

รายงานผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับ
ผลประโยชน์ทับซ้อน
ประจำปี ๒๕๖๖

โรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา

จัดทำโดยกลุ่มงานบริหารทั่วไป
โรงพยาบาลจะนะ

คำนำ

โรงพยาบาลจะนะ ดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ อาจเกิด ผลประโยชน์ทับซ้อน โดยวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ ทับซ้อนตาม มาตรฐาน COSO (The Committee of Sponsoring Organizations of the Tread way Commission) เพื่อกำหนดมาตรการสำคัญเร่งด่วนเชิงรุกในการป้องกันการทุจริต การบริหารงาน ที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ และการแก้ไขปัญหาการกระทำผิดวินัยของเจ้าหน้าที่รัฐที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อย นอกจากนี้ ยังนำความ เสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนที่ได้นี้ มากำหนดเป็นคู่มือป้องกันผลประโยชน์ ทับซ้อนโรงพยาบาลจะนะอีกด้วย เพื่อบรรลุเป้าหมายตามนโยบายสำคัญเร่งด่วนหรือภารกิจที่ได้รับมอบหมาย เป็นพิเศษ (Agenda Based) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

กลุ่มงานบริหารทั่วไป
โรงพยาบาลจะนะ

๒๘ มกราคม ๒๕๖๖

สารบัญ

บทที่ ๑

หน้า

คำนำ

๑

สารบัญ

๓

บทนำ

๔

๑.๑ หลักการและเหตุผล

๑.๒ วัตถุประสงค์

บทที่ ๒

การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านผลประโยชน์ทับซ้อน

๖

๒.๑ การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านผลประโยชน์ทับซ้อน (Risk Assessment for Conflict of Interest)

๒.๒ การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านผลประโยชน์ทับซ้อน (Risk Assessment for Conflict of Interest) โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

๒.๓ การจัดทำแผนภูมิความเสี่ยง (Risk Map)

บทที่ ๓

ภาคผนวก

๙

คณะกรรมการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านผลประโยชน์ทับซ้อน

บทที่ ๑ บทนำ

๑.๑ หลักการและเหตุผล

การมีผลประโยชน์ทับซ้อนถือเป็นการทุจริตคอร์รัปชันประเภทหนึ่ง เพราะเป็นการแสวงหาประโยชน์ส่วนบุคคลโดยการละเมิดต่อกฎหมายหรือจริยธรรมด้วยการใช้อำนาจในตำแหน่งหน้าที่ไปแทรกแซงการใช้ดุลยพินิจในกระบวนการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่ของรัฐ จนทำให้เกิดการละทิ้งคุณธรรมในการปฏิบัติหน้าที่สาธารณะ ขาดความเป็นอิสระ ความเป็นกลาง และความเป็นธรรม จนส่งผลกระทบต่อประโยชน์สาธารณะของส่วนรวม และทำให้ผลประโยชน์หลักขององค์กร หน่วยงาน สถาบันและสังคมต้องสูญเสียไป โดยผลประโยชน์ที่สูญเสียไปอาจอยู่ในรูปของผลประโยชน์ทางการเงิน คุณภาพการให้บริการ ความเป็นธรรมในสังคม รวมถึงคุณค่าอื่น ๆ ตลอดจนโอกาสในอนาคตตั้งแต่ระดับองค์กรจนถึงระดับสังคม อย่างไรก็ตามท่ามกลางผู้ที่จงใจกระทำความผิด ยังพบผู้กระทำความผิดโดยไม่เจตนาหรือไม่มีความรู้ในเรื่องดังกล่าวอีก เป็นจำนวนมาก จนนำไปสู่การถูกกล่าวหาหรือเรียนเรื่องทุจริตหรือถูกลงโทษทางอาญา ผลประโยชน์ทับซ้อน หรือความขัดแย้งกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนและผลประโยชน์ส่วนรวม (Conflict of interest : COI) เป็นประเด็นปัญหาทางการบริหารภาครัฐในปัจจุบันที่เป็นบ่อเกิดของปัญหาการทุจริตประพฤติมิชอบ ในระดับที่รุนแรงขึ้น และยังสะท้อนปัญหาการขาดหลักธรรมาภิบาลและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศอีกด้วย โรงพยาบาลจะนะได้ดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน โดยวิเคราะห์ความเสี่ยง เกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนตามมาตรฐาน COSO (The Committee of Sponsoring Organizations of the Tread way Commission) เป็นกรอบการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ ทับซ้อน

การวิเคราะห์ความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เป็นระบบในการบริหารปัจจัยและควบคุมกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อลดมูลเหตุของโอกาสที่จะทำให้เกิดความเสียหายจาก การปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน

ผลประโยชน์ทับซ้อน หมายถึง สภาวะการณ์ หรือข้อเท็จจริงที่บุคคล ไม่ว่าจะป็นนักการเมือง ข้าราชการ พนักงานบริษัท หรือผู้บริหารซึ่งมีอำนาจหน้าที่เจ้าหน้าที่ของรัฐ ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งหน้าที่ ที่บุคคลนั้นรับผิดชอบอยู่ และส่งผลกระทบต่อประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งการกระทำนั้นอาจเกิดขึ้นอย่างรู้ตัว หรือไม่รู้ตัว ทั้งเจตนาและไม่เจตนา และมีรูปแบบที่หลากหลายไม่จำกัดอยู่ในรูปของตัวเงินหรือทรัพย์สินเท่านั้น แต่รวมถึงผลประโยชน์อื่นๆ ที่ไม่ใช่ในรูปตัวเงินหรือทรัพย์สินก็ได้ อาทิ การแต่งตั้งพรรคพวกเข้าไปดำรงตำแหน่งในองค์กรต่างๆ ทั้งในหน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจ และบริษัทจำกัดหรือการที่บุคคลผู้มีอำนาจหน้าที่ตัดสินใจให้ญาติพี่น้องหรือบริษัทที่ตนมีส่วนได้ส่วนเสียได้รับสัมปทานหรือผลประโยชน์ จากทางราชการ โดยมีชอบ ส่งผลให้บุคคลนั้นขาดการตัดสินใจที่เที่ยงธรรม เนื่องจากยึดผลประโยชน์ส่วนตนเป็นหลัก ผลเสียจึงเกิดขึ้นกับประเทศชาติ การกระทำแบบนี้เป็นการกระทำที่ผิดทางจริยธรรมและจรรยาบรรณ

การวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อน จึงหมายถึงกระบวนการวิเคราะห์ ความเสี่ยงที่เป็นระบบในการบริหารปัจจัยและควบคุมกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อลดมูลเหตุของโอกาส ที่จะทำให้เกิดความเสียหายจากการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน หรือความขัดแย้งระหว่าง ผลประโยชน์ส่วนตนและผลประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ อันเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการทุจริต กล่าวคือ ยังมี

สถานการณ์หรือสภาวะการณ์ของการขัดกันของผลประโยชน์ส่วนตนและผลประโยชน์ส่วนรวม มากเท่าใด ก็ยังมีโอกาสก่อให้เกิดหรือนำไปสู่การทุจริตมากเท่านั้น

สามารถจำแนกความเสี่ยงออกเป็น ๔ ลักษณะ ดังนี้

๑. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk : S) หมายถึง ความเสี่ยงเกี่ยวกับการบรรลุเป้าหมาย และพันธกิจในภาพรวมที่เกิดจากเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์และเหตุการณ์ภายนอกที่ส่งผลต่อกลยุทธ์ ที่กำหนดไว้ และการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ไม่เหมาะสม รวมถึงความไม่สอดคล้องกันระหว่างนโยบายเป้าหมายกลยุทธ์ โครงสร้างองค์กร ภาวะการณ์แข่งขัน ทรัพยากรและสภาพแวดล้อม อันส่งผลกระทบต่อวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กร

๒. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk: O) เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพ ประสิทธิผล หรือผลการปฏิบัติงาน โดยความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเป็นความเสี่ยงเนื่องจากระบบงานภายในขององค์กร/กระบวนการเทคโนโลยี หรือนวัตกรรมที่ใช้/บุคลากร/ความเพียงพอของข้อมูล ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการดำเนินโครงการ

๓. ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk: F) เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับการบริหารงบประมาณ และการเงิน เช่น การบริหารการเงินที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ทำให้ขาดประสิทธิภาพ และไม่ทันต่อสถานการณ์ หรือเป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเงินขององค์กร เช่นการประมาณการงบประมาณไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับขั้นตอนการดำเนินการ เป็นต้น เนื่องจากขาดการจัดหาข้อมูล การวิเคราะห์ การวางแผน การควบคุม และการจัดทำรายงานเพื่อนำมาใช้ในการบริหารงบประมาณ และการเงินดังกล่าว

๔. ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย/กฎระเบียบ (Compliance Risk: C) เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎระเบียบต่างๆ โดยความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเป็นความเสี่ยง เนื่องจากความไม่ชัดเจน ความไม่ทันสมัยหรือความไม่ครอบคลุมของกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ รวมถึงการทำนิติกรรมสัญญา การร่างสัญญาที่ไม่ครอบคลุมการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อนในครั้งนี้นำเอาความเสี่ยงในด้านต่างๆ มาดำเนินการวิเคราะห์ตามกรอบมาตรฐาน COSO (The Committee of Sponsoring Organizations of the Tread way Commission) และตามบริบทความเสี่ยงด้านผลประโยชน์ทับซ้อนของเทศบาลตำบลเตราะบอน การวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อนนี้ จะช่วยให้โรงพยาบาลจะนะทราบถึงความเสี่ยงด้านผลประโยชน์ทับซ้อนที่เกิดขึ้น สามารถกำหนดมาตรการสำคัญเร่งด่วน เชิงรุกในการป้องกันการทุจริต การบริหารงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ และการแก้ไขปัญหาการกระทำผิดวินัย ของเจ้าหน้าที่รัฐที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อย นอกจากนี้ ยังบรรลุเป้าหมายตามนโยบายสำคัญเร่งด่วน หรือภารกิจที่ได้รับมอบหมายเป็นพิเศษ (Agenda Based) อีกด้วย

๑.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสร้าง สืบทอดวัฒนธรรมสุจริต และแสดงเจตจำนงสุจริตในการบริหารราชการให้เกิดความคิดแยกแยะผลประโยชน์ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวม
๒. เพื่อแสดงความมุ่งมั่นในการบริหารราชการโดยใช้หลักธรรมาภิบาล
๓. เพื่อตรวจสอบการบริหารงานและการปฏิบัติราชการของเจ้าหน้าที่รัฐ ไม่ให้เกิดการแสวงหา ผลประโยชน์ส่วนตัวในตำแหน่งหน้าที่อันมิควรได้โดยชอบตามกฎหมาย ให้ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม เป็น แบบอย่างที่ดียืนหยัดทำในสิ่งที่ถูกต้อง เป็นธรรม ถูกกฎหมาย โปร่งใส และตรวจสอบได้

๔. เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาต่อการบริหารราชการแผ่นดินแก่ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และประชาชน

บทที่ ๒

การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านผลประโยชน์ทับซ้อน

๒.๑ การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านผลประโยชน์ทับซ้อน (Risk Assessment for Conflict of Interest)

การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านผลประโยชน์ทับซ้อน เป็นการวิเคราะห์ระดับโอกาสที่จะเกิดผลกระทบของความเสียหายต่างๆ เพื่อประเมินโอกาสและผลกระทบของความเสียหาย และดำเนินการวิเคราะห์ และจัดลำดับความเสี่ยง โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินมาตรฐานที่จะใช้ในการประเมินความเสี่ยง ด้านผลประโยชน์ทับซ้อน ได้แก่ ระดับโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย (Likelihood) และความรุนแรงของ ผลกระทบ (Impact) และระดับความเสี่ยง ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์ในเชิงคุณภาพเนื่องจากเป็นข้อมูลเชิงพรรณนา ที่ไม่สามารถระบุเป็นตัวเลขหรือจำนวนเงินที่ชัดเจนได้

เกณฑ์ระดับโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย (Likelihood) เชิงคุณภาพ

ระดับ	โอกาสที่เกิด	คำอธิบาย
๕	สูงมาก	มีโอกาสเกิดขึ้นเป็นประจำ
๔	สูง	มีโอกาสเกิดขึ้นบ่อยครั้ง
๓	ปานกลาง	มีโอกาสเกิดขึ้นบางครั้ง
๒	น้อย	มีโอกาสเกิดขึ้นน้อยครั้ง
๑	น้อยมาก	มีโอกาสเกิดขึ้นยาก

เกณฑ์ระดับความรุนแรงของผลกระทบ (Impact) เชิงคุณภาพ ที่ส่งผลกระทบด้านการดำเนินงาน (บุคลากร)

ระดับ	โอกาสที่เกิด	คำอธิบาย
๕	สูงมาก	ถูกลงโทษทางวินัยร้ายแรง
๔	สูง	ถูกลงโทษทางวินัยอย่างไม่ร้ายแรง
๓	ปานกลาง	สร้างบรรยากาศในการทำงานที่ไม่เหมาะสม
๒	น้อย	สร้างความไม่สะดวกต่อการปฏิบัติงานบ่อยครั้ง
๑	น้อยมาก	สร้างความไม่สะดวกต่อการปฏิบัติงานนาน ๆ ครั้ง

ระดับของความเสียหาย (Degree of Risk) แสดงถึงระดับความสำคัญในการบริหารความเสี่ยง โดยพิจารณา จากผลคูณของระดับโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง (Likelihood) กับระดับความรุนแรงของผลกระทบ (Impact) ของความเสี่ยงแต่ละสาเหตุ (โอกาส × ผลกระทบ) กำหนดเกณฑ์ไว้ ๔ ระดับ ดังนี้





ระดับของความเสียหาย (Degree of Risk)

ลำดับ	ระดับความเสี่ยง	ช่วงคะแนน
๑	ความเสี่ยงระดับสูงมาก (Extreme Risk : E)	๑๕-๒๕ คะแนน
๒	ความเสี่ยงระดับสูง (High Risk : H)	๙-๑๔ คะแนน
๓	ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Moderate Risk : M)	๔-๘ คะแนน
๔	ความเสี่ยงระดับต่ำ (Low Risk : L)	๑-๓ คะแนน

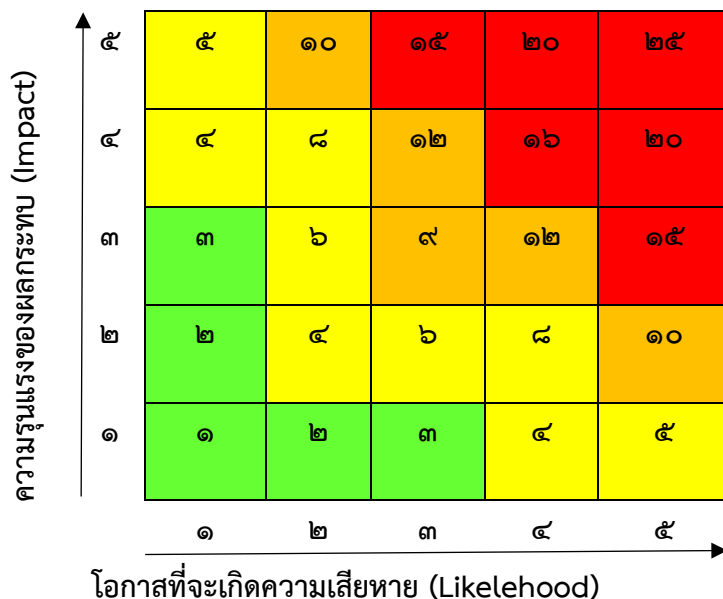
ในการวิเคราะห์ความเสี่ยงจะต้องมีการกำหนดแผนภูมิความเสี่ยง (Risk Profile) ที่ได้จากการพิจารณาจัดระดับความสำคัญของความเสี่ยงจากโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง (Likelihood) และผลกระทบที่เกิดขึ้น (Impact) และขอบเขตของระดับความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้ (Risk Appetite Boundary)

$$\text{ระดับความเสี่ยง} = \text{โอกาสในการเกิดเหตุการณ์ต่างๆ} \times \text{ความรุนแรงของเหตุการณ์ต่างๆ} \\ (\text{Likelihood} \times \text{Impact})$$

ซึ่งจัดแบ่งเป็น ๔ ระดับ สามารถแสดงเป็น Risk Profile แบ่งพื้นที่เป็น ๔ ส่วน (๔ Quadrant) ใช้เกณฑ์ในการจัดแบ่ง ดังนี้

ระดับความเสี่ยง	คะแนนระดับความเสี่ยง	มาตรการกำหนด	การแสดงผลสัญลักษณ์
ต่ำ (Low)	๑-๓ คะแนน	ยอมรับความเสี่ยง	สีเขียว 
ปานกลาง (Medium)	๔-๘ คะแนน	ยอมรับความเสี่ยง แต่มีมาตรการ ควบคุมความเสี่ยง	สีเหลือง 
เสี่ยงสูง (High)	๙-๑๔ คะแนน	มีมาตรการลดความเสี่ยง	สีส้ม 
เสี่ยงสูงมาก (Extreme)	๑๕-๒๕ คะแนน	มีมาตรการลด และประเมินซ้ำหรือถ่ายโอนความเสี่ยง	สีแดง 

ตารางระดับของความเสียหาย (Degree of Risk)



๒.๒ การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านผลประโยชน์ทับซ้อน (Risk Assessment for Conflict of Interest) โรงพยาบาลจะนะ

เมื่อพิจารณาโอกาส/ความถี่ที่จะเกิดเหตุการณ์ (Likelihood) และความรุนแรงของผลกระทบ (Impact) ของแต่ละปัจจัยเสี่ยงแล้วให้นำผลที่ได้มาพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย และผลกระทบของความเสี่ยงต่อกิจกรรม หรือภารกิจของหน่วยงานว่าก่อให้เกิดระดับของความเสียหายในระดับใด ในตารางความเสี่ยง ซึ่งจะช่วยให้ทราบว่ามีความเสี่ยงใดเป็นความเสี่ยงสูงสุดที่ต้องบริหารจัดการก่อน โรงพยาบาลจะนะ จึงกำหนดความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ทับซ้อน จำนวน ๔ ประเด็นหลัก ที่พบการกระทำผิดวินัยของพนักงานส่วนท้องถิ่น ที่ได้จากการร้องเรียน กล่าวโทษ และพบเป็นสาเหตุ ของการกระทำผิดวินัยมากที่สุดของโรงพยาบาลจะนะในรอบ ๓ ปี คือตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ ถึงปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ประกอบด้วย (๑) การจัดหาพัสดุ (๒) การจัดทำโครงการฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประชุม และสัมมนา (๓) การเบิกค่าตอบแทน และ (๔) การใช้รถราชการ จำนวนผู้กระทำความผิดรวมทั้งสิ้น ๑๖ คน จำแนกเป็น (๑) การจัดหาพัสดุ จำนวน ๓๖ คน (ร้อยละ ๕๒.๑๗) (๒) การจัดทำโครงการฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประชุม และสัมมนา จำนวน ๘ คน (ร้อยละ ๑๑.๕๙) (๓) การเบิก ค่าตอบแทน จำนวน ๔ คน (ร้อยละ ๕.๗๙) และ (๔) การใช้รถราชการ จำนวน ๒๑ คน (ร้อยละ ๓๐.๔๓)

ตารางที่ ๑ แสดงจำนวนการกระทำผิดฐานไม่ปฏิบัติหน้าที่ราชการตามกฎหมาย/ระเบียบ

ปีงบประมาณ	การจัดหาพัสดุ	การจัดทำโครงการฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประชุม และสัมมนา	การเบิกค่าตอบแทน	การใช้รถราชการ
๒๕๖๑	๑๐	๓	๒	๗
๒๕๖๒	๑๓	๓	๑	๖
๒๕๖๓	๑๓	๒	๑	๘
รวม	๓๖	๘	๔	๒๑

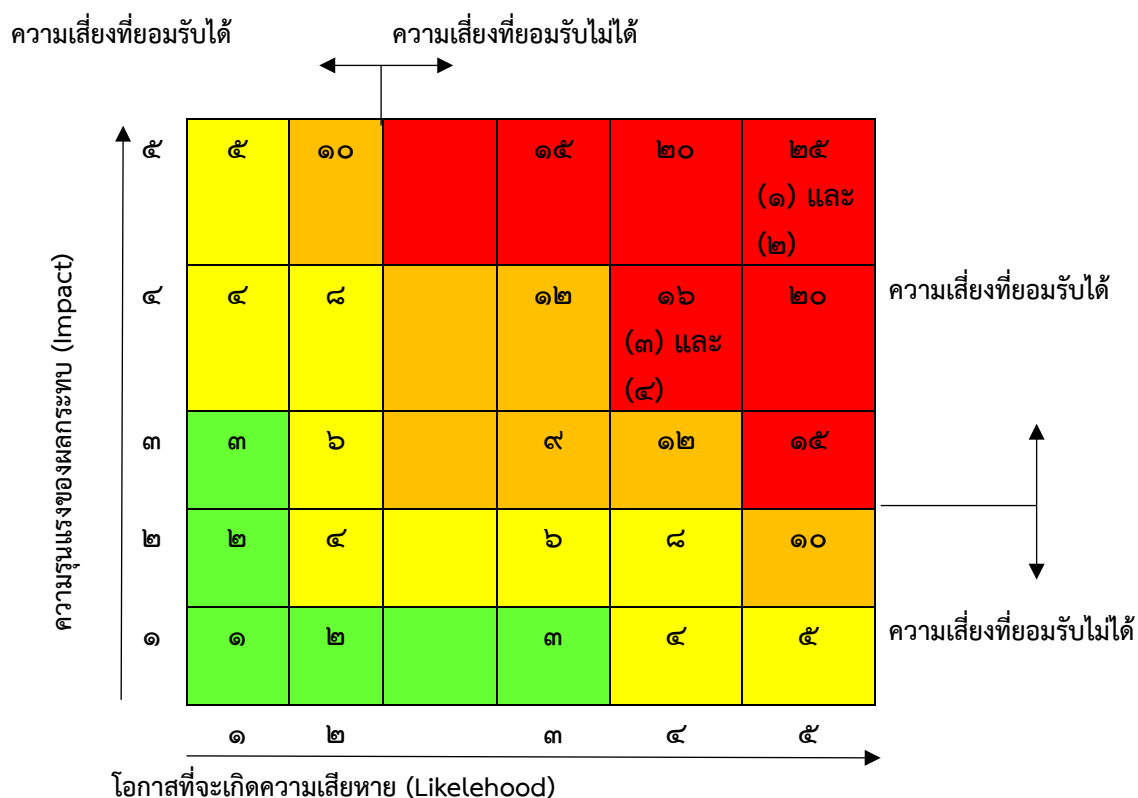
	(๕๒.๑๗)	(๑๑.๕๙)	(๕.๗๙)	(๓๐.๔๓)
--	---------	---------	--------	---------

ตารางที่ ๒ วิเคราะห์ความเสี่ยงด้านผลประโยชน์ทับซ้อน (Risk Assessment for Conflict of Interest) โรงพยาบาลจະนะ

ประเด็น ความเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยง	วัตถุประสงค์	การประเมินความเสี่ยงด้านผลประโยชน์ทับซ้อน			
			โอกาส	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	ลำดับความเสี่ยง
(๑) การจัดหาพัสดุ	การจัดหาพัสดุไม่เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง มีการแบ่งซื้อแบ่งจ้าง และแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัวใน ตำแหน่งหน้าที่	เพื่อให้การจัดหาพัสดุ ภาครัฐ โดยการซื้อ จ้าง เช่า แลกเปลี่ยนหรือโดย วิธีอื่นใด ให้สอดคล้องกับ ประกาศ ระเบียบ หลักเกณฑ์ วิธีปฏิบัติ และ มติคณะรัฐมนตรี ที่เกี่ยวข้องรวมถึง ดำเนินการตามเกณฑ์การ ประเมินคุณธรรมและความ โปร่งใสในการด เนินงาน ของหน่วยงาน ภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	๕	๕	๒๕ (สูงมาก)	๑
(๒) การจัดทำโครงการฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประชุม และ สัมมนา	การจัดทำโครงการ ฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประชุม และ สัมมนา เป็นเท็จ และไม่เป็นไป ตามระเบียบที่ เกี่ยวข้อง	เพื่อให้การจัดทำโครงการ ฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประชุม และสัมมนา ถูกต้องไม่ให้เกิด การ แสวงหาผลประโยชน์ ส่วนตัวในตำแหน่งหน้าที่ อันมิ ควรได้โดยชอบ ตามกฎหมาย	๕	๕	๒๕ (สูงมาก)	๑
(๓) การเบิก ค่าตอบแทน	เบิกค่าตอบแทนการ ปฏิบัติงาน นอกเวลา ราชการและใน วันหยุดราชการ ค่าตอบแทน เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ให้กับ หน่วยบริการใน เทศบาลตำบล เตราละบอน ปฏิบัติงาน ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย และเงินเพิ่มสำหรับ ตำแหน่งที่มีเหตุ พิเศษของผู้ปฏิบัติงาน ในพื้นที่พิเศษไม่	เพื่อให้เบิกค่าตอบแทน การ ปฏิบัติงานนอกเวลา ราชการ ค่าตอบแทน เจ้าหน้าที่ที่ ปฏิบัติงาน ให้กับหน่วยบริการ ค่าตอบแทนโดยไม่ทำค่าเบีย ่เลี้ยงเหมาจ่ายและเพิ่มสำหรับ ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่พิเศษ เป็นไปตามระเบียบที่ เกี่ยวข้องไม่ให้เกิดการแสวงหา ผลประโยชน์ ส่วนตัวใน ตำแหน่งหน้าที่ อันมิควรได้ โดยชอบตามกฎหมาย	๔	๔	๑๖ (สูงมาก)	๒

	เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง					
ประเด็น ความเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยง	วัตถุประสงค์	การประเมินความเสี่ยงด้านผลประโยชน์ทับซ้อน			
			โอกาส	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	ลำดับความเสี่ยง
(๔) การใช้รถราชการ	<p>๑. ใช้รถราชการไม่ถูกต้องตาม ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่า ด้วยรถราชการ พ.ศ. ๒๕๒๓ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม</p> <p>๒. ผู้ใช้รถราชการ ละเลย การปฏิบัติตาม ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่า ด้วยรถราชการ พ.ศ. ๒๕๒๓ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม</p> <p>๓. ใช้ เก็บรักษา ซ่อมบำรุง รถส่วนกลาง เป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่า ด้วยหลักเกณฑ์การใช้ การเก็บ รักษา การซ่อมบำรุง รถ ส่วนกลางและรถรับรอง พ.ศ. ๒๕๒๖</p>	เพื่อให้การใช้รถราชการ เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้องและป้องกันการ เกิดผลประโยชน์ทับซ้อน	๔	๔	๑๖ (สูงมาก)	๒

๒.๓ การจัดทำแผนภูมิความเสี่ยง (Risk Map)



จากแผนภูมิความเสี่ยง (Risk Map) ที่ได้จากการวิเคราะห์ความเสี่ยงและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงด้านผลประโยชน์ทับซ้อน สามารถสรุปการวิเคราะห์ความเสี่ยงและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงด้านผลประโยชน์ทับซ้อนได้ตามตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงด้านผลประโยชน์ทับซ้อน

ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านผลประโยชน์ทับซ้อน	จัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง
การจัดหาพัสดุ	ลำดับ ๑ (สูงมาก = ๒๕ คะแนน)
การจัดทำโครงการฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประชุม และสัมมนา	ลำดับ ๑ (สูงมาก = ๒๕ คะแนน)
การเบิกค่าตอบแทน	ลำดับ ๒ (สูงมาก = ๑๖ คะแนน)
การใช้รถราชการ	ลำดับ ๒ (สูงมาก = ๑๖ คะแนน)

จากตารางที่ ๒ ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงด้านผลประโยชน์ทับซ้อน โรงพยาบาลจะนะ นำผลที่ได้มากำหนดมาตรการ วิธีการควบคุมเพื่อป้องกัน หรือลดความเสี่ยงด้าน ผลประโยชน์ทับซ้อน และจัดทำตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ ระดับหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลจะนะ กำหนดประเด็นการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ใน มิติภายนอก การประเมินประสิทธิผล ตัวชี้วัดที่ ๑ ภารกิจหลักของหน่วยงานดังนี้

ตัวชี้วัดที่ ๑.๑ ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักในการบรรลุเป้าหมายตามภารกิจหลัก/แผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน หรืองานประจำตามหน้าที่ตามปกติ (Function Based)

ตัวชี้วัดที่ ๑.๒ ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักในการบรรลุเป้าหมายตามนโยบายสำคัญเร่งด่วนหรือภารกิจที่ได้รับมอบหมายเป็นพิเศษ (Agenda Based)

ตัวชี้วัดที่ ๑.๓ ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักในการบรรลุเป้าหมายในการดำเนินงานตามภารกิจพื้นที่ (Area Based)

ดังนั้น ตัวชี้วัดที่ ๑.๒ ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักในการบรรลุเป้าหมายตามนโยบายสำคัญเร่งด่วนหรือภารกิจที่ได้รับมอบหมายเป็นพิเศษ (Agenda Based) เทศบาลตำบลเตราะบอน จึงกำหนด

๑. มาตรการสำคัญเร่งด่วน เชิงรุกในการป้องกันการทุจริต การบริหารงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ และการแก้ไขปัญหาการกระทำผิดวินัยของเจ้าหน้าที่รัฐที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยใน ๔ ประเด็น คือ (๑) การจัดหาพัสดุ (๒) การจัดทำโครงการฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประชุม และสัมมนา (๓) การเบิกค่าตอบแทน และ (๔) การใช้รถราชการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ต่อไป

๒. นำประเด็นความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อนที่ได้จากการวิเคราะห์ความเสี่ยงมาจัดทำคู่มือป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน โรงพยาบาลจะนะ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ต่อไป

คู่มือบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลจนะ



ฉบับปรับปรุง มกราคม ๒๕๖๖

การบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลจะนะ Risk Management

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

๑. พญ.ชนิตา	เพ็ชรศรี	ประธาน	แพทย์
๒. คุณศรีเรื่อน	สังข์รัตน์	รองประธาน	OPD
๓. ภญ.ศิริวัลย์	สิมาพัฒน์พงศ์	เลขานุการ	เภสัชกร
๔. ทพญ.ดุจฤดี	พรสมทิติกุล	กรรมการ	ทันตแพทย์
๕. คุณประสพพิมพ์	พรหมสิน	กรรมการที่ปรึกษา	กลุ่มการพยาบาล
๖. คุณวิจัย	ยานวิมุติ	กรรมการที่ปรึกษา	บริหาร
๗. คุณอุมา	ยานวิมุติ	กรรมการที่ปรึกษา	พยาบาล IPD หญิง
๘. คุณมิ่งขวัญ	ภักดี	กรรมการที่ปรึกษา	พยาบาล LR
๙. คุณวรรณศิลป์	บุญณะแก้ว	กรรมการ	ซักฟอก/ซักปลาย
๑๐. คุณอาหว่า	หว่าหล้า	กรรมการ	เวชปฏิบัติครอบครัว
๑๑. คุณชลลดา	พึงบุญ	กรรมการ	พยาบาล ER
๑๒. คุณสุนิษา	จิ่งลก	กรรมการ	พยาบาล LR
๑๓. คุณสุติยา	ขวัญทองชุม	กรรมการ	HT/DM
๑๔. คุณจรรยา	ไชยเจริญ	กรรมการ	พยาบาล IPD หญิง
๑๕. คุณรอรอฮานา	เริงจิตร	กรรมการ	พยาบาล IPD ชาย
๑๖. คุณรชณี	วิวรรณโรจน์	กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ	กายภาพบำบัด
๑๗. คุณมารีเยาะ	หะยีเด	กรรมการ	X-ray
๑๘. คุณโสมวลี	ศิริกุลพิทักษ์	กรรมการ	ฝ่ายชันสูตร
๑๙. คุณไศภิชฐ์	ไพเราะ	กรรมการ	ฝ่ายคอมพิวเตอร์
๒๐. คุณศศิภัสส์	สุวรรณสถิต	กรรมการ	การเงิน
๒๑. คุณธรรมรัตน์	หนูสอน	กรรมการ	เครื่องมือ
๒๒. คุณชนิกานต์	เบญจวนิชย์	กรรมการ	พัสดุ
๒๓. คุณโสรายา	มักตาร์	กรรมการ	แผนไทย
๒๔. คุณกานดา	อาบาทลี	กรรมการ	งานประกัน/ห้องบัตร
๒๕. คุณชินพันธ์	บิละหิมพาทูล	กรรมการ	โรงครัว
๒๖. คุณณัฐพล	จามิตร	กรรมการ	ช่าง

บทบาทหน้าที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

๑. การจัดให้มีระบบบริหารความเสี่ยง กำหนดผู้รับผิดชอบดูแลภาพรวมและในแต่ละหน่วยงานให้มีการบริหารความเสี่ยงครอบคลุมทั้งเชิงรุกและเชิงรับพร้อมทั้งควบคุมติดตาม
๒. นำกระบวนการบริหารความเสี่ยงทั้ง ๔ ขั้นตอน มาปฏิบัติ มีการจัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยง
๓. กำหนดให้มีระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง

๓.๑ ให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลความเสี่ยงทั้งระบบ

๓.๒ รวบรวมรายงานอุบัติการณ์ทั้งหมดในแต่ละช่วงเวลา,จัดระดับความรุนแรง,ความเสี่ยงทั่วไป, ความเสี่ยงทางคลินิก

๓.๓ แสดงให้เห็นแนวโน้มของข้อมูลในมิติต่าง ๆ เช่น ประเภทของอุบัติการณ์ สถานที่ มูลค่า ความเสียหาย

๓.๔ วิเคราะห์และนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์

๔. มีการติดตามและปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง

๕. การรับเรื่องร้องทุกข์ และเจรจาไกล่เกลี่ย

-รับเรื่องร่วร้องทุกข์ ความคิดเห็นต่างๆ จากผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ผู้แสดงความคิดเห็น และช่องทางอินเทอร์เน็ตต่างๆ

-การบริหารข้อเรียกร้องค่าเสียหายเป็นหน้าที่หลักของคณะกรรมการไกล่เกลี่ยและคณะกรรมการความเสี่ยงติดตามผลของการไกล่เกลี่ย สรุป รวบรวม และประสานงานผู้เกี่ยวข้อง ดำเนินการแก้ไข

นโยบายเรื่องการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลจะนะมีนโยบายให้ทุกโปรแกรม ทุกหน่วยงาน มีกิจกรรมบริหารความเสี่ยงโดยนำหลักการบริหารความเสี่ยง ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน ๔ ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง, การประเมินความเสี่ยง, การจัดการกับความเสี่ยง, การประเมินผล มีกิจกรรมการเฝ้าระวังและรายงานอุบัติการณ์ ภายใต้ความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ทุกสาขาวิชาชีพ โดยมีศูนย์คุณภาพ เป็นหน่วยงานในการเชื่อมโยงระบบข้อมูลข่าวสารและประสานงานระหว่างโปรแกรมและหน่วยงาน เพื่อสร้างหลักประกันในการให้บริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับเจ้าหน้าที่ และผู้มารับบริการ

๑.เจ้าหน้าที่ทุกคน มีหน้าที่ในการค้นหา และรายงานความเสี่ยง วางแนวทางป้องกัน และร่วมกันแก้ไขความเสี่ยงเฉพาะหน้าในทุกเหตุการณ์ในหน่วยงาน

๒. บุคลากรทุกคนเข้าใจในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

๓.กำหนดให้ทุกโปรแกรมและหน่วยงานมีบัญชีความเสี่ยงที่ครอบคลุม และปรับปรุงบัญชีอย่างสม่ำเสมอ

๔.กำหนดให้ทุกโปรแกรมและหน่วยงานมีบัญชีเหตุการณ์ที่ต้องรายงานอย่างชัดเจนและทุกคนถือปฏิบัติ

๕. จะไม่มีการกล่าวโทษบุคคลในความผิดพลาดที่ได้รับรายงาน แต่เน้นการปรับปรุงในเชิงระบบงาน

๖.กำหนดให้มีการบริหารข้อมูลความเสี่ยงและมีการสะท้อนกลับข้อมูลทั้งระดับหน่วยงาน ระดับโปรแกรม และระดับโรงพยาบาล

เป้าหมาย

บริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลทั้งเชิงรุกและเชิงรับอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ , โรงพยาบาลและชุมชน

ประเด็นคุณภาพ

- การป้องกัน
- ครอบคลุม
- ความต่อเนื่อง
- ความปลอดภัย- มีประสิทธิภาพ

คำจำกัดความ ของคำว่า “ความเสี่ยง”

๑. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง (Sentinel event) หมายถึง เหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้น โดยไม่มีการคาดการณ์มาก่อน ซึ่งมีผลทำให้เกิดความเสียหายจนถึงแก่ชีวิต หรือสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะอย่างถาวร อันได้แก่ ระบบความรู้สึก ระบบประสาทอัตโนมัติ สรีระร่างกายและระบบความทรงจำ ซึ่งส่งผลให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป โดยไม่มีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคที่เจ็บป่วยในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงความเสียหายที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรง

๒. ความเสี่ยง (Risk) คือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

๓. อุบัติการณ์เกือบพลาด (Near Miss) หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน หรือมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ยังไม่มีความเสียหายต่อผู้ใช้บริการ ผู้มาติดต่อใช้บริการ บุคลากร และโรงพยาบาล (IR Severity ระดับ A , B และระดับ ๑)

ประเภทของความเสี่ยง มี ๒ ประเภท

๑. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

๑.๑ ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical risk) - เป็นความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป

๑.๒ ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical risk) – เป็นความเสี่ยงเฉพาะตามกลุ่มโรค / หัตถการที่สำคัญ

๒. ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk) – ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น สิ่งแวดล้อม อัคคีภัย เครื่องมือ ข้อร้องเรียน เป็นต้น

๒.๑ Personnel Safety Goals – เป็นความเสี่ยงด้านบุคลากร

๒.๒ Organization Safety Goals – ครอบคลุมด้านกลยุทธ์ ด้านสารสนเทศ ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านปฏิบัติการ ด้านกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ ด้านการเงิน

กระบวนการบริหารความเสี่ยง(Risk Management Process)

๑. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)
๒. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)
๓. การควบคุมความเสี่ยง (Action to manage risk)
๔. การประเมินผลและการติดตาม (Evaluation and Monitoring)

กระบวนการบริหารความเสี่ยง(Risk Management Process)

๑. การค้นหาความเสี่ยงของโรงพยาบาลจะนะ

๑. ค้นในเชิงรับ

๒. ค้นเชิงรุก

การค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ/บันทึกที่มีอยู่แล้ว

- บันทึกการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน
- รายงานการตรวจสอบเพื่อป้องกันอัคคีภัย
- รายงานยาเสพติด
- บันทึกการควบคุมคุณภาพของห้องปฏิบัติการ
- รายงานการควบคุมคุณภาพของอาหาร
- รายงานด้านอาชีวอนามัย
- รายงานความปลอดภัยในการทำงาน
- รายงานการตรวจสอบความปลอดภัยด้านรังสีวิทยา
- รายงานอุบัติเหตุการณ์
- รายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- บันทึกประจำวันของหน่วยงาน
- รายงานเวรตรวจการ/รายงานสภาวการณ
- รายงานของหน่วยรักษาความปลอดภัย

การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก

- ค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการหลักของหน่วยงานมาจัดทำ Risk Profile
- จากการทบทวน ๑๒ กิจกรรม
- RM,PCT,IC,ENV Round
- Nursing Round
- Grand Round

- ข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ
- เสียงสะท้อนจากชุมชน
- สำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- สำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่

๒. การประเมินความเสี่ยงของโรงพยาบาลจะนะ

ทั้ง General Risk (Personnel , Organization) และ Clinical Risk (Patient , Specific Clinical Risk)

ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก และหมวด Personnel Safety Goals ของกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป

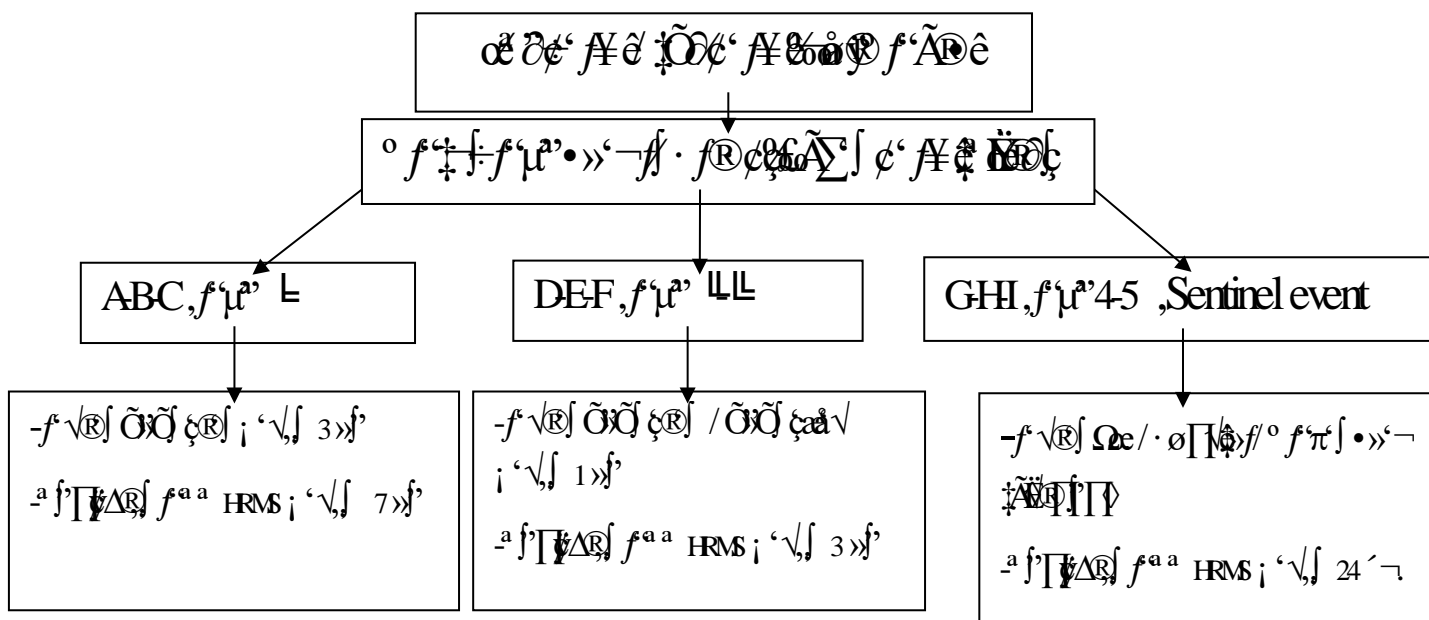
ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง
A	(เกิดที่นี้) เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเองและค้นพบได้ด้วยตัวเอง สามารถปรับแก้ไขได้ ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและผู้ป่วยหรือบุคลากร	น้อย
B	(เกิดที่ไกล) เกิดเหตุการณ์ / ความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยส่งต่อเหตุการณ์ / ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่น แต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร	
C	(เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์ / ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร แต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย	
D	(ให้ระวัง) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย	ปานกลาง
E	(ต้องรักษา) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร เกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข / รักษาเพิ่มมากขึ้น	
F	(เยียวยาวนาน) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องรักษา / นอนโรงพยาบาลนานขึ้น	
G	(ต้องพิจารณา) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร ทำให้เกิดความพิการถาวร หรือมีผลกระทบต่อชื่อเสียง / ความเชื่อถือและ / หรือมีการร้องเรียน	มาก
H	(ต้องการปัดป้อง) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร มีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต หรือกรณีทำให้ชื่อเสียงและ / หรือมีการเรียกค่าเสียหายจากโรงพยาบาล	
I	(จำใจลา) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียง โดยมีการฟ้องร้องทางศาล / สื่อ	

ระดับความรุนแรงของกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไปด้านองค์กร

ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง
๑	เกิดความผิดพลาดขึ้นแต่ไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย ๐ - ๑๐,๐๐๐ บาท)	น้อย
๒	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยมีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย ๑๐,๐๐๑ - ๕๐,๐๐๐ บาท)	
๓	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลกระทบ (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย ๕๐,๐๐๑ - ๒๕๐,๐๐๐ บาท)	ปานกลาง
๔	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย ๒๕๐,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท)	มาก
๕	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหายมากกว่า ๑๐ ล้านบาท)	

หมายเหตุ : การประมาณการตัวเลขของมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้น ควรพิจารณาตามความเหมาะสมกับขนาด ภารกิจ และการดำเนินงานขององค์กร

ขั้นตอนการรายงานความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง



- ความเสี่ยงทางClinic หน่วยงานที่เกิด,ช่วงเวลาใด
- Med Error เกิดที่ไหน,Admin Error เกิดที่ไหน เวลาใด ที่เป็นMiss/ Near miss

ตัวชี้วัดความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑.จำนวน รายงานความ เสี่ยงที่ได้รับ รายงาน -clinic -non-clinic	> ๓,๐๐๐ ครั้ง	๔,๕๒๐ ๒,๑๘๒ ๒,๓๓๘	๓,๘๘๕ ๑,๒๓๔ ๒,๖๕๑	๔,๕๓ ๕ ๑,๔๓ ๗ ๓,๐๙ ๘	๓,๘๘๔ ๘๔๐ ๓,๐๔๔	๔,๓๐๗ ๑,๙๕๗ ๒,๓๕๐
๒. Miss : nearmiss	๒๐:๘๐	๔๖.๙๕:๕๓.๐ ๕	๒๙.๓๗:๗๐. ๖๓	๒.๘๗ : ๙๗.๑ ๓	๖.๐๒:๙ ๓.๙๘	๑๑.๙๖: ๘๘.๐๔
๓.จำนวน ความเสี่ยง ระดับ GHI ที่ เกิดซ้ำและ sentinel event		๑๐	๘	๑๐	๑	๘
๔.ข้อร้องเรียน	๐	๐	๑	๑	๐	๐
๕.ประชุม วิสามัญ(ความ เสี่ยงสัมพันธ์)	>๑๐ ครั้ง	๒๐	๑๙	๒๑	๑๖	๒๕

ตารางสรุปตัวชี้วัดมาตรฐานสำคัญจำเป็น ๙ ข้อ

ปี/ตัวชี้วัด	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	ตัวชี้วัด
๑.การผ่าตัดผิดคนผิดข้างผิดตำแหน่ง	๐	๐	๐	๐	๐	อุบัติการณ์ระดับ C ขึ้นไป = 0
๒.การติดเชื้อ HAP	๓	๒	๒	๐	๐	อุบัติการณ์การติดเชื้อ CAUTI/HAP
๓.บุคคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน -ติดเชื้อทั่วไป -ติดเชื้อโควิด	๐ ๐	๐ ๐	๑ ๐	๐ ๔	๐ ๕๒	อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน
๔.๑ ME (pre-dispensing) OPD/IPD	๑.๕๓/๓.๘๘	๒.๐๓/๓.๗๖	๐.๓๗/๐.๗๖	๐.๔๓/๒.๗ ๐	๑.๔๐/๑.๑๕	<๑๐/๑๐๐ ๐ ใบสั่งยา <๑๐/๑๐๐ ๐ วันนอน
๔.๒ HAD	๐	๐	๖	๑๐	๖	อุบัติการณ์ HAD/ระดับ E
๕.การให้เลือดผิดคนผิดหมู่ผิดชนิด	๑(C)	๐	๐	๑(B)	๑(D)	อุบัติการณ์ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป
๖.การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	๑๕	๓๐	๒๗	๒๔	๓	อุบัติการณ์ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป
๗.๑วินิจฉัยผิดพลาด/ล่าช้า MI	๒	๓	๑	๐	๑	อุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป = 0

๗.๒วินิจฉัย ผิดพลาด/ล่าช้า sepsis	๑๒	๑๑	๑๔	๖	๖	อุบัติการณ์ ระดับ E ขึ้น ไป = ๐
๘.การรายงาน lab ผิดพลาด	๑๑	๖	๑๔	๘	๑๐	อุบัติการณ์ ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้น ไป
๙.การคัดกรอง ERคลาดเคลื่อน under triage	๕	๗	๕	๔	๕	ร้อยละของ การคัดกรอง คลาดเคลื่อน < ๐.๑%

ความเสี่ยงเชิงป้องกันระดับ โรงพยาบาล

รายการความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน
Patient	
Misdiagnosis delay diagnosis	<ul style="list-style-type: none"> -แพทย์และพยาบาลทุกหน่วยมีความรู้ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางในโรคที่มีความรุนแรงและพบบ่อยได้ เช่น sepsis, AMI, head injury ,stroke -ปรับปรุงแนวทางการรักษา CPG ให้เป็นปัจจุบัน และชี้แจงให้องค์กรแพทย์รับทราบ -มีการจัดอบรมความรู้ใหม่ๆ ในโรคที่ต้องระวัง

	<p>-แพทย์ที่รับผิดชอบในแต่ละคลินิก ถ่ายทอดความรู้ และแนวทางการรักษาให้คำปรึกษาแก่แพทย์ท่านอื่น ได้</p> <p>-มีระบบ consult ที่มีคุณภาพและสามารถปรึกษา ได้ตลอดเวลา</p>
การประเมินการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วย	<p>-มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสม มีพยาบาลจุด คัดกรองและแนวทางการส่งผู้ป่วยเข้าห้อง ER ที่ ชัดเจน</p> <p>-แพทย์ประจำที่หน่วยบริการ ER ทั้งในและนอกเวลา ราชการ</p> <p>- มีการตรวจสอบผู้ป่วยที่ให้การรักษาโดยพยาบาล นอกเวลาราชการ</p> <p>-ปฏิบัติตาม CPG อย่างเคร่งครัด</p> <p>-ทำข้อตกลงในการส่งต่อให้ชัดเจนและส่งต่อทันเวลา</p> <p>-ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลสงขลา</p> <p>-มีกุมารแพทย์ อายุรแพทย์ และสูตินรีแพทย์ประจำ โรงพยาบาลจะนะ</p> <p>-มีกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วย</p> <p>-มีการ double check ก่อนการให้ยา รักษา หรือ การทำหัตถการ</p> <p>- มีใบ monitor high alert drug</p>
Patient identification	<p>-มีการตรวจสอบชื่อผู้ป่วยHN แสดงหลักฐานยืนยัน ตัวตนด้วยบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นๆ ก่อนส่งการรักษา/ทำหัตถการในทุกหน่วยงาน</p> <p>-แนวทางพัฒนา โดยมีการวางแผนนำเครื่องอ่านบัตร ประชาชนมาใช้เพื่อยืนยันตัวตน</p>
การสื่อสารผิดพลาดในการส่ง Lab , X ray การสื่อสารส่งต่อข้อมูลการรักษา	<p>-เปลี่ยนระบบการส่ง lab ของ clinic NCD เป็น ระบบcomputer เพื่อลดความผิดพลาด</p> <p>-มีบัตรนัดที่ชัดเจนใช้ระบบ computer ในการนัด เพื่อป้องกันความผิดพลาด</p> <p>-ในผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังให้มีการนำส่งด้วยพยาบาล จาก ER</p>
การวิเคราะห์ lab ผิดพลาด และการเก็บสิ่งส่งตรวจ ผิด ไม่เพียงพอ หรือสภาพไม่พร้อมตรวจ	<p>-มีแนวทางการเก็บสิ่งส่งตรวจไว้ที่ทุกหน่วยงานให้ เห็นชัดเจน</p> <p>-มีการอบรมเทียบเครื่องมือปีละครั้ง</p> <p>-เก็บสิ่งส่งตรวจถูกวิธี ไม่เจาะเลือดในด้านที่ให้ IV</p>
Medication error	<p>-double check</p> <p>-จัดสรรบุคลากรให้เพียงพอ</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -จัดอบรมมาตรฐานการจัดยาแก่เจ้าหน้าที่ห้องยาทุกคนเดือนละครั้ง -แจ้งหน่วยงานเภสัชกรรม เมื่อมีการเปลี่ยนบริษัทยาจัดทำตัวอย่างคูปยา LASA -มีบัตรแพ้ยา บัตรเฝ้าระวังที่ชัดเจนและระบบแจ้งเตือนใน hos OS และแจ้งคนไข้ให้ชัดเจน
การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน	<ul style="list-style-type: none"> -มีการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทุกเดือน -มีการตรวจสอบความถูกต้องของการสรุปชาร์ทผู้ป่วยในทุกวันพุธบ่ายโดยแพทย์ -ให้แพทย์บันทึกการปรับเปลี่ยนยาทุกครั้งที่มีการปรับยา -งานเวชระเบียนชี้แจงให้มีการลงข้อมูลให้ถูกต้อง ทั้งประวัติและ V/S
การส่งต่อและให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน	<ul style="list-style-type: none"> -มีการอธิบายที่ชัดเจน ถึงเหตุผลในการ นอนรพ. การรักษา และการทำหัตถการ และเซ็นชื่อเอกสารยินยอมและไม่ยินยอมทุกครั้งทั้งผู้ป่วยและญาติที่เป็นพยาน
การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> -เน้นการล้างมือที่ถูกต้องก่อนและหลังการทำหัตถการ -จัดอบรมความรู้เรื่อง IC -เน้นย้ำให้มี universal precaution ทุกจุดบริการที่มีความเสี่ยง
การติดเชื้อ/การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ (Covid๑๙)	<ul style="list-style-type: none"> -มีจุดคัดกรองการวัดอุณหภูมิก่อนเข้ามาในเขต รพ. ทั้งผู้ป่วย ญาติและบุคลากร -จัดตั้ง clinic ARI เพื่อแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและมีการจัดระบบ แบบ one stop service -วางระบบการเข้าออกโรงพยาบาลทางเดียว -จัดตั้ง cohort ward แยกผู้ป่วยติดเชื้อและผู้เฝ้าระวัง (PUI) -มีการตรวจ ATK ญาติผู้ป่วยที่มาเฝ้าในตึกสามัญ และไม่มีการเปลี่ยนญาติเฝ้าคนไข้ กรณีมีการเปลี่ยนญาติผู้เฝ้าไข้ต้องมีการตรวจ ATK ใหม่ -consult แพทย์เฉพาะทางโรคติดเชื้อทาง line เพื่อความรวดเร็ว -มีอุปกรณ์ฉากกั้นลดการแพร่ระบาด -จัดยาผู้ป่วยเรื้อรังส่งไปที่ รพ.สต เพื่อลดความเสี่ยงในการรับเชื้อ

	<ul style="list-style-type: none"> -มีรถเอ็กซเรย์เคลื่อนที่/เอ็กซเรย์โมบายด์ -จัดตั้งรพ.สนามเพื่อรองรับคนไข้ประเภทสีเขียว สีเหลือง -มีการตรวจ RT –PCR ในกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง และในช่วงที่มีการแพร่ระบาดรุนแรงได้มีการปรับแนวทางการตรวจเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาให้รวดเร็ว โดยมีการตรวจเป็น ATK ก่อน เมื่อผลเป็นบวก จึงทำการตรวจ RT – PCR ซ้ำ อีกทั้งได้มีการทำ ATK เริงรุกในสถานประกอบการที่ร้องขอ -มีการบริการฉีดวัคซีนโควิดทั่วไป/เชิงรุกในชุมชน คนไข้ติดเตียง
Specific clinical risk	
<p>ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดที่ป้องกันได้ที่เกิดกับมารดาและทารก</p> <p>PPH, shoulder dystocia , preeclampsia</p> <p>Hematoma</p>	<ul style="list-style-type: none"> -set ระบบการส่งต่อข้อมูล ทั้งรพ.สต รพช.รพศ. -มีการติดตาม case ที่มีปัญหา ให้เจ้าหน้าที่รพ.สต. ติดตามเยี่ยมบ้านและวัด BP -มี CPG การรักษาที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน -มีระบบ first consult สูติแพทย์ทั้งในและนอกเวลาราชการ -มีระบบการ consult แพทย์ได้โดยตรง (อ.พีระนันท์ สูติกรรมสงขลา) -มีการประเมินมารดาหลังคลอด ตามแนวทางระวัง PPH , ตรวจดูแผล episiotomy หลังคลอด ๒ hr - ประเมิน EBW เด็กที่เหมาะสมและถูกต้อง ส่งต่อในกรณี EBW > ๓๕๐๐ gm
Personal	
บุคลากรถูกวัตถุมีคมทิ่มตำ	<ul style="list-style-type: none"> -เน้นย้ำให้มี universal precaution ทุกจุดบริการที่มีความเสี่ยง -มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนหลังเกิดอุบัติเหตุ
<p>ด้านอาชีวอนามัย</p> <p>-เจ้าหน้าที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน (สารเคมี / รังสี / ของมีคม / แสง / เสียง)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -จัดอบรม ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เรื่อง IC UP -มีวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการได้รับอันตรายจากสารเคมี/รังสี -มีอุปกรณ์ป้องกันอย่างเพียงพอและใช้อย่างถูกวิธี
เจ้าหน้าที่ติดเชื้จากโรคติดต่อจากโรคอุบัติใหม่ (COVID๑๙)	<ul style="list-style-type: none"> - จัดอุปกรณ์ป้องกันให้ครบถ้วนและเพียงพอต่อบุคลากร -ฝึกปฏิบัติการใส่และถอดชุด PPE ที่ถูกต้องและปลอดภัย -ให้บุคลากรทุกคนสวม mask และล้างมือด้วย alcohol อย่างถูกวิธี -บุคลากรที่เข้าข่าย PUI ให้ตรวจ ATK เบื้องต้น หากผลเป็นลบ ให้สังเกตอาการ

	-จัดแบ่งทีมการทำงานของแพทย์เป็นสองทีมเพื่อสำรองหากมีเจ้าหน้าที่ติดเชื้อ
ซื้อเครื่องเรียน	-จัดตั้งทีมไกลเกลี่ย -นำซื้อเครื่องเรียนที่สรุปแต่ละปีมาทำการปรับปรุงระบบบริการทุกจุดให้มีคุณภาพ
-การป้องกันการถูกไฟฟ้าช็อต	-เจ้าหน้าที่ทุกคน ทุกหน่วยงานตรวจสอบ/ตรวจเช็คอุปกรณ์ไฟฟ้าทุกวัน และสายไฟทุก 6 เดือน -มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า -ENV+RM round ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องทุกเดือน
ระบบน้ำ -ระบบน้ำทิ้งไม่ผ่านมาตรฐาน	-กำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน -มีการตรวจสอบคุณภาพน้ำในระบบบำบัดทุกวัน มีการลงบันทึกและรายงานข้อผิดพลาดหรือปัญหาให้ผู้บังคับบัญชาและ ENV ทราบ -มีการเก็บส่งตรวจวิเคราะห์ของกรมอนามัยทุก 3 เดือน -รับจ้างบริษัทผู้เชี่ยวชาญดูแลเรื่องเทคนิคการควบคุมระบบบำบัด -รณรงค์การประหยัดน้ำ และการไม่ทิ้งเศษขยะลงท่อบำบัดน้ำเสีย
ระบบน้ำดื่ม และน้ำใช้ไม่ผ่านมาตรฐาน	-มีการเติมคลอรีนเพื่อฆ่าเชื้อ -มีการล้างเครื่องกรองน้ำทุกเดือนโดยมีการบันทึกการล้าง -มีการตรวจสอบคุณภาพน้ำทุกวันโดยการตรวจวิเคราะห์ค่า PH, และระดับคลอรีนตกค้างในน้ำ -มีการส่งตัวอย่างน้ำดื่ม/น้ำใช้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเดือนละ ๑ ครั้ง
ระบบขยะ -การแพร่กระจายเชื้อ / การส่งกลิ่นเหม็นของขยะ	-ทุกหน่วยบริการมีการคัดแยกขยะที่ถูกวิธี -มีการขนส่ง/การจัดเก็บขยะ มีรถเข็นขยะติดเชื้อ/ไม่ติดเชื้อแยกเป็นสัดส่วน -มีการแยกระบบการจัดเก็บขยะจาก cohort ward -แยกเจ้าหน้าที่เข็นขยะโดยเฉพาะและสวมชุดป้องกันตามหลัก IC -มีการเคลื่อนย้ายขยะใช้หลัก one way -มีบริษัทเอกชนมารับขยะติดเชื้อ ส่งทำลาย -เทศบาลจัดเก็บขยะไม่ติดเชื้อทุกวัน
-ทรัพย์สินสูญหาย	-ตรวจสอบการเข้าออก -มีระบบรักษาความปลอดภัย มีการเดินตรวจเวรยาม -ติดกล้องวงจรปิดตามจุดสำคัญ

	มีที่พักที่ปลอดภัยสำหรับเจ้าหน้าที่เวร บ่าย ดึก
-ความปลอดภัยจากโครงสร้างกายภาพ	-ทุกหน่วยงาน/ENVมีการสำรวจอาคารสถานที่ทุก ๖ เดือน -อุปกรณ์ชำรุดส่งซ่อม ซื่อใหม่
-อุบัติเหตุจากรถ (การเดินทาง / การประชุม)	-วางกฎระเบียบ/แนวทางการขับรถ -จัดระบบการขับรถที่เอื้อต่อการทำงานเพื่อลดอุบัติเหตุ -จัดสรรบุคลากรขับรถที่มีสมรรถนะเพียงพอต่อความต้องการ
-ด้านความลับข้อมูล	-กำหนดรหัสผ่านประจำตัวบุคคลและระบบการเข้าถึงข้อมูล -ข้อมูลของหน่วยงานแก้ไขได้เฉพาะผู้รับผิดชอบหน่วยงานนั้น -มีแนวทางป้องกันการแก้ไข ดัดแปลงข้อมูลโดยผู้ที่ไม่ใช้อำนาจ
ด้านการร้องเรียน/สิทธิผู้ป่วย ๑.ด้านการละเมิดสิทธิผู้ป่วย/การรักษา ความลับ	-แนวทางปฏิบัติสิทธิผู้ป่วย ๑๐ ประการ -ให้ข้อมูล/ชี้แจงอย่างสุภาพ -มีระบบคิว/การจัดลำดับความเร่งด่วนตามอาการของผู้ป่วย -มีระบบการให้คำปรึกษา/การรักษาความลับทั้งข้อมูลและเอกสาร
๒.สิทธิการรักษา (บัตรทอง,บัตรประกันสังคม , พรบ.)	-แจ้งให้ผู้ป่วยนำบัตรสิทธิ+บัตรประชาชน เป็นหลักฐานทุกครั้ง -มีการเช็คสิทธิทาง website ของสปสช. ทุกครั้ง -กรณีนอกเขตใช้ได้เฉพาะฉุกเฉิน พร้อมอธิบายและให้ข้อมูลอย่างสุภาพ -กรณีทารกแรกคลอดมีการจองสิทธิล่วงหน้าและทำให้เสร็จก่อนจำหน่าย -ขอความร่วมมือจูงใจให้ผู้รับบริการเห็นคุณค่า เห็นความจำเป็นที่โรงพยาบาลที่ต้องเรียกเก็บเงิน
Organization	
สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	
ด้านอัคคีภัย -เกิดอัคคีภัยที่ไม่สามารถควบคุมได้	-มีอุปกรณ์ในการดับเพลิงพอเพียง เช่นถังดับเพลิง ตู้ น้ำดับเพลิงที่ตึก ๔ ชั้น -มีผัง บ่ายหนีไฟ ทุกจุดบริการ -มีบันไดหนีไฟและไม่มีสิ่งกีดขวาง -มีแผนอัคคีภัย -มีระบบตัดไฟอัตโนมัติ -ติดเบอร์โทรศัพท์หน่วยงานสำคัญ การไฟฟ้า
-อัคคีภัยจากการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด	-ติดประกาศ ห้ามสูบบุหรี่ -ตักเตือน ขอความกรุณาอย่าสูบบุหรี่

	<ul style="list-style-type: none"> -ติดป้าย ถอดปลั๊กอุปกรณ์ไฟฟ้า หลังใช้งาน -มีการตรวจสอบ/เช็คอุปกรณ์ไฟฟ้าและอุปกรณ์ต่างๆทุกวัน -คู่มือการใช้/การปฏิบัติ
<ul style="list-style-type: none"> ระบบความปลอดภัย -จากสถานการณ์ไฟใต้ 	<ul style="list-style-type: none"> -รับรู้ข้อมูลสถานการณ์ -รวดเร็วทันเหตุการณ์ -เจ้าหน้าที่ทุกคนไวต่อการสังเกต/การรายงาน
<ul style="list-style-type: none"> ด้านเครื่องมือ / อุปกรณ์ / คน -ความพร้อมพร้อมใช้ / ไม่เพียงพอของเครื่องมือ -อุปกรณ์ / เครื่องมือชำรุดจากการใช้งาน 	<ul style="list-style-type: none"> -สำรวจเครื่องมือทุกจุดบริการ -จัดทำแผนจัดซื้อ/ซ่อมอุปกรณ์ให้เพียงพอ -เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้ -ตรวจสอบความพร้อมใช้ของรถทุกเช้า -ตรวจสอบอุปกรณ์การช่วยชีวิตทางการแพทย์ทุกวัน -ตรวจสอบเช็คคลิปท์จากบริษัทปีละ ๑ ครั้ง
<ul style="list-style-type: none"> -เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ 	<ul style="list-style-type: none"> -จัดอัตรากำลังตามภาระงาน -มี WI การจัดอัตรากำลังพยาบาลสำรอง -กำหนดมาตรฐานการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยของแต่ละวิชาชีพ -ใช้ระบบให้คำปรึกษาในการให้ข้อมูล
<ul style="list-style-type: none"> ด้านสารสนเทศ/เวชระเบียน ๑.ด้านสารสนเทศ -ด้านความปลอดภัยข้อมูล 	<ul style="list-style-type: none"> -มีการสำรองข้อมูลระดับ ระดับที่ ๑ สำรองฐานข้อมูลอัตโนมัติทุกวัน ระดับที่ ๒ ผู้ดูแลระบบสำรองข้อมูลระดับที่ ๑ มาเก็บไว้ที่เครื่องคอมพิวเตอร์ผ่านระบบทุกวันในเวลาราชการ -server ที่ติดตั้งฐานข้อมูลของโปรแกรมมีระบบสำรองไฟได้น้อย ๒๔ hr -เครื่องคอมพิวเตอร์เครื่องในระบบเครือข่ายติดตั้งโปรแกรมป้องกันไวรัส -มีการซ่อมบำรุงและปรับปรุง sever ปีละ ๑ ครั้ง -ห้ามบุคคลภายนอกเข้าห้องเวชระเบียน -มีกำหนดการเข้าถึงเวชระเบียน -มีสมุดยืมคืนเวชระเบียน
<ul style="list-style-type: none"> ความเสี่ยงด้านชุมชน 	
<ul style="list-style-type: none"> ๑.มลพิษที่เกิดจากก่อสร้างตึกในโรงพยาบาล เช่น ฝุ่นละออง มลภาวะทางเสียง 	<ul style="list-style-type: none"> -ชี้แจงชุมชนถึงสถานการณ์การก่อสร้างในโรงพยาบาล ที่ทำให้เกิดความเสี่ยง เพื่อลดข้อร้องเรียน -กั้นฉากและฉีดน้ำเพื่อลดการกระจายของฝุ่นละออง

เอกสารอ้างอิง

MOPH วินัย พอเพียง สุจริต จิตอาสา ประเทศไทยใสสะอาด ไทยทั้งชาติต้านทุจริต , ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข , www.stopcorruption.moph.go.th