



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน งานกฎหมาย โทร. ๐ ๔๒๗๒ ๑๑๑๑ ต่อ ๑๑๐๒

ที่ สน ๐๐๓๓.๓๐๑.๑.๑/พิเศษ วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘

เรียน คณะกรรมการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต

ด้วย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ โดยมุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(Integrity and Transparency Assessment : ITA) เพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนภายในหน่วยงาน เป็นมาตรการที่จะช่วยส่งเสริมให้หน่วยงานสามารถป้องกันการทุจริตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโรงพยาบาลจะต้องมีการวิเคราะห์ความเสี่ยง ในการดำเนินงานหรือปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนและต้องมีการสร้างระบบเพื่อป้องกันเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน

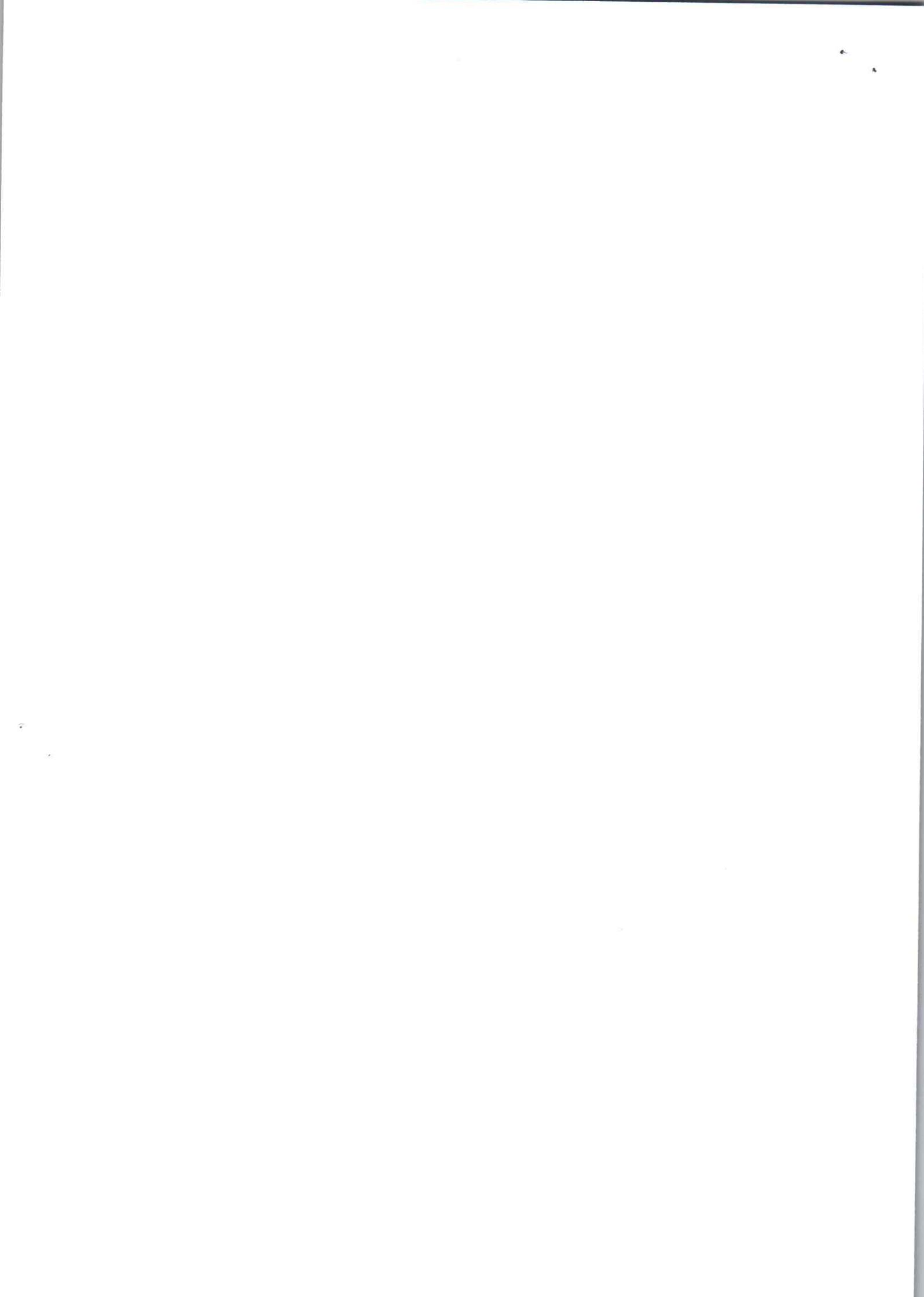
ในการนี้ คณะกรรมการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต รับผิดชอบเกี่ยวกับเรื่อง การป้องกันการทุจริต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินการของหน่วยงานภาครัฐ เพื่อให้การป้องกันและปราบปรามการทุจริตของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดน จึงขอเรียนเชิญ คณะกรรมการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริตและผู้เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดน เข้าร่วมประชุมจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ในวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๘ เวลา ๙.๓๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมอินทนิล ตึกผู้ป่วยนอกชั้น ๓ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และเข้าร่วมประชุมตาม วัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวต่อไป

(นายพงษ์ศักดิ์ ราชโสภา)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ

ประธานคณะกรรมการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต



ระเบียบวาระการประชุมจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๘ เวลา ๙.๓๐ น. เป็นต้นไป

ณ ห้องประชุมอินทนิล อาคารผู้ป่วยนอกชั้น ๓ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

ระเบียบวาระที่ ๑ : เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

๑.๑ การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗

๑.๒ ผลการประเมิน ITA ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๑.๓ ผลการประเมิน ITA ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

๑.๔ ผลการประเมิน ITA ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ไตรมาส ๑

๑.๕ สรุปผลการประเมิน ๕ มิติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๑.๖ ขั้นตอนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

๑.๗ การจัดทำรายงานการควบคุมภายใน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ระเบียบวาระที่ ๒ : เรื่องสืบเนื่อง

ระเบียบวาระที่ ๓ : เรื่องเพื่อทราบและพิจารณา

๓.๑ การวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกี่ยวกับการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

๓.๒ การจัดทำคู่มือแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

ระเบียบวาระที่ ๔ : อื่น ๆ



รายงานการประชุมจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘

วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๘ เวลา ๙.๓๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมอินทนิล ตึกผู้ป่วยนอกชั้น ๓

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

ผู้มาประชุม

๑. นายพงษ์ศักดิ์	ราชโสภา	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ	ประธานกรรมการ
๒. นางสาวราตรี	แพงไชยศรี	นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ	กรรมการ
๓. นางสาวชรินทร์รัตน์	มูลเมือง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
๔. นางวิภาวดี	ทิพย์สุวรรณ	จพ.การเงินและบัญชีชำนาญงาน	กรรมการ
๕. นางสาวจิตาภา	ยศติวงศ์	นักวิชาการพัสดุ	กรรมการ
๖. นางสาวยศมล	เคนานัน	นิติกรปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการ
๗. นางสาวอมารินทร์	รุ่งจรัส	นิติกร	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นางสาวจิราภรณ์	สุวรรณจินลา	นักวิชาการเงินและบัญชี
๒. นางสาวปริญญารัตน์	คล้ายทอง	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๓๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งให้ทราบ

๑.๑ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘ การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) กำหนดเป็นตัวชี้วัดภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ที่กำหนดค่าเป้าหมายในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ เท่ากับร้อยละ ๙๔ โดยมุ่งเน้นให้หน่วยงานจำนวน ๑,๘๕๔ หน่วยงานให้ความสำคัญในการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงานเป็นหลัก เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว โดยหน่วยงานประเมินตนเอง ด้วยการจัดทำเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน กระบวนการ หรือกิจกรรมที่หน่วยงานดำเนินการจริงและมีหลักฐานประกอบที่มีคุณลักษณะที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล คุณธรรม จริยธรรม และความโปร่งใส และเปิดเผยข้อมูล ตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ จำนวน ๒๒ ข้อ ใน ๙ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

(๑) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล

(๒) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างหรือการจัดหาพัสดุ

/(๓)ตัวชี้วัด...

- (๓) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- (๔) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส
- (๕) ตัวชี้วัดการป้องกันการรับสินบน
- (๖) ตัวชี้วัดการป้องกันการใช้ทรัพย์สิน ของราชการ
- (๗) ตัวชี้วัดการดำเนินการเพื่อป้องกันการทุจริต
- (๘) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน
- (๙) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร

มติที่ประชุม รับทราบ

๑.๒ ผลการประเมิน ITA โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

- ไตรมาสที่ ๑/๒๕๖๖ : ระดับ ๕
- ไตรมาสที่ ๒/๒๕๖๖ : ระดับ ๑๐๐%
- ไตรมาสที่ ๓/๒๕๖๖ : ระดับ ๑๐๐%
- ไตรมาสที่ ๔/๒๕๖๖ : ระดับ ๑๐๐%

มติที่ประชุม รับทราบ

๑.๓ ผลการประเมิน ITA โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

- ไตรมาสที่ ๑/๒๕๖๗ : ระดับ ๕
- ไตรมาสที่ ๒/๒๕๖๗ : ระดับ ๑๐๐%
- ไตรมาสที่ ๓/๒๕๖๗ : ระดับ ๑๐๐%
- ไตรมาสที่ ๔/๒๕๖๗ : ระดับ ๑๐๐%

มติที่ประชุม รับทราบ

๑.๔ ผลการประเมิน ITA โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

- ไตรมาสที่ ๑/๒๕๖๘ : ระดับ ๕

๑.๕ สรุปผลการประเมิน ๕ มิติ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗

- มิติการเงิน ๘๒.๓๕ %
- มิติด้านจัดเก็บรายค่ารักษาพยาบาล ๘๗.๕๐ %
- มิติด้านงบประมาณเงิน ๑๐๐.๐๐ %
- มิติด้านบริหารพัสดุ ๙๓.๙๔ %
- มิติด้านระบบการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง ๘๘.๘๙ %

/จากผล...



จากผลการประเมินพบว่า มิติการเงิน และมิติด้านระบบการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง ไม่ผ่าน ๙๐ % ให้ผู้รับผิดชอบงานของแต่ละมิติจัดทำแผนพัฒนาองค์กร และให้มีการกำกับติดตามเป็นระยะต่อไป

มิติที่ประชุม รับทราบ

๑.๖ ขั้นตอนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

- ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการ/คณะทำงานระบบตรวจสอบอัตโนมัติ ๕ มิติ
- แนบไฟล์เอกสารตามหัวข้อ ตั้งแต่วันที่ ๑๕ มกราคม - ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘
- ผู้ตรวจสอบภายในที่ได้รับการแต่งตั้งของ สสจ. ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล
- เรียกดูผลการประเมินผ่านระบบตรวจสอบอัตโนมัติ ๕ มิติ ตั้งแต่วันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๘
- กรณีมิติใดที่มีผลคะแนนการประเมินต่ำกว่าร้อยละ ๙๐ ต้องจัดทำแผนพัฒนาองค์กร ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยระบบจะเปิดให้แนบเอกสาร จัดส่งในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ ๕ มิติ เมนูแผนพัฒนาองค์กร โดยจะเปิดระบบให้หน่วยงานแนบแผนการพัฒนาองค์กร ระหว่างวันที่ ๔ สิงหาคม - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘

มิติที่ประชุม รับทราบ มอบเลขาฯ ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการต่อไป

๑.๗ การจัดทำรายงานการควบคุมภายใน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

- ระดับภาพรวมโรงพยาบาล : ปค.๔, ปค.๕, แบบติดตาม ปค.๕ และ แผนบริหารความเสี่ยง

ในการนี้ ได้ดำเนินการรวบรวมเอกสารส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เรียบร้อยแล้ว และเตรียมพร้อมในการลงข้อมูลในระบบ EIA ให้แล้วเสร็จภายใน ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

มิติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องสืบเนื่อง

ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อพิจารณา

๓.๑ การจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

- วิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนตามมาตรฐานพิจารณาโอกาสที่จะเกิดการทุจริตเพื่อให้สอดคล้องกับ MOIT ๑๗

/การดำเนินการ...

- ดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อน กระบวนการที่จะประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนจากภาระงานด้านภารกิจสนับสนุนตามอำนาจหน้าที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จำนวน ๗ กระบวนการ และสำนักงาน ป.ป.ช. กำหนดเพิ่มอีก ๓ รูปแบบ (รูปแบบที่ ๔ รูปแบบที่ ๕ และรูปแบบอื่น ๆ) รวมทั้งสิ้น ๑๐ รูปแบบ ได้แก่

- (๑) ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนด้านการจัดซื้อจัดจ้าง
- (๒) ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนด้านการจัดทำโครงการฝึกอบรมประชุม ศึกษา ดูงาน และสัมมนา
- (๓) ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนด้านการเบิกจ่ายค่าตอบแทน
- (๔) ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนด้านการใช้รถทางราชการ
- (๕) ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนด้านการนำวัสดุอุปกรณ์ทางราชการไปใช้ในกิจการส่วนตัว
- (๖) ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนด้านการจ่ายยา และเวชภัณฑ์ที่มี ใ้ยาเกินความจำเป็น
- (๗) ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนด้านการสั่งซื้อยาเกินความจำเป็นในการรักษาผู้ป่วย
- (๘) การใช้ตำแหน่งหน้าที่แสวงหาประโยชน์แก่เครือญาติหรือเครือญาติหรือพวกพ้อง (Nepotism)
- (๙) การใช้อิทธิพลเข้าไปมีผลต่อการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่รัฐ หรือหน่วยงานของรัฐอื่น
- (๑๐) รูปแบบอื่นๆ

มติที่ประชุม เห็นชอบ ทำการวิเคราะห์ความเสี่ยงฯ ตามมาตรฐาน ให้สอดคล้องกับบริบทขององค์กร

๓.๒ การจัดทำคู่มือรายงานแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

- นำคู่มือผลประโยชน์ทับซ้อน ปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๘ มาเพิ่มเติมกรอบแนวทางการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนของหน่วยงานให้สอดคล้องกับบริบทวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนในข้อ MOIT ๑๗

- กำหนดการรายงานผลการกำกับ ติดตาม อย่างชัดเจน

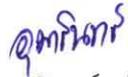
มติที่ประชุม เห็นชอบ มอบกลุ่มงานบริหารทั่วไปดำเนินการ และรายงานผลตามกรอบที่กำหนดไว้



ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องอื่น ๆ

ไม่มี

ปิดการประชุม เวลา ๑๒.๐๐ น.



(นางสาวอุมารินทร์ รุ่งจรัส)

นิติกร

ผู้บันทึกรายงานการประชุม



(นายพงษ์ศักดิ์ ราชโสภา)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ

ผู้รับรองรายงานการประชุม

10

ศูนย์พัฒนาและส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กและเยาวชน

พระนครศรีอยุธยา

ศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้





แผนบริหารความเสี่ยง ๔ ด้าน
โรงพยาบาลสมเด็จพระประชาสง่าแคว้น

๑. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
<p>๑. พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชนให้สามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน</p>	<p>๑. ภาาตรีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการ จัดระบบสุขภาพให้กับประชาชน ๒. ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้</p>	<p>๑. ประชาชนได้รับการบริการจัดการดูแลด้านสุขภาพอย่างไม่ทั่วถึง ๒. ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจด้านการดูแลสุขภาพ</p>	<p>๑. สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยง ระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและ ท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ๒. พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อย่างมีส่วนร่วมภายใต้ธรรมบัญญัติ ประชาชน ๓. เสริมสร้างศักยภาพ พชอ. อย่าง มั่นคงและยั่งยืน ๔. จัดประชุมภาคีเครือข่ายและให้มการรายงานผลการดำเนินงาน อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง ๕. พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ของตำบล ให้ได้ตามเกณฑ์ ๕. จัดตั้งคณะกรรมการบริการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือ คณะกรรมการกองทุนตำบล</p>	<p>๑. ระดับความสำเร็จของอำเภอ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ที่มีคุณภาพ ๒. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ใน ชุมชนผ่านเกณฑ์</p>

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
<p>๒. พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับสู่ความเป็นมืออาชีพ และสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีความสุข</p>	<p>๑. บุคลากรสุขภาพที่มีความสุข ๒. บุคลากรมีสมรรถนะตามมาตรฐานวิชาชีพ ๓. บุคลากรมีคุณธรรมจริยธรรม</p>	<p>๑. อัตราการลาออกสูงขึ้น ๒. มีบุคลากรไม่เพียงพอและเหมาะสมตามภาระงาน ๓. มีเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ด้านบุคลากร</p>	<p>๑. เสริมสร้างความรู้การบริหาร จัดการด้านการเงิน ให้แก่บุคลากร ๒. ส่งเสริมความก้าวหน้าในสายอาชีพให้แก่บุคลากร ๓. จัดสิ่งแวดล้อมและสถานที่ทำงานให้น่าอยู่ทำงาน ๔. พัฒนาสมรรถนะและความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานของบุคลากร ๕. เสริมสร้างวินัยและคุณธรรมจริยธรรมแก่บุคลากร</p>	<p>๑. ร้อยละของบุคลากรผ่านการประเมินสมรรถนะ ตามเกณฑ์มาตรฐาน ๒. จำนวนข้อร้องเรียนด้านบุคลากร ๓. ร้อยละของบุคลากรมาปฏิบัติงานตรงต่อเวลา</p>
<p>๓. พัฒนาระบบบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาลและพอเพียง</p>	<p>๑. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีประสิทธิภาพ ๒. การบริหารยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ ๓. การบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ ๔. การบริหารจัดการมีธรรมาภิบาล ๕. ระบบสนับสนุนบริการเพียงพอและมีประสิทธิภาพ</p>	<p>๑. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลไม่เป็นปัจจุบัน ๒. ความไม่พร้อมใช้ของวัสดุอุปกรณ์ IT ๓. โรงพยาบาลประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน</p>	<p>๑. พัฒนาระบบการตรวจสอบข้อมูลสารสนเทศให้มีคุณภาพ ๒. พัฒนาระบบ Hardware Software และ Peopleware ให้มีประสิทธิภาพ ๓. พัฒนาระบบการตรวจสอบความพร้อมใช้ของวัสดุอุปกรณ์ IT ให้มีคุณภาพ ๔. พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ สุขภาพโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ๕. พัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ และควบคุมค่าใช้จ่ายให้มีประสิทธิภาพ ๖. ส่งเสริมบุคลากรในด้านคุณธรรมจริยธรรม</p>	<p>๑. โรงพยาบาลมีคุณภาพข้อมูลเวชระเบียน การ วินิจฉัยโรค และการให้รหัส ICD มีความถูกต้อง ครบถ้วน ๒. จำนวนการ Down time ของระบบ IT ๓. จำนวนอุบัติเหตุการไม่พร้อมใช้ของวัสดุ อุปกรณ์ IT ๔. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพโรงพยาบาล ๕. โรงพยาบาลไม่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ๖. โรงพยาบาลผ่านการประเมินโรงพยาบาลคุณธรรม</p>

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
			<p>๗. พัฒนาระบบการบำรุงรักษา ระบบไฟฟ้า ประปา ให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>๘. พัฒนาระบบการตรวจสอบ ความพร้อมใช้ของวัสดุอุปกรณ์ ใน โรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>๙. พัฒนาระบบโลจิสติกส์ให้มี ประสิทธิภาพ</p>	<p>๗. จำนวนข้อร้องเรียนเรื่อง ความโปร่งใส</p>

แผนบริหารความเสี่ยง ๔ ด้าน

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

๒. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน

๒.๑ ด้านความปลอดภัย

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
๑. การดูแลเครื่องมือและระบบสาธารณสุขไปโรค	๑. เครื่องมือและระบบสาธารณสุขไปโรค มีความปลอดภัย เชื่อถือได้ ๒. เครื่องมือและระบบสาธารณสุขไปโรคมีความพร้อมใช้งานอยู่ตลอดเวลา	๑. บุคลากรได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน ๒. ความไม่พร้อมใช้งานกรณีมีเหตุฉุกเฉิน	๑. มีการตรวจสอบ ทดสอบเครื่องมือและระบบสาธารณสุขไปโรคอย่างสม่ำเสมอ ๒. มีการบำรุงรักษาเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ ๓. ให้ความรู้แก่ผู้ใช้ งานอย่างถูกต้อง ๔. จัดทำบัญชีรายการอย่างเป็นระบบ	๑. จำนวนอุบัติเหตุการตีความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือและระบบสาธารณสุขไปโรค ๒. จำนวนอุบัติเหตุการตีความไม่ปลอดภัยจากเครื่องมือและระบบสาธารณสุขไปโรค
๒. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control Program)	๑. ระบบการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อของโรงพยาบาลได้รับการออกแบบอย่างเหมาะสม ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ และมีบริการประสานงานที่ดี	๑. บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อ ๒. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ๓. ผู้ให้บริการติดเชื้อจากการมารับบริการ ๔. หน่วยงานเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรค	๑. มีคณะกรรมการ IC คอยกำกับดูแล กำหนด นโยบาย/มาตรการ และวางแผนประสานงานรวมทั้งมีการติดตามประเมินผล ๒. มีคู่มือ ให้ความรู้กับบุคลากรและผู้รับบริการ ๓. มีการทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และ ทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเป็นระบบและเหมาะสม	๑. จำนวนอุบัติเหตุการติดเชื้อ ๒. จำนวนอุบัติเหตุการตีความไม่ปลอดภัยจากเครื่องมือ

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
	<p>๒. โรงพยาบาลใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังและติดตามกำกับ เพื่อค้นหาและควบคุม การติดเชื้อ และจัดการกับสถานการณ์ที่มีการระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p>		<p>๔. มีการจัดการกับสิ่งที่ปนเปื้อนเชื้อโรคด้วยเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพสูง</p> <p>๕. มีประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจาก โครงสร้าง/สิ่งแวดล้อม เช่น ฝุ่นละอองในอากาศ การกรองอากาศ การปนเปื้อนทางอากาศ Endotoxin ในน้ำ (hemodialysis) การรื้อถอนก่อสร้าง ปรับปรุงอาคาร</p> <p>๖. ระบุความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ เช่น OR, LR, ICU ซักฟอก, จ่ายกลาง, โรงครัว ห้องเก็บศพ</p>	
<p>๓. การวางแผน การจัดการ การเก็บและสำรองยา</p>	<p>องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผลพร้อมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย</p>	<p>๑. เจ้าหน้าที่จ่ายยาผิดพลาด</p> <p>๒. ยาในสต็อกหมดอายุ</p>	<p>๑. มีบัญชียาโรงพยาบาล จำกัดรายการ / มาตรการความปลอดภัย สำหรับยาใหม่และยานอกบัญชี</p> <p>๒. จัดทำ/ทบทวนบัญชียา ร.พ.</p> <p>๓. กำหนดความรู้ที่จำเป็นประเมินความรู้ของผู้ประกอบวิชาชีพ</p> <p>๔. มีแนวทางการป้องกัน Med Error/ADE</p>	<p>๑. จำนวนอุบัติการณ์การจ่ายยาผิด</p> <p>๒. ข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์</p>

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
			๕.ระบุ High Alert Drug ๖.ออกแบบกระบวนการที่ เหมาะสมปลอดภัยในการ จัดทำ เก็บรักษา ส่งใช้ ถ่ายทอด คำสั่ง จัดเตรียม จ่าย ให้ติดตามกำกับยา	

แผนบริหารความเสี่ยง ๔ ด้าน
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

๒. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน

๒.๒ ด้านเทคโนโลยี

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
๑. การเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย	เพื่อให้เจ้าของข้อมูล ระบบสารสนเทศ และระบบฐานข้อมูลของหน่วยงานได้รับความปลอดภัย	๑. ผู้ใช้ขาดความระมัดระวังในการกรเข้าใช้ระบบสารสนเทศ เช่น การมอบหมายให้ผู้อื่นใช้รหัสของตนเองเข้าใช้ระบบ หรือใช้งานแทน ๒. การอ้างพรางหรือสวมรอยผู้ใช้ ๓. การเปลี่ยนแปลงข้อมูล โดยไม่ได้รับอนุญาต	๑. บุคลากรมี User และ Password ส่วนตัว ๒. การแก้ไข ลบ หรือ เปลี่ยนแปลง User และ password ของผู้ใช้ ต้องดำเนินการโดยงาน IT เท่านั้น	๑. จำนวนอุบัติเหตุการเข้าถึงข้อมูล/เปลี่ยนแปลงข้อมูล โดยไม่ได้รับอนุญาต ๒. จำนวนอุบัติเหตุการอ้างพรางหรือสวมรอยผู้ใช้
๒. การนำเอาอุปกรณ์ที่ไม่ได้ รับอนุญาตมาเชื่อมต่อ	ระบบสารสนเทศ และระบบฐานข้อมูลของหน่วยงานได้รับความปลอดภัย	ผู้ใช้ขาดความระมัดระวังในการใช้ระบบเครือข่าย เช่น การนำ wireless router หรือ switch/hub มาเชื่อมต่อกับระบบเครือข่าย โดยไม่ได้รับอนุญาต และไม่แจ้งการตั้งค่าเครื่องที่ถูกต้อง ทำให้เครื่องคอมพิวเตอร์อื่นในระบบเครือข่ายไม่สามารถใช้งานได้ หรือ การไม่ได้ตั้งค่าการรักษาความปลอดภัย ทำให้เครื่องคอมพิวเตอร์ของบุคคลภายนอกอื่นๆรับสัญญาณได้ เชื่อมต่อกับระบบ	บุคคลภายนอกไม่สามารถนำอุปกรณ์ใหม่ที่ได้รับอนุญาต มาเชื่อมต่อได้ เว้นแต่ได้รับการอนุมัติจากงาน IT เท่านั้น	๑. จำนวนอุบัติเหตุการนำอุปกรณ์ใหม่เชื่อมต่อเข้าระบบ ๒. จำนวนอุบัติเหตุการฉีกแพคเกจทางเทคนิค

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
<p>๓.การโจรกรรมเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์</p>	<p>เครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ของหน่วยงานมีระบบความปลอดภัยที่ดี มีประสิทธิภาพ</p>	<p>การโจรกรรมเครื่องคอมพิวเตอร์ หรือชิ้นส่วนภายในเครื่อง เช่น CPU และ RAM ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงาน หรือเกิดการสูญหายของข้อมูลบนเครื่องคอมพิวเตอร์นั้นได้</p>	<p>๑.กรณีเป็น Hard ware หน่วยงานจะมีทะเบียนคุมและเลขที่เครื่องสำหรับตรวจสอบ ๒.กรณีเป็นข้อมูลในเครื่อง หรือ Soft ware งาน IT ติดตั้งระบบป้องกันการเข้าคุกคามข้อมูลโดย Fire wall</p>	<p>จำนวนอุบัติเหตุการลักทรัพย์/โจรกรรม</p>

แผนบริหารความเสี่ยง ๔ ด้าน
โรงพยาบาลสมเด็จพระราชสว่างแดนดิน

๒. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน

๒.๓ ด้านคลินิก

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
๑. การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis)	<p>๑. เพื่อพัฒนาแนวทางการสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน</p> <p>๒. เพื่อนำแนวคิดและแบบแผนสู่สภาพตามทฤษฎีทางการพยาบาล ของกอร์ดอนและทฤษฎีทางการพยาบาลของโธเรียมประยุกต์ใช้ อย่างเหมาะสม</p> <p>๓. ผู้ป่วยได้รับการดูแลสามารถพ้นหายจากภาวะเจ็บป่วยและ กลับมาดำเนินชีวิตได้</p> <p>๔. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับบริการ พยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>๑. ได้รับการประเมิน วินิจฉัย และรักษาล่าช้า</p> <p>๒. ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด</p>	<p>๑. มีการนำSOS Score (Search out Severity Score)ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีโอกาสทรุดลงตามภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต มาใช้ประเมินผู้ป่วยแรกรับทุกราย</p> <p>๒. มีการ resuscitate ผู้ป่วย septic shock ตาม protocol ทันทีพบว่า มี hypoperfusion</p> <p>๓. มีการวินิจฉัยภาวะ severe sepsis/septic shock ตามเกณฑ์พร้อมทั้งหาเชื้อก่อโรคและแหล่งติดเชื้อที่เป็นไปได้ โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านจุลชีพครั้งแรกล่าช้าออกไป</p> <p>๔. มีการให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมสอดคล้องกับชนิดเชื้อก่อโรคที่คาดว่าจะเป็นสาเหตุ ภายใน ๑ ชั่วโมงหลังจากที่พบว่ามี septic shock</p>	<p>๑. จำนวนอุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง</p> <p>๒. ร้อยละผู้ป่วยได้รับการประเมิน วินิจฉัยและรักษาอย่างทัน่วงที่</p>

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
<p>๒. การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด (SSI prevention)</p>	<p>๑. เพื่อพัฒนาแนวทางสำหรับการป้องกัน การติดเชื้อแผลผ่าตัด</p> <p>๒. เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด การติดเชื้อจากแผลผ่าตัด</p>	<p>๑. ผู้ป่วยติดเชื้อตามตำแหน่งผ่าตัดที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง</p> <p>๒. ผู้ป่วยติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัดที่ชั้นพังผืดและกล้ามเนื้อ</p> <p>๓. พบฝี (Abscess) หรือหลักฐานอื่นที่แสดงถึงการติดเชื้อจากการตรวจพบโดยตรง การผ่าตัด</p>	<p>๕. มีการประเมินผลการรักษา และพิจารณาผลการตรวจทางจุลชีววิทยาอย่างใกล้ชิดในสามวันแรก และปรับเปลี่ยนยาให้สอดคล้องกับเชื้อก่อโรคที่พบ</p> <p>๖. ค้นหาและวินิจฉัยการติดเชื้อ ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ที่จะต้องทำการผ่าตัดเพื่อการ จัดแหล่งติดเชื้อโดยเร็ว</p> <p>๗. มีการให้ สารน้ำอย่างเหมาะสม ทั้งประเภทอัตรา ปริมาณ มีการเฝ้าติดตามและปรับ การให้ สารน้ำ ตามสภาวะผู้ป่วย</p> <p>๘. มีการใช้ vasopressors ที่เหมาะสมในกรณีผู้ป่วยมีสารน้ำไหลออกเลือดเพียงพอแล้ว แต่ระดับ ความดันโลหิตยังต่ำ</p> <p>๙. มีการประเมิน tissue perfusion และให้การรักษาอย่างเหมาะสม</p>	<p>จำนวนอุบัติการณ์การติดเชื้อแผลผ่าตัด (SSI prevention)</p>

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัด	
<p>๓. การป้องกันการผ่าตัดผิดคน (prevention of wrong surgery)</p>	<p>๑. เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องผ่าตัดบำบัดรักษาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาวะปกติโดยเร็วที่สุด</p> <p>๒. เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง</p>	<p>๑. ผู้ป่วยได้รับความเสียหาย</p> <p>๒. ร้องเรียน/ร้องทุกข์</p> <p>๓. การฟ้องร้องทางการแพทย์</p>	<p>๑. ผู้ป่วยได้รับความเสียหาย</p> <p>๒. ร้องเรียน/ร้องทุกข์</p> <p>๓. การฟ้องร้องทางการแพทย์</p>	<p>๑. ไม่เกินที่ผิวหนังก่อนผ่าตัด ยกเว้นเมื่อมีการบรรเทาอาการ ผ่าตัดจะใช้ electric clipper ผ่าตัดจะใช้ prophylactic antibiotic ที่เหมาะสมกับการผ่าตัด เมื่อมีข้อบ่งชี้ ให้มีระดับยาในซีรัมและเนื้อเยื่อสูงพอ เมื่อขณะลงมีตลอดการผ่าตัด และหลังผ่าตัดเสร็จสิ้นอีก ๒-๓ ชั่วโมง</p> <p>๒. มีการใช้เครื่องมือเพื่อระบุตำแหน่งผ่าตัดที่ชัดเจน เข้าใจได้โดยทันที และผู้ช่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการทำ เครื่องหมาย</p> <p>๒. มีการใช้รายการตรวจสอบ (safety surgical checklist) หรือ กระบวนการอื่นเพื่อยืนยันความถูกต้องของตำแหน่ง</p> <p>หัตถการ ตัวผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด รวมถึงยืนยันว่ามีเอกสารและเครื่องมืออุปกรณ์ที่ต้องการอยู่ในมือ ถูกต้องและใช้งานได้</p> <p>๓. ทีมผ่าตัดทุกคนร่วมในกระบวนการขอเวลานอกและบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร</p> <p>เริ่มต้นหัตถการผ่าตัด</p>	<p>จำนวนอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง</p>

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
			<p>๔. มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อสร้างความมั่นใจในการผ่าตัดที่ถูกตำแหน่ง ถูกหัตถการ และถูกคน เป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร รวมถึงการทำหัตถการทาง การแพทย์และทันตแพทย์นอกห้องผ่าตัด</p>	

แผนบริหารความเสี่ยง ๔ ด้าน
โรงพยาบาลสมเด็จพระราชสุวแผ่นดิน

๓. ความเสี่ยงด้านการเงิน

-ด้านสภาพคล่องทางการเงิน

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
๑. มีเงินทุนหมุนเวียน และเงินสดสำรอง อย่างเพียงพอต่อการพัฒนา โรงพยาบาลในปัจจุบัน และอนาคต	โรงพยาบาลมีระบบการบริหารจัดการเงินทุนหมุนเวียน และเงินสดสำรองที่ดี มีประสิทธิภาพ ไม่ขาดสภาพคล่อง	๑.การบริหารจัดการใน การจัดเก็บรายได้ไม่ ครบถ้วน และล่าช้า	๑. สร้างระบบตรวจสอบภายในด้านการเงินและ บัญชีให้มีมาตรฐานมีความชัดเจนโดยจัดตั้งทีม ตรวจสอบภายในของโรงพยาบาล ๒. ปรับปรุงพัฒนาระบบตรวจสอบการจ้ดเก็บ รายได้ โดย (HA:IV-๓) ๒.๑ พัฒนาระบบการตรวจสอบความสมบูรณ์ ของเวชระเบียน ผู้ป่วยใน เพื่อให้รายได้ค่ารักษาพยาบาลครบถ้วน ยิ่งขึ้น ๒.๒ พัฒนาระบบโปรแกรมค่าบริการ รักษาพยาบาล เพื่อให้สามารถตรวจสอบรายการ ค่าใช้จ่ายต่างๆได้ ๒.๓ พัฒนาระบบตามเก็บค่ารักษาพยาบาล ๓. พัฒนาระบบตรวจสอบสิทธิ โดย -เพิ่มช่องระบบตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการที่ โรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่าบริการได้	ไม่มีการเกิดสภาพคล่องทางการเงินของหน่วยงาน

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
		<p>๒. ไม่มีระบบและ กิจกรรมในการจัดทำรายได้ เพิ่ม นอกเหนือจากการ รักษาพยาบาลในระบบปกติ</p>	<p>-ติดตั้งตู้ตรวจสอบลิสทิ อัดโนมิตีพร้อมกำหนด คิว ผู้รับบริการ</p> <p>๑. จัดตั้งคลินิกเฉพาะทางนอก เวลาเพื่อเพิ่ม ทางเลือกของผู้รับบริการและเพิ่มรายได้ของ โรงพยาบาล</p> <p>๒. สร้างห้องผู้ป่วยพิเศษแบบ ทางเลือก (VIP) ที่ ผู้รับบริการ ยินดีชำระเงินเองโดย โรงพยาบาล จัดบริการพิเศษ</p>	
๒. การรายงานงบการเงินใน ภาพรวมหน่วยบริการ	เพื่อให้ระบบรายงานการเงิน ด้านงบเกณฑ์คงค้างส่งทันเวลา มีความน่าเชื่อถือ	ส่งแบบเกณฑ์คงค้างเครือข่ายไม่ทันรอบ	๑. จัดทำปฏิทินส่งรายงานงบการเงิน	รายงานงบการเงินในภาพรวม หน่วยบริการทันตามเวลาที่ กำหนด
๓. การพัฒนาระบบการเก็บเงิน ของโรงพยาบาลให้มี ประสิทธิภาพ	เพื่อให้ระบบการเก็บรักษาเงิน เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มี ประสิทธิภาพ และมีความเสี่ยง น้อยที่สุด	เจ้าหน้าที่ไม่ฝากเงินประจำวัน เก็บเงินสดไว้ในมือ	<p>๒. ประชุมเชิงปฏิบัติการ</p> <p>๓. กำหนดวิธีปฏิบัติ</p> <p>๔. ประเมินผล</p> <p>๑. ทำวิธีปฏิบัติกระบวนการเก็บเงินนอกเวลาราชการ</p> <p>๒. จัดซื้อตู้เก็บเงินและสมุด ความคุม</p> <p>๓. ประเมินผล</p>	<p>๑. ระบบการเก็บเงินดำเนินไป ตามระบบที่วางไว้ในวิธีปฏิบัติ</p> <p>๒. ลดความเสี่ยงด้านเงินสูญหาย</p>

แผนบริหารความเสี่ยง ๕ ด้าน
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

๕. ความเสี่ยงด้านกฎหมาย ระเบียบ

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
๑. การจัดการข้อร้องเรียน	<p>๑. เพื่อให้ความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมและนำไปสู่การปรับปรุงระบบงานให้ดีขึ้น</p> <p>๒. เพื่อเป็นแนวทางการเริ่มต้นในการเจรจาต่อรองกับคู่กรณี เพื่อป้องกันข้อร้องเรียน</p> <p>๓. เพื่อสร้างความตระหนักให้แก่หน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ทุกระดับได้สนใจและทบทวนข้อร้องเรียน</p> <p>๔. เพื่อเพิ่มความไวในการรับรู้ปัญหาและเกิดการตอบสนองที่รวดเร็ว และเหมาะสม</p>	<p>๑. แก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนล่าช้า เป็นเหตุให้มีการฟ้องร้อง</p> <p>๒. คู่กรณีไม่เสถียร ยุติปัญหาไม่ได้</p> <p>๓. มีการเรียกร้องค่าเสียหาย</p> <p>๔. ตอบสนองข้อร้องเรียนล่าช้า</p>	<p>๑. จัดตั้งคณะกรรมการรับข้อร้องเรียน ร้องทุกข์ มีหน้าที่รับเรื่องราวร้องเรียน ฟ้องร้อง บริหารจัดการข้อ ร้องเรียน รวมถึงการให้ คำปรึกษา แนะนำ ประสานงาน ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลข้อเท็จจริงเบื้องต้น และจัดทำรายงาน เสนอคณะกรรมการบริหาร เพื่อพิจารณาในการปรับปรุงเชิงระบบต่อไป</p> <p>๔.๒ จัดตั้งคณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย โดยมีหน้าที่กำหนดนโยบายในการเจรจาไกล่เกลี่ยด้วยสันติวิธี กำกับติดตามประเมินผล รวมทั้งไกล่เกลี่ยกรณีพิพาท/ข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน</p> <p>๔.๓ กำหนดให้มีช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน ๓ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับเรื่องราวร้องเรียน / - ผู้คิดเห็น - ร้องเรียนผ่านทางจดหมายถึงผู้เกี่ยวข้อง 	<p>๑. ระดับความเสียหายในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง</p> <p>๒. จำนวนข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไข</p> <p>๓. อัตราข้อร้องเรียนลดลง</p> <p>๔. จำนวนข้อร้องเรียนที่ได้รับ การตอบสนอง ๑๐๐%</p>

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
			<p>-ร้องเรียนด้วยตนเอง กรณีไม่มีหนังสือเรียน ให้มีการบันทึกรายละเอียดการร้องเรียน พร้อมชื่อ นามสกุล ลงลายมือชื่อ พร้อมที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้</p> <p>-ร้องเรียนทางโทรศัพท์ ให้มีการบันทึกรายละเอียดการร้องเรียน พร้อมที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้</p> <p>-ร้องเรียนผ่านทางอินเทอร์เน็ต เช่น เฟสบุ๊ก อีเมล เว็บไซต์ กระทู้ต่างๆ เป็นต้น ให้ผู้ดูแลระบบรวบรวม ข้อมูล</p> <p>-ร้องเรียนทางสื่อ สิ่งพิมพ์ สื่อมวลชน ให้รวบรวมข้อมูล ๔.๔ ให้ทุกฝ่าย / งาน นำมาตรฐานเชิงนโยบาย เรื่อง “การบริหารจัดการข้อร้องเรียน” ใช้เป็นแนวทางในการ ปฏิบัติ ควบคุม กำกับ ติดตาม ในหน่วยงาน</p>	

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ความสำเร็จ	การป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
<p>๒.การจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงาน</p>	<p>เพื่อให้กระบวนการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงาน ดำเนินการไปด้วยความเรียบร้อย ถูกต้อง โปร่งใส และตรวจสอบได้</p>	<p>๑.เจ้าหน้าที่จัดซื้อจัดจ้างมีผลประโยชน์ร่วม หรือมีส่วนได้เสียกับผู้ยื่นข้อเสนอหรือคู่สัญญา</p> <p>๒. มีการเรียก รับ ยอมจะรับทรัพย์สินหรือผลประโยชน์ไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อมจากผู้ขาย ผู้รับจ้าง</p> <p>๓. การจัดซื้อจัดจ้างไม่เป็นไปตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐</p> <p>ประกาศสำนักงาน</p> <p>ปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐</p>	<p>๑. เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐</p> <p>ประกาศสำนักงาน</p> <p>ปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐</p> <p>๒. มีแบบแสดงความเป็นสุจริตใจในการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงานในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์ และการมีส่วนได้เสียกับผู้ยื่นข้อเสนอหรือคู่สัญญาของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ</p> <p>เจ้าหน้าที่พัสดุ และผู้ตรวจรับพัสดุ</p> <p>๓. ไม่เรียก รับ ยอมจะรับทรัพย์สินหรือผลประโยชน์ไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อมจากผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีความสัมพันธ์กับ</p>	<p>๑. ชื่อเรื่องเรียน/ร้องทุกข์ การจัดซื้อจัดจ้าง</p> <p>๒. จำนวนอุบัติการณ์การร้องเรียนการจัดจ้างไม่เป็นไปกฎหมาย</p>

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
			<p>ทางราชการเกี่ยวกับการพัสดุ เพื่อตนเองหรือผู้อื่นโดยมิชอบ ๕. หากหัวหน้างานพัสดุเห็นว่ามีการทุจริตหรือกล่าวหาว่ามี การรับสินบนให้รับดำเนินการ รวบรวมข้อเท็จจริงและจัดทำ รายงานเสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลโดยผ่าน ผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นขึ้นไปเพื่อดำเนินการสอบสวนข้อเท็จจริง หรือดำเนินการทางวินัยโดยทันที</p>	