning ผู้ป่วยเสี่ยง

สถานะดำเนินการ : ○ = อยู่ระหว่างดำเนินการ

ระดับความเสี่ยง : ๒x๕=๑๐ (สูงมาก)

๒. การให้บริการผู้ป่วยนอก (โครงสร้างสถานที่)

ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่ : พื้นต่างระดับ ขรุขระ รถเข็นชำรุด เจ้าหน้าที่เวรเปลไม่เพียงพอ

การปรับปรุง : ปรับพื้นเส้นทาง ตรวจสอบรถนั่ง-เปลนอน พัฒนาการเฝ้าระวังพลัดตกหกล้ม

สถานะดำเนินการ : = ดำเนินการแล้วเสร็จ

๓. เครื่องมือ/เครื่องผ้าปราศจากเชื้อด้วยระบบ Autoclave(ห้องผ่าตัด)

ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่ : พบ Internal Indicator ไม่ผ่านมาตรฐาน

การปรับปรุง : เพิ่มระบบนิเทศที่รัดกุม และเพิ่มจำนวนหม้อหนึ่ง Autoclave

สถานะดำเนินการ : ○ = อยู่ระหว่างดำเนินการ

ระดับความเสี่ยง : ๓x๔=๑๒ (สูง)

	<p>๔. การวางแผนดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างรักษา(กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม)</p> <p>ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่: เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น Hypovolemic Shock, Sepsis</p> <p>การปรับปรุง: ใช้ EWS เฉพาะโรค ทบทวนแนวทาง Root cause และมอบหมายผู้รับผิดชอบ</p> <p>สถานะดำเนินการ : ○ = อยู่ระหว่างดำเนินการ</p> <p>ระดับความเสี่ยง : ๔x๔=๑๖ (สูงมาก)</p> <p>๕. การป้องกันการให้เลือดผิดคน(กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม)</p> <p>ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่ : การใช้ระบบ AI ยังไม่ครบ ๑๐๐% และพบอุบัติการณ์ให้เลือดผิดชนิด</p> <p>การปรับปรุง : ทบทวนระเบียบปฏิบัติและกำหนดผู้รับผิดชอบติดตามการใช้ AI</p> <p>สถานะดำเนินการ : = ดำเนินการแล้วเสร็จ</p> <p>๖. ลดอัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR) (กลุ่มงานควบคุมการติดเชื้อ)</p> <p>ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่ : AMR rate ปี ๒๕๖๗ = ๑.๑๕ ครั้ง / ๑,๐๐๐ วันนอน (เกินเกณฑ์ควบคุม ≤๐.๘๖)</p> <p>การปรับปรุง : จัดทำแนวทางใช้ยา จัดอบรม Antimicrobial Stewardship และติดตาม RDU</p> <p>สถานะดำเนินการ : ○ = อยู่ระหว่างดำเนินการ</p> <p>ระดับความเสี่ยง : ๔x๔=๑๖ (สูงมาก)</p> <p>๗. ลดอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสาย (CLABSI) (กลุ่มงานควบคุมการติดเชื้อ)</p> <p>ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่ : CLABSI rate ๓.๒๒ ครั้ง/๑,๐๐๐ catheter days (เกินเกณฑ์)</p> <p>การปรับปรุง : พัฒนาสมรรถนะพยาบาลและแนวทางป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยง</p> <p>สถานะดำเนินการ : ○ = อยู่ระหว่างดำเนินการ</p> <p>ระดับความเสี่ยง : ๔x๔=๑๖ (สูงมาก)</p> <p>๘. การติดตามเช็คหมดอายุ(กลุ่มงานการเงิน)</p> <p>ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่ : พบรายการเช็คหมดอายุในงบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร</p> <p>การปรับปรุง : ติดตามผู้รับเงินเกิน ๓ เดือน และส่งหนังสือแจ้งให้นำเช็คไปขึ้นเงิน</p> <p>หน่วยงานยังไม่จัดส่งรายงาน</p> <p>๙. การเบิกจ่ายเงินผ่านระบบ New GFMS Thai(กลุ่มงานการเงิน)</p> <p>ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่ : รายการจัดซื้อบางรายการไม่ได้บันทึกผ่านระบบ</p>	
--	---	--

การปรับปรุง : กำชับให้หน่วยจัดซื้อบันทึกข้อมูลใบสั่งซื้อผ่านระบบทุกกรณีที่เกิดขึ้น ๕,๐๐๐ บาท
 หน่วยงานยังไม่จัดส่งรายงาน

๑๐. การจ่ายเงิน(กลุ่มงานการเงิน)
 ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่ : บันทึกซื้อเจ้าหน้าที่ไม่ตรงเอกสาร และบันทึกไม่ครบทุกใบ
 การปรับปรุง : จัดระบบสอบทานเอกสารก่อนอนุมัติ และกำชับเจ้าหน้าที่เพิ่มความรอบคอบ
 หน่วยงานยังไม่จัดส่งรายงาน

๑๑. การจัดทำทะเบียนคุมทรัพย์สิน(กลุ่มงานบัญชี)
 ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่ : ข้อมูลทะเบียนบัญชีกับทะเบียนพัสดุไม่ตรงกัน
 การปรับปรุง : กำหนดวิธีส่งต่อข้อมูลและสอบทานระหว่างหน่วยงานทุกเดือน
 สถานะดำเนินการ : ○ = อยู่ระหว่างดำเนินการ
 ระดับความเสี่ยง : ๓x๔=๑๒ (สูง)

๑๒. การจัดซื้อจัดจ้าง(กลุ่มงานพัสดุ)
 ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่ : ข้อมูลสินทรัพย์ในระบบ GFMS และ INV ไม่ตรงกัน
 การปรับปรุง : ตรวจสอบรายการให้ครบ ติดตามระเบียบ และทบทวนข้อมูลทุกเดือน
 สถานะดำเนินการ : ○ = อยู่ระหว่างดำเนินการ
 ระดับความเสี่ยง : ๒x๑=๒ (ต่ำ)

ประธานคณะกรรมการ: จากการนำเสนอการติดตามผลดำเนินงานจัดการความเสี่ยง รวม ๑๒ ประเด็น ให้คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบควบคุมภายในลงตรวจเยี่ยมหน่วยงานที่มีประเด็นความเสี่ยงสูงได้แก่

- ๑.การเฝ้าระวังอาการกรณีฉุกเฉินขณะรอตรวจ(กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก) (OPD)
- ๒.เครื่องมือ/เครื่องผ้าปราศจากเชื้อด้วยระบบ Autoclave(ห้องผ่าตัด) OR
- ๓.การวางแผนดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างรักษา(กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม) ,การป้องกันการให้เลือดผิดคน
- ๔.ลดอัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR) (กลุ่มงานควบคุมการติดเชื้อ)
- ๕.ลดอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสาย (CLABSI) (กลุ่มงานควบคุมการติดเชื้อ) อายุรกรรม
- ๖.การติดตามเชื้คหมดอายุ(กลุ่มงานการเงิน) รวมถึงกลุ่มงานบัญชีและพัสดุ

แบ่งคณะกรรมการออกเป็นกลุ่มเพื่อลดระยะเวลาในการตรวจเยี่ยมให้เร็วขึ้น

คณะกรรมการ: ความเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ใน กระบวนการให้บริการผู้ป่วยและระบบป้องกันการติดเชื้อทุกหน่วยมีระบบควบคุมอยู่แล้ว แต่ต้องเน้น การติดตาม Compliance และระบบเทคโนโลยีป้องกันความผิดพลาด

ประเด็นที่มีความเสี่ยงระดับสูงคือ

การเฝ้าระวังผู้ป่วยฉุกเฉิน (OPD)

การป้องกันการให้เลือดผิดคน

๒.๒ ความเสี่ยงที่สำคัญ
 ปึงบประมาณ ๒๕๖๘ จาก รายงาน ปค.๕

การติดเชื้อในกระแสเลือด (CLABSI)
 มติที่ประชุม:รับทราบ
 ความเสี่ยงที่สำคัญ ปึงบประมาณ ๒๕๖๘ จากรายงาน ปค.๕ ข้อมูลจากหน่วยงานที่ส่งให้คณะกรรมการควบคุมภายในความเสี่ยงที่ไม่ใช่คลินิก
 สรุปข้อมูลจากรายงาน ๑๘ หน่วยงาน จำนวน ๖๒ เรื่อง
 -เรื่องที่มีความเสี่ยงสูงมาก ๕ เรื่อง
 - เรื่องที่มีความเสี่ยงสูง ๘ เรื่อง
 -ความเสี่ยงปานกลาง ๔ เรื่อง
 -ความเสี่ยงต่ำ ๓ เรื่อง
 -ไม่มีรายงานวิเคราะห์ ๔๒ เรื่อง

ความเสี่ยงที่ไม่ใช่คลินิก ยังเหลืออยู่จากรายงาน ปค.5 (ส่วนงานย่อย) ปี 2568

ลำดับที่	หน่วยงาน	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		
			โอกาส	ผลกระทบ	คะแนน
1.	กลุ่มงานบัญชี 66.กลุ่มงานบัญชี	งานบัญชีเจ้าหน้าที่และครุภัณฑ์			
		1. ส่งข้อมูลเจ้าหน้าที่ไม่สัมพันธ์กับการตรวจรับพัสดุเข้าคลัง	5	5	25
		2. รายงานบัญชีครุภัณฑ์ไม่ตรงตามทะเบียนคุม	3	4	12
		3. เอกสารการรับครุภัณฑ์ล่าช้าไม่ตรง ตามงวดการปิดบัญชี	3	4	12
2.	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม 12.กลุ่มงานกุมารเวชกรรม	งานบัญชีลูกหนี้			
		1. ส่งข้อมูลลูกหนี้ล่าช้าและไม่เป็น ปัจจุบัน	3	4	12
		2. ส่งข้อมูลไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน	3	4	12
		งานบัญชีรับและจ่าย			
1. ส่งข้อมูลล่าช้าไม่เป็นปัจจุบัน	3	4	12		
2. ส่งข้อมูลที่เป็นจำนวนมากในวันทำการสิ้นเดือน					
งานระบบบัญชีและรายงานการวิเคราะห์รายการบัญชี					
ไม่ถูกต้อง					
3.	ศูนย์ทารกแรกเกิด 35.ศูนย์ทารกแรกเกิด	1. การพัฒนามูลสาร	-		
		-ได้รับจัดสรรงบประมาณเข้าร่วมอบรม เฉพาะทางภายนอก ของแพทย์ที่เสี่ยง/แพทย์ประจำบ้านน้อย	4	5	20
		- ใควดาอบรมที่ได้รับจัดสรรมีจำกัด			
		2. การดำเนินงานโครงการได้รับจัดสรรงบประมาณน้อยกว่าที่เสนอขออนุมัติตามแผนการดำเนินงาน			
		1. การดำเนินการโครงการไม่เป็นไปตาม แผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้เนื่องจาก งบประมาณไม่ได้รับอนุมัติจึงไม่สามารถ จัด โครงการทุกโครงการ ให้แล้วเสร็จได้	4	4	16
		2. ได้รับจัดสรรงบประมาณอบรมเฉพาะ ทางน้อย จำนวนผู้อบรมที่ได้รับจัดสรรมี จำกัดการอนุมัติงบประมาณล่าช้า	-		

	4.	กลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด 43.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด	1. ไฟฟ้าดับ 2. ลิฟต์ไม่ทำงานไม่สามารถรับส่งผู้ป่วยหรือเครื่องมือได้	4 2	3 4	12 8
	5.	กลุ่มภารกิจด้านทันตกรรม 85.ภารกิจด้านทันตกรรม	วัสดุทันตกรรมยังไม่สามารถคำนวณอัตราการใช้งานให้ถูกต้องเหมาะสมเนื่องจากเพิ่งเริ่มเก็บข้อมูลและส่วนหนึ่งมาจากไม่เคยมีตัวเลขอัตราการใช้งานมาก่อน	3	1	3
	6.	กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ 18.กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์	ขาดการส่งต่อข้อมูลระหว่างนักสังคม สงเคราะห์ในเวรและผู้รับเวรต่อ	2	2	4
	7.	กลุ่มงานฟิสต์ 62.กลุ่มงานฟิสต์	1. ด้านนิติกรรมและบริหารสัญญา 1.1 การบำรุงรักษาฟิสต์ - บริษัทยังเข้าบำรุงรักษา ไม่ครบ 100 % - บริษัทเข้าบำรุงรักษา/สอบเทียบไม่ตรงตามแผนการบำรุงรักษา/สอบเทียบ ที่ได้กำหนด 1.2 การซ่อมในระหว่างรับประกัน ผู้รับจ้างบางราย ไม่ดำเนินการซ่อมแซมความชำรุดบกพร่อง ตามที่ได้รับแจ้ง ซึ่งยังอยู่ระหว่างระยะเวลาประกันแต่บริษัทฯ จะเข้าดำเนินการซ่อมแซมในช่วงก่อน หมดระยะเวลาประกัน 1.3 การตรวจสอบสภาพฟิสต์ก่อนหมดประกันสัญญา หน่วยงานเจ้าของฟิสต์ตรวจสอบสภาพไม่ทันตามที่กำหนด ทำให้ส่วหัวและไม่สามารถแจ้งต่อคู่สัญญาเพื่อเข้าซ่อมแซมได้ทันเวลา และทำให้การคืนหลักประกันสัญญาภายใน 15 วัน ทำได้เพียงร้อยละ 90 2. การบริหารฟิสต์ 2.1 การบันทึกสินทรัพย์ในระบบ GFMI กรมบัญชีกลางและโปรแกรม INV ของรพ. มีการปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่องเจ้าหน้าที่ไม่รับทราบถึงการเปลี่ยนแปลง	1 1 5 2	1 1 2 1	1 1 10 2
	8.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย นอก	1.ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจระบบ บริการ 2.มีข้อร้องเรียนระบบบริการ	3	2	6
	9.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย โสตศอนาสิก จักษุ 51.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย โสตศอนาสิก จักษุ	ห้องพิเศษตามมีให้บริการไม่เพียงพอ เสี่ยงต่อการเกิดความไม่พึงพอใจ	-		
	10.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย กุมารเวชกรรม 49.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	1.เอกสารประกอบการเบิกจ่ายไม่ ครบถ้วนไม่ปฏิบัติตามระเบียบ บุคลากร checkin ทำงานไม่ครบ 100% 2. มีความคลาดเคลื่อนการเบิกและการใช้งานจริง มีฟิสต์งานบ้านหมดอายุ ในหน่วยงาน	-	-	
	11.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช 48.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางวาจาจากผู้ป่วย	-	-	-
	12.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย ด้านควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ 52.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยด้านควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ	1.เครื่องมือหลังใช้บางส่วนไม่มีการ Pre-cleaning 2.ยังมีของมีคมติดมากับเครื่องมือ บนเบื่อน 3.เครื่องมือชำรุดเสียหายงานล้าง 1. พบเครื่องมือที่ล้างไม่สะอาด 2. เครื่องมือบางสาขาชำรุดเสียหาย งานหีบห่อ จัดเครื่องมือฉีดพลาต ไม่ครบ เก็บ ไม่ใส่ตัวชี้วัดงานทั่วไปปราศจากเชื้อ 1. ผลการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ 2. ห่อเครื่องมือที่เปียก ปรีแยก หลังการทำให้ปราศจากเชื้อ งานเก็บเครื่องมือปราศจากเชื้อ จำนวนชุด/ชิ้น เครื่องมือถูกส่งกลับเพื่อ Re-sterile	-	-	-

		13.	ศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย 10. ศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย	รพช. โรงพยาบาลชาตอุปการณ์ เครื่องมือทาง การแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยขณะนำส่ง	-				
		14.	กลุ่มงาน โภชนศาสตร์ 17. กลุ่มงาน โภชนศาสตร์	งานพัฒนาคุณภาพการผลิตและบริการ 1. หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าหน่วยมีจำนวนน้อย ภาระงานมากพนักงานประกอบอาหาร ช่าง ล้างจานน้อย วิตถุดิบ อาหารสด อาหารแห้งไม่ซั่งตามมาตรฐานที่ระบุ 2. การนำส่งลำข้าววิตถุดิบจากตลาด ทำให้พนักงานประกอบอาหารเร่งรีบไม่เกิดมาตรฐาน 3. พนักงานประกอบอาหารใช้วิตถุดิบ ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานที่กำหนด 4. พนักงานประกอบอาหารไม่ลงบันทึก การซั่งดวงวิตถุดิบตรงตามสัดส่วนที่กำหนดตามจำนวนผู้ป่วยประจำวัน ที่ แสดงผลประจำมืออาหาร งานวิชาการทางคลินิกและการเผยแพร่ความรู้ 1. การส่งต่อข้อมูลของหอผู้ป่วยเรื่อง สุตอาหาร ปริมาณอาหารยังไม่เป็นปัจจุบัน และเวลา ในการส่งญาติผู้ป่วยมาเรียนยังไม่เป็นไปตามระเบียบปฏิบัติที่ตกลงกัน ทำให้เกิดความเสี่ยต่อการสอนผิดสูตร และความลำซ้ำ 2. แผนกที่ ป้ายบอกเส้นทางมาที่กลุ่มงาน โภชนศาสตร์ยังไม่ชัดเจน ในการส่งญาติ ผู้ป่วยมาเรียนอาหาร ให้ทางสาย 3. พื้นที่ ให้คำปรึกษา/สอนสาธิตอาหารให้ทางสายไม่เหมาะสมในการให้คำปรึกษา เนื่องจากเป็นพื้นที่โล่งแจ้งและเป็น บริเวณหน้าลิฟต์ โดยสารมีผลต่อแสงสว่างเสี่ยตรงรบกวนต่อผู้ให้และผู้รับบริการ 4. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Caregiver) 5. ติดตั้งพัดลมเพื่อระบายอากาศ	-				
		15.	กลุ่มงานบริหารทั่วไป 61. กลุ่มงานบริหารทั่วไป	1. งานซักฟอก การซักผ้าเป็อนด้วยเครื่องซักผ้าระบบ อ โมงค์และอุปกรณ์ประกอบชุด 1. ผู้ป่วยได้รับผ้าที่ไม่พร้อมใช้งาน เช่น มีผ้าชำรุด ผ้าซักไม่สะอาด 2. ตรวจพบอุปกรณ์ทางการแพทย์ตกมากับถุงผ้าเป็อน 3. ตรวจพบขยะสิ่งของแปลกปลอมตกมาในถุงผ้าเป็อน 2. งานสารบรรณ หน่วยงานเจ้าของเรื่องอาจได้รับหนังสือ ราชการด่วนลำซ้ำ เนื่องจากต้นทางส่งหนังสือราชการมาในระยะเวลา กระชั้นชิด 3. งานธุรการทั่วไป 1. เจ้าหน้าที่หรือผู้มาใช้ บริการมีชื่อ ร้องเรียนเกี่ยวกับเรื่องกลิ่นของห้องนำ	-				
		16.	ศูนย์คุ้มครองเด็กและสตรี 19. ศูนย์คุ้มครองเด็กและสตรี	1. ขาดการบันทึกปัญหาด้านจิตสังคมของ ผู้ป่วยในระว่างเวรเช้า บ่าย และดึก บันทึกข้อมูล ในแบบฟอร์มไม่ครบถ้วน บันทึกข้อมูลขาดความสมบูรณ์ เช่น เบอร์โทรศัพท์ผู้ใกล้ชิดที่ สามารถติดต่อได้ 2. ไม่สามารถติดต่อผู้รับบริการได้ (ร้อยละ40) เนื่องจากไม่มีเบอร์โทรศัพท์ 3. ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับคำปรึกษา และไม่ได้รับการติดตาม ถูกกระทำซ้ำ	-				
		17.	กลุ่มงานประชาสัมพันธ์และบริการทั่วไป 67. กลุ่มงานประชาสัมพันธ์และบริการทั่วไป	- 1. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทุก - ช่องทางให้กับบุคลากรและประชาชน 1.1 ความลำซ้ำของข้อมูลที่เผยแพร่ ออกไป - 1.2 ข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าของงานไม่ ชัดเจน - 2. แนะนำขั้นตอนการให้บริการของ โรงพยาบาล 2.1 ข้อมูลการให้บริการไม่ครบถ้วน 2.2 เจ้าหน้าที่ยังต้องพัฒนาศักยภาพ	-	-	-	-	

		บริการของ โรงพยาบาล 2.1 ข้อมูลการให้บริการไม่ครบถ้วน 2.2 เจ้าหน้าที่ยังต้องพัฒนาศักยภาพ 2.3 มีผู้มาใช้บริการจำนวนมากทำให้ เจ้าหน้าที่ให้บริการไม่ทันตามความต้องการ			
18.	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ บริการและมาตรฐาน 79.กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	1. การบริหารแผนงานโครงการ 1.1 ความถูกต้องและความเข้าใจยุทธศาสตร์และนโยบายจากผู้บริหารก่อนสื่อสารต่อตลาดเคลื่อน ทำให้โครงการได้รับการอนุมัติซ้ำ 2. การประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ 2.1 การตอบสนองประเมินความพึงพอใจ (แบบสอบถาม IP Voice) และหย่อนกล่องรับความคิดเห็น และรวบรวมส่งศูนย์ Q&S Key ข้อมูลความพึงพอใจเพื่อรายงานผลในโปรแกรม หลายขั้นตอนอาจเกิดความล่าช้าในการนำผลลัพธ์ไปใช้ประโยชน์	-		

หมายเหตุ สูงมาก สูง ปานกลาง ต่ำ

สรุปข้อมูลรวม

หน่วยงาน	18	หน่วยงาน
จำนวนรายงาน	62	เรื่อง
ความเสี่ยงสูงมาก	5	เรื่อง
ความเสี่ยงสูง	8	เรื่อง
ความเสี่ยงปานกลาง	4	เรื่อง
ความเสี่ยงต่ำ	3	เรื่อง
ไม่มีรายงานวิเคราะห์	42	เรื่อง

ประธานคณะกรรมการ: ความเสี่ยงระดับสูงมากและสูง (รวม ๑๓ เรื่อง)

เป็นความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่ออย่างมีนัยสำคัญต่อการดำเนินงาน เช่น

- ความเสี่ยงด้านการเงินและงบประมาณ
- ความเสี่ยงจากกระบวนการทำงานที่มีช่องโหว่
- ความเสี่ยงด้านกฎหมาย/ข้อกำหนด

ให้ทุกหน่วยงานเร่งจัดทำรายงานความเสี่ยงตามแบบ ปค.๕ ให้ครบถ้วนต้องมีรายละเอียดของ เหตุการณ์ความเสี่ยง, สาเหตุ, การควบคุมปัจจุบัน และการประเมินโอกาส/ผลกระทบ

เพิ่ม ๔ ประเด็นความเสี่ยงด้านไม่ใช่คลินิก ในปีงบประมาณ ๒๕๖๙ ได้แก่ ด้านการเงิน ด้านพัสดุ ด้านบัญชี ด้านการบริหารทั่วไป

คณะกรรมการ:ภาพรวมระดับความเสี่ยง

- ความเสี่ยงสูงมาก : ๕ เรื่อง

จำเป็นต้องติดตามอย่างใกล้ชิดและกำหนดมาตรการควบคุมเร่งด่วนเนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานขององค์กร

- ความเสี่ยงสูง : ๘ เรื่อง

	<p>ควรวิเคราะห์สาเหตุและปรับปรุงมาตรการควบคุมความเสี่ยงให้เข้มงวดขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพัฒนาไปสู่ระดับ “สูงมาก”</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความเสี่ยงปานกลาง : ๔ เรื่อง <p>สามารถจัดการได้ด้วยมาตรการควบคุมที่มีอยู่ แต่ยังคงติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความเสี่ยงต่ำ : ๓ เรื่อง <p>มีผลกระทบน้อย สามารถบริหารจัดการภายใต้ต้นนโยบายหรือขั้นตอนงานปกติ ประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีรายงานวิเคราะห์ความเสี่ยง จำนวน ๔๒ เรื่อง <p>คิดเป็นสัดส่วนมากที่สุดของข้อมูลทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าหลายหน่วยงานยังขาดกระบวนการประเมินความเสี่ยงที่ชัดเจนแนวนอนนี้อาจส่งผลให้คณะกรรมการไม่สามารถประเมินภาพรวมความเสี่ยงขององค์กรได้ครบถ้วน ข้อเสนอแนะเบื้องต้นเสนอให้แต่ละหน่วยงานเร่งจัดทำการวิเคราะห์ความเสี่ยงในเรื่องที่ยังไม่รายงาน เพื่อให้ข้อมูลบริหารความเสี่ยงมีความครบถ้วน จัดอบรม/ทบทวนแนวทางประเมินความเสี่ยง (ปค.๕) แก่หน่วยงานที่ยังประเมินไม่ครบถ้วน ให้คณะกรรมการติดตามความเสี่ยงระดับสูงและสูงมากอย่างต่อเนื่อง พร้อมกำหนดผู้รับผิดชอบและกรอบเวลาที่ชัดเจน</p> <p>ข้อเสนอแนะตามที่ประชุม</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เร่งรัดการจัดทำรายงานวิเคราะห์ความเสี่ยงของหน่วยงานให้ครบ ๑๐๐% ๒. ปรับปรุงมาตรการควบคุมความเสี่ยงระดับสูงมากและสูงให้มีประสิทธิภาพ ๓. พัฒนาเครื่องมือ/คู่มือให้หน่วยงานใช้ในการประเมินความเสี่ยงกำหนดระบบ ๔. ติดตามแบบรายไตรมาส เพื่อให้เห็นผลการแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม ๕. นำข้อมูลความเสี่ยงไปเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงระบบ <p>มติที่ประชุม: รับทราบ</p> <p>ความเสี่ยงที่สำคัญ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ จากรายงาน ปค.๕ ข้อมูลจากหน่วยงานที่ส่งให้คณะกรรมการควบคุมภายในความเสี่ยงทางคลินิกที่ยังเหลืออยู่ ปี ๒๕๖๘ สรุปข้อมูลจากการรายงาน ๑๒ หน่วยงาน</p> <p>จำนวน ๓๑ เรื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - เรื่องที่มีความเสี่ยงสูงมาก ๘ เรื่อง - เรื่องที่มีความเสี่ยงสูง ๘ เรื่อง - ความเสี่ยงปานกลาง ๕ เรื่อง - ความเสี่ยงต่ำ ๐ เรื่อง - ไม่มีรายงานวิเคราะห์ ๑๐ เรื่อง 	
--	--	--

ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) ที่ยังเหลืออยู่ ปี 2568

ลำดับที่	หน่วยงาน	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		
			โอกาส	ผลกระทบ	คะแนน
1.	กลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด 43.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด	เครื่องมือผ่าตัดทำการนิ่งฆ่าเชื้อด้วยระบบAutoclaveพบInternal Indicator ไม่ผ่านมาตรฐานการทำให้ปราศจากเชื้อ	3	4	12
2.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 41.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	การดูแลป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำ อักเสบ (Phlebitis) 1. ติดเชื้อที่รุนแรง 2. สูญเสียอวัยวะส่วนปลาย	2	3	6
3.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม 46.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม	1. เกิดภาวะแทรกซ้อน/อาการทรุดลงขณะรักษาในโรงพยาบาล เช่น Hypovolemic Shock, Sepsis 2. Medical Error ผู้ป่วยได้รับยาไม่ตรงตามวัตถุประสงค์การรักษา	3	4	12
4.	กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และ พยาธิวิทยาคลินิก 16.กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	1. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด 2. ผู้รับบริการได้รับผลการตรวจที่ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน 3. ผลการตรวจล่าช้า	-	3	4
5.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 12.กลุ่มงานกุมารเวชกรรม	1. ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 2. มีความคลาดเคลื่อนการบริหาร ระดับ E-I	2	5	10
7.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช 48.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช	ขณะรอตรวจรักษา 1. ขณะรอตรวจผู้มารับบริการ รุนแรง ส่งเสียงดัง 2. ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะรอตรวจ(ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง) 3. มีผู้ป่วยมาพบจิตแพทย์ ผิดนัด ไม่มี จิตแพทย์ออกตรวจ หลังตรวจ 1. ผู้ป่วยได้รับยาไม่ตรงกับแผนการรักษาของแพทย์	2	5	10
8.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 40.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	1. มีอาการทรุดลงก่อนตรวจ ขณะรอตรวจ และหลังตรวจ เช่น ชัก หน้ามืด เป็นลม เหนื่อย แน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน Cardiac arrest 2. ผู้ป่วยอาการทรุดลงเนื่องจากระยะเวลารอคอยนาน	2	5	10
9.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรไร 50.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรปติกส์	1. ผู้ป่วยออโรปติกส์ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเกิดแผลกดทับ 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการ On Skin traction เกิดภาวะ Common peroneal nerve palsy 3. ความล่าช้าในการประเมิน 4. ผู้ป่วย Spinal injury กลุ่มที่ยังไม่ผ่าตัดมีโอกาสเกิดภาวะ Progressive neuro deficit 5. ผู้ป่วยออโรปติกส์ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเสี่ยงต่อการให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิดของเลือด 6. ผู้ป่วยออโรปติกส์ที่ใส่คาสายสวน ปัสสาวะเกิดการติดเชื้อ 7. ผู้ป่วยออโรปติกส์ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เกิดการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ 8. การบริหารยา High alert drug ผิดพลาด ระดับ A-D 9. Infusion pump มี หลากหลายแบบ	5	4	20
			4	4	16
			2	5	10
			2	5	10
			1	5	5
			4		
			3	3	9
			1	3	3
			1	3	3
10.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยด้าน 52.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยด้านควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ	1. อัตราการติดเชื้อ CAUTI มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี 2565- 2567 คิดเป็น 0.53, 3.82, 2.99/ 1,000 Cath. Days 2. อัตราการติดเชื้อ CLABSI เพิ่มขึ้น จากปี 2565- 2567 คิดเป็น 0.72, 5.86, 3.43 /1,00 Cath. Days (ค่าเป้าหมาย ≤ 1.11/ 1,000 Catheter Days) 3. อัตราการติดเชื้อ AMR มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น- จากปี 2565- 2567 คิดเป็น 0.61, 1.71, 1.15/ 1,000 วันนอน	-	-	-

	ควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ	Days 2. อัตราการติดเชื้อ CLABSI เพิ่มขึ้น จากปี 2565- 2567 คิดเป็น 0.72, 5.86, 3.43 /1,00 Cath. Days (ค่าเป้าหมาย ≤ 1.11/ 1,000 Catheter Days) 3. อัตราการติดเชื้อ AMR มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี 2565- 2567 คิดเป็น 0.61, 1.71, 1.15/ 1,000 วันนอน				
11.	ศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย 10. ศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย	การส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่อง 1. ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงภายใน 24 ชั่วโมง 2. ผู้ป่วยมีอาการทรุดขณะรอกลับหรือรพพยาบาล สถานพยาบาลปลายทางบริเวณ ด้านหน้า waiting Zone	-			
12.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช 47. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม	ผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เหมาะสมตามความ ต้องการพื้นฐาน หรือข้อบ่งชี้ของโรค/ การเจ็บป่วย	-			

หมายเหตุ สูงมาก สูง ปานกลาง ต่ำ

สรุปข้อมูลรวม

หน่วยงาน	12	หน่วยงาน	
จำนวนรายงาน	31	เรื่อง	
ความเสี่ยงสูงมาก	8	เรื่อง	
ความเสี่ยงสูง	8	เรื่อง	
ความเสี่ยงปานกลาง	5	เรื่อง	
ความเสี่ยงต่ำ	0	เรื่อง	
ไม่มีรายงานวิเคราะห์	10	เรื่อง	

ประธานคณะกรรมการ:จากการนำเสนอให้เพิ่ม ๔ ประเด็นความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk) ปีงบประมาณ ๒๕๖๙ ได้แก่ การทรุดลงขณะรอตรวจภาวะแทรกซ้อนขณะรักษา Zero event ๕ เรื่อง และ Harm free care ๕ เรื่อง เป็นประเด็นที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย คุณภาพการรักษา และระบบบริการขององค์กร

คณะกรรมการ:ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม ปรับปรุงคุณภาพงานคลินิกโดยเน้นความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เสริมระบบรายงานเหตุการณ์ (Incident Reporting) ให้ครบถ้วนและต่อเนื่องนำข้อมูลความเสี่ยงเชื่อมโยงกับตัวชี้วัด (KPI) ของหน่วยงานให้ผู้บริหารทุกระดับมีบทบาทในการติดตามความเสี่ยงอย่างใกล้ชิด

- ความเสี่ยงระดับสูงมาก (๘ เรื่อง)

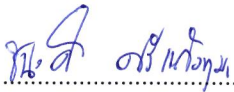
เป็นประเด็นที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย คุณภาพการรักษา และระบบบริการขององค์กร เช่น ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient Safety) การให้ยาไม่ถูกต้อง / โอกาสเกิด Medication Error ขั้นตอนทางคลินิกที่มีความซับซ้อนและมีโอกาสผิดพลาดสูง ความเสี่ยงในงานบริการฉุกเฉินหรือกรณีเร่งด่วน การขาดแคลนอุปกรณ์สำคัญในการรักษา

- ความเสี่ยงระดับสูง (๘ เรื่อง)

เกี่ยวข้องกับระบบเวชระเบียน/ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ การจัดเวรบุคลากรไม่เพียงพอการรอคอยบริการยาวนาน อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความเสื่อมสภาพหรือมีโอกาสชำรุด

ความเสี่ยงระดับปานกลาง (๕ เรื่อง)

	<p>มีโอกาสส่งผลกระทบ แต่สามารถจัดการได้ด้วยมาตรการปัจจุบัน เช่นปัญหา การประสานงานระหว่างหน่วยงาน ขั้นตอนการให้บริการที่ยังไม่เป็น มาตรฐานทั้งหมด</p> <p>- รายการที่ไม่มีการวิเคราะห์ความเสี่ยง (๑๐ เรื่อง)</p> <p>ถือเป็นปัญหาที่สำคัญเนื่องจากทำให้ ไม่สามารถประเมินระดับความเสี่ยงจริง ขององค์กรได้ครบ ไม่สามารถจัดลำดับความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง ได้ อาจมีความเสี่ยงสำคัญที่ยังถูกมองข้าม</p> <p>มติที่ประชุม : รับทราบ</p>	
<p>วาระที่ ๓ เรื่องอื่น ๆ</p>	<p>มอบหมายคณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบควบคุมภายในลงตรวจ เยี่ยมกลุ่มงานที่มีความเสี่ยง</p>	

ลงชื่อ..... 

(นายชนะศักดิ์ ศรีแก้วทุม)

ผู้จัดรายงานการประชุม

ลงชื่อ..... 

(นายวัชชัย เทียมกลาง)

ผู้รับรองรายงานการประชุม



โรงพยาบาลขอนแก่น
KHON KAEN HOSPITAL

การประเมินความเสี่ยงทุจริต
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

คณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน โรงพยาบาลขอนแก่น
คณะกรรมการติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในโรงพยาบาลขอนแก่น

คำนำ

การประเมินความเสี่ยงทุจริตเป็นกระบวนการที่สำคัญในการบริหารจัดการองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพและโปร่งใส โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินและจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการทุจริต ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานและชื่อเสียงขององค์กร คณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน และ คณะกรรมการติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน โรงพยาบาลขอนแก่นได้ดำเนินการประเมินความเสี่ยง การทุจริต โดยใช้กรอบการประเมินความเสี่ยงการทุจริต ๓ ด้านประกอบด้วย ๑) ความเสี่ยงการทุจริตที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาอนุมัติ อนุญาต ๒) ความเสี่ยงการทุจริตในความโปร่งใสของการใช้อำนาจและ ตำแหน่งหน้าที่๓) ความเสี่ยงการทุจริตในความโปร่งใสของการใช้จ่ายงบประมาณและการบริหารจัดการ ทรัพยากรภาครัฐ การจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริตโดยวิเคราะห์ความเสี่ยงตามมาตรฐาน COSO ในการกำหนดมาตรการให้เป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงานประจำ เพื่อเป็นมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงการ ทุจริต ป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และมาตรการป้องกันการรับสินบนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเป็นเครื่องมือใน การกำกับการทำงานด้านการป้องกันความเสี่ยงการทุจริต มิให้เกิดความเสียหายแก่ทางราชการและผู้มีส่วน เกี่ยวข้องทุกระดับรวมถึงกำหนดกลไกการกำกับติดตามและรายงานผลในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

รายงานการประเมินความเสี่ยงทุจริตฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อ โรงพยาบาลขอนแก่น ในการบริหารจัดการความเสี่ยงทุจริต และส่งเสริมให้เกิดการดำเนินงานที่โปร่งใสและเป็นธรรม

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ส่วนที่ ๑ นิยาม วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดในการบริหารจัดการความเสี่ยงการทุจริต	
๑. นิยามเฉพาะในการประเมินความเสี่ยงการทุจริต	๑
๒. วัตถุประสงค์ของการประเมินความเสี่ยงการทุจริต	๒
๓. กรอบแนวคิดในการควบคุมภายใน	๒
ส่วนที่ ๒ การประเมินความเสี่ยงการทุจริต	
๑. การระบุความเสี่ยง	๔
๒. การวิเคราะห์สถานะความเสี่ยง	๔
๓. เมทริกส์ระดับความเสี่ยง	๕
๔. การประเมินการควบคุมความเสี่ยง	๕
๕. แผนบริหารความเสี่ยง	๕
๖. การจัดทำรายงานผลการเฝ้าระวังความเสี่ยง	๖
๗. จัดทำระบบการบริหารความเสี่ยง	๖
๘. การจัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยง	๙

ส่วนที่ ๑

นิยาม วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดในการบริหารจัดการความเสี่ยงการทุจริต

มาตรการป้องกันการทุจริต สามารถช่วยลดความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดการทุจริตในองค์กรได้ ดังนั้นการประเมินความเสี่ยงด้านการทุจริต การออกแบบ และการปฏิบัติงานตามมาตรการควบคุมภายในที่เหมาะสมจะช่วยลดความเสี่ยงการทุจริตได้ ทั้งนี้ การนำเครื่องมือประเมินความเสี่ยงมาใช้ในองค์กรจะช่วยเป็นหลักประกันองค์กรในระดับหนึ่งว่าการดำเนินการขององค์กรจะไม่มีทุจริต หรือในกรณีที่พบกับการทุจริตที่ไม่คาดคิด โอกาสที่จะประสบกับปัญหาน้อยกว่าองค์กรอื่น หรือหากเกิดความเสียหายขึ้นก็จะเป็นความเสียหายที่น้อยกว่าองค์กรที่ไม่มีให้นำเครื่องมือประเมินความเสี่ยงมาใช้ เพราะได้มีการเตรียมการป้องกันล่วงหน้าไว้ การประเมินความเสี่ยงการทุจริตจึงเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการค้นหาหรือระบุจุดอ่อนของระบบต่าง ๆ ภายในองค์กร ที่อาจเป็นช่องให้เกิดการทุจริต และเป็นการมุ่งหาความเป็นไปได้ ที่จะเกิดการกระทำการทุจริตในอนาคต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารองค์กรอย่างมีธรรมาภิบาล

นิยามเฉพาะในการประเมินความเสี่ยงการทุจริต

การวิเคราะห์ความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เป็นระบบในการบริหาร ปัจจัยและควบคุมกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อลดมูลเหตุของโอกาสที่จะทำให้เกิดความเสียหายจาก การปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน

การทุจริต (Corruption) หมายถึง การใช้อำนาจที่ได้มาหรือการใช้ทรัพย์สินที่มีอยู่ในทางมิชอบด้วยกฎหมาย เพื่อประโยชน์ส่วนตนหรือผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเสียหายต่อประโยชน์ของผู้อื่น การทุจริต อาจเกิดได้หลายลักษณะ อาทิ การติดสินบนหรือการรับสินบน โดยอาจเป็นเงิน หรือสิ่งของ หรือประโยชน์อื่นใด การมีผลประโยชน์ทับซ้อน การฉ้อฉล การฟอกเงิน การยกยอกการปกปิด ข้อเท็จจริง การขัดขวางกระบวนการ ยุติธรรม เป็นต้น

การวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการทุจริต หมายถึง กระบวนการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เป็นระบบในการบริหารงานปัจจัยและควบคุมกระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อลดมูลเหตุของโอกาสที่จะทำให้เกิดความเสียหายจากการทุจริต ซึ่งประเภทของความเสี่ยงสามารถจำแนกได้ ๔ ด้าน ดังนี้

๑. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk : S) หมายถึง ความเสี่ยงเกี่ยวกับการกำหนด แผนกลยุทธ์ แผนดำเนินการ และการนำแผนดังกล่าวไปปฏิบัติอย่างไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึงการ เปลี่ยนแปลงจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกอันส่งผลกระทบต่อข้อกำหนดกลยุทธ์ หรือการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์หลัก เป้าหมาย และแนวทางการดำเนินงานขององค์กร

๒. ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk : O) หมายถึง ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง กับ การปฏิบัติงานของแต่ละกระบวนการ หรือกิจกรรมภายในองค์กร รวมทั้งความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการข้อมูลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูลความรู้ต่าง ๆ เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของกระบวนการทำงาน และการบรรลุ วัตถุประสงค์หลักขององค์กรในภาพรวม

/๓. ความเสี่ยง...

๓. ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการทางการเงิน (Financial Risk : F) เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับการบริหารงบประมาณและการเงิน เช่น การบริหารการเงินที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ทำให้ขาดประสิทธิภาพ และไม่ทันต่อสถานการณ์ หรือเป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเงินขององค์กร เช่น การประมาณการงบประมาณไม่เพียงพอ และไม่สอดคล้องกับขั้นตอนการดำเนินการ

๔. ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎระเบียบ (Compliance Risk : C) เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎระเบียบต่าง ๆ โดยความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเป็นความเสี่ยงเนื่องจากความไม่ชัดเจน ความไม่ทันสมัย หรือความไม่ครอบคลุมของกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ รวมถึงการทำนิติกรรมสัญญาการร่างสัญญาที่ไม่ครอบคลุมการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์ของการประเมินความเสี่ยงการทุจริต

๑. เพื่อสร้างมาตรการในป้องกัน สกัดกั้น ลด และปิดโอกาสการทุจริต
๒. เพื่อให้ประชาชนเกิดความมั่นใจต่อการปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับต่าง ๆ
๓. เพื่อเพิ่มมูลค่าขององค์กรต่อผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมั่นใจในระบบธรรมาภิบาลและความซื่อตรงขององค์กร
๔. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่รัฐ

กรอบแนวคิดในการควบคุมภายใน

๑. กรอบตามหลักมาตรฐาน COSO ๒๐๑๓

กรอบหลักการควบคุมภายในองค์กร (Control Environment) ตามมาตรฐาน COSO ๒๐๑๓ (Committee of Sponsoring Organizations ๒๐๑๓) ซึ่งมาตรฐาน COSO เป็นมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับมาตั้งแต่เริ่มออกประกาศใช้เมื่อปี ๑๙๙๒ โดยที่ผ่านมา มีการออกแนวทางการควบคุมภายในเพิ่มเติมอีก ๓ ครั้ง คือ ครั้งแรกเมื่อปี ๒๐๐๖ เป็นแนวทางการทำรายงานทางการเงิน Internal Control over Financial Report Guidance for Small Public Companies ครั้งที่ ๒ เมื่อปี ๒๐๐๙ เป็นแนวทางการกำกับ ติดตาม Guidance on Monitoring of Internal Control ครั้งที่ ๓ ในปี ๒๐๑๓ เป็นแนวทางการเพิ่มเติมด้านการควบคุมภายใน Internal Control – Integrated Framework : Framework and Appendices การปรับปรุงในปี ๒๐๑๓ นี้ยังคงยึดกรอบแนวคิดเดิมของปี ๑๙๙๒ ที่กำหนดให้มีการควบคุมภายใน แต่เพิ่มเติมในส่วนอื่น ๆ ให้ชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มเติมเรื่องการสอดส่องในภาพรวมของการกำกับดูแลกิจการดั่งนั้น การควบคุมภายในจึงถือว่ามีสำคัญอย่างยิ่ง ในการที่จะตอบสนองต่อความคาดหวังของกิจการในการป้องกันเฝ้าระวังและตรวจสอบการทุจริตภายในกิจการ COSO ได้ผลักดันให้กิจการต่าง ๆ ทำการขับเคลื่อน The Three Lines of Defense และถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของ Internal Control Framework

๒. มาตรฐาน COSO ๒๐๑๓ ประกอบด้วย ๕ องค์ประกอบ ๑๗ หลักการ ดังนี้

องค์ประกอบที่ ๑ : สภาพแวดล้อมการควบคุม (Control Environment)

- หลักการที่ ๑ องค์กรยึดหลักความซื่อตรงและจริยธรรม
- หลักการที่ ๒ คณะกรรมการแสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อการกำกับดูแล
- หลักการที่ ๓ คณะกรรมการและฝ่ายบริหาร มีอำนาจการสั่งการชัดเจน
- หลักการที่ ๔ องค์กร จูงใจ รักษาไว้ และจูงใจพนักงาน
- หลักการที่ ๕ องค์กรผลักดันให้ทุกตำแหน่งรับผิดชอบต่อการควบคุมภายใน

องค์ประกอบที่ ๒ : การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

หลักการที่ ๖ กำหนดเป้าหมายชัดเจน

หลักการที่ ๗ ระบุและวิเคราะห์ความเสี่ยงอย่างครอบคลุม

หลักการที่ ๘ พิจารณาโอกาสที่จะเกิดการทุจริต

หลักการที่ ๙ ระบุและประเมินความเปลี่ยนแปลงที่จะกระทบต่อการควบคุมภายใน

องค์ประกอบที่ ๓: กิจกรรมการควบคุมความ (Control Activities)

หลักการที่ ๑๐ ควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

หลักการที่ ๑๑ พัฒนาระบบเทคโนโลยีที่ใช้ในการควบคุม

หลักการที่ ๑๒ ควบคุมให้นโยบายสามารถปฏิบัติได้

องค์ประกอบที่ ๔ : สารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication)

หลักการที่ ๑๓ องค์กรมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องและมีคุณภาพ

หลักการที่ ๑๔ มีการสื่อสารข้อมูลภายในองค์กรให้การควบคุมภายในดำเนินต่อไปได้

หลักการที่ ๑๕ มีการสื่อสารกับหน่วยงานภายนอก ในประเด็นที่อาจกระทบต่อการ

ควบคุมภายใน

องค์ประกอบที่ ๕ : กิจกรรมการกำกับติดตามและประเมินผล (Monitoring Activities)

หลักการที่ ๑๖ ติดตามและประเมินผลการควบคุมภายใน

หลักการที่ ๑๗ ประเมินและสื่อสารข้อบกพร่องของการควบคุมภายในทันเวลาและ

เหมาะสม

กรอบการประเมินความเสี่ยงการทุจริต ๓ ด้าน

๑) ความเสี่ยงการทุจริตที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาอนุมัติ อนุญาต (เฉพาะหน่วยงานที่มีภารกิจให้บริการประชาชนอนุมัติหรืออนุญาตตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณา อนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘)

- การรับสินบนจากการให้บริการ
- การเอื้อประโยชน์แก่ญาติ พรรคพวก
- ใช้ช่องโหว่ทางกฎหมายเพื่อแสวงหาประโยชน์ส่วนตัว
- การให้สินบน ของกำนัลหรือรางวัลต่างๆ

๒) ความเสี่ยงการทุจริตในความโปร่งใสของการใช้อำนาจและตำแหน่งหน้าที่

- การแสวงหาผลประโยชน์จากการแต่งตั้ง โยกย้าย
- การปฏิบัติ ละเว้นการปฏิบัติเพื่อประโยชน์ของตนเองหรือพวกพ้อง
- การใช้ดุลยพินิจที่เอื้อประโยชน์

๓) ความเสี่ยงการทุจริตในความโปร่งใสของการใช้งบประมาณและการบริหารจัดการ

ทรัพยากรภาครัฐ

- การทุจริตในการจัดซื้อจัดจ้าง
- การใช้งบประมาณไม่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมคุ้มค่า
- ผลประโยชน์ทับซ้อนระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนกับผลประโยชน์สาธารณะ

ส่วนที่ ๒

การประเมินความเสี่ยงการทุจริต

ขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงการทุจริต

ขั้นตอนที่ ๑ การระบุความเสี่ยง (Risk Identification)

ขั้นตอนที่ ๑ นำข้อมูลที่ได้จากขั้นเตรียมการในส่วนรายละเอียดขั้นตอน แนวทางหรือเกณฑ์ การปฏิบัติงานของกระบวนการที่จะทำการประเมินความเสี่ยงการทุจริต ซึ่งในขั้นตอนการปฏิบัติงานนั้นย่อม ประกอบไปด้วยขั้นตอนย่อย ในการระบุความเสี่ยงตามขั้นตอนที่ ๑ ให้ทำการระบุความเสี่ยง อธิบาย รายละเอียดรูปแบบ พฤติการณ์ความเสี่ยงเฉพาะที่มีความเสี่ยงการทุจริตเท่านั้น และในการประเมินต้อง คำนึงถึงความเสี่ยงในภาพรวมของการดำเนินงานเรื่องที่จะทำการประเมินด้วย เนื่องจากในกระบวนการ การปฏิบัติงานตามขั้นตอนอาจไม่พบความเสี่ยง หรือโอกาสเสี่ยงต่าง แต่อาจพบว่ามีความเสี่ยงในเรื่องนั้นๆ ในการ ดำเนินงานที่ไม่ได้อยู่ในขั้นตอนก็เป็นได้ โดยไม่ต้องคำนึงว่าหน่วยงานจะมีมาตรการป้องกันหรือแก้ไขความเสี่ยง การทุจริตนั้นอยู่แล้ว นำข้อมูลรายละเอียดดังกล่าวลงในประเภท ของความเสี่ยง ซึ่งเป็น **Known Factor** หรือ **Unknown Factor**

Known Factor ความเสี่ยงทั้งปัญหา/พฤติกรรมที่เคยรับรู้ว่าจะเกิดขึ้นมาก่อน คาดหมายได้ ว่ามีโอกาสสูงที่จะเกิดซ้ำหรือมีประวัติอยู่แล้ว

Unknown Factor ปัจจัยความเสี่ยงที่มาจากพยากรณ์ ประมาณการล่วงหน้าในอนาคต ปัญหา/พฤติกรรม ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น

ตารางที่ ๑ ตารางระบุความเสี่ยง (Known Factor และ Unknown Factor)

ที่	โอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต	ประเภทความเสี่ยงการทุจริต	
		Known Factor	Unknown Factor
๑	การเบิกจ่ายงบประมาณ	✓	
๒	การจัดหาพัสดุ	✓	
๓	การใช้ทรัพย์สินของทางราชการ	✓	

ขั้นตอนที่ ๒ การวิเคราะห์สถานะความเสี่ยง นำข้อมูลจากตารางที่ ๑ มาวิเคราะห์เพื่อแสดงสถานะ ความเสี่ยงการทุจริตของแต่ละโอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต

ที่	โอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต	เขียว	เหลือง	แดง
๑	การเบิกจ่ายงบประมาณ		✓	
๒	การจัดหาพัสดุ		✓	
๓	การใช้ทรัพย์สินของทางราชการ		✓	

ขั้นตอนที่ ๓ เมทริกส์ระดับความเสี่ยง (Risk level matrix) นำโอกาส/ความเสี่ยงการทุจริตที่มีสถานะความเสี่ยงระดับสูงจนถึงความเสี่ยงระดับสูงมากที่เป็นสีส้ม และสีแดง มาทำการหาค่าความเสี่ยงรวม

ตารางที่ ๓ SCORING ทะเบียนข้อมูลที่ต้องเฝ้าระวัง ๒ มิติ

ที่	โอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต	ระดับความจำเป็นของการเฝ้าระวัง ๓ ๒ ๑	ระดับความรุนแรงของผลกระทบ ๓ ๒ ๑	ค่าความเสี่ยงรวม จำเป็น x รุนแรง
๑	การเบิกจ่ายงบประมาณ	๒	๓	๖
๒	การจัดหาพัสดุ	๒	๒	๔
๓	การใช้ทรัพย์สินของทางราชการ	๒	๓	๖

ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินการควบคุมความเสี่ยง (Risk-Control Matrix Assessment) นำค่าความเสี่ยงรวม (จำเป็น X รุนแรง) มาทำการประเมินการควบคุมการทุจริตว่ามีระดับการควบคุมความเสี่ยงการทุจริตอยู่ในระดับใด เมื่อเทียบกับคุณภาพการจัดการ (คุณภาพ การจัดการ สอดส่อง เฝ้าระวังในงานปกติ) โดยเกณฑ์คุณภาพการจัดการ ซึ่งแบ่งได้เป็น ๓ ระดับ ดังนี้

ดี จัดการได้ทันที ทุกครั้งที่เกิดความเสี่ยง ไม่กระทบถึงผู้ใช้บริการ/ผู้รับมอบผลงานองค์กรไม่มีผลเสียหายทางการเงิน ไม่มีรายจ่ายเพิ่ม

พอใช้ จัดการได้โดยส่วนใหญ่ มีบางครั้งยังจัดการไม่ได้ กระทบถึงผู้ใช้บริการ/ผู้รับมอบผลงานองค์กรแต่ยอมรับได้ มีความเข้าใจ

อ่อน จัดการไม่ได้ หรือได้เพียงส่วนน้อย การจัดการเพิ่มเกิดจากรายจ่าย มีผลกระทบถึงผู้ใช้บริการ/ผู้รับมอบผลงานและยอมรับไม่ได้ ไม่มีความเข้าใจ

ตารางที่ ๔ ตารางแสดงการประเมินการควบคุมความเสี่ยง

ที่	โอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต	คุณภาพการจัดการ	ค่าประเมินการควบคุมความเสี่ยงการทุจริต		
			ค่าความเสี่ยงระดับต่ำ	ค่าความเสี่ยงระดับปานกลาง	ค่าความเสี่ยงระดับสูง
๑	การเบิกจ่ายงบประมาณ	อ่อน	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	สูง
๒	การจัดหาพัสดุ	อ่อน	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	สูง
๓	การใช้ทรัพย์สินของทางราชการ	อ่อน	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	สูง

ขั้นตอนที่ ๕ แผนบริหารความเสี่ยง เหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงสุด จากการประเมินการควบคุมความเสี่ยง Risk-Control Matrix Assessment ที่อยู่ในช่องค่าความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ค่อนข้างสูง ปานกลาง มาทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริตตามลำดับความรุนแรง

ตาราง ๕ ตารางแผนบริหารความเสี่ยง
แผนบริหารความเสี่ยงการทุจริตเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในหน่วยงาน

ที่	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	มาตรการป้องกันการทุจริต (ควบคุมความเสี่ยงการทุจริต)
๑	การเบิกจ่ายงบประมาณ	<p>๑. มาตรการป้องกันการรับสินบน ของโรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการป้องกันการทุจริต และแก้ไขการกระทำ ผิดวินัยของเจ้าหน้าที่รัฐ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๙ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๐</p> <p>๒. แนวทางปฏิบัติการดำเนินโครงการพัฒนา การเบิกจ่ายค่าจ่ายตามโครงการ ของโรงพยาบาลขอนแก่น</p> <p>๓. ผู้บังคับบัญชา ควบคุม กำกับ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติ มติคณะรัฐมนตรี และระเบียบที่เกี่ยวข้อง ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข และประกาศโรงพยาบาลขอนแก่น โดยเคร่งครัด</p>
๒	การจัดหาพัสดุ	<p>๑. มาตรการป้องกันการรับสินบน ของโรงพยาบาลขอนแก่น</p> <p>๒. ประกาศมาตรการนโยบายและเจตนากรณีในการไม่รับของขวัญ ให้ทราบ โดยทั่วกัน</p> <p>๓. แนวทางปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์มีโซยา ของโรงพยาบาลขอนแก่น</p> <p>๓.มีช่องทางการร้องเรียน กรณีที่มีการกระทำผิดให้ผู้เสียหายสามารถร้องเรียนได้</p>
๓	การใช้ทรัพย์สินของทางราชการ	<p>๑. ผู้บังคับบัญชา ควบคุม กำกับ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติ มติคณะรัฐมนตรี และระเบียบที่เกี่ยวข้อง ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข และประกาศโรงพยาบาลขอนแก่น โดยเคร่งครัด</p> <p>๒. ทบทวนแนวทางปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันความเสี่ยงการทุจริต</p>

ขั้นตอนที่ ๖ การจัดทำรายงานผลการเฝ้าระวัง เพื่อติดตามเฝ้าระวัง เป็นการประเมินการบริหารความเสี่ยงการทุจริตในกิจกรรมตามแผนบริหารความเสี่ยงซึ่งเปรียบเสมือนเป็นการสร้างตะแกรงดักเพื่อเป็นการยืนยัน ผลการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด โดยการแยกสถานะของการเฝ้าระวังความเสี่ยง การทุจริตต่อไป ออกเป็น ๓ สี ได้แก่ สีเขียว สีเหลือง และสีแดง

ตารางที่ ๖ ตารางจัดทำรายงานผลการเฝ้าระวังความเสี่ยง

ที่	มาตรการป้องกันการทุจริต	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	สถานะความเสี่ยง		
			เขียว	เหลือง	แดง
๑	<p>๑. มาตรการป้องกันการรับสินบน ของโรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการป้องกันการทุจริตและแก้ไขการกระทำผิดวินัยของเจ้าหน้าที่รัฐ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๙ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๐</p> <p>๒. แนวทางปฏิบัติการดำเนินโครงการพัฒนา การเบิกจ่ายค่าจ่ายตามโครงการ ของโรงพยาบาลขอนแก่น</p> <p>๓. ผู้บังคับบัญชาควบคุม กำกับ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติ มติ คณะรัฐมนตรี และระเบียบที่เกี่ยวข้อง ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข และประกาศโรงพยาบาลขอนแก่น โดยเคร่งครัด</p>	การเบิกจ่ายงบประมาณ		✓	
๒	<p>๑. มาตรการป้องกันการรับสินบน ของโรงพยาบาลขอนแก่น</p> <p>๒. ประกาศมาตรการนโยบายและเจตนารมณ์ในการไม่รับของขวัญ ให้ทราบ โดยทั่วกัน</p> <p>๓. แนวทางปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา ของโรงพยาบาลขอนแก่น</p> <p>๔. มีช่องทางการร้องเรียน กรณีที่มีการกระทำผิดให้ผู้เสียหายสามารถร้องเรียนได้</p>	การจัดการพัสดุ		✓	
๓	<p>๑. ผู้บังคับบัญชา ควบคุม กำกับ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติ มติ คณะรัฐมนตรี และระเบียบที่เกี่ยวข้อง ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข และประกาศโรงพยาบาลขอนแก่น โดยเคร่งครัด</p> <p>๒. ทบทวนแนวทางปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันความเสี่ยงการทุจริต</p>	การใช้ทรัพย์สินของทางราชการ		✓	

ตารางที่ ๖ ตารางจัดทำรายงานผลการเฝ้าระวังความเสี่ยง

สีแดง	เกินกว่าการยอมรับ
สีเหลือง	เกิดขึ้นแล้วแต่ยอมรับได้
สีเขียว	ยังไม่เกิดเฝ้าระวังต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ ๗ จัดทำระบบการบริหารความเสี่ยง สถานะความเสี่ยงการทุจริต ที่อยู่ในข่ายที่ยังแก้ไขไม่ได้ จะต้องมิกิจกรรม หรือมาตรการอะไรเพิ่มเติมต่อไป โดยแยกสถานะเพื่อทำระบบบริหารความเสี่ยงออกเป็นดังนี้

ตารางที่ ๗ ตารางจัดทำระบบความเสี่ยง

๗.๑ เกินกว่าการยอมรับ (สถานะสีแดง Red) ควรมีกิจกรรมเพิ่มเติม

ความเสี่ยงการทุจริต (สถานะสีแดง)	มาตรการป้องกันการทุจริตเพิ่มเติม
-	-

๗.๒ เกิดขึ้นแล้วแต่ยอมรับได้ ควรมีกิจกรรมเพิ่มเติม (สถานะสีเหลือง Yellow)

ความเสี่ยงการทุจริต (สถานะสีเหลือง)	มาตรการป้องกันการทุจริตเพิ่มเติม
การเบิกจ่ายงบประมาณ	<p>๑. มาตรการป้องกันการรับสินบน ของโรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการป้องกันการทุจริตและแก้ไขการกระทำผิดวินัยของเจ้าหน้าที่รัฐ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๐</p> <p>๒. แนวทางปฏิบัติการดำเนินโครงการพัฒนา การเบิกจ่ายค่าจ่ายตามโครงการ ของโรงพยาบาลขอนแก่น</p> <p>๓. ผู้บังคับบัญชา ควบคุม กำกับ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติ มติคณะรัฐมนตรี และระเบียบที่เกี่ยวข้อง ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข และประกาศโรงพยาบาลขอนแก่น โดยเคร่งครัด</p> <p>๔. การตรวจสอบจากหน่วยงานทั้งภายในและภายนอก</p>
การจัดหาพัสดุ	<p>๑. มาตรการป้องกันการรับสินบน ของโรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการป้องกันการทุจริตและแก้ไขการกระทำผิดวินัยของเจ้าหน้าที่รัฐ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๐</p> <p>๒. ประกาศเจตนารมณ์ไม่รับของขวัญและของกำนัลทุกชนิดจากการปฏิบัติหน้าที่ (No Gift Policy)</p> <p>๓. แนวทางปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา ของโรงพยาบาลขอนแก่น</p> <p>๔. ผู้บังคับบัญชา ควบคุม กำกับ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติ มติคณะรัฐมนตรี และระเบียบที่เกี่ยวข้อง ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข และประกาศโรงพยาบาลขอนแก่น โดยเคร่งครัด</p> <p>๕. มาตรการบริหารจัดการซื้อครุภัณฑ์ และปรับปรุงก่อสร้างอาคารสถานที่ของโรงพยาบาลขอนแก่น</p> <p>๖. แนวทางปฏิบัติการขอซื้อ/ขอจ้างของโรงพยาบาลขอนแก่น</p>

ความเสี่ยงการทุจริต (สถานะสีเหลือง)	มาตรการป้องกันการทุจริตเพิ่มเติม
การใช้ทรัพย์สินของทางราชการ	<p>๑. ผู้บังคับบัญชา ควบคุม กำกับ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติ มติคณะรัฐมนตรี และระเบียบที่เกี่ยวข้อง ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข และประกาศโรงพยาบาลขอนแก่น โดยเคร่งครัด</p> <p>๒. ทบทวนแนวทางปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันความเสี่ยงการทุจริต</p> <p>๓. ปลุกจิตสำนึก สร้างวัฒนธรรมองค์กรแยกแยะเรื่องส่วนตัวและส่วนรวม ห้ามนำทรัพย์สินของหน่วยงาน ไปใช้เพื่อประโยชน์ส่วนตัวหรือพวกพ้อง</p> <p>๔. กำหนดแนวทางปฏิบัติการใช้ทรัพย์สินของทางราชการ การนำทรัพย์สินออกนอกสถานที่ต้องได้รับอนุญาตตามระเบียบ และมีการบันทึกหลักฐานการเข้า-ออกทุกครั้ง</p>

๗.๓ ยังไม่เกิดเฝ้าระวังต่อเนื่อง (สถานะสีเขียว Green)

ความเสี่ยงการทุจริต (สถานะสีเขียว)	มาตรการป้องกันการทุจริตเพิ่มเติม
-	-

ขั้นตอนที่ ๘ การจัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยง เป็นการจัดทำรายงานสรุป ให้เห็นในภาพรวมว่ามีผลจากการบริหารความเสี่ยงการทุจริตตามขั้นตอนที่ ๘ มีสถานะความเสี่ยง การทุจริตอยู่ในระดับใด เพื่อเป็นเครื่องมือในการกำกับ ติดตามประเมินผล (สี) สถานะความเสี่ยงสีเขียว หมายถึง ความเสี่ยงระดับต่ำสีเหลือง หมายถึง ความเสี่ยงระดับปานกลางสีแดง หมายถึง ความเสี่ยงระดับสูงมาก

ตารางที่ ๘ ตารางรายงานการบริหารความเสี่ยง

ที่	สรุปสถานะความเสี่ยงการทุจริต (เขียว เหลือง แดง)		
	เขียว	เหลือง	แดง
๑		การเบิกจ่ายงบประมาณ	
๒		การจัดหาพัสดุ	
๓		การใช้ทรัพย์สินของทางราชการ	

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลขอนแก่น
ตามประกาศโรงพยาบาลขอนแก่น
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๙

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลขอนแก่น

ชื่อหน่วยงาน : งานควบคุมภายใน

วัน/เดือน/ปี : ๗ มกราคม ๒๕๖๙

หัวข้อ : การประเมินความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

รายงานผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

Link ภายนอก :

หมายเหตุ :

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

ผู้อนุมัติรับรอง

ผู้อนุมัติรับรอง

วิลาวัลย์ นาพันธ์โสภา

วิภาพร คงศรียาตรา

ธนิดา เกาต์ชาลี

(นางวิลาวัลย์ นาพันธ์โสภา)

(นางวิภาพร คงศรียาตรา)

(นางธนิดา เกาต์ชาลี)

ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี

หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมภายใน

นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ

วันที่ ๗ เดือน มกราคม พ.ศ.๒๕๖๙

วันที่ ๗ เดือน มกราคม พ.ศ.๒๕๖๙

คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารทางราชการ

โรงพยาบาลขอนแก่น

วันที่ ๗ เดือน มกราคม พ.ศ.๒๕๖๙

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

นฤธิเนตร ปิงวัง

(นายณฤธิเนตร ปิงวัง)

นักวิชาการคอมพิวเตอร์

วันที่ ๗ เดือน มกราคม พ.ศ.๒๕๖๙