



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ งานนิติการ โทร.๑๓๗๘

ที่ อบ.๐๐๓๓.๑๑๗.๐๑๑/๓๕ วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุมัติจัดการประชุม


เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

ตามโครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในหน่วยงานภาครัฐ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ตามหัวข้อขออนุมัติจัดการประชุมการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ของหน่วยงานงานนิติการ จึงขออนุมัติจัดการประชุมการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ของหน่วยงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

อาทิตยา พิภพศรี
(นางสาวอาทิตยา พิภพศรี)
นิติกร


(นางสาวนิตยา วิเศษรุ่งเรือง)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป


(นายณัฐพงษ์ พิมพ์โคตร)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
รักษาการในตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

นายกิตติศักดิ์ ฐานวิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

รายงานการบริหารจัดการความเสี่ยง

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗



โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

คำนำ

รายงานการบริหารความเสี่ยงเป็นหนึ่งในเครื่องมือที่โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาจัดทำตาม พระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ.๒๕๖๑ มาตรา ๗๙ “ให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบ ภายใน การควบคุมภายในและการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยให้ถือปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่ กระทรวงการคลังกำหนด” และหนังสือกระทรวงการคลัง ที่ กค ๐๔๐๙.๔/ว๒๓ ลงวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๒ แผนบริหารจัดการความเสี่ยงเป็นเครื่องมือบริหารองค์กรที่มีความสำคัญ และนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการ บริหารจัดการสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอนและส่งผลการดำเนินงานขององค์กรและเป็นแนวทางในการ ดำเนินงานจัดการความเสี่ยงเพื่อให้เกิดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อการดำเนินงานขององค์กรลดลงจนอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ นอกจากนี้ยังถือเป็นโอกาสในการสร้างสรรค์มูลค่าเพิ่มให้แก่องค์กรด้วยพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เล็งเห็นถึงประโยชน์ของการบริหารความเสี่ยงดังกล่าว จึงได้จัดให้มีการจัดทำแผนการบริหารความเสี่ยงเพื่อเป็นกรอบขั้นตอนของการดำเนินงานที่ได้มาตรฐานและเป็นไปตามตามหลักเกณฑ์การบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานของรัฐประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๕ รวมทั้งกำหนดแนวทางบริหารความเสี่ยงให้สอดคล้องกับกรอบหลักเกณฑ์ด้านการ บริหารความเสี่ยงและควบคุมภายในของกรมบัญชีกลางกระทรวงการคลัง อันจะช่วยเสริมสร้างศักยภาพใน การจัดบริการด้านสาธารณสุขตามอำนาจหน้าที่ให้แก่ประชาชนในพื้นที่และการบริหารของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาให้เป็นประโยชน์สูงสุด

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทที่ ๑ แผนบริหารจัดการความเสี่ยง ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖	๔
บทที่ ๒ แนวทางการดำเนินกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชิริาลงกรณ์	๘
บทที่ ๓ การวิเคราะห์การบริหารจัดการความเสี่ยงโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชิริาลงกรณ์ ขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงทุจริต ๙ ขั้นตอน ได้แก่ (๑) การระบุความเสี่ยง (๒) การวิเคราะห์ความเสี่ยง (๓) เมทริกส์ระดับความเสี่ยง (๔) การประเมินและควบคุมความเสี่ยง (๕) แผนบริหารความเสี่ยง (๖) การจัดทำรายงานผลการเฝ้าระวังความเสี่ยง (๗) จัดทำระบบการบริหารความเสี่ยง (๘) จัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยง (๙) การรายงานผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยง	๑๓
บทที่ ๔ เกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยง	๒๘

บทที่ ๑ แผนบริหารจัดการความเสี่ยง ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มทวชิราลงกรณ

ความเป็นมา/หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันการดำเนินงานขององค์กรจะต้องเผชิญกับสภาวะความไม่แน่นอนทั้งจากปัจจัยภายใน และภายนอกองค์กร ซึ่งก่อให้เกิดเหตุการณ์ทั้งที่เป็นความเสี่ยง และโอกาส (Risk and Opportunities) ต่อองค์กร โดยความเสี่ยงจะส่งผลกระทบต่อในเชิงลบ ในขณะที่โอกาสจะเป็นตัวสร้างมูลค่าต่อองค์กร ดังนั้น การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะช่วยป้องกัน รักษา และส่งเสริมให้องค์กรสามารถบรรลุ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายขององค์กร นอกจากนี้ การบริหารความเสี่ยงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการกำกับ ดูแลกิจการที่ดี (Good Corporate Governance) โดยมุ่งเน้นให้ทุกกระบวนการดำเนินงานด้วยความโปร่งใส ธรรมาภิบาล มี ประสิทธิภาพ ส่งผลดีต่อภาพลักษณ์ และการสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่องค์กรทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มทวชิราลงกรณ จึงให้ความสำคัญต่อการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยมีการกำหนดนโยบาย แนวทาง และกระบวนการบริหารความเสี่ยงให้มีความสอดคล้องกับพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ.๒๕๖๑ มาตรา ๗๙ “ให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหาร ความเสี่ยง โดยให้ถือปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด” และหนังสือ กระทรวงการคลัง ที่ กค ๐๔๐๙.๔/ว๒๓ ลงวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๒

ความหมายของการบริหารจัดการความเสี่ยง

การบริหารจัดการความเสี่ยง หมายความว่า กระบวนการบริหารจัดการเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อหน่วยงานของรัฐ เพื่อให้หน่วยงานของรัฐสามารถดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน รวมถึงเพื่อเพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถให้หน่วยงานของรัฐ

ความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง

ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสหรือเหตุที่ไม่พึงประสงค์อาจทำให้อาณาตส่งผลกระทบต่อให้เกิดความเสียหาย ทำให้วัตถุประสงค์ (Objective) และเป้าหมาย (Target) ที่องค์กรกำหนดไว้เบี่ยงเบนไปหรือไม่ประสบความสำเร็จ ทั้งในด้านกลยุทธ์ การเงิน การดำเนินงาน และกฎระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานใด ๆ ย่อมมีความเสี่ยงเกิดขึ้นได้เสมอ ทั้งจากปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ความเสี่ยงดังกล่าวอาจอยู่ในกระบวนการปฏิบัติงานต่าง ๆ ที่จะนำองค์กรไปสู่เป้าหมาย เช่น การวางกลยุทธ์และแผนงาน การตัดสินใจของผู้บริหาร การบริหารงบประมาณ การบริหารการเงิน และโครงการที่เกี่ยวข้อง การปฏิบัติงานภายในที่ทำการ การจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศ เป็นต้น

โครงสร้างการบริหารความเสี่ยง หมายถึง การจัดทำโครงการควบคุมโดยพิจารณาจากความสัมพันธ์ ของทรัพยากรต่าง ๆ กระบวนการทำงาน กระบวนการบริหารภายในองค์กรนั้น ๆ

การติดตามผลในระหว่างการปฏิบัติงาน (Ongoing Monitoring) หมายถึง การติดตามการปฏิบัติ ตามวิธีการบริหารความเสี่ยง ระหว่างการปฏิบัติงาน หรืออาจเรียกว่าการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง หรือการ ประเมินผลแบบต่อเนื่อง

การประเมินผล หมายถึง การประเมินผลที่มีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นไปที่ประสิทธิผลของการบริหาร ความเสี่ยง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งที่กำหนด โดยมีขอบเขตในช่วงการประเมินขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพ การติดตามผลอย่างต่อเนื่องเป็นหลัก เช่น การประเมินผลช่วง ๖ เดือน ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน

สารสนเทศ หมายถึง ข้อมูลที่ได้ผ่านการประมวลผลและถูกจัดให้อยู่ในรูปที่มีความหมายและเป็น ประโยชน์ต่อการดำเนินงานในโครงการนั้นๆ

การสื่อสาร หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคคลทั้งภายในและภายนอก ซึ่งอาจใช้ คนหรือใช้สื่อในการติดต่อสื่อสารก็ได้ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ เช่น การทำหนังสือเพื่อขอให้เสนอ แผน/โครงการ เพื่อจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ประเภทของความเสี่ยง

กำหนดประเภทความเสี่ยง แบ่งออกเป็น ๔ ด้าน ดังนี้

๑. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) คือ ความเสี่ยงที่เกิดจากกิจกรรมทางการดำเนินงานขององค์กร การกำหนดกลยุทธ์ หรือแผนงาน และนโยบายในการบริหารงาน

๒. ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) คือ ความเสี่ยงที่เกิดจากความไม่พร้อมในเรื่องงบประมาณ การเงินที่ใช้ในการดำเนินการโครงการนั้นๆ เป็นต้น

๓. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk) คือ ความเสี่ยงที่เกิดจากการปฏิบัติงานทุก ๆ ขั้นตอน โดยครอบคลุมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ กระบวนการ อุปกรณ์ เทคโนโลยีสารสนเทศ บุคลากรในการปฏิบัติงาน เป็นต้น

๔. ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Compliance Risk) หรือ (Event Risk) คือ ความเสี่ยงที่เกิดจากการไม่สามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบ หรือ กฎหมายที่เกี่ยวข้องได้ หรือ กฎหมายที่มีอยู่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน

สาเหตุของการเกิดความเสี่ยง

สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงอาจเกิดจากปัจจัยหลัก ๒ ปัจจัย คือ

๑. ปัจจัยภายใน เช่น นโยบายของผู้บริหาร ความซื่อสัตย์ จริยธรรม คุณภาพของบุคลากร การเปลี่ยนแปลง ระบบงาน ความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บ่อยครั้ง การควบคุม กากับดูแลไม่ทั่วถึง และการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ หรือ ข้อบังคับของหน่วยงาน เป็นต้น

๒. ปัจจัยภายนอก เช่น กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับของทางราชการ การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี หรือ สภาพการแข่งขัน สภาวะแวดล้อมทั้งทางเศรษฐกิจ และการเมือง เป็นต้น

การบริหารความเสี่ยง (RISK Management) หมายถึง กระบวนการที่ใช้ในการระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยงและการกำหนดแนวทางการควบคุมเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยงแบบบูรณาการ (Enterprise Risk Management : ERM) คือ ขบวนการที่จัดทำโดยฝ่ายบริหาร เพื่อประยุกต์ใช้ในการจัดทำแผนกลยุทธ์ทั่วทั้งองค์กร ซึ่งออกแบบมาเพื่อระบุเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นมีผลกระทบต่อองค์กรและจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับยอมรับได้

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร กรอบการบริหารความเสี่ยงประกอบไปด้วย ๔ องค์ประกอบหลัก ดังนี้

- วัฒนธรรมองค์กร (Culture)
- โครงสร้างการบริหารความเสี่ยง (Structure)
- กระบวนการ (Process)
- ปัจจัยพื้นฐาน (Infrastructure)

การบริหารความเสี่ยงขององค์กร คือ การบริหารปัจจัยและควบคุมกิจกรรมรวมทั้งกระบวนการ การดำเนินงานต่าง ๆ โดยลดมูลเหตุแต่ละโอกาสที่องค์กรจะเกิดความเสียหาย เพื่อให้ระดับของความเสียหายและขนาดของความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอยู่ในระดับที่องค์กรรับได้ ประเมินได้ ควบคุมได้ และตรวจสอบได้อย่างมีระบบ โดยคำนึงถึงการบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กรเป็นสำคัญ

ความจำเป็นของการบริหารความเสี่ยง คือ การดำเนินงานขององค์กรนั้น มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อ สร้างคุณค่าสูงสุดให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับองค์กรซึ่งประกอบด้วย รัฐบาล บุคลากรในหน่วยงานและ หน่วยงานในสังกัด และประชาชนผู้รับบริการ ในปัจจุบันองค์กรต้องดำเนินงานภายใต้สภาวะของการเปลี่ยนแปลงของนโยบายภาครัฐ ทั้งจากระบบเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลง ความต้องการสังคม การเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบ การดำเนินงานเพื่อสร้างคุณค่าดังกล่าวนี้ อาจมีผลกระทบ จากความเสี่ยงในการดำเนินธุรกิจที่เกิดขึ้นทั้งจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกหน่วยงาน และส่งผลกระทบต่อ ให้คุณค่าที่ควรจะมีแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้นต้องลดลงหรือหมดไป ดังนั้น การจัดทำให้มีการบริหารความเสี่ยง ภายในองค์กรตลาดอย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะช่วยลดโอกาสและผลกระทบจากความเสียหายที่สำคัญให้อยู่ใน ระดับที่ยอมรับได้ โดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อองค์กรหรือมีผลกระทบน้อยที่สุด

ความเสี่ยงที่ยอมรับได้ (RISK Appetite) หมายถึง ประเภทและเกณฑ์ของความเสี่ยง ที่องค์กรจะยอมรับได้ เพื่อช่วยให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย ซึ่งความเสี่ยงที่ยอมรับได้ที่องค์กรจะกำหนดนั้น จะระบุเป็นเป้าหมายค่าเดียว หรือระบุเป็นช่วงก็ได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละปัจจัยเสี่ยง

ระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ (RISK Tolerance) หมายถึง ระดับความเบี่ยงเบนจากเกณฑ์หรือ ประเภทของความเสี่ยงที่ยอมรับได้ ซึ่งทำให้องค์กรมั่นใจได้ว่าองค์กรได้ดำเนินการบริหารความเสี่ยงอยู่ภายในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ดังนั้น โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จึงได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน มีการวิเคราะห์ความเสี่ยง การติดตามและประเมินผล ตลอดจนการรายงานต่อที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลฯ และคณะกรรมการที่มิหน้าของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ เป็นประจำทุกไตรมาส เพื่อให้สามารถจัดการ และบริหารความเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา

บทที่ ๒

แนวทางการดำเนินกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชิริาลงกรณ

๑.วัตถุประสงค์การบริหารจัดการความเสี่ยง

๑. เพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงานในองค์กร มีความเข้าใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยง สามารถบริหารจัดการความเสี่ยงได้ในทิศทางเดียวกัน

๒. เพื่อโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาชิริาลงกรณ สามารถดำเนินการได้ตาม พันธกิจ และวิสัยทัศน์ที่กำหนดใน แผนพัฒนาท้องถิ่น โดยเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้

๓. เพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานทุกระดับของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชิริาลงกรณ

๔. เพื่อเป็นการลดโอกาสและผลกระทบของความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และเป็นกรอบแนวทางในการติดตามรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง

๒.โครงสร้างการบริหารความเสี่ยง

เพื่อโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาชิริาลงกรณ มีแนวทางการดำเนินงานการบริหารจัดการความเสี่ยงในรูปแบบ คณะทำงาน ตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบกับหลักเกณฑ์การปฏิบัติการบริหารจัดการความเสี่ยงสำหรับหน่วยงาน ภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๒ ตามหลักเกณฑ์การบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานของรัฐประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๕ ดังนี้
โดยจัดให้มีคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ โดยมีคณะกรรมการดังต่อไปนี้

๑.นายณัฐพงษ์ พิมพ์โคตร	รักษาการหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ	ประธานกรรมการ
๒.นายสุระ เสนาเทพ	หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ	รองประธานกรรมการ
๓.นางสาวสิริพร เกษียรสินธุ์	หัวหน้ากลุ่มงานการเงิน	กรรมการ
๔.นางสาวปรัชญาภรณ์ แสนทวีสุข	หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๕.นายวุฒิชัย ศรีจันทร์	หัวหน้ากลุ่มงานพัสดุ	กรรมการ
๖.นางสาวนราพร อุประพันธ์	หัวหน้ากลุ่มงานบัญชี	กรรมการ
๗.นางสาวอาทิตยา พิกุลศรี	นิติกร	กรรมการและเลขานุการ

๓. เป้าหมายการบริหารจัดการความเสี่ยง

๓.๑ บุคลากร มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการบริหาร ความเสี่ยง เพื่อสามารถนำไปใช้ในการดำเนินงาน และมีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ และภารกิจของเทศบาล

๓.๒ จัดให้มีระบบการบริหารที่ดีและเป็นไปอย่างเป็นระบบ และมีองค์ประกอบหลักของการบริหารจัดการความเสี่ยงที่ดีและครบถ้วน

๓.๓ สามารถนำแผนบริหารจัดการความเสี่ยงไปใช้ในการบริหารงานที่รับผิดชอบ

๔. ประโยชน์ของการบริหารจัดการความเสี่ยง

๔.๑ เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับผู้บริหารในการตัดสินใจด้านต่างๆ เนื่องจากการบริหารจัดการความเสี่ยงเป็นการดำเนินการซึ่งตั้งอยู่บนสมมุติฐานในการตอบสนองต่อเป้าหมายและภารกิจหลักขององค์กร

๔.๒ ช่วยสะท้อนให้เห็นภาพรวมของความเสี่ยงต่างๆ ที่สำคัญ ซึ่งจะทำให้พนักงานภายในองค์กรเข้าใจเป้าหมายและภารกิจหลักขององค์กร และตระหนักถึงความเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อองค์กรได้อย่างครบถ้วน

๔.๓ เป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารงานเนื่องจากการบริหารจัดการความเสี่ยงเป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้บริหารสามารถมั่นใจได้ว่า ความเสี่ยงได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมและทันเวลารวมทั้งเป็นเครื่องมือที่สำคัญของผู้บริหารในการบริหารงาน และการตัดสินใจในด้านต่างๆ เช่น การวางแผน การกำหนดกลยุทธ์ การติดตามควบคุมและวัดผลการปฏิบัติงาน ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายและสามารถสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่องค์กร

๔.๔ ช่วยให้การพัฒนาองค์กรเป็นไปในทิศทางเดียวกัน การบริหารความเสี่ยงทำให้รูปแบบ การตัดสินใจในการปฏิบัติงานขององค์กรมีการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน เช่น การตัดสินใจโดยที่ผู้บริหารมีความเข้าใจในกลยุทธ์ วัตถุประสงค์ขององค์กร และระดับความเสี่ยงอย่างชัดเจน

๔.๕ ช่วยในการพัฒนาการบริหารและจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลการจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างเหมาะสม โดยพิจารณาถึงระดับความเสี่ยงในแต่ละกิจกรรมการ และการเลือกใช้มาตรการในการบริหารจัดการความเสี่ยง

๕. นโยบายในการพิจารณาความเสี่ยง ประจำปี ๒๕๖๖

๕.๑ ให้ความสำคัญกับภาระงาน/แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่มีความสำคัญต่อภารกิจหลักเพื่อโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราชวิทยาลัย หลักเกณฑ์การคัดเลือกแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่จะนำมาพิจารณาบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราชวิทยาลัย ได้กำหนดหลักเกณฑ์การคัดเลือกโครงการ/กิจกรรมที่จะนำมาบริหาร จัดการความเสี่ยง โดยพิจารณาคัดเลือกโครงการที่มีค่าคะแนนรวมสูง มาดำเนินการบริหารความเสี่ยง

ดังนั้น หากองค์กรของเราสนับสนุนให้รากฐานทั้งสามประการนี้ สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ก็จะช่วยส่งเสริมให้ต้นไม้ออกดอกออกผลที่ดีเจริญงอกงาม เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายในองค์กร

หลักเกณฑ์	เกณฑ์คะแนนการพิจารณา			น้ำหนัก (ร้อยละ)
	๑	๒	๓	
๑. ความสอดคล้องกับกลยุทธ์ในประเด็นยุทธศาสตร์	ไม่สอดคล้องกับกลยุทธ์ในประเด็นยุทธศาสตร์	-	สอดคล้องกับกลยุทธ์ในประเด็นยุทธศาสตร์	๔๐
๒. การส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของนโยบาย	ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในระดับผลผลิต	ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในระดับเป้าหมาย	ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในระดับเป้าหมายการให้บริการ	๔๐
๓. งบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ ในแต่ละปี (กรณีมีงบประมาณ)	ไม่เกิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท	เกินกว่า ๕๐๐,๐๐๐ – ๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท	เกินกว่า ๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท	๒๐

๖. การจัดการความเสี่ยง

หมายถึง กระบวนการที่ใช้ในการบริหารจัดการให้โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงลดลง หรือผลกระทบ ของความเสียหายจากเหตุการณ์ความเสี่ยงลดลงอยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้ ซึ่งการจัดการความเสี่ยงมี หลายวิธี เช่น

- การยอมรับความเสี่ยง (Risk Acceptance) เป็นการยอมรับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เนื่องจากไม่คุ้มค่าในการจัดการควบคุมหรือป้องกันความเสี่ยง
- การลด/การควบคุม/ป้องกันความเสี่ยง (RISK Reduction) เป็นการปรับปรุงระบบการทำงาน หรือการออกแบบวิธีการทำงานใหม่ เพื่อลดโอกาสที่จะเกิด หรือลดผลกระทบ หรือควบคุม ป้องกันให้อยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้
- การกระจายความเสี่ยง หรือการโอนความเสี่ยง (RISK Sharing) เป็นการกระจายหรือ ถ่ายโอนความเสี่ยง ให้ผู้อื่นช่วยแบ่งความรับผิดชอบไป
- การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (RISK Avoidance) เป็นการจัดการกับความเสี่ยงที่อยู่ในระดับสูง และหน่วยงาน ไม่อาจยอมรับได้ จึงต้องตัดสินใจยกเลิกโครงการ/ กิจกรรมนั้นไป

ดังนั้น การบริหารความเสี่ยงขององค์กรจำเป็นต้องทำควบคู่กับการกำกับดูแลและตรวจสอบอย่างมีประสิทธิภาพ

สิ่งที่เป็นรากฐานที่จะช่วยให้มีการกำกับดูแลกิจการที่ดีนั้น ประกอบด้วย

รากฐานที่ ๑ การควบคุมภายใน

การควบคุมภายใน คือ กระบวนการ (process) ปฏิบัติงานที่ฝ่ายบริหาร และบุคลากรขององค์กร จัดให้มีขึ้น เพื่อให้สามารถมั่นใจได้อย่างสมเหตุสมผลว่า หากได้มีการปฏิบัติตามกระบวนการเหล่านี้แล้ว องค์กรจะสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการได้ โดยวัตถุประสงค์ ได้แก่

๑. ความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงาน (Effectiveness and efficiency of operations)
๒. ความน่าเชื่อถือของรายงานทางการเงิน (Reliability of financial reporting)
๓. การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (Compliance with applicable with laws and regulations)

การกำหนดวัตถุประสงค์ขึ้นมา นั้น ผู้บริหารจะต้องกำหนดวิธีการทำงานให้ไปสู่วัตถุประสงค์นั้น และ ในขณะเดียวกันก็ต้องมีการควบคุมการปฏิบัติงานต่างๆ ในองค์กรให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้วย การควบคุมต่างๆ เหล่านี้ ก็คือ การควบคุมกระบวนการภายในองค์กร หรือเรียกสั้นๆ ว่า การควบคุมภายในนั่นเอง

ดังนั้น ทุกหน่วยงานในองค์กรจะจัดให้มีระบบการควบคุมภายในที่มีความเหมาะสมขึ้นมา การจัดวางระบบการควบคุมภายในเป็นหน้าที่ของผู้บริหารหน่วยงาน ซึ่งเป็นผู้ที่ทราบดีว่างานจุดใดของตนมีความเสี่ยง จากนั้นก็จะประเมินความเสี่ยงและสร้างระบบการควบคุมขึ้น เพื่อป้องกันแก้ไขหรือตรวจหาความเสี่ยงเหล่านั้น โดยการควบคุมภายในมักจะถูกกำหนดออกมาในรูปของระเบียบ ข้อบังคับ หรือคู่มือการปฏิบัติงานต่างๆ และเช่นเดียวกัน การปฏิบัติตามการควบคุมภายในที่กำหนดขึ้นมา นั้น ก็เป็นหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงาน การควบคุมภายในดังกล่าวจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานขององค์กร

รากฐานที่ ๒ การบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยง (RISK Management) คือ การกำหนดแนวทางและกระบวนการในการระบุ ประเมิน จัดการและติดตามความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม หน่วยงาน หรือการดำเนินงานขององค์กร รวมทั้งการ กำหนดวิธีการในการบริหารและควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ผู้บริหารยอมรับได้ ซึ่งสามารถมองได้เป็น ๒ มุมมอง คือ

- การกำจัดหรือลดปัจจัยต่างๆ ที่จะขัดขวางไม่ให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ นั่นคือ การปกป้องมูลค่าที่องค์กรมีอยู่ไม่ให้ถูกทำลายไป
- มองหาโอกาสที่จะสร้างความได้เปรียบในการดำเนินงาน คือ การสร้างมูลค่าให้กับองค์กรการบริหารความเสี่ยงนั้นคล้ายกับการจัดวางระบบการควบคุมภายใน คือ มีการระบุ ประเมิน และจัดหาวิธีการที่จะจัดการกับความเสี่ยง แต่ด้วยความที่เป็นศาสตร์ที่ใหม่กว่า และมีพื้นฐานมาจากธุรกิจประกันภัยที่จะต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนจากปัจจัยภายนอกมากมาย จึงทำให้การบริหารความเสี่ยงมีมุมมองที่กว้างขึ้น โดยมองถึงความเสี่ยงที่เป็นผลมาจากปัจจัยภายนอก การบริหารความเสี่ยงในระดับหน่วยงานนั้นก็เป็นที่หมายที่ของผู้บริหารหน่วยงานเช่นเดียวกัน

รากฐานที่ ๓ การตรวจสอบภายใน

การตรวจสอบภายในมีบทบาททำให้มั่นใจว่ามีการควบคุมภายในที่เหมาะสม และการควบคุมเหล่านั้นได้รับการปฏิบัติตามภายในองค์กร ตลอดจนมีระบบการบริหารความเสี่ยงมาปรับใช้อย่างเหมาะสม ตลอดจนช่วยถ่วงดุลอำนาจไม่ให้มีการใช้อำนาจไปในทางที่ผิดจากการที่หน่วยงานได้จัดให้มีระบบการควบคุมภายในของตน มีการบริหารความเสี่ยงและมีการปฏิบัติตามแล้ว ผู้ตรวจสอบภายในก็เหมือนเป็นคนที่มากรองอีกชั้นหนึ่ง เพื่อให้องค์กร/ผู้บริหาร เกิดความมั่นใจ

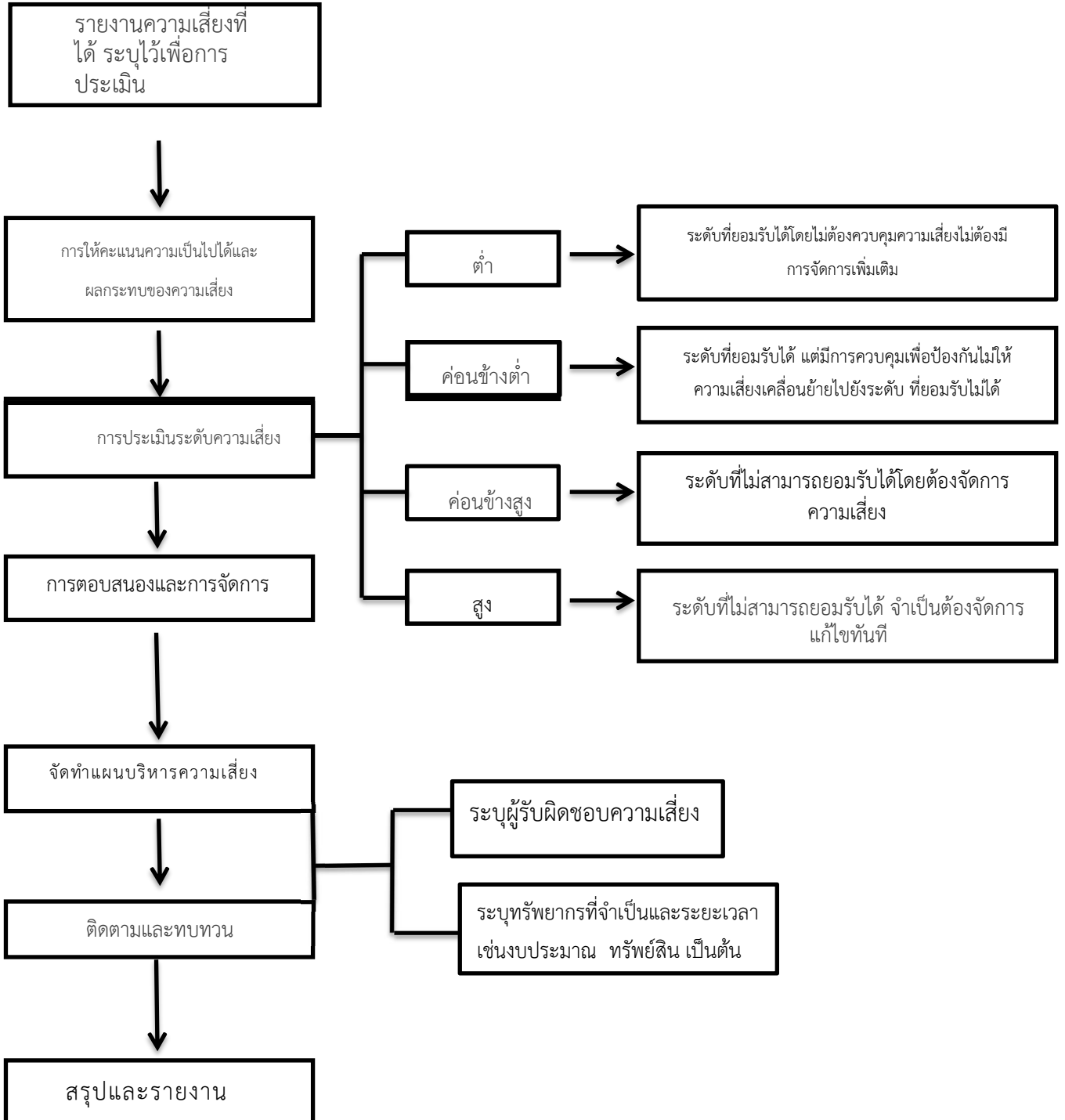
การตรวจสอบภายในนั้นก็ถือเป็นกลไกอย่างหนึ่งที่จะช่วยผลักดันให้เกิดการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมยิ่งขึ้น เพราะบางครั้งผู้ปฏิบัติงานอาจคิดว่าทำแค่นี้ก็เพียงพอแล้ว แต่ผู้ตรวจสอบภายใน เขาก็จะมีวิธีทดสอบว่าการควบคุมที่ปฏิบัติกันอยู่นั้นความเพียงพอจริงหรือไม่ หรือบางครั้ง อาจมีการปฏิบัติงานกันมานาน แม้ว่าจะมีความชำนาญ แต่ก็อาจทำให้ประมาทโดยละเอียดบางจุดที่ควร จะต้องควบคุมไป หากผู้ตรวจสอบภายในตรวจพบ เขาก็จะเป็นคนไปเตือนให้เราระมัดระวังมากขึ้น

บทที่ ๓

การวิเคราะห์การบริหารจัดการความเสี่ยงโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชิริาลงกรณ์

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาชิริาลงกรณ์ ได้จัดทำแผนบริหารความเสี่ยง และควบคุมภายใน ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๖ โดยการวิเคราะห์โดยแยกการวิเคราะห์ออกเป็นกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้

แผนภูมิแนวทางและขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง



ขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงทุจริต ๙ ขั้นตอน ได้แก่

(๑) การระบุความเสี่ยง

ตารางระบุความเสี่ยง

(Know Factor และ Unknown Factor)

ที่	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	ประเภทความเสี่ยงการทุจริต	
		Know Factor	Unknown Factor
๑	<p>ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)</p> <p>-การจัดทำแผนกลยุทธ์ -การวิเคราะห์ห้องค์กร -การถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ -การปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ -การติดตามประเมินผล</p>	/	
๒	<p>ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk)</p> <p>-สิทธิประโยชน์ของบุคลากร -การสรรหาบุคลากร</p>	/	
๓	<p>ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ หรือ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Compliance Risk)</p> <p>-ข้อร้องเรียนจากการจัดซื้อจัดจ้าง -ข้อร้องเรียนด้านบริการทางการแพทย์</p>	/	
๔	<p>ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk)</p> <p>-การส่งจ่ายเช็ค -การออกไปตรวจสอบสถานะทางการเงิน</p>	/	

(๒) การวิเคราะห์ความเสี่ยง

ตารางแสดงสถานะความเสี่ยง (แยกตามรายสีไฟจราจร)

ที่	โอกาส/ความเสี่ยงทุจริต	เขียว	เหลือง	ส้ม	แดง
๑	ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) -การจัดทำแผนกลยุทธ์ -การวิเคราะห์องค์กร -การถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ -การปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ -การติดตามประเมินผล	/			
๒	ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk) -สิทธิประโยชน์ของบุคลากร -การสรรหาบุคลากร	/			
๓	ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ หรือกฎหมายที่ เกี่ยวข้อง (Compliance Risk) -ข้อร้องเรียนจากการจัดซื้อจัดจ้าง -ข้อร้องเรียนด้านบริการทางการแพทย์		/		
๔	ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) -การสั่งจ่ายเช็ค -การออกไปตรวจสอบสถานะทางการเงิน	/			

(๓) เมทริกส์ระดับความเสี่ยง

ตารางที่ ๓ SCORING

ทะเบียนข้อมูลที่ต้องเฝ้าระวัง ๒ มิติ(หรือตารางเมทริกส์ระดับความเสี่ยง

(Risk level matrix)

ที่	ที่ โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	ระดับความจำเป็น ของการเฝ้าระวัง ๓ ๒ ๑	ระดับความรุนแรง ของผลกระทบ ๓ ๒ ๑	ค่าความเสี่ยง รวม จำเป็น X รุนแรง
๑	ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) -การจัดทำแผนกลยุทธ์ -การวิเคราะห์ห้องค์กร -การถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ -การปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ -การติดตามประเมินผล	๑	๑	๑
๒	ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk) -สิทธิประโยชน์ของบุคลากร -การสรรหาบุคลากร	๑	๒	๒
๓	ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ หรือ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Compliance Risk) -ข้อร้องเรียนจากการจัดซื้อจัดจ้าง -ข้อร้องเรียนด้านบริการทาง การแพทย์	๒	๓	๖
๔	ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) -การส่งจ่ายเช็ค -การออกไปตรวจสอบสถานะ ทางการเงิน	๒	๒	๔

ตารางที่ ๓

นำข้อมูลที่มีสถานะความเสี่ยงใน ช่องสีส้ม และสีแดง จากตารางที่ ๒ มาหาค่าความเสี่ยงรวม

(ระดับความจำเป็นของการเฝ้าระวัง คุณ ระดับความรุนแรงของผลกระทบ)

แนวทางในการพิจารณา ระดับความจำเป็นของการเฝ้าระวัง และ ระดับความรุนแรงของผลกระทบ
<p>ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)</p> <p>-การจัดทำแผนกลยุทธ์</p> <p>๑. SWOTS องค์กร โดยการวิเคราะห์สาเหตุตามองค์ประกอบให้ครอบคลุมรอบด้านและใช้เวลาดำเนินการอย่างเหมาะสม</p> <p>๒. กำหนดสัดส่วนของผู้มีส่วนได้เสียที่ต้องเข้าร่วมวิเคราะห์ให้ครอบคลุม</p> <p>-การวิเคราะห์องค์กร</p> <p>๑. ทบทวน ปรับแก้ไขให้ตรงตามประเด็นและสอดคล้องตัวชี้วัดที่ต้องการประเมิน</p> <p>-การถ่ายทอดสู่ปฏิบัติ</p> <p>๑. การนิเทศ ติดตาม ประเมิน ทดสอบ</p> <p>๒. การจัดทำสื่อ/การถ่ายทอดผ่านเวทีประชุมประจำเดือนบุคลากร การถ่ายทอดผ่านเวทีการประชุมกลุ่มภารกิจ /กลุ่มงานให้ครอบคลุม</p> <p>-การปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์</p> <p>การปรับแผนงาน/โครงการ</p> <p>-การติดตามประเมินผล</p> <p>๑. ปรับตัวชี้วัดและการRetreat ตัวชี้วัดในปีต่อไป</p> <p>๒. โครงการที่ทำไม่แล้วเสร็จจะถูกพักงบประมาณ</p>
<p>ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk)</p> <p>-สิทธิประโยชน์ของบุคลากร</p> <p>ปรับเปลี่ยนคุณสมบัติของผู้สมัครให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น เช่น ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ให้สามารถสมัครได้ทั้งผู้ที่ผ่านใบอนุญาตฯและผู้ที่ยังไม่ผ่านใบอนุญาตฯ</p> <p>-การสรรหาบุคลากร</p> <p>-ทำหนังสือแจ้งเวียนและประสานหัวหน้างานโดยตรง หากมีการเปลี่ยนแปลงให้แจ้งก่อนการทำข้อมูลเบิกจ่าย ป้องกันเจ้าหน้าที่ทำงานซ้ำซ้อน</p>
<p>ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Compliance Risk)</p> <p>-ข้อร้องเรียนจากการจัดซื้อจัดจ้าง</p> <p>กำกับติดตามให้กระบวนการจัดซื้อจัดจ้างต้องปฏิบัติตามระเบียบอย่างเคร่งครัด</p> <p>-ข้อร้องเรียนด้านบริการทางการแพทย์</p> <p>ป้องกันโดยการปฏิบัติตามมาตรฐาน และแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็ว</p>
<p>ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk)</p> <p>-การสั่งจ่ายเช็ค</p> <p>เสนอต่อที่ประชุมเพื่อพิจารณารายการที่จำเป็นเพื่อให้เหมาะสม</p> <p>-การออกใบตรวจสอบสถานะทางการเงิน</p> <p>มีการติดตามให้ลูกหนี้มารับเช็คให้ทันเวลา</p>

ตารางที่ ๓.๑ ระดับความจำเป็นของการเฝ้าระวัง

ที่	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	กิจกรรมหรือขั้นตอนหลัก MUST	กิจกรรมหรือขั้นตอนรอง SHOULD
๑	ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) -การจัดทำแผนกลยุทธ์ -การวิเคราะห์องค์กร -การถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ -การปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ -การติดตามประเมินผล	๒	๑
๒	ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk) -สิทธิประโยชน์ของบุคลากร -การสรรหาบุคลากร	๒	๑
๓	ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Compliance Risk) -ข้อร้องเรียนจากการจัดซื้อจัดจ้าง -ข้อร้องเรียนด้านบริการทางการแพทย์	๓	๑
๔	ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) -การสั่งจ่ายเช็ค -การออกใบตรวจสอบสถานะทางการเงิน	๒	๑

ตารางที่ ๓.๒ ระดับความรุนแรงของผลกระทบตาม Balanced Scorecard

โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	๑	๒	๓
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย Stakeholders รวมถึงหน่วยงานกำกับดูแล พันธมิตร ภาคีเครือข่าย		×	×
ผลกระทบทางการเงิน รายได้ลด รายจ่ายเพิ่ม Financial		×	×
ผลกระทบต่อผู้ใช้บริการ กลุ่มเป้าหมาย Customer/User		×	×
ผลกระทบต่อกระบวนการภายใน Internal Process	×	×	
กระทบด้านการเรียนรู้องค์ความรู้ Learning & Growth	×	×	

(๔) การประเมินและควบคุมความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินการควบคุมความเสี่ยง (Risk-Control Matrix Assessment)

ขั้นตอนที่ ๔ ให้นำค่าความเสี่ยงรวม (จำเป็น X รุนแรง) จากตารางที่ ๓ มาท การประเมินการควบคุมการทุจริตว่า มีระดับการควบคุมความเสี่ยงการทุจริตอยู่ในระดับใด เมื่อเทียบกับคุณภาพการจัดการ (คุณภาพการจัดการ สอดส่อง เผื่อระวังในงานปกติ) โดยเกณฑ์คุณภาพการจัดการซึ่งแบ่งได้เป็น ๓ ระดับ ดังนี้

ดี จัดการได้ทันทีทุกครั้งที่เกิดความเสี่ยง ไม่กระทบถึงผู้ใช้บริการ / ผู้รับมอบผลงาน องค์กรไม่มีผลเสียหายทางการเงิน ไม่มีรายจ่ายเพิ่ม

พอใช้ จัดการได้โดยส่วนใหญ่ มีบางครั้งยังจัดการไม่ได้กระทบถึงผู้ใช้บริการ / ผู้รับมอบผลงาน องค์กรแต่ยอมรับได้มีความเข้าใจ

อ่อน จัดการไม่ได้หรือได้เพียงส่วนน้อย การจัดการเพิ่มเกิดจากรายจ่าย มีผลกระทบถึงผู้ใช้บริการ/ผู้รับมอบผลงานและยอมรับไม่ได้ไม่มีความเข้าใจ

ตารางที่ ๔ ตารางแสดงการประเมินการควบคุมความเสี่ยง

โอกาส / ความเสี่ยงการ ทุจริต	คุณภาพ การ จัดการ	ค่าประเมินการควบคุมความเสี่ยงการทุจริต		
		ค่าความเสี่ยง ระดับต่ำ	ค่าความเสี่ยง ระดับปานกลาง	ค่าความเสี่ยง ระดับสูง
ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) -การจัดทำแผนกลยุทธ์ -การวิเคราะห์องค์กร -การถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ -การปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ -การติดตามประเมินผล	ดี	ต่ำ	ค่อนข้างต่ำ	ปานกลาง
ความเสี่ยงด้านการ ดำเนินงาน (Operational Risk) -สิทธิประโยชน์ของบุคลากร -การสรรหาบุคลากร	ดี	ต่ำ	ค่อนข้างต่ำ	ปานกลาง
ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Compliance Risk) -ข้อร้องเรียนจากการจัดซื้อจัด จ้าง -ข้อร้องเรียนด้านบริการทาง การแพทย์	ดี	ต่ำ	ค่อนข้างต่ำ	ปานกลาง
ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) -การส่งจ่ายเช็ค -การออกใบตรวจสอบสถานะ ทางการเงิน	ดี	ต่ำ	ค่อนข้างต่ำ	ปานกลาง

(๕) แผนบริหารความเสี่ยง

แผนบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราช

ที่	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	มาตรการป้องกันการทุจริต (ควบคุมความเสี่ยงการทุจริต)
๑	ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) -การจัดทำแผนกลยุทธ์ -การวิเคราะห์องค์กร -การถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ -การปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ -การติดตามประเมินผล	๑. SWOTS องค์กร โดยการวิเคราะห์สาเหตุตามองค์ประกอบให้ครอบคลุมรอบด้านและใช้เวลาดำเนินการอย่างเหมาะสม ๒. กำหนดสัดส่วนของผู้มีส่วนได้เสียที่ต้องเข้าร่วมวิเคราะห์ให้ครอบคลุม ๓. ทบทวน ปรับแก้ไขให้ตรงตามประเด็นและสอดคล้องตัวชี้วัดที่ต้องการประเมิน ๔. ทบทวน ปรับแก้ไขให้ตรงตามประเด็นและสอดคล้องตัวชี้วัดที่ต้องการประเมิน ๕. การนิเทศ ติดตาม ประเมิน ทดสอบ ๖. การจัดทำสื่อ/การถ่ายทอดผ่านเวทีประชุมประจำเดือน บุคลากร การถ่ายทอดผ่านเวทีการประชุมกลุ่มภารกิจ /กลุ่มงานให้ครอบคลุม ๗. การปรับแผนงาน/โครงการ ๘. ปรับตัวชี้วัดและการRetreat ตัวชี้วัดในปีต่อไป ๙. โครงการที่ทำไปแล้วเสร็จจะถูกพบบงบประมาณ
๒	ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk) -สิทธิประโยชน์ของบุคลากร -การสรรหาบุคลากร	ปรับเปลี่ยนคุณสมบัติของผู้สมัครให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น เช่น ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ให้สามารถสมัครได้ทั้งผู้ที่ผ่านใบอนุญาตฯและผู้ที่ยังไม่ผ่านใบอนุญาตฯ
๓	ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Compliance Risk) -ข้อร้องเรียนจากการจัดซื้อจัดจ้าง -ข้อร้องเรียนด้านบริการทางการแพทย์	๑. กำกับติดตามให้กระบวนการจัดซื้อจัดจ้างต้องปฏิบัติตามระเบียบอย่างเคร่งครัด ๒. ป้องกันโดยการปฏิบัติตามมาตรฐาน และแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็ว
๔	ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) -การส่งจ่ายเช็ค -การออกไปตรวจสอบสถานะทางการเงิน	๑. เสนอต่อที่ประชุมเพื่อพิจารณารายการที่จำเป็นเพื่อให้เหมาะสม ๒. มีการติดตามให้ลูกหนี้มารับเช็คให้ทันเวลา

(บ) การจัดทำรายงานผลการเฝ้าระวังความเสี่ยง

ตารางจัดทำรายงานผลการเฝ้าระวังความเสี่ยง

ที่	มาตรการ ป้องกันการทุจริต	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	สถานะความเสี่ยง		
			เขียว	เหลือง	แดง
๑	ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) -การจัดทำแผนกลยุทธ์ -การวิเคราะห์องค์กร -การถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ -การปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ -การติดตามประเมินผล	๑.การใช้ข้อมูลสนับสนุนการวิเคราะห์ไม่รอบด้าน ๒.การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย ๓.ไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญในเชิงกลยุทธ์/จุดเน้น ๔.ไม่ระบุระยะเวลาดำเนินการที่ชัดเจน ๕.แผนงาน/โครงการ กิจกรรมไม่สัมพันธ์กับตัวชี้วัด	/		
๒	ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk) -สิทธิประโยชน์ของบุคลากร -การสรรหาบุคลากร	-การเปิดรับสมัครมีผู้มาสมัครน้อย ทำให้ไม่สามารถสรรหาได้ตามกำหนดและความต้องการของหน่วยงาน -การเบิกจ่าย ณ ๑๑ และ OT มาถึงเจ้าหน้าที่งานทรัพยากรบุคคลเพื่อทำข้อมูลเบิกจ่ายล่าช้าและมีการเปลี่ยนแปลงวัน OT	/		
๓	ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ หรือ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Compliance Risk) -ข้อร้องเรียนจากการจัดซื้อจัดจ้าง -ข้อร้องเรียนด้านบริการทางการแพทย์	-มีการอุทธรณ์ ข้อร้องเรียน ทำให้ต้องใช้เวลาในการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างที่นานเกินสมควร - ผู้ร้องเรียนไม่พอใจการเยียวยาความเสียหายเบื้องต้นนำไปสู่กระบวนการฟ้องร้องต่อไป	/		

๔	ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) -การส่งจ่ายเช็ค -การออกไปตรวจสอบสถานะทางการเงิน	-ลูกหนี้มารับเช็คช้า เกินกำหนด -พบเห็นการปลอมแปลงข้อมูล ของเจ้าหน้าที่บางรายการ	/		
---	---	---	---	--	--

(๗) จัดทำระบบการบริหารความเสี่ยง

ตารางที่๗ ตารางจัดทำระบบความเสี่ยง

๗.๑ สถานะสีแดง Red เกินกว่าการยอมรับ ควรมีกิจกรรมเพิ่มเติม

ความเสี่ยงการทุจริต (สถานะสีแดง)	มาตรการป้องกันการทุจริต เพิ่มเติม
ไม่มี	-

๗.๒ สถานะสีเหลือง Yellow เกิดขึ้นแล้วแต่ยอมรับได้ควรมีกิจกรรมเพิ่มเติม

ความเสี่ยงการทุจริต (สถานะสีเหลือง)	มาตรการป้องกันการทุจริต เพิ่มเติม
ไม่มี	-

๗.๓ สถานะสีเขียว Green ยังไม่เกิด ให้เฝ้าระวังต่อเนื่อง

ความเสี่ยงการทุจริต (สถานะสีเขียว)	มาตรการป้องกันการทุจริต เพิ่มเติม
ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) -การจัดทำแผนกลยุทธ์ -การวิเคราะห์องค์กร -การถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ -การปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ -การติดตามประเมินผล	ปฏิบัติตามระเบียบ และนโยบายของผู้บริหารอย่างเคร่งครัด
ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk) -สิทธิประโยชน์ของบุคลากร -การสรรหาบุคลากร	ปฏิบัติตามระเบียบ และนโยบายของผู้บริหารอย่างเคร่งครัด
ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ หรือ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Compliance Risk) -ข้อร้องเรียนจากการจัดซื้อจัดจ้าง -ข้อร้องเรียนด้านบริการทางการแพทย์	ปฏิบัติตามระเบียบ และนโยบายของผู้บริหารอย่างเคร่งครัด
ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) -การส่งจ่ายเช็ค -การออกใบตรวจสอบสถานะทางการเงิน	ปฏิบัติตามระเบียบ และนโยบายของผู้บริหารอย่างเคร่งครัด

(๘) จัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยง

ตารางที่ ๘ ตารางรายงานการบริหารความเสี่ยง

ที่	สรุปสถานะความเสี่ยงการทุจริต (เขียว เหลือง แดง)		
	เขียว	เหลือง	แดง
๑	ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) -การจัดทำแผนกลยุทธ์ -การวิเคราะห์องค์กร -การถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ -การปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ -การติดตามประเมินผล	-	-
๒	ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk) -สิทธิประโยชน์ของบุคลากร -การสรรหาบุคลากร	--	-
๓	ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Compliance Risk) -ข้อร้องเรียนจากการจัดซื้อจัดจ้าง -ข้อร้องเรียนด้านบริการทางการแพทย์	-	-
๔	ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) -การสั่งจ่ายเช็ค -การออกใบตรวจสอบสถานะทางการเงิน	-	--

(๙) การรายงานผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยง

แบบรายงานผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

แบบรายงานสถานะแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ หน่วยงานที่ประเมิน โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ
ชื่อแผนบริหารความเสี่ยง แผนบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖
โอกาส / ความเสี่ยง <u>๑.ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์</u> (Strategic Risk) ๑.การใช้ข้อมูลสนับสนุนการวิเคราะห์ไม่รอบด้าน ๒.การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย ๓.ไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญในเชิงกลยุทธ์/จุดเน้น ๔.ไม่ระบุระยะเวลาดำเนินการที่ชัดเจน แผนงาน/โครงการ กิจกรรมไม่สัมพันธ์กับตัวชี้วัด <u>๒.ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน</u> (Operational Risk) -การเปิดรับสรรหามีผู้มาสมัครน้อย ทำให้ไม่สามารถสรรหาได้ตามกำหนดและความต้องการของหน่วยงาน -การเบิกจ่าย ณ ๑๑ และ OT มาถึงเจ้าหน้าที่งานทรัพยากรบุคคลเพื่อทำข้อมูลเบิกจ่ายล่าช้าและมีการเปลี่ยนแปลงวันOT <u>๓.ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</u> (Compliance Risk) -มีการอุทธรณ์ ขอร้องเรียน ทำให้ต้องใช้เวลาในการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างที่นานเกินสมควร - ร้องเรียนไม่พอใจการเยียวยาความเสียหายเบื้องต้น นำไปสู่กระบวนการฟ้องร้องต่อไป <u>๔.ความเสี่ยงด้านการเงิน</u> (Financial Risk) -ลูกหนี้มารับเช็คช้า เกินกำหนด -พบเห็นการปลอมแปลงข้อมูลของเจ้าหน้าที่บางรายการ

สถานะของการดำเนินการ จัดการความเสี่ยง

- ยังไม่ได้ดำเนินการ / ฝ้าระวัง และติดตามต่อเนื่อง
- เริ่มดำเนินการไปบ้าง แต่ยังไม่ครบถ้วน
- ต้องการปรับปรุงแผนบริหารความเสี่ยงใหม่ให้เหมาะสม
- เหตุผลอื่น (โปรดระบุ)

ผลการดำเนินงาน

ผลการบริหารจัดการความเสี่ยงมีความเหมาะสมเพียงพอ แต่มีบางความเสี่ยงที่ยังต้องฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่อง



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราชวิทยาคาร กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ งานนิติการ โทร.๑๓๗๘

ที่ อบ.๐๐๓๓.๑๑๗.๐๑๑/๒๖ วันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอให้ส่งแบบประเมินการควบคุมภายใน

เรียน หัวหน้ากลุ่มภารกิจ/หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน และผู้เกี่ยวข้อง

ต้นเรื่อง

ด้วยกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้หน่วยงานดำเนินการตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาลด้านหลักธรรมาภิบาล กำหนดให้จัดทำเอกสารแนบสำหรับการตอบแบบประเมินการควบคุมภายใน ระบบตรวจสอบภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ ๕ มิติ โดยกำหนดให้หน่วยงานจัดทำเอกสารเพื่อประกอบการประเมิน ได้แก่

๑. การจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกส่วนงานย่อยของส่วนราชการโดยปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังและแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ

๑.๑ ผังขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow Chart) ครบถ้วน ตามโครงสร้างของโรงพยาบาลและเป็นไปตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด Flow Chart กระบวนงาน กลุ่มภารกิจละ ๑ กระบวนงาน

๑.๒ ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยงตามโครงสร้างของโรงพยาบาลและเป็นไปตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด - ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยง ระดับหน่วยงานย่อย จำนวน ๕ กลุ่มงาน

๒. การรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน

๒.๑ รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปค. ๔ ส่วนงานย่อย) ของทุกกลุ่มงานตามโครงสร้างของโรงพยาบาล รายงานผลการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปค. ๔ ระดับหน่วยงานย่อย) ลงนามโดยหัวหน้าหน่วยงาน จำนวน ๕ กลุ่มงาน (ตามภารกิจหลัก)

๒.๒ รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปค. ๕ ส่วนงานย่อย) ตามโครงสร้างของโรงพยาบาล

๒.๓ การติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อยให้ครอบคลุม และเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

- แบบรายงานการติดตามผลการปรับปรุงการควบคุมภายใน (แบบติดตาม ปค. ๕) ที่ลงนามโดยหัวหน้างาน (หน่วยงานย่อย) ของปีก่อน

- รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปค. ๕) ระดับองค์กร ของปีก่อน


การดำเนินการ

งานนิติการ ได้แจ้งให้ทุกกลุ่มภารกิจดำเนินการจัดทำแบบประเมินการควบคุมภายใน รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว กำหนดส่งเอกสาร ที่หัวหน้ากลุ่มภารกิจ /หัวหน้ากลุ่มงาน /หัวหน้างาน ได้ดำเนินการลงนามเป็นที่เรียบร้อย ที่งานนิติการ ห้องบริหารงานทั่วไป ชั้น ๒ อาคารมาสเตอร์ซิงกุง ภายในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๗ บัดนี้ล่วงเวลา ดังกล่าวแล้วจึงขอให้ทุกกลุ่มภารกิจได้

ดำเนินการส่งข้อมูลภายในวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๗ ด้วย จักขอบพระคุณ

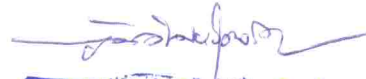
ข้อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ


(นางสาวอาทิตยา พิกุลศรี)
นิติกร

รายชื่อ ผู้รับหนังสือ
น. อำนวยการ ๓๗ ๗/๒/๐๗
น. พททต ๖๓๓๓ (๗/๒/๐๗)
น. พรส. นิตน
น. ปู่ชวยฉิ
น. ศุภิต/ต๊ะชวยฉิ
(อำนวยการพทต)


(นางนิตกร นิตกร)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
รักษาการในตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานอำนวยการ


(นางนิตกร นิตกร)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานอำนวยการ

1. กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

กลุ่มภารกิจด้านกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ
 รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน
 สำหรับระยะเวลาการดำเนินงานสิ้นสุด 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566

(๓) ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนการดำเนินการ หรือภารกิจอื่น ๆ ที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	(๔) ความเสี่ยง	(๕) การควบคุมภายในที่มีอยู่	(๖) การประเมินผลการควบคุมภายใน	(๗) ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	(๘) การปรับปรุงการควบคุมภายใน	(๙) หน่วยงานที่รับผิดชอบ/กำหนดเสร็จ
สนับสนุนกิจกรรมและการดำเนินงาน ด้านการให้บริการรักษาพยาบาล อำนวยความสะดวก ความปลอดภัย อาคารสถานที่ การจัดซื้อจัดจ้าง การบริหารทรัพยากรบุคคล การบัญชี การรับเรื่องร้องเรียน งานสารบรรณธุรการ ตลอดจนซ่อมบำรุง ซักฟอก และอื่นๆที่เกี่ยวข้อง	บางกิจกรรมที่มีความเร่งด่วน อาจเกิดข้อร้องเรียน ด้านความพึงพอใจก่อให้เกิดความเสี่ยงและการเรียกร้องค่าเสียหาย	จัดระบบการควบคุมภายในให้สอดรับและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง การประสานงาน การสื่อสารที่ถูกต้อง	มีความเสี่ยงน้อย	การควบคุมภายในที่มีอยู่เพียงพอ และมีการติดตามการแก้ไขปัญหา และการรายงานผลต่อผู้บังคับบัญชาตามระบบ	ระบบการจัดลำดับความสำคัญและการแก้ไขปัญหา การจัดทำลิ่งคน การวางแผนเตรียมงานที่ต้องเหมาะสมเพียงพอต่อการปฏิบัติการ	กลุ่มงานในสังกัดกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการทุกกลุ่ม

ลายมือชื่อ..... (นายณัฐพงษ์ พิมพ์โคตร)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

รักษาการในตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

30 ก.ย. 2566

2. กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
 รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน
 สำหรับระยะเวลาการดำเนินงานสิ้นสุด ณ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตาม แผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่ สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายใน ที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยง ที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>เรื่องที่ ๑ การบริหารอัตรากำลังให้ มีประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์ เพื่อให้มีอัตรากำลังเพียงพอ ตามสัดส่วนที่กำหนด</p>	<p>1. พยาบาลไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้รับบริการ 2. พยาบาลลูกจ้างรายคาบที่มีอยู่ลาออก 3. ความเหนื่อยล้าจากภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น 4. ไม่มีอัตรากำลังเสริม/ทดแทน</p>	<p>1.มีการประชาสัมพันธ์ตามเพจ รพ.เพื่อรับสมัครพยาบาลมาทดแทน 2.มีการเพิ่มค่าตอบแทนมากกว่ารพ.อื่นๆที่ใกล้เคียงกัน 3.มีการตรวจสอบการขึ้นปฏิบัติงานให้มีการขึ้นเวรไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด 4. มีการบริหารอัตรากำลังร่วมกันในกลุ่มภารกิจ</p>	<p>การบริหารอัตรากำลังที่มีอยู่ สามารถแก้ไขได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังมีบางวัน ไม่สามารถบริหารอัตรากำลังได้เนื่องจากพยาบาลไม่พอ</p>	<p>1 ยังมีพยาบาลมาสมัครน้อย ไม่สอดคล้องกับจำนวนที่ประกาศรับสมัคร 2.ยังมีอัตรการลาออกค่อนข้างบ่อยในกลุ่มรายคาบ 3.ยังมีการขึ้นเวรต่อกันเกินเกณฑ์ที่กำหนดเนื่องจากไม่มีอัตรากำลังทดแทน 4.ยังพบปัญหาเรื่องการบริหารอัตรากำลังร่วมกัน เช่นตามไม่ได้</p>	<p>1.เสนอผู้บริหารเรื่องเพิ่มค่าตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจในการมาทำงาน 2.การปรับลดเกณฑ์การรับสมัครลงเพื่อเพิ่มจำนวนผู้มาสมัคร เพียงพอ</p>	<p>๓๐ กันยายน ๒๕๖๖ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล</p>

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตาม แผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่ สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายใน ที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยง ที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>๒. การป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม</p>	<p>ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มระดับ C-I</p>	<p>มีการประเมินสภาพแรกรับ, การซักประวัติ -ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม Mors fall scal -ติดป้ายสัญลักษณ์สื่อสารแจ้งผู้ป่วยและญาติในรายเสียงสูง -ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันร่วมกัน -ปฏิบัติตามนโยบายด้านความปลอดภัย -มีการประเมินความเสี่ยงทุกเวร เพิ่มการประเมินซ้ำในรายที่มีอาการเปลี่ยนแปลง -เมื่อเกิดอุบัติเหตุรายงานหัวหน้าเวร, หัวหน้างานตามลำดับและมีการบันทึกข้อมูลเพื่อสื่อสารทีมรับทราบ -มีการทบทวนทุกครั้งเมื่อเกิดอุบัติเหตุ -จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ</p>	<p>การควบคุมที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอ ยังพบอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มระดับจำนวน ๒๐ ครั้ง ระดับ E จำนวน ๓ ครั้ง ระดับ F ๔ ครั้ง</p> <p>-พบเจ้าหน้าที่การไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด</p> <p>-เจ้าหน้าที่ภาระงานมาก ขาดความตระหนัก</p>	<p>-ยังพบอุบัติการณ์ระดับ E-up</p> <p>-พบเจ้าหน้าที่การไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด</p> <p>-เจ้าหน้าที่ภาระงานมาก ขาดความตระหนัก</p> <p>-ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม</p>	<p>-หัวหน้าผู้ป่วย นิเทศติดตาม กำกับ</p> <p>- การประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางอย่างต่อเนื่อง</p> <p>-ทบทวนทุกครั้งเมื่อเกิดอุบัติเหตุ</p>	<p>๓๐ กันยายน ๒๕๖๖</p> <p>กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล</p>

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตาม แผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่ สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายใน ที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยง ที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>๓.การระบุตัวผู้ป่วย วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการระบุตัวผิดพลาด</p>	<p>อุบัติการณ์การระบุ ตัวผู้ป่วยผิดพลาด ระดับ C ขึ้นไป</p>	<p>-กำหนดเป็นนโยบายกลุ่ม ภารกิจด้านการพยาบาล ด้านความปลอดภัย -กำหนดแนวทางการระบุตัว ผู้ป่วย ตั้งแต่กระบวนการทำ บัตร จนกระทั่งผู้ป่วย จำหน่ายกลับบ้าน เช่น ขั้นตอน การซักประวัติ,การ ส่งตรวจขั้นสุด,การทำ หัตถการต่างๆ การให้ยาเป็น ต้น จะต้องระบุตัวผู้ป่วย อย่างน้อย ๒ อย่าง -เมื่อเกิดอุบัติการณ์ทุก หน่วยงานมีการทบทวน และหาแนวทางป้องกัน หาก เป็นความเสี่ยงระดับรุนแรง ต้องวิเคราะห์หาRCA</p>	<p>ยังพบอุบัติการณ์ไม่ ปฏิบัติตามแนวทาง และเกิดอุบัติการณ์ เกี่ยวกับการระบุตัว จำนวน ๒๕ ครั้ง และ เกิดอุบัติการณ์ระดับ E up จำนวน ๕ ครั้ง -การให้ผู้ป่วย มีส่วน ร่วมในการ identify ค่อนข้างน้อย</p>	<p>-ยังพบอุบัติการณ์ ระดับ Eup -พบเจ้าหน้าที่การไม่ ปฏิบัติตามแนวทางที่ กำหนด -เจ้าหน้าที่ภาระงาน มาก ขาดความ ตระหนัก -ขาดความร่วมมือจาก ผู้ป่วยและญาติ ในการ ปฏิบัติเพื่อป้องกันการ เกิดการระบุตัวผู้ป่วย ผิดคน</p>	<p>หัวหน้าหอผู้ป่วย นิเทศ ติดตาม กำกับ อย่าง ต่อเนื่อง -กำหนดให้มีการปฏิบัติ อย่างเคร่งครัดในหัตถการ ที่มีความเสี่ยงสูงเช่น การ ให้เลือด ,ให้ยา HAD - การประเมินผลการ ปฏิบัติตามแนวทางอย่าง ต่อเนื่อง -ทบทวนทุกครั้งเมื่อเกิด อุบัติการณ์</p>	<p>๓๐ กันยายน ๒๕๖๖ กลุ่มภารกิจด้านการ พยาบาล</p>

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตาม แผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่ สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายใน ที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยง ที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๔.การส่งต่อผู้ป่วย วัตถุประสงค์ เพื่อให้มีการส่งต่อ ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ทันเวลา	-การส่งต่อล่าช้า เนื่องจากรถ refer ไม่พร้อมใช้เนื่องจาก รถเสีย -การส่งต่อล่าช้า เนื่องจากทีมไม่ พร้อม	-มีระบบการตรวจสอบรถ refer ให้พร้อมใช้ -มีระบบการบำรุงดูแลรักษา รถ ตามรอบปี -มีเวร on call สำหรับ refer -กรณีมี refer ซ้อน มีตาราง การช่วยเหลือในกลุ่มภารกิจ	-ยังพบอุบัติเหตุรถ ไม่พร้อมใช้ และทีมไม่ พร้อมในการrefer เนื่องจาก refer ซ้อน ต้องรอทีม จำนวน ๕ ครั้ง	-ส่งต่อrefer ล่าช้าจาก ทีมไม่พร้อม -รถ refer ไม่พร้อมใช้	-กรณี ออก EMS ให้หน่วย อื่น ออกแทน กรณีไม่มีรถ และทีมไม่พร้อม -เสนอผู้บริหารเรื่องการ จัดสรร ทหารรถ refer	๓๐ กันยายน ๒๕๖๖ กลุ่มภารกิจด้านการ พยาบาล

ลายมือชื่อ.....

(นางรุ่งทิพย์ เจริญศรี)

หัวหน้าพยาบาล(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

วันที่ ๓๐ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

3. กลุ่มภารกิจด้านปฐมภูมิ

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ชื่อส่วนงานย่อยที่ กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ
 รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน
 สำหรับระยะเวลาการดำเนินงานสิ้นสุด 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2566

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐหรือภารกิจ ตามแผนดำเนินการหรือ ภารกิจอื่นๆที่สำคัญของ หน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายใน ที่มีอยู่	การ ประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยง ที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุม ภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
1. การคีย์ Lab ให้ตรงกับสิทธิ์	-พบมีการการคีย์ Lab หักถถการ การ DX. ไม่ตรงกับสิทธิ์ที่ขึ้นทำให้ มีผลต่อภาพการจัดเก็บรายได้ ค่าบริการหรือการ Claim	-กำหนดแนวทางการ ปฏิบัติงานการคีย์ Lab+ หักถถการให้ถูกต้องตรงสิทธิ์ -มีระบบการตรวจสอบสิทธิ์ การประสานการขึ้นบัตร ขึ้นสิทธิ์ที่ถูกต้องกับห้องบัตร -การใช้โปรแกรม ประมวลผลตรวจสอบข้อมูล (ครบถ้วน)ก่อนสรุปส่ง Claim	-อัตราความ ผิดพลาดใน การเรียกเก็บ เงินไม่ได้ เนื่องจาก การขึ้นสิทธิ์ผิด ลดลง	-ในกรณีที่มี การขึ้นสิทธิ์ เพิ่มมากกว่า สิทธิ์ในวัน เดียวกันเมื่อมี การส่งข้อมูล การบริการไป ยังหน่วยงาน อื่นๆ จะมี ปัญหาการคีย์ ผิดพลาดคีย์ไม่ ตรงสิทธิ์	-เมื่อส่งเคสไป ยังจุดอื่น ต้องมี ระบบส่งต่อและ การคีย์สิทธิ์ที่ ถูกต้องของแต่ ละประเภทของ การรับบริการ	งานตรวจสอบภาพ กลุ่มงานอาชีวเวช กรรม

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐหรือภารกิจ ตามแผนดำเนินการหรือ ภารกิจอื่นๆที่สำคัญของ หน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายใน ที่มีอยู่	การ ประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยง ที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุม ภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
2. การสื่อสารข้อมูลเพื่อ ความถูกต้อง	-การสื่อสารข้อมูล/ประสานงาน ภายในเครือข่าย	-แนวทางการปฏิบัติตาม ข้อตกลงร่วมกันของ เครือข่ายจาก CPG -การสื่อสาร/ประสานงาน ตรงกับสถานการณ์	-การปฏิบัติ ตามแนวทาง เครือข่าย ร่วมกันช่วยลด ความเสี่ยงใน งานและเป็น ข้อมูลในการ พัฒนางาน ต่อไป	-ความเสี่ยง ลดลงแต่ยังมี ความเข้าใจ คลาดเคลื่อน จากบุคคล เช่น ระหว่าง การ เปลี่ยนแปลง ผู้รับผิดชอบ งานใน เครือข่ายฯ	-ชี้แจงทำความเข้าใจ ผู้เกี่ยวข้อง เช่น การนิเทศงาน ประชุม ผู้รับผิดชอบเพิ่ม ช่องทางการให้ คำปรึกษาแก่ เครือข่ายให้มี ระบบ ฯลฯ	กลุ่มงานเวชกรรม สังคม

ภารกิจตามกฎหมายที่ จัดตั้งหน่วยงานของรัฐ หรือภารกิจตามแผน ดำเนินการหรือภารกิจ อื่นๆที่สำคัญของ หน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายใน ที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยง ที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
3.การให้สุขศึกษา	<p>-การทำงานบางตัวชี้วัด ด้านสุขศึกษายังเป็น ปัญหาของชุมชน เช่น ประชาชนยังมีพฤติกรรม สุขภาพด้านการตระหนักรู้ และป้องกันตนเองจาก โรคเรื้อรังหรือโรคภัยไข้ เจ็บน้อย</p> <p>-ความรวดเร็วของการ ดำเนินงานของบุคลากร และการสนับสนุนองค์ ความรู้ทุกช่องทางเมื่อ เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่</p>	<p>-การดำเนินงานตามแผน ปฏิบัติงานสุขศึกษา โรงพยาบาลทั่วไป 10 องค์ประกอบ กำกับโดย ผู้บังคับบัญชา รวมถึงงาน อื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย</p> <p>-ประเมินคุณภาพของสื่อสุข ศึกษาและความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ</p>	<p>การประเมินตนเองและ ทบทวนมาตรฐานงานสุข ศึกษาโรงพยาบาลทั่วไป 10 องค์ประกอบ ให้อยู่ใน ระดับดีมากอยู่เสมอ</p> <p>-นำเสนอผลการดำเนินงาน ทุก 6 เดือน</p> <p>-เข้าร่วมรับการประเมิน ด้านสุขศึกษา CUP 50 พระราชฯ</p>	<p>-การดำเนินงานด้านสุข ศึกษาบางตัวชี้วัดยังไม่ ครอบคลุม</p> <p>-การสร้างเครือข่าย สุขภาพที่ยังไม่ชัดเจน และเป็นรูปธรรม</p> <p>-ยังได้รับการสนับสนุน จากองค์กรต่าง ๆ น้อย</p>	<p>-แผนปฏิบัติงานสุข ศึกษาโรงพยาบาล ทั่วไป 10 องค์ประกอบ</p> <p>-การปฏิบัติงานตาม แผนรายวัน รายเดือน รายปีหรือตาม สถานการณ์ฉุกเฉิน พร้อมสรุปผลการ ดำเนินงานต่อ ผู้บังคับบัญชา</p> <p>-สร้างเครือข่ายและต่อ ยอดผู้ดำเนินงานสุข ศึกษาอย่างต่อเนื่อง</p>	ผู้รับผิดชอบ กลุ่มงานสุข ศึกษา

ภารกิจตามกฎหมายที่ จัดตั้งหน่วยงานของ รัฐหรือภารกิจตาม แผนดำเนินการหรือ ภารกิจอื่นๆที่สำคัญ ของหน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายใน ที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยง ที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
4. การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	-ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังไม่ สามารถควบคุมพฤติกรรม สุขภาพได้และทำให้เกิด ภาวะเสี่ยงจากการเกิดโรค เรื้อรังเพิ่มมากขึ้น	-สร้างเครือข่ายปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและแนะนำการ ปฏิบัติตัว3อ.2ส.ตามหลัก CBTอย่างต่อเนื่อง -จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้าง บุคคลต้นแบบในการดูแล สุขภาพของผู้มารับบริการ -ติดตามเยี่ยมบ้าน	-มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุม พฤติกรรมสุขภาพได้ดีและ มีภาวะน้ำหนักลดลงและ ลดการรับประทานยาแต่ อยู่ในการควบคุมของ แพทย์และคลินิก NCD	-ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ยัง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพได้ไม่ต่อเนื่อง และไม่ตระหนักถึงการ เกิดโรคเรื้อรัง -มีภาวะอ้วนในกลุ่ม ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี	-ทำให้ผู้ป่วยระหนัก และเห็นภาวะเสี่ยงของ การเกิดโรคซึ่งมีผลต่อ สุขภาพและหันมาดูแล สุขภาพและหันมาดูแล สุขภาพให้แข็งแรงด้วย การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ3อ. 2ส	ผู้รับผิดชอบ งาน ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม สุขภาพ

ภารกิจตามกฎหมายที่ จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือ ภารกิจตามแผนดำเนินการ หรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญ ของหน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายใน ที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยง ที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
5.การวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยจากโรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วยขาดผู้ดูแล -ไม่มีญาติ -ถูกทอดทิ้ง -พระภิกษุอาพาธขาดผู้ดูแล ต่อเนื่อง -พระภิกษุอาพาธที่ไม่มีวัดต้น สังกัด 	<ul style="list-style-type: none"> -ประสานรพ.สต.พื้นที่ที่ผู้ป่วย อาศัยอยู่ในการติดตามญาติ -กรณีติดตามญาติไม่ได้หรือ ถูกทอดทิ้ง ทำบันทึก ประสานงานไปยังหน่วยงาน พมจ.หรือหน่วยงานคุ้มครอง คนไร้ที่พึ่ง เพื่อจัดเตรียม สถานที่สำหรับดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่อง -ประสานรพ.สต.พื้นที่ผู้ป่วย อาศัยอยู่ในการติดตามญาติ 	<ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วยบางราย สามารถติดตามญาติ มารับผู้ป่วยได้ -หน่วยงานพมจ.หรือ หน่วยงานคุ้มครอง คนไร้ที่พึ่งดำเนินการ ล่าช้าเนื่องจากดูแล ประชาชนภาพรวม ทั้งจังหวัด กลุ่มถูก ทอดทิ้งเพิ่มมากขึ้น -ผู้ป่วยบางราย สามารถติดตามญาติ มารับผู้ป่วยได้ 	<ul style="list-style-type: none"> -ยังเหลือผู้ป่วยที่ จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลไม่ได้ -โรงพยาบาลมี ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการ ดูแลผู้ป่วยนอนนาน 	<ul style="list-style-type: none"> -โรงพยาบาลยังขาด นักสังคมสงเคราะห์ที่ จะมาทำหน้าที่ ประสานชุมชนและ หน่วยงานอื่นที่ เกี่ยวข้องในการ วางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยจาก โรงพยาบาล 	กลุ่มงานการ พยาบาลชุมชน

ภารกิจตามกฎหมายที่ จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือ ภารกิจตามแผนดำเนินการ หรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญ ของหน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายใน ที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยง ที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
6.จัดเตรียมความพร้อมของ วัสดุ อุปกรณ์ในการดูแล ผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน	-ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการดูแล ต่อเนืองที่บ้านเนื่องจากขาด อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแล	-จัดตั้งศูนย์ศรัทธาแพทย์ จำนวน 5 แห่ง เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถยืมอุปกรณ์ที่จำเป็น ในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน	-จำนวนผู้ป่วยติด เตียงเพิ่มมากขึ้น อุปกรณ์ไม่เพียงพอ	-ให้คำแนะนำ ครอบครัวผู้ป่วยที่มี ความพร้อมซื้ออุปกรณ์ ที่จำเป็นในการดูแล ผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน	-ให้คำแนะนำ ครอบครัวผู้ป่วยที่มี ความพร้อม ซื้อ อุปกรณ์ที่จำเป็นใน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	กลุ่มงานการ พยาบาลชุมชน

ลงชื่อผู้รายงาน

(นางศิริลักษณ์ นียกิจ)

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ

4. กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

ชื่อส่วนงานย่อยกลุ่มภารกิจพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
 รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน
 สำหรับระยะเวลาการดำเนินงานสิ้นสุด ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตาม แผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่ สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายใน ที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยง ที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑.การจัดทำแผนงบประมาณตาม พรบ.งบประมาณ ๒๕๖๕ และงบ ค่าเสื่อมปี ๒๕๖๕	๑.การจัดทำแผนและ รายละเอียดประกอบ รายการงบลงทุน เช่น แบบแปลน BOQ ไม่ ทันเวลา ๒.การกำหนด คุณลักษณะที่เป็น ลักษณะของการเอื้อ ประโยชน์ให้กับรายใด รายหนึ่ง ๓. การดำเนินงานไม่ ทันเวลา ๔.การมีส่วนร่วมของผู้ มีส่วนได้เสีย ๕.ไม่สอดคล้องกับ แผนพัฒนาระบบ บริการ(Service plan)	๑.การกำหนด Timeline ในการ ปฏิบัติในการปรับปรุง/ เปลี่ยนแปลงรูปแบบ สิ่งก่อสร้างและBOQ ๒. การประชุมติดตาม กำกับตามTimeline ๓. มีการตรวจสอบ คุณลักษณะเบื้องต้น เพื่อป้องกันการเอื้อ ประโยชน์และกำหนด คุณลักษณะให้เป็น กลางจริงๆสามารถเข้า ได้กับทุกบริษัท ๔. การติดตามการ ดำเนินงานทุกเดือน	๑. รูปแบบของ สิ่งก่อสร้างที่ต้องการ ได้รับการรับรองจาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และทันเวลา ๒. มีการตรวจสอบ คุณลักษณะ๒ ขั้นตอนคือระดับ หน่วยงานและระดับ ของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ๓. รายงานผลการ ปฏิบัติงานรายเดือน	๑.มีรายการ ครุภัณฑ์บาง รายการ ที่ได้รับ การร้องเรียนเรื่อง ของการกีดกันหรือ เอื้อประโยชน์ ๒. การส่งมอบไม่ เป็นไปตามเวลาที่ ระบุในสัญญา ๓. การจ่ายเงิน ล่าช้าส่วนของงบ ค่าเสื่อม	๑.มีการปรับปรุงBOQ รายการสิ่งก่อสร้างให้ตรง กับที่ตรวจสอบภายในให้ คำแนะนำ ๒.มีการชี้แจงความจำเป็น ในการกำหนดคุณลักษณะ ตามที่หน่วยงานต้องการใช้ และปรับปรุงคุณลักษณะ ครุภัณฑ์บางรายการตามที่ ผู้ประกอบการร้องเรียน ๓.ตกลงกับผู้ประกอบการ หรือระบุในสัญญาให้ ชัดเจนในระยะเวลา เบิกจ่ายและการรับเงิน เพื่อให้ทันตามเวลาที่ กำหนด	ภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ โดยกลุ่มงาน ยุทธศาสตร์/งาน โครงสร้างฯ/พัสดุ

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตาม แผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่ สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายใน ที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยง ที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๒.กระบวนการจัดทำแผนการเงินการ คลัง(Planfin)และแผนเงินบำรุง	๑.การประมาณการรับ จ่ายมีความคลาดเคลื่อน สูง ๒. การลงบัญชีบันทึกรับ- จ่ายไม่ตรงตามหมวดหรือ ผังบัญชีมาตรฐาน ๓. การทำกิจกรรม/ โครงการนอกแผนปฏิบัติ การ	๑.ประมาณการรายรับจาก ฐานข้อมูลและกิจกรรมที่ คาดว่าจะทำจริงๆ ๒.มีกระบวนการตรวจสอบ ทางบัญชีก่อนส่งขึ้นWeb ๓.ตรวจสอบกิจกรรมตาม แผนงาน/โครงการ ให้ เป็นไปตามยุทธศาสตร์และ ตัวชี้วัดขององค์กร	๑.ประเมินผล-แผน ด้านรับและจ่าย+/-ไม่ เกินร้อยละ๕ ๒.สุ่มประเมินการบันทึก บัญชีในบาทหมวด เช่น เจ้าหน้าที่ ลูกหนี้ รายรับ กองทุน เป็นต้น ๓. ติดตามตัวชี้วัด	๑.บันทึกบัญชีล่าช้า/ผิด หมวด ๒.หน่วยงานไม่มี กิจกรรมหรือโครงการที่ สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์หรือตัวชี้วัด ที่โรงพยาบาลกำหนดขึ้น	๑. ตรวจสอบทางบัญชีก่อน ส่งรายงาน ๒ ตรวจสอบกิจกรรม/ โครงการและปรับปรุงให้ สอดคล้องกัน ๓. การปรับแผน	ทุกเดือน ไตรมาสที่ 1(โดยกลุ่ม งานยุทธศาสตร์และ หน่วยงานที่เขียน โครงการ) -ทุก๖เดือน
๓. การพัฒนาบุคลากร	๑. การจัดทำแผนความ ต้องการฝึกอบรมไม่ ครอบคลุมทุกวิชาชีพ ๒.งบประมาณด้านการ พัฒนาบุคลากรไม่ เพียงพอ	๑.การส่งแบบสำรวจความ ต้องการฝึกอบรมกับ บุคลากรต้นปีงบประมาณ ๒.คณะกรรมการพิจารณา และคัดเลือกหลักสูตรที่ จำเป็นตามทิศทางการ พัฒนาองค์กร ๓.การจัดสรรงบและ ติดตามกำกับการใช้ งบประมาณ	๑.จำนวนคน จำนวน หลักสูตรที่บุคลากรแจ้ง ความจำนงมา ๒.งบประมาณที่ถูกใช้ ไป/งบคงเหลือรายเดือน	๑.การแจ้งความประสงค์ นอกแผน เนื่องจากมี หลักสูตรเปิดใหม่/ นโยบายใหม่ที่ตรงไป รับทราบมาปฏิบัติ	๑.การจัดทำงบประมาณ กลางหรืองบฉุกเฉิน ๒. เพื่อขั้นตอนการอนุมัติใน กรณีไปนอกแผนหรือกรณี ที่ต้องใช้งบกลาง	ในไตรมาส2ถึงไตรมาส4 โดยกลุ่มงานพัฒนา บุคลากร

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตาม แผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่ สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายใน ที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยง ที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๔.การพัฒนาระบบเทคโนโลยีและ สารสนเทศ	<p>๑.servers Crash or Failure เครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่ายขัดข้อง</p> <p>๒.เครื่องพิมพ์ระบบ HOSxP ขัดข้อง</p> <p>๓.Operation System Server Failure (แม่ข่ายและลูกข่าย)</p> <p>๔.โดนโจมตีจากรansomeware, Virus</p> <p>๕.Hacking Unanthonized Intrusions การเจาะเข้ามาในระบบ</p> <p>๖.Data Loss Error user หรือ admin ลบข้อมูลด้านการบริการหรือระบบงาน</p>	<p>๑.ตรวจเช็คระบบอุปกรณ์ให้ทำงานได้ตามปกติ</p> <p>ตรวจ สอบ upgrade version ของ OS หรือ system software</p> <p>๒. ตรวจ สอบ และ บำรุงรักษาและจัดหาเครื่องพิมพ์สำรองใช้</p> <p>๓. อัปเดตHardwareและ software antivirus พร้อมนโยบายการป้องกันให้บุคลากรทราบและปฏิบัติ</p> <p>๖..ตรวจสอบและกำหนดสิทธิผู้ใช้งานเพิ่มแก้ไขข้อมูลได้ไม่สามารถลบข้อมูลได้</p>	ประเมินจากอุบัติการณ์ รายความเสี่ยง	โปรแกรมแอนตี้ไวรัสยังไม่ครอบคลุมเครื่องลูก ข่าย	การจัดทำแผนจัดหา Hardware/software เพื่อเสริม ศักยภาพของระบบ	โดยศูนย์คอมพิวเตอร์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗- ๒๕๖๘

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตาม แผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่ สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายใน ที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยง ที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๔.งานสารสนเทศและเวชระเบียน	<p>๑.การบันทึกข้อมูลการให้บริการไม่ครบถ้วน สมบูรณ์</p> <p>๒. ส่งข้อมูลเวชระเบียนเบิกเงินล่าช้า ไม่ทันเวลา</p> <p>๓. ข้อมูล ๔๓ เพิ่มไม่ถูกต้อง ครบถ้วน</p>	<p>๑.บันทึกข้อมูลเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลต้องครบถ้วน/ถูกต้อง/ความทันเวลาในการส่งข้อมูล และสามารถตรวจสอบได้</p> <p>๒.มีกระบวนการแจ้งเตือนสำหรับเวชระเบียนที่มีความล่าช้า</p> <p>๓. จัดทำFlow chart เวชระเบียนและสื่อสารไปยังผู้เกี่ยวข้อง</p> <p>๔. ตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของ๔๓ เพิ่มก่อนส่งรายงานประจำเดือน</p>	<p>๑.ร้อยละข้อมูลที่ส่งเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น(ไม่ติดC) ทุกสิทธิมากกว่าร้อยละ ๙๐</p> <p>๒. จำนวนเวชระเบียนที่ส่งไม่ทันเวลาในแต่ละเดือน</p>	<p>ยังมีการบันทึกข้อมูลการให้บริการไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพข้อมูล ๔๓ เพิ่มด้วย</p>	<p>๑.นำเสนอปัญหาเข้าสู่คณะกรรมการCFO/คณะกรรมการบริหาร เพื่อปรับปรุงกระบวนการที่ยังเป็นปัญหา</p> <p>๒. นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยอำนวยความสะดวก เช่น โปรแกรม RCM / โปรแกรม</p> <p>๓. จัดทำ Line Notify แจ้งเตือนแพทย์ให้สรุป และส่งทันเวลา</p>	<p>งานประกันสุขภาพ/งานเวชระเบียน</p>

ลายมือชื่อ นายอาทิตย์ อรัญญาเกษมสุข

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

หัวหน้ากลุ่มภารกิจพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

วันที่ ๓๐ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

5. กลุ่มภารกิจด้านทุติยภูมิและตติยภูมิ

กลุ่มภารกิจด้านกลุ่มภารกิจด้านทุติยภูมิและตติยภูมิ
 รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน
 สำหรับระยะเวลาการดำเนินงานสิ้นสุด 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566

(๓) ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนการดำเนินการ หรือภารกิจอื่น ๆ ที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	(๔) ความเสี่ยง	(๕) การควบคุมภายในที่มีอยู่	(๖) การประเมินผลการควบคุมภายใน	(๗) ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	(๘) การปรับปรุงการควบคุมภายใน	(๙) หน่วยงานที่รับผิดชอบ/กำหนดเสร็จ
ปฏิบัติภารกิจหลักตามกฎหมายและกฎกระทรวงสาธารณสุข ด้านการส่งเสริม รักษา ป้องกัน ฟื้นฟู บริการสุขภาพ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การเทคนิคการแพทย์ การทันตกรรม แพทย์แผนไทย และด้านอื่นๆ แก่พระสงฆ์ และประชาชน	ด้านการสื่อสารกับผู้ป่วย เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดข้อร้องเรียนมากที่สุด	จัดระบบการควบคุมภายในให้สอดรับและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง การประสานงาน การสื่อสารที่ถูกต้อง	มีความเสี่ยงน้อยลง	การควบคุมภายในที่มีอยู่เพียงพอ และมีการติดตามการแก้ไขปัญหา และการรายงานผลต่อผู้บังคับบัญชาตามระบบ	ระบบการจัดลำดับความสำคัญและการแก้ไขปัญหา การจัดทำลั้งคน การวางแผนเตรียมงานที่ต้องเหมาะสมเพียงพอต่อการปฏิบัติภารกิจ	กลุ่มงานในสังกัดกลุ่มภารกิจทุกกลุ่ม

ลายมือชื่อ

๓๕

(นายสมธ นียกิจ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

30 ก.ย. 2566

ระเบียบวาระการประชุม คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ครั้งที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๗

เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.

ห้องประชุมพรหมวชิรญาณ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราช

ผู้มาประชุม

๑.นายณัฐพงษ์ ทิมพิโคตร	วิชาการหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ	ประธานกรรมการ
๒.นายสุระ เสนาเทพ	หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ	รองประธานกรรมการ
๓.นางสาวสิริพร เกษียรสินธุ์	หัวหน้ากลุ่มงานการเงิน	กรรมการ
๔.นางสาวปรีชญากรณ์ แสนทวีสุข	หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๕.นายวุฒิชัย ศรีจันทร์	หัวหน้ากลุ่มงานพัสดุ	กรรมการ
๖.นางสาวนราพร อุประพันธ์	หัวหน้ากลุ่มงานบัญชี	กรรมการ
๗.นางสาวอาทิตยา พิกุลศรี	นิติกร	กรรมการและเลขานุการ

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๐๐ น.

ประธานกล่าวเปิดประชุม และดำเนินการตามระเบียบวาระการประชุมดังต่อไปนี้

วาระที่ ๑. เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ด้วยศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินโครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในหน่วยงานภาครัฐ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ข้อ MOIT ๑๗ กำหนดให้ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราช จัดทำแผนการบริหารความเสี่ยงด้านทุจริต ซึ่งถือเป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราช จัดทำตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ.๒๕๖๑ และงานระบบตรวจสอบภายใน ๕ มิติ EIA ตามหลักเกณฑ์การบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานของรัฐ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๕ ซึ่งต้องดำเนินการจัดประชุมในครั้งนี้นั้น

ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๒. เรื่องรับรองรายงานการประชุม

-ไม่มี-

ระเบียบวาระการประชุม คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ครั้งที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๗

เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.

ห้องประชุมพรหมวชิรญาณ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

- ระเบียบวาระที่ ๑. เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ
- ระเบียบวาระที่ ๒. เรื่องรับรองรายงานการประชุม
- ระเบียบวาระที่ ๓. เรื่องสืบเนื่อง (ถ้ามี)
- ระเบียบวาระที่ ๔. เรื่องเพื่อทราบ
- ๔.๑ คุณ อาทิตยา พิกุลศรี นิตกร การจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน
- ๔.๒ คุณอาทิตยา พิกุลศรี นิตกร เสนอแผนบริหารความเสี่ยง (ด้านทุจริต) ต้องในความเสี่ยง ๔ ด้าน
- ระเบียบวาระที่ ๕. เรื่องเพื่อพิจารณา
- ๕.๑ จัดให้มีกระบวนการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง
- ๕.๒ พิจารณาผลการบริหารจัดการความเสี่ยง
- ระเบียบวาระที่ ๖. เรื่องอื่นๆ
-

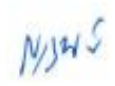

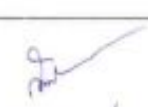



รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ครั้งที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๗

เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.

ห้องประชุมพรหมวชิรญาณ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราช

ที่	ชื่อสกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
๑	นายณัฐพงษ์ พิมพ์โคตร	รักษาการหัวหน้ากลุ่ม ภารกิจด้าน อำนาจการ	กภ.อำนาจการ		
๒	นายสุระเสนาเทพ	หัวหน้ากลุ่มงาน ยุทธศาสตร์และ แผนงาน	กภ.พัฒนาระบบ บริการและ สนับสนุนบริการ สุขภาพ		
๓	นางสาวสิริพร เกษียรสินธุ์	หัวหน้ากลุ่มงาน การเงิน	กภ.อำนาจการ		
๔	นางสาวปรัชญาภรณ์ แสนทวีสุข	หัวหน้ากลุ่มงาน ทรัพยากรบุคคล	กภ.อำนาจการ		
๕	นายวุฒิชัย ศรีจันทร์	หัวหน้ากลุ่มงานพัสดุ	กภ.อำนาจการ		
๖	นางสาวนราพร อุประพันธ์	หัวหน้ากลุ่มงานบัญชี	กภ.อำนาจการ		
๗	นางสาวอาทิตยา พิภูลศรี	นิติกร	กภ.อำนาจการ	อาทิตยา พิภูลศรี	

วาระที่ ๓. เรื่องสืบเนื่อง (ถ้ามี)
ไม่มี

วาระที่ ๔. เรื่องเพื่อทราบ

๔.๑ คุณ อาทิตยา พิกุลศรี นิตกร

ปัจจุบันการดำเนินงานขององค์กรจะต้องเผชิญกับสภาวะความไม่แน่นอนทั้งจากปัจจัยภายใน และภายนอกองค์กร ซึ่งก่อให้เกิดเหตุการณ์ทั้งที่เป็นความเสี่ยง และโอกาส (Risk and Opportunities) ต่อองค์กร โดยความเสี่ยงจะส่งผลกระทบต่อในเชิงลบ ในขณะที่โอกาสจะเป็นตัวสร้างมูลค่าต่อองค์กร ดังนั้น การบริหาร ความเสี่ยงจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะช่วยป้องกัน รักษา และส่งเสริมให้องค์กรสามารถบรรลุ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายขององค์กร นอกจากนี้ การบริหารความเสี่ยงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการกำกับ ดูแลกิจการ ที่ดี (Good Corporate Governance) โดยมุ่งเน้นให้ทุกกระบวนการดำเนินงานด้วยความโปร่งใส ธรรมาภิบาล มี ประสิทธิภาพ ส่งผลดีต่อภาพลักษณ์ และการสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่องค์กรทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จึงให้ความสำคัญต่อการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยมีกรกำหนดนโยบาย แนวทาง และกระบวนการบริหารความเสี่ยงให้มีความสอดคล้องกับพระราชบัญญัติวินัย การเงินการคลังของรัฐ พ.ศ.๒๕๖๑ มาตรา ๗๙ “ให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหาร ความเสี่ยง โดยให้ถือปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลัง กำหนด” และหนังสือ กระทรวงการคลัง ที่ กค ๐๔๐๙.๔/ว๒๓ ลงวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๒

มติ ที่ประชุมรับทราบ

๔.๒ คุณอาทิตยา พิกุลศรี จึงขอเสนอแผนบริหารความเสี่ยง (ด้านทุจริต) ต้องในความเสี่ยง ๔ ด้าน ดำเนินการ ดังนี้

ประเภทของความเสี่ยง

กำหนดประเภทความเสี่ยง แบ่งออกเป็น ๔ ด้าน ดังนี้

๑. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) คือ ความเสี่ยงที่เกิดจากกิจกรรมทางการดำเนินงานของ องค์กร การกำหนดกลยุทธ์ หรือแผนงาน และนโยบายในการบริหารงาน

๒. ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) คือ ความเสี่ยงที่เกิดจากความไม่พร้อมในเรื่องงบประมาณ การเงินที่ใช้ในการดำเนินการโครงการนั้นๆ เป็นต้น

๓. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk) คือ ความเสี่ยงที่เกิดจากการปฏิบัติงาน ทุก ๆ ขั้นตอน โดยครอบคลุมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ กระบวนการ อุปกรณ์ เทคโนโลยีสารสนเทศ บุคลากรในการ ปฏิบัติงาน เป็นต้น

๔. ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Compliance Risk) หรือ (Event Risk) คือ ความเสี่ยงที่เกิดจากการไม่สามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบ หรือ กฎหมายที่เกี่ยวข้องได้ หรือ กฎหมายที่มีอยู่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน

โดยให้แต่ละหน่วยงาน รับผิดชอบ ดังนี้

ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) คือ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ

ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) คือ กลุ่มงานการเงิน

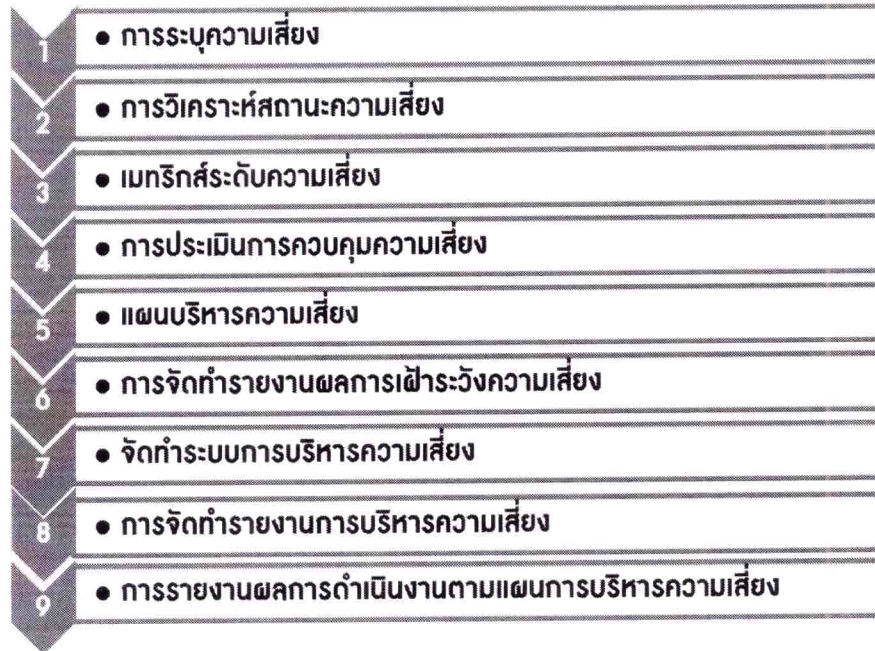
ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk) คือ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Compliance Risk) คือ งานนิติการ

มติ ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๕. เรื่องเพื่อพิจารณา

๕.๑ จัดให้มีกระบวนการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง ตามขั้นตอน ดังนี้



ระบบการติดตามประเมินผลการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานในปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๖๕) (หลักเกณฑ์ ข้อ ๘)

กล่าวคือ ให้ฝ่ายบริหารและผู้รับผิดชอบต้องจัดให้มีการติดตามประเมินผลการบริหารจัดการความเสี่ยงโดยติดตามประเมินผลต่อเนื่องในระหว่างการปฏิบัติงานหรือติดตามประเมินผลเป็นรายครึ่งหรือใช้ทั้งสองวิธีร่วมกันกรณีพบข้อบกพร่องที่มีสาระสำคัญให้รายงานทันที โดยกำหนดทุกๆไตรมาส เป็นต้น

มติ ที่ประชุมเห็นชอบ

๕.๒ พิจารณาผลการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยให้แต่ละหน่วยงาน ดำเนินการกำหนดภาระงานที่มีความเสี่ยงซึ่งเป็นสาระสำคัญ ที่ต้องการแก้ไขปัญหา วิเคราะห์ความเสี่ยง ประเด็นการควบคุม ดังนี้

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน
โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม กรุงเทพมหานคร
ตามประกาศโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม
เรื่องแนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานพ.ศ. ๒๕๖๗
สำหรับหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม

ชื่อหน่วยงาน : งานนิติกร กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม

วัน/เดือน/ปี : ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗

หัวข้อ : เผยแพร่ข้อมูล ITA

รายละเอียดข้อมูล :

MOIT๑๗ หน่วยงานมีการประเมินความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ อย่างเป็นระบบ

ไตรมาส ๒

๑.มีบันทึกข้อความ แสดงถึงการขออนุมัติจัดการประชุมการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ของหน่วยงาน

มีรายงานการประชุมการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ของหน่วยงาน

๒.มีบันทึกข้อความ ที่ผู้บริหารลงนามรับทราบรายงานแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ของหน่วยงานที่ชัดเจน และมีการขออนุญาตนำไปเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน


๓.มีรายงานแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ของหน่วยงาน โดยจัดทำเป็นรูปเล่ม รายงานที่มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงและจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริตทั้ง ๘ ขั้นตอน (ขั้นตอนที่ ๑-๘ หน้า ๙๗ ถึงหน้า ๑๐๔)

๔.มีแบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล


(นางสาวอาทิตยา พิกุลศรี)
นิติกร

ผู้อนุมัติรับรอง


(นายณภพพงษ์ จิมพโตตรี)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
รักษาการในตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่


(นางสาวอาทิตยา พิกุลศรี)
นิติกร

