

รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลสันติสุข  
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๙

วันจันทร์ ที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๙ เวลา ๑๓.๐๐ น.

ณ ห้องประชุม ชั้น ๒ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันติสุข

\*\*\*\*\*

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นพ.อกนิษฐ์ พันธุ์รัตน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันติสุข
๒. นางจิรวรรณ โกสีย์	นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ
๓. ทพญ.ธราทิพย์ อุตมา	ทันตแพทย์ชำนาญการ
๔. นางครองคาย ณ น่าน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
๕. นางสาวพิชญ์สินี จุมพิศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
๖. นางอัจฉราวดี ไชยเชิด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๗. นางสาวสรดา สมยศ	เภสัชกรปฏิบัติการ
๘. นางสาวภัทรวัญญา แ้ว้วมา	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
๙. นางสาวปวีณา เสนนันตา	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ
๑๐. นางสาวภัทราภรณ์ กันแสน	โภชนากร
๑๑. นางสาวธัญวรัตน์ ทะลอย	นักวิชาการสาธารณสุข
๑๒. นางสาววรรณุช สมุทรอาลัย	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
๑๓. นางเจียมจิตร ถิ่นอยู่	เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์
๑๔. นายพงษ์ศักดิ์ พันธรงค์	เจ้าพนักงานพัสดุ (งาน IT)
๑๕. นางชนิกานต์ ผีปากเพราะ	พนักงานธุรการ
๑๖. นางนิชาภา สุขกะใจ	นักวิชาการพัสดุ
๑๗. นางสาวนันท์นภัส ทองมา	พนักงานธุรการ
๑๘. นางสาวกัลยรัตน์ ทิพย์ตัน	พนักงานพัสดุ
๑๙. นางสาวธนพร อินทรอนงค์	พนักงานพัสดุ

เวลา ๑๓.๐๐ น. เมื่อที่ประชุมพร้อมแล้ว นพ.อกนิษฐ์ พันธุ์รัตน์ ประธานฯ กล่าวเปิดประชุม

ระเบียบวาระที่ ๑ ประธานแจ้งให้ทราบ

- ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม

- ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๓ ติดตามรายงานการประชุม

๑. ติดตามความเสี่ยงระดับ E- I และระดับ๔ ประจำเดือน/การรายงานความเสี่ยงเดือน ต.ค.-ธ.ค. ๖๘
๒. RISK PROFILE ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ของทุกหน่วยงาน
๓. การดำเนิน RISK REGISTER ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙
๔. ติดตามการดำเนินงาน RCA

## ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเสนอเพื่อทราบ

ทีมเลขานุการ RM นำเสนอ.. โดยนางอัจฉราวดี ไชยเชิด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แนวความคิดการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงด้านการรายงานความเสี่ยง ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบบริหารจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลได้กำหนดแนวทางพัฒนาในปีงบประมาณ ๒๕๖๙ โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยเชิงรุก รวมถึงการพัฒนากระบวนการรายงานความเสี่ยงในองค์กรให้ทันสมัยและตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้อย่างรวดเร็ว โดยมีแนวคิดสำคัญดังนี้ :

### ๑. ปรับปรุงระบบการรายงานความเสี่ยงผ่านสมาร์ตโฟนและ Line Group

- ทีม IT จะดำเนินการปรับปรุงระบบ การรายงานใน Smartphone และการแจ้งเตือนการรายงานความเสี่ยงผ่าน Line Group รพ.สันติสุข ให้มีความเสถียรและพร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่อง

### ๒. พัฒนาระบบโปรแกรมรายงานความเสี่ยงแบบเรียลไทม์

- ปรับปรุงระบบโปรแกรมบริหารความเสี่ยง (Risk Management System) เพื่อให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงสามารถเข้าถึงข้อมูลอุบัติการณ์ได้แบบ Real-Time
- การแสดงผลแบบเรียลไทม์จะช่วยให้ทีมสามารถดำเนินการแก้ไขหรือจัดการเหตุการณ์ได้อย่างทันทั่วถึง ลดผลกระทบต่อผู้ป่วยและบุคลากร

### ๓. ส่งเสริมการรายงานความเสี่ยงเชิงรุกและ Near Miss

- โรงพยาบาลจะกระตุ้นการรายงานความเสี่ยงเชิงรุก รวมถึงเหตุการณ์ Near Miss โดยการให้ความรู้และยกตัวอย่างกรณีศึกษาจากเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลอื่น
- การนำกรณีศึกษามาใช้ เช่น เหตุการณ์ แบตเตอรี่ของครุภัณฑ์ในห้องฉุกเฉินระเบิด จะถูกปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อลดโอกาสเกิดความเสี่ยง

จากการวิเคราะห์ของทีม RM พบว่า

### ๑. แนวโน้มของ E-UP และ E-UP ซ้ำ มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากการดำเนินการอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ดังนี้ :

- การทบทวนและแก้ไขเหตุการณ์ E-UP ทุกรายทันเวลา (๑๐๐%)
- การดำเนิน (Root Cause Analysis - RCA) โดยทีม RM และทีมสหสาขาวิชาชีพ (PCT) ร่วมกันหามาตรการป้องกันที่เหมาะสม
- การนำมาตรการป้องกันไปปรับใช้ในหน่วยงานและติดตามการปฏิบัติโดยทีม RM

### ๒. แนวโน้ม Sentinel Events

เหตุการณ์ Sentinel Events มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากการปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ :

- รายงานเหตุการณ์ถึงผู้บังคับบัญชาภายใน ๖ ชั่วโมง และแก้ไขปัญหาคืบหน้าได้ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในทุกกรณี (๑๐๐%)
- ดำเนินการ RCA ในทุกเหตุการณ์และนำบทเรียนมาปรับปรุงระบบ

สถิติ Sentinel Events ย้อนหลัง :

- ปี ๒๕๖๔ : ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่ (๒ กรณี), การได้รับใบชันสูตรล่าช้า (๑ กรณี)
- ปี ๒๕๖๕ : ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่ (๒ กรณี) ทุกกรณีได้รับการแก้ไขทันเวลา
- ปี ๒๕๖๖ : ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่ (๒ กรณี) ทุกกรณีได้รับการแก้ไขทันเวลา

๓. สถิติการเกิด E-UP ช้ำ รายปี

ปี ๒๕๖๖

๑. ผู้ป่วย DM เกิด Hypoglycemia ระดับ E-UP
๒. ผู้ป่วย Stroke ฆาตนัด
๓. บุคลากรติดเชื้อ COVID-๑๙ จากการทำงาน
๔. ผู้ป่วยตกเตียงในวอร์ด

ปี ๒๕๖๗

๑. ผู้ป่วย DM เกิด Hyperglycemia ระดับ E-UP
๒. ผู้ป่วยมีภาวะ Appendix Rupture
๓. ทารกตัวเหลือง
๔. ผู้ป่วยตกเตียงในวอร์ด

ปี ๒๕๖๘

๑. ผู้ป่วย DM เกิด Hyperglycemia ระดับ E-UP
๒. ผู้ป่วยมีภาวะ Appendix Rupture
๓. ผู้ป่วยตกเตียงในวอร์ด
๔. บุคลากรถูกเข็มทิ่มตำ

๒. RISK PROFILE (บัญชีรายการความเสี่ยง) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙ ของทุกหน่วยงาน

จากการติดตามความคืบหน้าของ Risk Profile ของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล พบว่า:

- ทุกหน่วยงานได้กำหนดและดำเนินการตาม Risk Profile ของตนเองอย่างต่อเนื่อง คิดเป็น ๑๐๐% ของหน่วยงานทั้งหมด
- การขับเคลื่อน Risk Profile มีการติดตามและพัฒนาร่วมกับทีม (RM) เพื่อแก้ไขปัญหาและสนับสนุนการดำเนินงาน

แนวคิดของทีม RM ที่จะพัฒนา เรื่อง RISK PROFILE ในปีงบประมาณ ๒๕๖๙

ทีม RM ได้กำหนดแนวทางพัฒนา Risk Profile ในทุกหน่วยงาน โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยงให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนี้ :

๑. การขยายขอบเขต Risk Profile ให้ครอบคลุมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ
  - สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานพัฒนาระบบ Risk Profile ที่ครอบคลุมทั้งความเสี่ยงเชิงรุกและความเสี่ยงเชิงรับให้ทุกหน่วยงานนำเสนอ Risk Profile ที่ต้องการ Monitor เพิ่มเติม ในปี ๒๕๖๙ ในที่ประชุมครั้งหน้า โดยทีม RM ช่วยกับวิเคราะห์และให้คำแนะนำ
๒. การติดตามและทบทวนความเสี่ยงในหน่วยงาน
  - ให้ตัวแทน RM ประจำหน่วยงานทำหน้าที่ติดตามความคืบหน้าของการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง
  - จัดให้มีการทบทวนความเสี่ยงและแก้ไขปัญหาภายในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ
๓. การบูรณาการ RCA สำหรับความเสี่ยงที่ซับซ้อนหน่วยงานแก้ไขเองไม่ได้
  - สำหรับอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระดับหน่วยงาน ให้ส่งเรื่องมาทำ RCA โดยความร่วมมือระหว่างทีม RM และทีมสหสาขาวิชาชีพ (PCT) เพื่อหามาตรการป้องกันที่เหมาะสมและแก้ไขในเชิงระบบ

แนวคิดของทีม RM ที่จะพัฒนา เรื่อง RISK REGISTER (ทะเบียนความเสี่ยง) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔

๑. ควรมีการติดตาม RISK REGISTER ของโรงพยาบาล ทุก ๓ เดือน ควรเพิ่มประเด็น RISK REGISTER ให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยปีงบประมาณ ๖๔ plan เพิ่ม อีก ๗ ประเด็น คือ ๑. MISS /deley MI ๒. ผล ๓. EPISIOTOMY แยก ๔.การจัดการ AE ไม่เหมาะสมในผู้ป่วย COPD ๕.ข้อร้องเรียน/ร้องเรียน ความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย ๖.การจัดการเรื่อง social media ๗.การดูแลควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของโรงพยาบาล

๒. ทีม RCA นำเสนอการทำ RCA ที่ผ่านมา

จากการวิเคราะห์ของทีม RM พบประเด็นปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับ RCA ดังนี้

๑. การวิเคราะห์ RCA ไม่ถึงสาเหตุรากเหง้าของปัญหา

- ในบางกรณี การวิเคราะห์ RCA ไม่สามารถระบุ Root Cause ของปัญหาได้อย่างลึกซึ้ง เนื่องจากทีมขาดทักษะและความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือและเทคนิคที่เหมาะสม ส่งผลให้การวางแผนและกำหนดมาตรการป้องกันในเชิงระบบไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. การนำผลการวิเคราะห์ RCA ไปพัฒนายังไม่เป็นรูปธรรม

- แม้ว่าบางประเด็นที่ได้รับการแก้ไขจะมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น แต่การนำผลการวิเคราะห์ RCA ไปใช้ในการปรับปรุงกระบวนการยังขาดความชัดเจนและการบูรณาการในระดับองค์กรทำให้บางมาตรการไม่มีความต่อเนื่อง และไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน

แนวคิดของทีม RM ที่จะพัฒนา เรื่อง RCA ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔

๑. การใช้ Trigger Tool ทบทวนเวชระเบียนและทำ RCA เต็มรูปแบบในเหตุการณ์ E-UP

-ทีม Trigger ทบทวนเวชระเบียน พบอุบัติการณ์ E-UP แล้ววิเคราะห์เหตุการณ์ด้วยกระบวนการ RCA อย่างครบถ้วน เพื่อนำไปสู่การค้นหาสาเหตุรากเหง้าและกำหนดมาตรการป้องกันที่เหมาะสม

๒. การวิเคราะห์ E-UP ที่เกิดซ้ำ

-วิเคราะห์เชิงลึกใน ประเด็นย่อย เพื่อระบุ สาเหตุรากเหง้า (Root Causes) อย่างแท้จริง และกำหนดแนวทางป้องกันที่ครอบคลุมและยั่งยืน

๓. การพัฒนาศักยภาพทีม RCA

-ส่งทีม RM และผู้ที่เกี่ยวข้องไปศึกษาและเรียนรู้จากทีมที่มีศักยภาพสูงกว่า เช่น โรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการทำ RCA หรือ จาก สรพ. โดยตรง

-นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพของกระบวนการ RCA ในองค์กร

๔. การทำ RCA เต็มรูปแบบในกรณีผู้ป่วย Stroke และ Myocardial Infarction (MI)

-ดำเนินการวิเคราะห์ RCA อย่างครบถ้วนสำหรับกรณีผู้ป่วย Stroke และ MI ซึ่งเป็นกลุ่มโรคสำคัญที่มีความเสี่ยงสูงใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ (PCT) และทีม RM ในการร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า พร้อมกำหนดมาตรการป้องกัน

๕. การนำผล RCA ไปพัฒนาสู่การปฏิบัติ

หลังจากดำเนินการ RCA และได้แนวทางปฏิบัติ

-ให้ทีม PCT ดำเนินการตรวจสอบและรับรองความเหมาะสมของแนวทางปฏิบัติ

-เมื่อได้รับการรับรองจากทีม PCT ให้จัดทำเอกสารแนวทางปฏิบัติ (Standard Operating Procedure - SOP)

-ส่งเอกสารไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรับทราบ พร้อมให้เจ้าหน้าที่เซ็นรับทราบ

-ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางโดยทีม RM เพื่อประเมินผลและปรับปรุง

แนวคิดของทีม RM ที่จะพัฒนาในปีงบประมาณ ๒๕๖๔

๑. ขยายประเด็นการติดตามความปลอดภัยให้ครอบคลุมมากกว่า ๙ ประเด็นหลัก ที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อรองรับความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับบริบทของโรงพยาบาลและการให้บริการ

๒. การใช้ Telegram เพื่อรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลสันติสุข

มติที่ประชุม : รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเสนอพิจารณา

นางสาวสรดา สมยศ เกษักรปฏิบัติการ คณะกรรมการดำเนินงานการประเมินแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) โรงพยาบาลสันติสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ แจ้ง.. การดำเนินการประเมินฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ MOIT๑๗ หน่วยงานมีการประเมินความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ อย่างเป็นระบบ ซึ่งในรอบ ๖ เดือน หน่วยงานจะต้องจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต โดยจัดทำเป็นรูปเล่มรายงานที่มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงและจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ทั้ง ๙ ขั้นตอน ตัวอย่างการดำเนินการอยู่ในหน้า ๙๑ ถึงหน้า ๑๐๐ ในคู่มือการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ ตัวชี้วัดที่ ๗ การดำเนินการเพื่อป้องกันการทุจริต ซึ่งตัวชี้วัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันบนเว็บไซต์ของหน่วยงานเปิดเผยการดำเนินการเกี่ยวกับการป้องกันการทุจริตในหน่วยงาน ต้องแสดงถึงเจตนาหรือคำมั่นว่าจะปฏิบัติหน้าที่และบริหารหน่วยงานอย่างซื่อสัตย์สุจริต โปร่งใสและเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล หน่วยงานต้องดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ และแผนปฏิบัติการส่งเสริมคุณธรรมของชมรมจริยธรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ ที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัตินโยบายการป้องกันการปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กระทรวงสาธารณสุข ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) และแผนปฏิบัตินโยบายการส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม กระทรวงสาธารณสุข ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) เพื่อเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในหน่วยงานและการส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม ให้เป็นรูปธรรมและอย่างต่อเนื่อง บนพื้นฐานการสร้างวัฒนธรรมการต่อต้านการทุจริต การยกระดับธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการแบบบูรณาการ ที่สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข บริบทของสังคมไทย บริบทของหน่วยงาน และสถานการณ์ปัจจุบันที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคน และการพัฒนาระบบ สำหรับการพัฒนาคน นั้นเริ่มจากพื้นฐานทางจิตใจ จิตสำนึกเป็นสิ่งสำคัญ การปรับฐานความคิดและหล่อหลอมพฤติกรรมให้มีจิตสำนึกยึดมั่นในความซื่อสัตย์สุจริต ค่านิยมของบุคลากรในการต่อต้านการทุจริต รู้จักแยกแยะเรื่องส่วนตัวออกจากหน้าที่การงานของรัฐและการพัฒนาระบบ มุ่งเน้นการส่งเสริมและพัฒนานวัตกรรมในการต่อต้านการทุจริตในหน่วยงานที่เหมาะสมกับบริบทสภาพปัญหา และพลวัตการทุจริตของแต่ละหน่วยงาน ยั่งยืนด้วยการน้อมนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง มาใช้ในการบริหารราชการและการดำเนินชีวิต

วัตถุประสงค์การประเมินความเสี่ยงการทุจริต

มาตรการป้องกันการทุจริตสามารถจะช่วยลดความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดการทุจริตในองค์กรได้ ดังนั้นการประเมินความเสี่ยงด้านการทุจริต การออกแบบและการปฏิบัติงานตามมาตรการควบคุมภายในที่เหมาะสม จะช่วยลดความเสี่ยงด้านการทุจริต ตลอดจนการสร้างจิตสำนึกและค่านิยมในการต่อต้านการทุจริตให้แก่บุคลากรขององค์กรถือเป็นการป้องกันการเกิดการทุจริตในองค์กร ทั้งนี้ การนำเครื่องมือประเมินความเสี่ยงมาใช้ในองค์กรจะช่วยให้เป็นหลักประกันในระดับหนึ่งว่า การดำเนินการขององค์กร จะไม่มีการทุจริตหรือในกรณีที่เกิดการทุจริตที่ไม่คาดคิดโอกาสที่จะประสบกับปัญหาน้อยกว่าองค์กรอื่น หรือหากเกิดความ

เสียหายขึ้นก็จะเป็นความเสียหายที่น้อยกว่าองค์กรที่ไม่มีการนำเครื่องมือประเมิน ความเสี่ยงมาใช้ เพราะได้มีการเตรียมการป้องกันล่วงหน้าไว้โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำ ซึ่งไม่ใช่การเพิ่มภาระงานแต่อย่างใด การประเมินความเสี่ยงการทุจริต เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการค้นหา หรือระบุจุดอ่อน (Weakness) ของระบบต่างๆ ภายในองค์กรที่อาจเป็นช่องให้เกิดการทุจริต และเป็นการมุ่งหาความเป็นไปได้ (Potential) ที่จะเกิดการกระทำการทุจริตในอนาคตวัตถุประสงค์หลักของการประเมินความเสี่ยงการทุจริต : เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐ มีมาตรการ ระบบ หรือแนวทางในการบริหารจัดการความเสี่ยงของการดำเนินงานที่อาจก่อให้เกิดการทุจริต ซึ่งเป็น มาตรการป้องกันการทุจริตเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพต่อไป

#### การบริหารจัดการความเสี่ยงมีความแตกต่างจากการตรวจสอบภายในอย่างไร

การบริหารจัดการความเสี่ยงเป็นการทำงานในลักษณะที่ทุกภาระงานต้องประเมินความเสี่ยงก่อนปฏิบัติงานทุกครั้ง และแทรกกิจกรรมการตอบโต้ความเสี่ยงไว้ก่อนเริ่มปฏิบัติงานหลักตามภาระงานปกติของการเฝ้าระวังความเสี่ยงล่วงหน้าจากทุกภาระงานร่วมกัน โดยเป็นส่วนหนึ่งของความรับผิดชอบปกติที่มีการรับรู้และยอมรับจากผู้ที่เกี่ยวข้อง (ผู้นำส่งงานให้) เป็นลักษณะ Pre-Decision ส่วนการตรวจสอบภายในจะเป็นในลักษณะกำกับติดตามความเสี่ยง เป็นการสอบทาน เป็นลักษณะ Post-Decision

#### กรอบการประเมินความเสี่ยงการทุจริต

กรอบตามหลักของการควบคุมภายในองค์กร (Control Environment) ตามมาตรฐาน COSO ๒๐๑๓ (Committee of Sponsoring Organizations ๒๐๑๓) ซึ่งมาตรฐาน COSO เป็นมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับมาตั้งแต่เริ่มออกประกาศใช้เมื่อปี ๑๙๙๒ โดยที่ผ่านมามีการออกแนวทางด้านการควบคุมภายในเพิ่มเติมอีก ๓ ครั้ง คือครั้งแรกเมื่อปี ๒๐๐๖ เป็นแนวทางด้านการทำรายงานทางการเงิน Internal Control over Financial Report – Guidance for Small Public Companies ครั้งที่ ๒ เมื่อปี ๒๐๐๙ เป็นแนวทางด้านการกำกับติดตาม Guidance on Monitoring of Internal Control ครั้งที่ ๓ ในปี ๒๐๑๓ เป็นแนวทางเพิ่มเติมด้านการควบคุมภายใน Internal Control – Integrated Framework : Framework and Appendices การปรับปรุงในปี ๒๐๑๓ นี้ยังคงยึดกรอบแนวคิดเดิมของปี ๑๙๙๒ ที่กำหนดให้มีการควบคุมภายในแต่เพิ่มเติมในส่วนอื่นๆ ให้ชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มเติมเรื่องการสอดส่องในภาพรวมของการกำกับดูแลกิจการ ดังนั้นการควบคุมภายในจึงถือว่ามีมีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะตอบสนองต่อความคาดหวังของกิจการในการป้องกันเฝ้าระวังและตรวจสอบการทุจริตภายในกิจการ

สำหรับมาตรฐาน 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 – ระบุและประเมินความเสี่ยงเปลี่ยนแปลงที่จะกระทบต่อการควบคุมภายใน

องค์ประกอบที่ ๓: กิจกรรมการควบคุม (Control Activities)

หลักการที่ ๑๐ - ควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

หลักการที่ ๑๑ - พัฒนาระบบเทคโนโลยีที่ใช้ในการควบคุม

หลักการที่ ๑๒ - ควบคุมให้นโยบายสามารถปฏิบัติได้

องค์ประกอบที่ ๔: สารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication)

หลักการที่ ๑๓ - องค์กรมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องและมีคุณภาพ

หลักการที่ ๑๔ - มีการสื่อสารข้อมูลภายในองค์กร ให้การควบคุมภายในดำเนินต่อไปได้

หลักการที่ ๑๕ - มีการสื่อสารกับหน่วยงานภายนอก ในประเด็นที่อาจกระทบต่อ การควบคุมภายใน

องค์ประกอบที่ ๕: กิจกรรมการกำกับติดตามและประเมินผล (Monitoring Activities)

หลักการที่ ๑๖ - ติดตามและประเมินผลการควบคุมภายใน

หลักการที่ ๑๗ - ประเมินและสื่อสารข้อบกพร่องของการควบคุมภายในทันเวลาและเหมาะสม

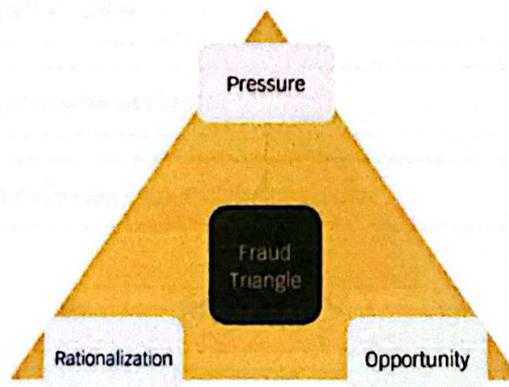
ทั้งนี้ องค์ประกอบการควบคุมภายในแต่ละองค์ประกอบและหลักการจะต้อง Present & Function (มีอยู่จริง และนำไปปฏิบัติได้) อีกทั้งทำงานอย่างสอดคล้องและสัมพันธ์กัน จึงจะทำให้การควบคุมภายในมีประสิทธิภาพสำหรับคู่มือฉบับนี้ จะเน้นตามมาตรฐาน COSO ๒๐๑๓ องค์ประกอบที่ ๒ หลักการที่ ๘ ในเรื่องการประเมินความเสี่ยงการทุจริตเป็นหลัก

กรอบหรือภาระงานในการประเมินความเสี่ยงการทุจริต มี ๔ กระบวนการ ดังนี้

- Corrective : แก้ไขปัญหาที่เคยรับรู้ว่ามีประวัติอยู่แล้ว ทำอย่างไรจะไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำอีก
- Detective : เผื่อระวัง สอดส่อง ติดตามพฤติกรรมเสี่ยง ทำอย่างไรจะตรวจพบ ต้องสอดส่องตั้งแต่แรก ตั้งข้อสงสัยบางเรื่องที่น่าสงสัยทำการลดระดับความเสี่ยงนั้นหรือให้ข้อมูลเบาแสนั้นแก่ผู้บริหาร
- Preventive : ป้องกัน หลีกเลี่ยง พฤติกรรมที่นำไปสู่การสุ่มเสี่ยงต่อการกระทำผิด ในส่วนที่พฤติกรรมที่เคยรับรู้ว่าจะเกิดมาก่อน คาดหมายได้ว่ามีโอกาสสูงที่จะเกิดซ้ำอีก (Known Factor) ทั้งที่รู้ว่าทำไปมีความเสี่ยงต่อการทุจริต จะต้องหลีกเลี่ยงด้วยการปรับ Workflow ใหม่ ไม่เปิดช่องว่างให้การทุจริตเข้ามาได้อีก
- Forecasting : การพยากรณ์ประมาณการสิ่งที่จะเกิดขึ้นและป้องกันป้องปราม ล่วงหน้าในเรื่องประเด็นที่ไม่คุ้นเคย ในส่วนที่เป็นปัจจัยความเสี่ยงที่มาจากพยากรณ์ ประมาณการล่วงหน้าในอนาคต (Unknown Factor)

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดการทุจริต

องค์ประกอบหรือปัจจัยที่นำไปสู่การทุจริต ประกอบด้วย Pressure หรือแรงกดดันหรือ แรงจูงใจ Opportunity หรือโอกาส ซึ่งเกิดจากช่องโหว่ของระบบต่างๆ คุณภาพการควบคุม กำกับควบคุม ภายในของ องค์กรมีจุดอ่อน และ Rationalization หรือการหาเหตุผลสนับสนุนการกระทำ ตามทฤษฎีสามเหลี่ยม การทุจริต (The Fraud Triangle)

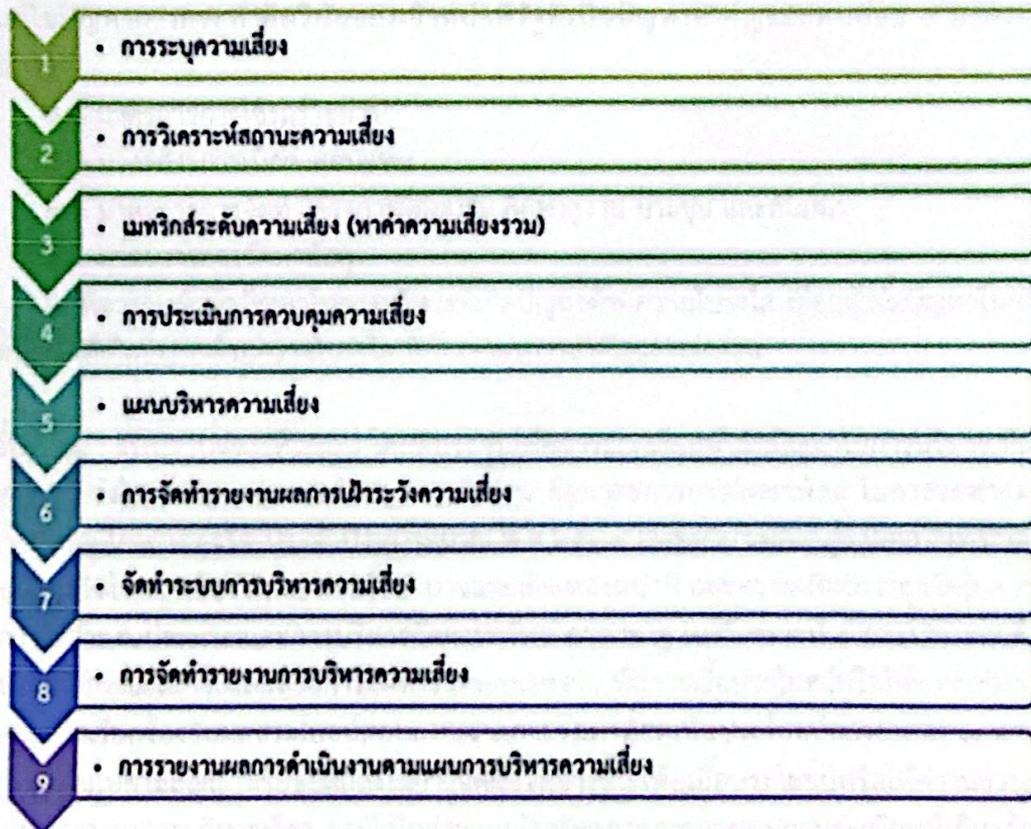


**ขอบเขตการประเมินความเสี่ยงการทุจริต**

๑. ความเสี่ยงการทุจริตที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาอนุมัติ อนุญาต (เฉพาะหน่วยงานที่มี ภารกิจให้บริการประชาชนอนุมัติ หรืออนุญาต ตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณา อนุญาต ของทางราชการ พ.ศ.๒๕๕๘)
๒. ความเสี่ยงการทุจริตในความโปร่งใสของการใช้อำนาจและตำแหน่งหน้าที่
๓. ความเสี่ยงการทุจริตในความโปร่งใสของการใช้จ่ายงบประมาณและการบริหารจัดการ ทรัพยากรภาครัฐ



ขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงการทุจริต มี ๙ ขั้นตอน ดังนี้



**การระบุความเสี่ยง**

คือการนำข้อมูลที่ได้จากขั้นเตรียมการในส่วนรายละเอียดขั้นตอน กระบวนการปฏิบัติงาน ของที่จะทำการประเมินความเสี่ยงการทุจริต ซึ่งในขั้นตอนการปฏิบัติงานนั้น ย่อมประกอบไปด้วยขั้นตอนย่อย ในการระบุความเสี่ยงตามขั้นตอนที่ ๑ ให้ทำการระบุความเสี่ยงโดยอธิบายรายละเอียด รูปแบบ พฤติการณ์ ความเสี่ยงเฉพาะขั้นตอนการปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงการทุจริต และในการประเมินต้อง คำนึงถึงความเสี่ยงใน ภาพรวมของการดำเนินงานเรื่องที่จะทำการประเมินด้วย เนื่องจากในกระบวนการ ปฏิบัติงานตามขั้นตอน อาจไม่พบความเสี่ยง หรือโอกาสเสี่ยงต่ำแต่อาจพบว่ามีความเสี่ยงในการปฏิบัติงานที่ อาจไม่ได้อยู่ในขั้นตอนก็ เป็นได้ โดยไม่ต้องคำนึงว่าหน่วยงานจะมีมาตรการป้องกันหรือแก้ไขความเสี่ยงการ ทุจริตนั้นอยู่แล้ว ซึ่งเป็นทั้ง Known Factor หรือ Unknown Factor “การระบุความเสี่ยงการทุจริตไม่ถูกต้อง มาตรการควบคุมหรือ มาตรการป้องกันความเสี่ยงการทุจริต จึงไม่สามารถลดความเสี่ยงการทุจริตได้”

Known Factor	ความเสี่ยงทั้ง ปัญหา/พฤติกรรมที่เคยรับรู้ที่เคยเกิดมาก่อน คาดหมายได้ว่า มี โอกาสสูงที่จะเกิดขึ้น หรือมีประวัติ มีตำนานอยู่แล้ว
Unknown Factor	ปัจจัยความเสี่ยงที่มาจากผลกระทบ ประมาณการล่วงหน้าในอนาคตปัญหา/ พฤติกรรม ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น (คิดล่วงหน้า ตีตนไปก่อนไข้เสมอ)

**การประเมินความเสี่ยงการทุจริตของโรงพยาบาลสันติสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙**

๑. กำหนดเรื่องสำคัญเร่งด่วนเชิงรุกในการป้องกันการทุจริต การบริหารงานที่โปร่งใสตรวจสอบได้และ การแก้ไขปัญหาการกระทำผิดวินัยของเจ้าหน้าที่รัฐที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อย ๔ มาตรการสำคัญ ดังต่อไปนี้

- ๑.๑ มาตรการการใช้ธรรมาภิบาล
- ๑.๒ มาตรการการเบิกค่าตอบแทน
- ๑.๓ มาตรการการจัดทำโครงการฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประชุม และสัมมนา
- ๑.๔ มาตรการการจัดหาพัสดุ

๒. พิจารณาหัวข้อปัญหาในการบริหารที่เกิดปัญหาด้านความโปร่งใส เลือกหัวข้อปัญหาในการบริหาร ที่เกิดปัญหาที่เกิดปัญหาด้านความโปร่งใส ที่เป็นมาตรการสำคัญและเร่งด่วน

**มติที่ประชุม :** รับทราบและเห็นชอบ โดยที่ประชุมได้พิจารณา เลือกหัวข้อปัญหาในการบริหาร ที่เกิดปัญหา ด้านความโปร่งใส ที่เป็นมาตรการสำคัญและเร่งด่วน คือมาตรการการจัดหาพัสดุ ในการจัดทำแผนบริหาร จัดการความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙ โรงพยาบาลสันติสุข เลือกประเมินความเสี่ยง ด้านการทุจริตในความโปร่งใสของการใช้อำนาจและตำแหน่งหน้าที่ และความเสี่ยงการทุจริตในความโปร่งใส ของการใช้จ่ายงบประมาณและการบริหารจัดการทรัพยากรภาครัฐ โดยวิเคราะห์ ๔ กระบวนการ คือ ๑. การ กำหนดคุณลักษณะเฉพาะและหรือการจัดทำร่างขอบเขตงาน ที่มีการเอื้อประโยชน์หรือให้ความช่วยเหลือพวก พ้อง ๒. การเรียกร้องรับผลประโยชน์ตอบแทนจากการจัดหาพัสดุเพื่อประโยชน์ของตนเอง ๓. การตรวจรับ พักสุที่ไม่เป็นไปตามสัญญาหรือข้อตกลงในการจัดซื้อจัดจ้างนั้น เพื่อเอื้อประโยชน์หรือให้ความช่วยเหลือพวก พ้อง ๔. กระบวนการบริหารพัสดุ กรณีเบิกจ่ายและรับพัสดุขาดการควบคุมตามระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการ จัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ และให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการจัดทำ Flow Chart และคู่มือการ ปฏิบัติงานเผยแพร่ให้แก่บุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลสันติสุขทราบและถือปฏิบัติ

ระเบียบวาระที่ ๖ เรื่องอื่นๆ

- การจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙ หากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันติสุข อนุมัติแผนบริหารจัดการความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙ คุณสรดา สมยศ จะแจ้งให้ทราบในกลุ่มไลน์ RM ค่ะ และแจ้งเวียนผู้เกี่ยวข้องดำเนินการตามแผนฯ ต่อไป

- ประชุมคณะกรรมการครั้งถัดไป จะแจ้งให้ทราบในกลุ่มไลน์ RM ค่ะ  
มติที่ประชุม : รับทราบ

ปิดประชุมเวลา ๑๖.๐๐น.



ผู้พิมพ์/ผู้ตรวจทานรายงานการประชุม  
(นางอัจฉราวดี ไชยเชิด)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



ผู้รับรองรายงานการประชุม  
(นายอภิษฐ์ พันธุ์รัตน์)  
นายแพทย์ชำนาญการ