



ประกาศโรงพยาบาลทรายมูล
เรื่อง มาตรการป้องกันการรับสินบนทุกรูปแบบ

ด้วยยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะ ที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ได้กำหนดให้การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันการทุจริตเชิงรุกด้วยการยกระดับธรรมาภิบาลเพื่อให้หน่วยงานภาครัฐมีการดำเนินงานอย่างโปร่งใส มีแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดการทุจริต รวมทั้งสามารถยับยั้งการทุจริตที่อาจเกิดขึ้นได้ อันจะส่งผลต่อการยกระดับดัชนีการรับรู้การทุจริต (Corruption Perception Index : CPI) ของประเทศไทยให้ดียิ่งขึ้นทั้งในระดับชาติและระดับสากล พร้อมทั้งสนองตอบนโยบายรัฐบาลด้านการส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดินให้เป็นธรรมาภิบาลและป้องกันปราบปรามทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ

โรงพยาบาลทรายมูล ในฐานะหน่วยงานของรัฐที่ต้องขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต การปฏิบัติที่เป็นธรรม จึงได้กำหนดมาตรการป้องกันการรับสินบนทุกรูปแบบ เพื่อให้โรงพยาบาลทรายมูลปลอดการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption Free) เพราะการให้หรือการรับสินบน (Bribery) กับเจ้าหน้าที่ของรัฐ ถือเป็นการกระทำที่ฝ่าฝืนกฎหมาย เป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นเพื่อให้เป็นไปตามนโยบายในการกำกับดูแลองค์การที่ดี (Organization Governance) จึงได้กำหนดแนวปฏิบัติดังนี้

๑. บุคลากรในโรงพยาบาลทรายมูลต้องปฏิบัติตามมาตรการนี้ โดยไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการให้หรือรับสินบน ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม

๒. บุคลากรในโรงพยาบาลทรายมูล จะต้องให้ความสำคัญกับประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน และจะต้องปฏิบัติหน้าที่หรือประโยชน์ทางราชการเท่านั้น เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest)

๓. บุคลากรในโรงพยาบาลทรายมูลจะต้องไม่จงใจ หรือเสนอหรือสัญญาว่าจะให้หรือให้ เพื่อให้ได้มาซึ่งสินบนจากเจ้าหน้าที่เอกชนหรือบุคคลอื่นใด โดยมีจุดประสงค์เพื่อจงใจให้กระทำการหรือไม่กระทำการหรือประวิงการกระทำอันขัดต่อจริยธรรม จรรยาบรรณของหน่วยงานและมีขอบด้วยกฎหมาย

๔. การจัดซื้อจัดจ้างทุกประเภท ห้ามมิให้มีการรับหรือให้สินบนจากการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างทุกชนิด และจะต้องดำเนินการด้วยความโปร่งใส ซื่อสัตย์ ตรวจสอบได้ ภายใต้กฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องโดยเคร่งครัด

๕. เมื่อผู้ใดพบเห็นการกระทำที่เข้าข่ายเป็นการรับหรือให้สินบน จะต้องรายงานผู้บังคับบัญชาหรือตามช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลทรายมูลทันที

๖. โรงพยาบาลทรายมูลจะให้เป็นธรรมและคุ้มครองบุคลากรอื่นใดที่แจ้งเบาะแสหรือหลักฐานเรื่องการให้หรือรับสินบน รวมถึงบุคลากรที่ปฏิเสธต่อการให้หรือรับสินบนโดยให้มาตรการคุ้มครองผู้ร้องเรียน หรือให้ความร่วมมือในการรายงานการให้หรือรับสินบน ตามระเบียบกฎหมายที่กำหนดไว้

๗. การดำเนินการใดๆ ตามมาตรการนี้ให้ใช้แนวทางปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ ตลอดจนแนวทางปฏิบัติ
อื่นใดที่โรงพยาบาลทรายมูลเห็นสมควรกำหนดในภายหลัง เพื่อเป็นไปตามนโยบายนี้
จึงประกาศมาเพื่อทราบและถือปฏิบัติโดยอย่างเคร่งครัด

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๒



(นายปกาสิต โอวาทกานนท์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล

ประกาศ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ : สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย
ที่ : ๑๖๓/วพ.ร.ค.๖๕๖๓
เรื่อง : ประกาศ สำนักงานสภาวัฒนธรรมจังหวัดสมุทรสาคร เรื่อง ข้าราชการผู้ปฏิบัติงานราชการอยู่ในระดับต้นและกลาง รักษาราชการเป็นราชการวันที่ ๓ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

โดย : ผู้อำนวยการสำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย
ด้วย จังหวัดสมุทรสาคร ได้เสนอขอการยกเว้นการปฏิบัติราชการของข้าราชการระดับต้นและกลาง รักษาราชการเป็นราชการวันที่ ๓ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานราชการได้ตามปกติ

ในการนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่า การยกเว้นการปฏิบัติราชการของข้าราชการระดับต้นและกลาง รักษาราชการเป็นราชการวันที่ ๓ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นเรื่องภายในของจังหวัดสมุทรสาคร ไม่เกี่ยวข้องกับส่วนราชการอื่น จึงได้มีคำสั่งให้จังหวัดสมุทรสาครดำเนินการต่อไป

ในโอกาสที่
นายสมศักดิ์ เทพสุทิน
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย

sm-hospital.com/v1/home/home.php

Suggested Sites



โรงพยาบาลทรายมูล

Samoon Hospital

หน้าหลัก

บริการโรงพยาบาล

ข่าวประชาสัมพันธ์

ชม KM ห่วงใยสุขภาพ

ติดต่อสอบถาม

บริการผู้ป่วยนอก

11:34:57 อังคาร 25/12/2012

4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

User Name:

Password:

Code:

Enter Code:

ประวัติครอบครัว

เครื่องมือ... น้ำดื่ม

045-787023, 045-787046 (Fax ต่อ 101) อ.ภูเขียว 1669

045-787023, 045-787046 (Fax ต่อ 101) อ.ภูเขียว 1669

นาย ปกรณ์ โอวาทกานนท์

นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล

facebook

เว็บไซต์

อีเมล

ชื่อหน่วยงาน

นามสกุล

ตำแหน่ง

ประกาศเจตนาหนัก

การต่อต้านทุจริต

(Zero Tolerance)

sm-hospital.com/v1/home/T.pdf

Suggested Sites



ประกาศเจตนาหนักต่อการต่อต้านการทุจริต

"โรงพยาบาลทรายมูล ไม่ทนต่อการทุจริต (Zero Tolerance)"

ประกาศโดยโรงพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๓

ข้าพเจ้า นาย ปกรณ์ โอวาทกานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล ในฐานะผู้บริหาร

โรงพยาบาลทรายมูล ขอประกาศเจตนาหนักต่อการต่อต้านการทุจริต และกำหนดให้บุคลากรของ

โรงพยาบาลทรายมูล ไม่สามารถทนต่อการทุจริตได้ และจะดำเนินการตามมาตรการต่างๆ เพื่อ

ป้องกันการทุจริตต่อไป

ข้าพเจ้าขอประกาศเจตนาหนักต่อการต่อต้านการทุจริต และจะดำเนินการตามมาตรการต่างๆ

เพื่อป้องกันการทุจริตต่อไป

ข้าพเจ้าขอประกาศเจตนาหนักต่อการต่อต้านการทุจริต และจะดำเนินการตามมาตรการต่างๆ

เพื่อป้องกันการทุจริตต่อไป



ประกาศเจตนารมณ์การต่อต้านการทุจริต
“โรงพยาบาลทรายมูล ไม่ทนต่อการทุจริต (Zero Tolerance)”
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้าพเจ้า นายปภัสร์ โอวาทกานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล ในฐานะผู้บริหารสูงสุดของ โรงพยาบาลทรายมูล ขอประกาศและแสดงเจตนารมณ์ว่า จะทำหน้าที่นำบุคลากรของ โรงพยาบาลทรายมูล ให้มีความซื่อตรงจงรักภักดีต่อพระมหากษัตริยาธิราชเจ้าทุกพระองค์ ในพระบรมราชจักรีวงศ์ ให้เป็นคนดีมีคุณธรรม ประพฤติปฏิบัติตนในสัมมาอาชีวะ ด้วยความซื่อสัตย์สุจริต เป็นหลักสำคัญมั่นคง ดำรงตนอยู่ด้วยความมีเกียรติ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ กล้ายืนหยัดในสิ่งที่ถูกต้อง ไม่กระทำการโกงแผ่นดิน ไม่ทนต่อการทุจริต และไม่ใช้ตำแหน่งหน้าที่หาประโยชน์บนความทุกข์ยากของ ประชาชน และปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มกำลังความสามารถ ตามค่านิยมในการบริหารงาน ๖ ประการ อันได้แก่ ซื่อสัตย์ สามัคคี มีความรับผิดชอบ ตรวจสอบได้ โปร่งใส มุ่งในผลสัมฤทธิ์ของงาน กล้าหาญทำในสิ่งที่ถูกต้อง รวมถึงการปฏิบัติตนตามมาตรฐานทางจริยธรรม และจรรยาบรรณกระทรวงสาธารณสุข (MOPH Code of Conduct)

และขอถวายสัตยาธิษฐานว่า จะประพฤติปฏิบัติตนตามรอยพระยุคลบาท และศาสตร์ของ พระราชา ผู้ทรงธรรม จะดำเนินชีวิตตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ด้วยความเพียรอันบริสุทธิ์ สืบสานพระราชปณิธาน ยืนเคียงข้างสุจริตชน เพื่อความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ของราชอาณาจักรไทยสืบไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายปภัสร์ โอวาทกานนท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลทรายมูล อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร โทร. ๐๔๕ ๗๘๗๐๔๖ ต่อ ๑๐๒

ที่ ยส ๐๐๓๒.๓๐๑/ ๑๔๖

วันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอนำประกาศโรงพยาบาลทรายมูล เรื่อง นโยบายการต่อต้านการรับสินบน เพื่อป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ และประกาศ เรื่องมาตรการป้องกันการรับสินบนทุกรูปแบบ เผยแพร่บนเว็บไซต์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล

เรื่องเดิม

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ออกประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่องมาตรการป้องกันการทุจริตและแก้ไขการกระทำผิดวินัยของเจ้าหน้าที่รัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๐ เพื่อเป็นการสร้าง สืบทอดวัฒนธรรมสุจริต และแสดงเจตจำนงสุจริตในการบริหารราชการ จนเกิดวัฒนธรรมในการร่วมต่อต้านการทุจริต เป็นพฤติกรรมซื่อสัตย์สุจริต สำเร็จเป็นธรรม สามารถควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลได้อย่างชัดเจน และบรรลุเป้าหมายตามนโยบายสำคัญเร่งด่วน หรือภารกิจที่ได้รับมอบหมายเป็นพิเศษ (Agenda Based) ด้านการป้องกันการทุจริตและแก้ไขปัญหาการกระทำผิดวินัยของเจ้าหน้าที่รัฐ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยให้ถือปฏิบัติตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและการประกาศ โรงพยาบาลทรายมูล เรื่องมาตรการป้องกันการทุจริตและแก้ไขการกระทำผิดวินัยของเจ้าหน้าที่รัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเรื่องมาตรการป้องกันการรับสินบนทุกรูปแบบ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ อย่างเคร่งครัด

ข้อพิจารณา

กลุ่มงานบริหารทั่วไป ขอเรียนว่าเห็นควรนำประกาศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และประกาศ โรงพยาบาลทรายมูล เรื่อง เรื่องมาตรการป้องกันการทุจริตและแก้ไขการกระทำผิดวินัยของเจ้าหน้าที่รัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๐ และเรื่องมาตรการป้องกันการรับสินบนทุกรูปแบบ และ เรื่องมาตรการการป้องกันการรับสินบนทุกรูปแบบ ลงวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๒

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุญาตตามนัยยะข้างต้นต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณ

(นางสุดเฉลียว จันทรินทร์)

เภสัชกรชำนาญการ

รักษาการในตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ



ประกาศโรงพยาบาลทรายมูล
เรื่อง นโยบายการต่อต้านการรับสินบน เพื่อป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ

ตามพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต พ.ศ. ๒๕๖๑ มาตรา ๑๒๘ วรรคหนึ่ง ที่บัญญัติว่า ห้ามมิให้เจ้าพนักงานของรัฐผู้ได้รับทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นใดอันอาจคำนวณเป็นเงินได้จากผู้ใด นอกเหนือจากทรัพย์สินหรือประโยชน์อันควรได้ตามกฎหมาย กฎ หรือข้อบังคับที่ออกโดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย เว้นแต่การรับทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นใดโดยธรรมจรรยาตามหลักเกณฑ์และจำนวนที่คณะกรรมการ ป.ป.ช. กำหนด และตามประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือน ข้อ ๖ (๑) ที่กำหนด ไม่เรียกรับหรือยอมจะรับ หรือยอมให้ผู้อื่นเรียกรับหรือยอมจะรับซึ่งของขวัญแทนตนหรือญาติของตนไม่ว่าก่อนหรือดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ไม่ว่าจะเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่หรือไม่ก็ตาม เว้นแต่เป็นการให้โดยธรรมจรรยาหรือเป็นการให้ตามประเพณีหรือให้แก่บุคคลทั่วไป นั้น

เพื่อเป็นการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบของข้าราชการและเจ้าหน้าที่ทุกระดับของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ปฏิบัติงานด้วยความโปร่งใส ตรวจสอบได้ เป็นไปตามข้อกฎหมายและวาระ “โรงพยาบาลใสสะอาด” โรงพยาบาลทรายมูลจึงกำหนดแนวทางการปฏิบัติในการต่อต้านการรับสินบน เพื่อป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ ให้ข้าราชการและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทรายมูลทุกระดับปฏิบัติตามแนวทาง ดังนี้

๑. มาตรการป้องกันการรับสินบนในกระบวนการจัดหาพัสดุ

๑.๑ เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐ และกฎกระทรวง มติ หรือหนังสือเวียนที่เกี่ยวข้องโดยเคร่งครัด

๑.๒ วางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับพัสดุ ไม่ให้ข้อมูลภายในที่เป็นการเอื้อประโยชน์ต่อฝ่ายใด ฝ่ายหนึ่ง หรือพวกพ้องของตน

๑.๓ ไม่เรียกรับ ยอมรับทรัพย์สินหรือผลประโยชน์อื่นไม่ว่าโดยตรง หรือโดยอ้อม จากผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีความสัมพันธ์กับทางราชการเกี่ยวกับการพัสดุเพื่อตนเอง หรือผู้อื่น โดยมีขอบ

๒. มาตรการป้องกันการรับสินบนในกระบวนการเบิกจ่ายยาตามสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล
ข้าราชการ

๒.๑ เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดจ้างจัดหาและส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗

๒.๒ ห้ามมิให้หน่วยงานที่ทำการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์มีค่าใช้จ่าย ทำการหารายได้ในลักษณะผลประโยชน์ต่างตอบแทนทุกประเภทจากบริษัทฯ เจ้าของทุนสวัสดิการของหน่วยงาน และหากเกิดประโยชน์อื่นจากการจัดซื้อจัดจ้าง เช่น ส่วนลด ส่วนแถม ประโยชน์ดังกล่าวต้องตกแก่ประโยชน์สาธารณะ โดยหน่วยงานต้องจัดให้ส่วนลดหรือส่วนแถมเป็นราคาสุทธิ (net price) การนำส่วนลด ส่วนแถม ที่เกิดจากการจัดซื้อจัดจ้างไปเป็นประโยชน์แก่บุคลากรของรัฐโดยตรง หรือภาคส่วนอื่นที่ไม่ใช่หน่วยงานของรัฐเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย

๓. มาตรการป้องกันการรับสินบนกรณีการให้หรือการรับของขวัญหรือประโยชน์อื่นใด

๓.๑ เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการให้หรือรับของขวัญของเจ้าหน้าที่ของรัฐ พ.ศ.๒๕๔๔ ประกาศคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์การรับทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นใดโดยธรรมจรรยาของเจ้าหน้าที่ของรัฐ พ.ศ.๒๕๔๓

๓.๒ ควรใช้บัตรอวยพร การลงนามในสมุดอวยพร หรือใช้บัตรแสดงความยินดีแทนการให้ของขวัญเพื่อเป็นการป้องกันการฝ่าฝืนกฎระเบียบ อีกทั้ง เพื่อประโยชน์ในการเสริมสร้างทัศนคติในการประหยัดให้แก่เจ้าหน้าที่ในสังกัด

๔. ให้งานควบคุมภายใน โรงพยาบาลทรายมูล ประเมินความเสี่ยงตรวจสอบ ติดตามผลการดำเนินงาน เพื่อรายงานต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล โดยตรง

ทั้งนี้ หากเจ้าหน้าที่หรือผู้บังคับบัญชาเห็นว่าการไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ มีการทุจริตหรือมีการรับสินบน ให้รีบรายงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล ทราบทันทีเพื่อดำเนินการสอบข้อเท็จจริงหรือดำเนินการทางวินัย หรือดำเนินการทางกฎหมายต่อไป

จึงประกาศมาเพื่อทราบและถือปฏิบัติโดยอย่างเคร่งครัด

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๒



(นายปลาสิต โอวาทกานนท์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล

โรงพยาบาลทรายมูล จังหวัดยโสธร

คู่มือปฏิบัติงาน : SP - RM - 001

เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง

ผู้จัดทำ : คณะกรรมการการบริหารความเสี่ยง

1.นโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลทรายมูล

1. บุคลากรในโรงพยาบาลตระหนักในสำคัญและมีเจตนาที่ดีต่อการรายงานอุบัติการณ์ โดยไม่ถือว่าเป็นการกระทำความผิด แต่ถ้ามีการรายงานเมื่อตรวจพบหรือมีความผิดจะดำเนินการสอบสวนทันที
- 2.ทุกหน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยง จัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน และมีการกำหนดแนวทางในการจัดการและป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน โดยมีหัวหน้าฝ่ายเป็นผู้ดำเนินการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นตามแนวทางการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- 3.บุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาลต้องได้รับทราบและมีความรู้ในเรื่องความเสี่ยงและสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการบริหารจัดการความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม
- 4.เมื่อมีข้อร้องเรียน หรือเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงเกิดขึ้นให้มีการบริหารจัดการตามขั้นตอนโดยเร็วที่สุด
- 5.การปฏิบัติงานให้เน้นความปลอดภัยของผู้ให้บริการและผู้รับบริการให้ได้มากที่สุด

2.พันธกิจ

วางระบบบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานเชื่อมโยงความเสี่ยงทุกระบบโดยทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการประสานข้อมูลรวบรวมวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลและกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงต่างๆ ในโรงพยาบาล

3.วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทรายมูลให้เป็นไปในทางเดียวกัน
- 2.เพื่อสร้างหลักประกันให้กับผู้มาใช้บริการ ญาติและเจ้าหน้าที่ ให้ได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ และปลอดภัยจากความเสี่ยง
- 3.เพื่อให้การดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงครอบคลุมทุกด้านและทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลทรายมูล
- 4.เพื่อเพิ่มความไวในการดักจับปัญหาและสามารถบริหารจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 5.เพื่อกระตุ้นจิตสำนึกและความรับผิดชอบของบุคคล/ หน่วยงานในการรายงานอุบัติการณ์

4. ขอบเขต

ดำเนินกิจกรรมบริหารความเสี่ยงครอบคลุมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย/ ทุกงาน และเชื่อมโยงกับโปรแกรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทรายมูลทุกโปรแกรม

5. บทบาทของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

1. กำหนดนโยบาย/ เป้าหมาย/ เครื่องชี้วัดความสำเร็จและแผนพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
2. วิเคราะห์ข้อกำหนด มาตรฐานศึกษาและสรุปส่วนต่างที่ยังไม่ได้ปฏิบัติให้นำไปสู่การปฏิบัติ
3. วางระบบ สร้างความเข้าใจ ให้แนวทางในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ เชิงรุก วางแผนแนวทางในการประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงที่พบ
4. กำหนดแนวทางในการรายงาน การจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์รุนแรง และกำหนดทีมรับผิดชอบเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง
5. แต่งตั้งผู้ประสานงานความเสี่ยงระดับหน่วยงาน (Risk Coordinator of Unit : RCU) เพื่อดูแลปัญหาประสานงานด้านความเสี่ยง และประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรภายในหน่วยงานรับทราบ
6. การรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงต้องดำเนินการในลักษณะที่เป็นเรื่องความลับไม่เปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ไม่เกี่ยวข้อง เพื่อไม่ให้เกิดความเข้าใจผิดและข้อขัดแย้งภายในองค์กร
7. พัฒนาระบบสารสนเทศในการบันทึก วิเคราะห์ข้อมูล และรายงาน รวมทั้งฐานข้อมูลของความเสี่ยงของโรงพยาบาล
8. ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอและปรับปรุงให้ดีขึ้น
9. สรุปผลการดำเนินงาน รายงานต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุก 1 เดือน แล้วส่งกลับข้อมูลให้ PCT หน่วยงานรับทราบ

6. หน้าที่ความรับผิดชอบ

- 6.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ ผู้รักษาการแทน มีหน้าที่
 - กำหนดนโยบายด้านการจัดการความเสี่ยง
 - สนับสนุนด้านทรัพยากรให้มีเพียงพอต่อการจัดการความเสี่ยงตามนโยบายดังกล่าว
 - ร่วมจัดการแก้ไขและป้องกันความเสี่ยงรุนแรงที่ต้องการการแก้ไขด่วน
- 6.2 คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล มีหน้าที่
 - รับทราบรายงานความเสี่ยงให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และติดตามผลการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง

6.3 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Committee : RMC) มีหน้าที่

- ประเมินตนเองระดับโรงพยาบาล กำหนดนโยบายและวางแผนการบริหารความเสี่ยง
- เป็นศูนย์กลางการประสานข้อมูลและกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
- รวบรวมตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
- ติดตาม ควบคุม กำกับดูแล ให้มีการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงในโรงพยาบาล
- ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมการป้องกันความเสี่ยง
- ส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อให้การปรับปรุงความเสี่ยงดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ
- สรุปข้อมูลอุบัติการณ์ของแต่ละหน่วยงานทุกๆ 1 เดือน ส่งกลับให้แต่ละหน่วยงานรับทราบ

และปรับปรุงแก้ไข

- เปิดรับความคิดเห็นภายในโรงพยาบาลทุกครั้งที่มีใบบุติการณ์
- ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานและรวบรวมสรุปรายงานความเสี่ยง วิเคราะห์ เสนอ

แนวทางแก้ไขปัญหา และควบคุมกับต่อคณะกรรมการบริหารทุกเดือน

6.4 เลขานุการบริหารความเสี่ยง มีหน้าที่

- ติดตามการรายงานอุบัติการณ์ทุกหน่วยงาน
- นำรายงานอุบัติการณ์แยกตามลำดับความรุนแรงระดับ G,H,I เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- ประสานงานกับทีมที่รับผิดชอบดูแลโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์
- ติดตามการบริหารจัดการและดำเนินการแก้ไขจากทีมนำโปรแกรมต่างๆ
- นำผลการบริหารจัดการและดำเนินการแก้ไขเสนอต่อกรรมการบริหารโรงพยาบาล
- รายงานข้อมูลความเสี่ยง/ อุบัติการณ์คณะกรรมการการบริหารโรงพยาบาลประจำเดือน

หรือตามวาระเร่งด่วน

6.5 ผู้ประสานงานความเสี่ยงประจำโปรแกรม มีหน้าที่

- ประสานงานกับแต่ละโปรแกรมรับผิดชอบในการติดตามงานและกระตุ้นให้แต่ละโปรแกรม

เก็บรวบรวมความเสี่ยงและดำเนินการทบทวนการเกิดอุบัติการณ์

6.6 ผู้ประสานงานความเสี่ยงประจำหน่วยงาน มีหน้าที่

- ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานตระหนักในการค้นหาและรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน
- จัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานเป็นกิจวัตรประจำวันภายในขอบเขตอำนาจหน้าที่

ของตนเอง

- สรุปสถิติและแนวทางแก้ไขความเสี่ยงของหน่วยงานส่งคณะกรรมการการบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลทุก 1 เดือน

- วิเคราะห์ เปรียบเทียบ ประเมินผลติดตามความเสี่ยงของหน่วยงาน
- รายงานผล RCA ส่งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลตามกำหนด
- สรุปผลการทบทวน Risk profile ทุก 3 เดือน ส่งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงตามกำหนด
- 6.7 ระดับทีมนำทางคลินิก (PCT) และทีมนำเฉพาะด้าน (FLT) มีหน้าที่
- ทบทวนเหตุการณ์สำคัญในภาพใหญ่แบบสหสาขาวิชาชีพ
- จัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk profile) ระดับทีมนำทางคลินิก (PCT) หรือทีมนำเฉพาะด้าน (FLT)

และมีการทบทวนทุก 3 เดือน

- ค้นหาและบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิกทั้งด้าน Common Clinical Risk ,

Specific Clinical Risk และ Non Clinical Risk

- ร่วมจัดการ แก้ไข ป้องกัน ความเสี่ยงในหน่วยงาน
- ประสานกิจกรรมต่างๆ ในหน่วยงานเพื่อให้แน่ใจว่าหน่วยงานมีระบบค้นหา วิเคราะห์ จัดการ

แก้ไข ป้องกัน และประเมินผลการจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

- จัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk profile) ระดับหน่วยงานและมีการทบทวนทุก 3 เดือน
- ความเสี่ยงระดับ D - I จะต้องได้รับการ RCA ภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ความคลาดเคลื่อนทางยาให้ทำ RCA ระดับ C
- ใช้กระบวนการ RCA ในการวิเคราะห์ปัญหาสำคัญ- รายงานอุบัติการณ์/ การแก้ไขปัญหา

และข้อร้องเรียน

6.9 เจ้าหน้าที่ทุกคน มีหน้าที่

- ค้นหาความเสี่ยงและรายงานอย่างถูกต้อง
- จัดการความเสี่ยงในขอบเขตความรับผิดชอบ

7. ตัวชี้วัด

1. อัตราความครอบคลุมของการรายงานความเสี่ยงแต่ละหน่วยงาน	100%
2. การรายงานความเสี่ยงระดับ Near Miss	≥80%
3. การเกิดอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงระดับ G - I	≤1%
4.การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำที่มีความรุนแรงระดับ D - F (Moderate Risk)	≤5%
5.การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำที่มีความรุนแรงระดับ G - I (High Risk)	=0
6. ความเสี่ยงความรุนแรงระดับ D - I ได้รับการทำ RCA และวางมาตรการแก้ไข	=100%

8.การจัดระดับความรุนแรงและผลกระทบ มีดังนี้

8.1 ความเสี่ยงทางคลินิก

ระดับความรุนแรง	ผลกระทบ	ความรุนแรง
A	เหตุการณ์ซึ่ง มีโอกาสที่จะก่อให้เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้	น้อย
B	เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงแล้ว แต่ ยังไม่ถึงผู้ป่วยและ/ หรือบุคลากร	
C	เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง แล้วถึงผู้รับบริการหรือสิ่งของแล้ว แต่ ไม่เป็นอันตราย หรือสิ่งของทรัพย์สินไม่เสียหาย	
D	เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง แล้วถึงผู้รับบริการหรือสิ่งของแล้ว ต้องมีการเฝ้าระวังให้มั่นใจว่าปลอดภัยไม่ต้องรักษาหรือซ่อมแซม	ปานกลาง
E	เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง แล้วถึงผู้รับบริการหรือสิ่งของแล้ว เกิดอันตรายหรือเสียหายชั่วคราว ต้องได้รับการรักษา หรือซ่อมแซม หรือส่งผลต่อองค์กร แต่สามารถจัดการได้ในสถานการณ์นั้นๆ	
F	เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง แล้วถึงผู้รับบริการหรือสิ่งของแล้ว เกิดอันตราย หรือเสียหายชั่วคราว ต้องได้รับการรักษา หรือซ่อมแซมนานขึ้น นอนโรงพยาบาล นานขึ้นหรือส่งผลต่อองค์กรแต่สามารถจัดการได้โดยหัวหน้าหน่วยงาน	
G	เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง แล้วถึงผู้รับบริการหรือสิ่งของแล้ว เป็นอันตรายถาวรแต่ไม่ถึงกับชีวิตหรือส่งผลต่อองค์กร แต่สามารถจัดการได้โดยทีมใกล้เคียง	มาก
H	เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงแล้ว ถึงผู้รับบริการหรือสิ่งของแล้ว ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต สิ่งของเกิดความเสียหาย สูญเสียทรัพย์สินมาก หรือส่งผลต่อองค์กร และไม่สามารถจัดการได้โดยทีมใกล้เคียง หรือมีการฟ้องร้องทางกฎหมาย	
I	เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง แล้วถึงผู้รับบริการหรือสิ่งของแล้ว ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต หรือทรัพย์สิน สิ่งของเสียหายมาก เกิดการสูญเสียร้ายแรง เช่น ไฟไหม้ หรือมีการฟ้องร้องทางกฎหมาย และองค์กรวิชาชีพ	

8.2 ความเสี่ยงทั่วไป

ระดับความรุนแรง	ด้านสิ่งแวดล้อม (E)	ด้านทรัพย์สิน (F)	ด้านชื่อเสียง ภาพลักษณ์ (I)	ด้านการดำเนินงาน (O)	ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (T)
1	ไม่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมของสภาพแวดล้อมบริเวณนั้นๆ	ไม่เกิน 500 บาท	ไม่มีการเผยแพร่ข่าว/ทราบภายในหน่วยงาน	ไม่มีการชะงักงันของกระบวนการทำงานสามารถดำเนินงานได้ภายใน 5 นาที	เกิดเหตุที่ไม่มีความสำคัญ
2	มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมหากมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	มากกว่า 500 - 2,000 บาท	มีการเผยแพร่ข่าวในวงจำกัดภายในองค์กร(รพ.) ไม่เกิน 2 วัน	มีผลกระทบเล็กน้อยต่อกระบวนการและการทำงานมากกว่า 5 นาที	เกิดเหตุที่แก้ไขไม่ได้
3	มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพเดิมบางส่วนแต่สามารถทำให้กลับสู่สภาพเดิมได้	มากกว่า 2,000 - 5,000 บาท	มีการเผยแพร่ข่าวในระดับอำเภอ ไม่เกิน 3 - 5 วัน	มีการชะงักงันอย่างมีนัยสำคัญของกระบวนการและการดำเนินงานมากกว่า 1 ชั่วโมง	ระบบมีปัญหา และมีความสูญเสียไม่มาก
4	มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพเดิมแต่สามารถทำให้กลับสู่สภาพเดิมได้บางส่วนและต้องใช้ระยะเวลานานมาก	มากกว่า 5,000 - 10,000 บาท	มีการเผยแพร่ข่าวในระดับจังหวัดถึง นพ.สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ว่าราชการจังหวัด	มีผลกระทบต่อการกระบวนการและการดำเนินงาน อย่างรุนแรง เช่น หยุดดำเนินการมากกว่า 8 ชม. หรือ 1 เวิร์ด	เกิดปัญหากับระบบ IT ที่สำคัญ และ ระบบความปลอดภัย ซึ่งส่งผลกระทบต่อความถูกต้องของข้อมูลบางส่วน
5	มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปอย่างสิ้นเชิงไม่สามารถกลับคืนสภาพเดิมได้	มากกว่า 10,000 บาท	มีพาดหัวข่าวจากสื่อ หรือเรื่องดำเนินถึงระดับกระทรวง/ระดับประเทศ	มีผลกระทบต่อการกระบวนการและการดำเนินงานรุนแรงมาก เช่น หยุดดำเนินการมากกว่า 1 วัน	เกิดปัญหากับระบบ IT ที่สำคัญทั้งหมด และเกิดความเสียหายอย่างมากต่อความปลอดภัยของข้อมูลที่สำคัญขององค์กร

9 ขั้นตอนการปฏิบัติ

9.1 การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) เป็นการทบทวนเพื่อดูว่ามีโอกาสจะเกิดความเสี่ยงในด้านใดบ้าง และนำมากำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม โดยมีหลักในการค้นหาความเสี่ยง ดังนี้

9.1.1 ทีมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเข้าไปเยี่ยมและสังเกตการณ์ความเสี่ยงในหน่วยงานและวิธีปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในแต่ละหน่วยงาน รวบรวมความเสี่ยงที่ค้นพบและส่งให้แต่ละหน่วยงาน ทบทวนตนเอง

9.1.2 ให้แต่ละหน่วยงานค้นหาความเสี่ยง โดยค้นหาจาก

- บันทึกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว
- ประสบการณ์ของสมาชิกในหน่วยงาน
- เรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่น
- สำรวจสิ่งแวดล้อม การเคลื่อนไหว ปฏิสัมพันธ์
- เรียนรู้ระหว่างการทำงาน (รายงานอุบัติการณ์) โดยการตั้งคำถามในหน่วยงานของตนเอง

เช่น ในหน่วยงานของท่าน อะไรคือสิ่งเลวร้ายที่อาจเกิดขึ้นได้ ในประสบการณ์ของท่าน เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้าง มีข้อมูลหรือปัญหาที่ได้รับรายงานจากบริการอะไรบ้าง

- ช่วงเวลาหรือสถานการณ์ใดที่ทำงานของหน่วยงานนั้นมีความเสี่ยงมาก
 - ปัญหาหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลอื่นๆที่อาจเกิดขึ้นในหน่วยงานของท่าน
- เมื่อแต่ละหน่วยงานค้นหาความเสี่ยงได้แล้ว ให้จัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน

ของท่านโดยลงบันทึกในแบบฟอร์ม (FM -RM 004 : ตารางความเสี่ยงของหน่วยงาน) และเลือกรายการความเสี่ยงจากบัญชีความเสี่ยงจัดเข้าโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อแยกเป็นหมวดหมู่ และสะดวกในการคัดเลือกความเสี่ยงมาดำเนินการแก้ไขปรับปรุง (FR - RM 005 : แบบฟอร์มโปรแกรมความเสี่ยงของหน่วยงาน)

การค้นหาความเสี่ยงมีเป้าหมาย เพื่อการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น การควบคุมความเสี่ยงและที่สำคัญเพื่อป้องกันปัญหาในอนาคต

9.2 การเปิดตู้

- ตัวแทน RMC ร่วมกับผู้แทนหน่วยงานเปิดตู้รับความคิดเห็นทุกวัน
- เก็บเอกสารใส่ซองปิดผนึกและผู้แทนหน่วยงานลงลายมือชื่อกำกับระบุจำนวน
- นำส่งทีม RM ทันทันทีโดยไม่มีการเปิดอ่าน

9.3 การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) เป็นการประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่างๆที่เกิดขึ้นให้เห็นว่า อะไรคือความเสี่ยงที่ต้องระมัดระวัง และจะต้องไม่ให้ความเสี่ยงที่พบบ่อยมาบดบังความเสี่ยงที่รุนแรงและส่งผลกระทบสูง

ให้ปฏิบัติ ดังนี้

9.4 การรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยง (Incident Report) เมื่อเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงขึ้น

- เขียน Incident Report ฉบับจริงส่งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (โดยไม่ต้องสำเนาเก็บไว้)

ยกเว้น โปรแกรมความคลาดเคลื่อนทางยาส่งหน่วยงานเภสัช

- ในความเสี่ยงระดับ A ให้สรุปส่งทุกวันที่ 25 ของทุกเดือน
- ส่งรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามขั้นตอนการรายงานที่กำหนด
- กรณีระดับความรุนแรง E – I ทาง RMC จะส่งสรุปเหตุการณ์ Feedback หน่วยงานภายใน 1 วัน

หรือ วันทำการถัดไป เพื่อทำ RCA ให้ RMC ภายในระยะเวลาที่กำหนด

- RCA ที่หน่วยงานส่งกลับมา RMC จะสรุปส่งทีมนำเพื่อรับทราบ
- ทีมบริหารความเสี่ยงสรุปข้อมูลทุกเดือน ในแบบฟอร์ม (FR – RM 007) เสนอที่ประชุม

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและสรุปข้อมูลรวมทุก 3 เดือน ส่งกลับให้ทุกหน่วยงานนำไปวิเคราะห์การบริบาล
ความเสี่ยงในหน่วยงาน เพื่อหาแนวทางแก้ไขและป้องกันความเสี่ยงต่อไป

9.5 การส่งเอกสารรายงานความเสี่ยง

- เขียนใบรายงานความเสี่ยงพับ 3 ส่วนแล้วพับครึ่งเพื่อไม่ให้เห็นข้อความข้างใน
- ส่งเอกสารได้ที่ตู้รับความคิดเห็นประจำตึก หรือตู้กลางหน้าห้อง HA

9.6 การจัดการความเสี่ยง (Action To Manage Risk) แต่ละหน่วยงานประเมินความเสี่ยง

ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข และจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงโดยให้ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางก่อนเสมอและใช้กลยุทธ์สำคัญในการควบคุมความสูญเสีย คือการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การผ่อนถ่ายความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง
การลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ และการแบ่งแยกความเสี่ยง

การคัดเลือกความเสี่ยงเพื่อดำเนินการปรับปรุงแก้ไข ป้องกัน

- ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงาน ให้พิจารณาทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (CQI / TQM)
- ความเสี่ยงที่มีความรุนแรงให้ทำมาตรการป้องกัน

การจัดทำมาตรการป้องกัน กำหนดให้หน่วยงานใช้แบบฟอร์ม FR – RM 006

ซึ่งประกอบด้วยแบบบันทึก ดังนี้

- การเตรียมคน
- การเตรียมวัสดุ / อุปกรณ์
- การเตรียมข้อมูลข่าวสาร
- วิธีปฏิบัติที่รัดกุม
- การควบคุมกระบวนการ

แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา

- การตรวจพบปัญหา
- การลดความเสียหาย
- การรายงาน

เมื่อจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงแล้ว เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานจะต้องรับทราบและถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน และให้ทุกหน่วยงานรายงานการจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยง ทุกเดือนในแบบฟอร์ม (FR - RM 011)

9.7 การทบทวนบัญชีรายการความเสี่ยง

ทีมบริหารความเสี่ยงปรับปรุงบัญชีรายการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลทุก 6 เดือน

9.8 การเข้าถึงข้อมูล

- ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลในเอกสารรายงานความเสี่ยงมี 3 คน ดังนี้

1. ประธานกรรมการบริหารความเสี่ยง
2. เลขานุการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง 1 คน
3. ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง 1 คน

- รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกลบจะถูกเก็บไว้ในที่มิดชิด มีการล็อกกุญแจ และมีระบบการจัดเก็บกุญแจที่รัดกุม ปลอดภัย

- ข้อมูลที่ลงคอมพิวเตอร์มีระบบล็อกเพื่อปกปิดข้อมูล
- การรายงานข้อมูลให้ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทุกเดือนในเรื่องสถิติ

ผลลัพธ์ และผลการดำเนินการ

- ใบรายงานความเสี่ยงทุกลบเป็นเอกสารปกปิด จะไม่มีสำเนาหรือเผยแพร่ทุกกรณี
- กรณีต้องการรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารใบรายงานความเสี่ยงให้เลขานุการหรือ

ผู้ช่วยเลขานุการความเสี่ยงเป็นผู้คัดลอกให้เท่านั้น

10. คำนิยามศัพท์

10.1 ความเสี่ยง (Risk) คือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์และพร้อมที่จะวัดความเสียหายขึ้นได้ เมื่อมีปัจจัยเหมาะสม เช่น การเกิดอัคคีภัย ทรัพย์สินสูญหาย ดังแกัสระเบิด การร้องเรียนต่อการบาดเจ็บ รวมทั้งความไม่แน่นอน เป็นต้น

10.2 การบริหารความเสี่ยง (Risk Management / RM) หมายถึง การจัดการในเรื่องการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผล รวมทั้งการดำเนินการเพื่อป้องกันความเสี่ยงและการจัดการเมื่อเกิดปัญหา

10.3 อุบัติการณ์ (Incidence) หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนอกเหนือความ

คาดหมายจากการทำงานตามปกติ

10.4 เรื่องร้องเรียน คือ ความไม่พอใจ ซึ่งเป็นที่ไม่พึงประสงค์ต่อความรู้สึก ความต้องการตลอดจน ข้อเสนอต่างๆของผู้ใช้บริการทั้งภายนอกและภายใน

10.5 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Events) หมายถึง เหตุการณ์ เช่น การบาดเจ็บ ความเสียหาย การเกิดอันตราย การไม่พึงพิทักษ์สิทธิ์ หรือศักดิ์ศรี หรือเกิดความสูญเสียจนต้องมีการชดเชยค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการดูแลรักษาโดยไม่ตั้งใจ (มีเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้ว)

10.6 เหตุการณ์พึงสังวร (Sentinel Events) หมายถึง เหตุรุนแรงที่ต้องเฝ้าระวัง / เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ / เหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันซึ่งเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต หรือบาดเจ็บอย่างรุนแรงทางด้านร่างกาย หรือจิตใจของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาใช้บริการ หรือมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล หรือความเสี่ยงที่จะเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว เป็นสัญญาณเตือนว่าจำเป็นต้องมีการสอบสวนและตอบสนองโดนด่วน และต้องมีการเฝ้าระวังเชิงรุก

11.ประเภทของความเสียง

11.1 ความเสียงทั่วไป (Non Clinical Risk) หมายถึง ความเสียงหรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น สิ่งแวดล้อม อัคคีภัย เครื่องมือ ข้อร้องเรียน

11.2 ความเสียงทางคลินิก (Common Clinical) หมายถึง เหตุการณ์หรือการดูแลรักษาที่อาจเกิดอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยทั่วไป เป็นความเสียงทางคลินิกที่ระบุกว้างๆในกระบวนการรักษาไม่จำเพาะต่อโรคใดโรคหนึ่ง อาจพบร่วมในหลายคลินิกบริการ อาจใช้มาตรการเดียวกันในการป้องกันในภาพรวมนำไปสู่การค้นหาความเสียงทางคลินิกเฉพาะโรคได้

12.โปรแกรมการบริหารความเสียงของโรงพยาบาล

โปรแกรมที่ 1 สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และ ระบบการดูแลและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ(E&E)

โปรแกรมที่ 2 การดูแลรักษาผู้ป่วย และกระบวนการทำงาน (PCT)

โปรแกรมที่ 3 ความผิดพลาดจากการใช้ยา (ME)

โปรแกรมที่ 4 การควบคุม และป้องกันการติดเชื้อ (IC)

โปรแกรมที่ 5 อาชีวอนามัย

โปรแกรมที่ 6 ข้อมูลสารสนเทศและการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงาน (IM)

โปรแกรมที่ 7 ข้อร้องเรียน / สิทธิผู้ป่วย / จริยธรรม

โปรแกรมที่ 8 การสูญเสียรายได้

การบริหารความเสี่ยงประจำกลุ่มงาน

กลุ่มงานการจัดการ



โรงพยาบาลทรายมูล จังหวัดยโสธร

ขั้นตอนการบริหารจัดการความเสี่ยง

1. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) เป็นการทบทวนเพื่อดูว่ามีโอกาสจะเกิดความเสี่ยงในด้านใดบ้าง และนำมากำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม โดยมีหลักในการค้นหาความเสี่ยง ดังนี้

1.1 ทีมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเข้าไปเยี่ยมและสังเกตการณ์ความเสี่ยงในหน่วยงานและวิธีปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในแต่ละหน่วยงาน รวบรวมความเสี่ยงที่ค้นพบและส่งให้แต่ละหน่วยงานทบทวนตนเอง

1.2 ให้แต่ละหน่วยงานค้นหาความเสี่ยง โดยค้นหาจาก

- บันทึกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว
- ประสพการณ์ของสมาชิกในหน่วยงาน
- เรียนรู้จากประสพการณ์ของคนอื่น
- สำรวจสิ่งแวดล้อม การเคลื่อนไหว ปฏิสัมพันธ์
- เรียนรู้ระหว่างการทำงาน (รายงานอุบัติการณ์) โดยการตั้งคำถามในหน่วยงานของตนเอง
- เช่น ในหน่วยงานของท่าน อะไรคือสิ่งเลวร้ายที่อาจเกิดขึ้นได้
- ในประสพการณ์ของท่าน เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้าง
- มีข้อมูลหรือปัญหาที่ได้รับรายงานจากการบริการอะไรบ้าง
- ช่วงเวลาหรือสถานการณ์ใดที่ทำงานของหน่วยงานนั้นมีความเสี่ยงมาก
- ปัญหาหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลอื่นๆที่อาจเกิดขึ้นในหน่วยงานของท่าน

เมื่อแต่ละหน่วยงานค้นหาความเสี่ยงได้แล้ว ให้จัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานของท่าน โดยลงบันทึกในแบบฟอร์ม (FM – RM 004 : ตารางความเสี่ยงของหน่วยงาน) และเลือกรายการความเสี่ยงจากบัญชีความเสี่ยงจัดเข้าโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อแยกเป็นหมวดหมู่ และสะดวกในการคัดเลือกความเสี่ยงมาดำเนินการแก้ไขปรับปรุง (FR – RM 005 : แบบฟอร์มโปรแกรมความเสี่ยงของหน่วยงาน)

การค้นหาความเสี่ยงมีเป้าหมาย เพื่อการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น การควบคุมความเสียหายและที่สำคัญเพื่อป้องกันปัญหาในอนาคต

2. การเปิดตู้

- ตัวแทน RMC ร่วมกับผู้แทนหน่วยงานเปิดตู้รับความคิดเห็นทุกวัน
- เก็บเอกสารใส่ซองปิดผนึกและผู้แทนหน่วยงานลงลายมือชื่อกำกับระบุจำนวน
- นำส่งทีม RM ทันทีโดยไม่มีการเปิดอ่าน

3. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) เป็นการประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้เห็นว่า อะไรคือความเสี่ยงที่ต้องระมัดระวัง และจะต้องไม่ให้ความเสี่ยงที่พบบ่อยมาบดบังความเสี่ยงที่รุนแรงและส่งผลกระทบสูง

ขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยง (Incident Report)

เมื่อเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงขึ้นให้ปฏิบัติ ดังนี้

- เขียน Incident Report ฉบับจริงส่งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (โดยไม่ต้องสำเนาเก็บไว้)
- ยกเว้น โปรแกรมความคลาดเคลื่อนทางยาส่งหน่วยงานเภสัช
- ในความเสี่ยงระดับ A ให้สรุปส่งทุกวันที่ 25 ของทุกเดือน
- ส่งรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามขั้นตอนการรายงานที่กำหนด
- กรณีระดับความรุนแรง E-I ทาง RMC จะส่งสรุปเหตุการณ์ Feedback หน่วยงาน ภายใน 1 วัน หรือ วันทำการถัดไป เพื่อทำ RCA ให้ RMC ภายในระยะเวลาที่กำหนด
- RCA ที่หน่วยงานส่งกลับมา RMC จะสรุปส่งทีมนำเพื่อรับทราบ
- ทีมบริหารความเสี่ยงสรุปข้อมูลทุกเดือน ในแบบฟอร์ม (FR - RM 007) เสนอที่ประชุม คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลและสรุปข้อมูลรวมทุก 3 เดือน ส่งกลับให้ทุกหน่วยงาน นำไปวิเคราะห์การบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน เพื่อหาแนวทางแก้ไขและป้องกันความเสี่ยงต่อไป

9.5 การส่งเอกสารรายงานความเสี่ยง

- เขียนใบรายงานความเสี่ยงพับ 3 ส่วนแล้วพับครึ่งเพื่อไม่ให้เห็นข้อความข้างใน
- ส่งเอกสารได้ที่ตู้รับความคิดเห็นประจำตึก หรือตู้กลางหน้าห้อง HA

9.6 การจัดการความเสี่ยง (Action To Manage Risk) แต่ละหน่วยงานประเมินความเสี่ยง

ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข และจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงโดยให้ยี่สิบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ก่อนเสมอและใช้กลยุทธ์สำคัญในการควบคุมความสูญเสีย คือการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การผ่อนถ่าย ความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง การลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ และการแบ่งแยกความเสี่ยง

การคัดเลือกความเสี่ยงเพื่อดำเนินการปรับปรุงแก้ไข ป้องกัน

- ความเสี่ยงที่เกี่ยวกับกระบวนการทำงาน ให้พิจารณาทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (CQI / TQM)
- ความเสี่ยงที่มีความรุนแรงให้ทำมาตรการป้องกัน

การจัดทำมาตรการป้องกัน กำหนดให้หน่วยงานใช้แบบฟอร์ม FR - RM 006 ซึ่งประกอบด้วยแบบบันทึกดังนี้

- การเตรียมคน
- การเตรียมวัสดุ / อุปกรณ์
- การเตรียมข้อมูลข่าวสาร
- วิธีปฏิบัติที่รัดกุม
- การควบคุมกระบวนการ

แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา

- การตรวจพบปัญหา
- การลดความเสียหาย
- การรายงาน

เมื่อจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงแล้ว เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานจะต้องรับทราบและถือปฏิบัติเป็น

แนวทางเดียวกัน และให้ทุกหน่วยงานรายงานการจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงทุกเดือนในแบบฟอร์ม (FR - RM 011)

9.7 การทบทวนบัญชีรายการความเสี่ยง

ทีมบริหารความเสี่ยงปรับปรุงบัญชีรายการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลทุก 6 เดือน

9.8 การเข้าถึงข้อมูล

- ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลในเอกสารรายงานความเสี่ยงมี 3 คน ดังนี้

1. ประธานกรรมการบริหารความเสี่ยง
2. เลขานุการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง 1 คน
3. ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง 1 คน

- รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกฉบับจะถูกเก็บไว้ในที่มิดชิด มีการล็อกกุญแจ และมีระบบการจัดเก็บกุญแจที่รัดกุม ปลอดภัย

- ข้อมูลที่ลงคอมพิวเตอร์มีระบบล็อกเพื่อปกปิดข้อมูล

- การรายงานข้อมูลให้ที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล ทุกเดือนในเรื่องสถิติผลลัพธ์ และผลการดำเนินงาน

- ใบรายงานความเสี่ยงทุกฉบับเป็นเอกสารปกปิด จะไม่มีสำเนาหรือเผยแพร่ทุกกรณี

- กรณีต้องการรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารใบรายงานความเสี่ยงให้เลขานุการหรือผู้ช่วยเลขานุการความเสี่ยงเป็นผู้คัดลอกให้เท่านั้น

๒ ธันวาคม ๒๕๖๒ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (E&E) ระดับ IT

กล่องควบคุมออกซิเจนเลี้ยงถังแก๊สเตือน ตรวจเช็คแรงดัน -50 (ค่ามาตรฐานแรงดันก๊าซ 55-60)

เกิดระหว่างวันที่ 11 – 16 ธันวาคม ๒๕๖๒ ดังประมาณ 20 นาที/ครั้ง

สาเหตุ

- ระดับแรงดันออกซิเจนปรับขึ้น- ลง ไม่ได้ตามมาตรฐาน
- วาล์วล้างออกซิเจนเก่าชำรุด

แก้ปัญหา

- แจ้งช่าง บ. ที่รับผิดชอบเข้ามาตรวจสอบและดำเนินการซ่อมให้ใช้งานได้ตามปกติ
- ช่างเข้ามาประเมินราคาอยู่ที่ประมาณ 200,000 บาท
- แจ้งแจ้งงบค่าเสื่อมต่อไป

๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ข้อร้องเรียน สิทธิผู้ป่วย และจริยธรรม ระดับ 31

วันที่ 16 พย.61 เวลา 12.00 น. ได้รับข้อมูลจากสาธารณสุขอำเภอทรายมูล ว่า นายอำเภอทรายมูลได้โพสต์ข้อมูลใบรับรองแพทย์ที่มาขอรับที่ รพ.ทรายมูล ที่ไม่มีชื่อ สกุล ผู้รับบริการและลงข้อความต่อว่า ที่หลังอย่าทำ

สาเหตุ

- พยาบาลที่จัดคัดกรองไม่คัดกรองรายละเอียดในเอกสารก่อนส่งเข้าพบแพทย์
- แพทย์เซ็นต์ต่างๆที่ไม่มีรายละเอียดชื่อผู้มารับบริการ
- พยาบาลหน้าห้องประทับตรา รพ.ไม่ตรวจสอบให้ก่อนนำชำระเงิน
- การเงินไม่ได้ตรวจสอบในเอกสารก่อนการชำระเงิน
- พยาบาลขาดอัตรากำลังจึงดึงคนมาทำงานใหม่ ณ จัดคัดกรองและไม่ได้ทำการปฐมนิเทศก่อนการทำงาน

ผลจากการแก้ไข

- กำชับจัดคัดกรองให้ตรวจสอบเอกสารให้ละเอียดก่อนส่งผู้มารับบริการเข้าพบแพทย์
- พยาบาลหน้าห้องตรวจตรวจสอบเอกสารอีกครั้งก่อนส่งผู้มารับบริการชำระเงิน
- ในกรณีใบรับแพทย์ ใบแสดงความเห็นแพทย์ให้ผู้มารับบริการในเวลาราชการช่วงบ่ายเท่านั้น
- ประสานแพทย์ห้ามเซ็นต์ถ้าไม่มีชื่อผู้ป่วย
- จัดปฐมนิเทศเมื่อมีเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกครั้ง

7 พฤศจิกายน 2561 โปรแกรมความเสี่ยงด้านยา (ME) ระดับ D

วันที่ 7 พฤศจิกายน 2561 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี HN 56855 (CAPD) มาพบแพทย์ตามนัด BP 158/74 mmHg แพทย์สั่งยา Amlodipine 5 mg 2x1 pc ซึ่งเป็นขนาดยาเดิมที่รับเมื่อ 3/10/61 (BP 158/72) แต่เภสัชกรตรวจสอบสมุดประจำตัวผู้ป่วยจาก รพ.กุดชุม พบว่า 19/10/61 BP 143/94 mmHg แพทย์ รพ.กุดชุม สั่งปรับ amlodipine 5 mg ลงเป็น 1x1 pc

แก้ปัญหาเบื้องต้น

- เภสัชกร consult แพทย์ให้ยึดรายการยาจาก รพ.ทรายมูล
- ทำสมุด / ทำ Medication reconciliation เพื่อส่งต่อระหว่าง รพ.

๗ พฤศจิกายน 2561 การดูแลรักษาผู้ป่วยและกระบวนการทำงาน (PCT) ระดับ C

วันที่ 28 พย.61 ผู้ป่วย HN 33109 มาด้วยอาการฟันโยก มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการถอนฟัน
ทันตแพทย์จ่ายยาชา 2% Lidocaine แต่ผู้ช่วยทันตแพทย์ใช้ยาชา 4% articaine ประกอบใส่ syringe มาให้ทันต
แพทย์จึงใช้ยาชา 4% articaine ในการถอนฟัน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้แพ้ยาชาประเภทนี้จึงสามารถใช้ได้ (
เพียงแต่ยาชา 4% articaine ไม่ได้อยู่ในราคาซื้อรวมจึงมีจำนวนใช้ค่อนข้างจำกัด จึงพยายามให้ใช้ในกรณีที่
จำเป็นเท่านั้น

สาเหตุ

- Administration error
- ขาวางอยู่ใกล้กันทำให้สับสนในการใช้
- ระบบการตรวจสอบยาก่อนการฉีดให้ผู้มารับบริการ

ผลจากการแก้ไข

- วางระบบ 7R ให้ห้องฟัน
- มีการตรวจสอบ/เช็ดยาก่อนทุกครั้งที่มีการใช้ในผู้มารับบริการ
- วางระบบ LASA ให้ห้องฟัน

พศกิกายน 2561 การดูแลรักษาผู้ป่วยและกระบวนการทำงาน (PCT) ระดับ C

วันที่ 16 พ.ย. 61 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 78 ปี ได้รับการการวินิจฉัย DM/HT/DLP/CKD stage 3 แพทย์สั่งยา Simvastatin 10 mg 1x1 hs ตั้งแต่ ธ.ค. 2559 แล้วส่งกลับรับยาที่ PCU ใกล้บ้าน 12 พ.ย. 61 กลับมาพบแพทย์ที่ รพ. เพื่อตรวจเลือดประจำปี เกสซกรซึกประวัติพบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับยาดังกล่าวต่อจาก PCU เลข

สาเหตุ

- ไม่มีการเน้นข้อความในการเปลี่ยนแปลงรายการยา

ผลจากการแก้ไข

- ทำ medication reconciliation ส่งให้ PUC/รพ.สต.



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลทรายมูล อำเภทรายมูล จังหวัดยโสธร ๓๕๑๗๐

ที่ยส.๐๐๓๒.๓๐๑/พิเศษ

วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ลงเว็บไซต์ และติดบอร์ดประชาสัมพันธ์ ของโรงพยาบาลทรายมูล

เรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล

ด้วยกลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ได้แจ้งการดำเนินงานตัวชี้วัด ที่ ๕๔ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) โดยในเกณฑ์การประเมินมีส่วนของการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน

ในการนี้ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลทรายมูล จึงขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล เผยแพร่ประกาศของโรงพยาบาลทรายมูลเรื่อง การจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อนโดยการกำหนดมาตรการกลไกหรือการวางระบบในการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในหน่วยงาน/พิเศษ บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลทรายมูล รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

(นางสาวนุชรา ศรีหานาจ)

นักวิชาการพัสดุ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล

- เพื่อโปรดทราบ
- โปรดพิจารณาอนุญาตให้นำเผยแพร่ตามระเบียบฯ

(นางสุดเฉลี่ย จันทรินทร์)

เภสัชกรชำนาญการ

รักษาการในตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

อนุญาต

(นายปกาสิต โอวาทกานนท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล

รายงานการประชุมประจำเดือน โรงพยาบาลทรายมูล

ครั้งที่ ๐๒/๒๕๖๓

วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๒

ณ ลาน OPD โรงพยาบาลทรายมูล

เปิดประชุม เวลา ๑๐.๐๐ น.

เมื่อครบองค์ประชุมแล้ว นายแพทย์ปกาสิต โอวาทกานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล ประธานที่ประชุมเปิดประชุมและดำเนินการตามระเบียบวาระต่างๆ ดังต่อไปนี้

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

เรื่องจากการประชุม กวป. ครั้งที่ ๒/๒๕๖๓ วันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมพญาแถน ชั้น ๓ (อาคารหลังเก่า) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

วาระก่อนการประชุม

๑. มอบเงินสนับสนุนมหกรรมการออกกำลังกาย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ดังนี้

๑.๑ รพ.นายแพทย์หาญ จำนวน ๕๐,๐๐๐ บาท

๑.๒ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขยโสธร จำนวน ๕๐,๐๐๐ บาท (นวก.สธ.ชช (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

๒. การประดับชิตข้าราชการที่ได้รับการเลื่อนระดับสูงขึ้น (บริหารทรัพยากรบุคคล)

๓. ประกาศเจตจำนงสุจริตของผู้บริหารและมอบใบประกาศเกียรติคุณหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ ITA ประจำปี ๒๕๖๒ (บริหารทั่วไป)

๔. มอบโล่และใบประกาศเชิดชูเกียรติผู้ได้รับการคัดเลือกและได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่น (ควบคุมโรคติดต่อ)

๕. มอบโล่ คปสอ. ที่ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อจังหวัดยโสธร ปี ๒๕๖๒ (ควบคุมโรคติดต่อ) มอบเกียรติบัตรโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ HA และ มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (พัฒนาคุณภาพฯ)

เรื่องจาก นพ.สสจ.ยโสธร

๑. แจ้ง ๗ วันอันตรายวันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๒ - ๒ มกราคม ๒๕๖๓

-จะต้องมีด่านตรวจ

- ผู้ว่าราชการจังหวัดจะออกตรวจเยี่ยม ให้บุคลากรสาธารณสุขอยู่ประจำหน่วยด้วย ฝากคุณกัลยาณี จัดอัตรากำลัง

- จัดให้มีการจ่ายยารางจัดแก่ประชาชนขับชี่ยานพาหนะ

๒.การตรวจมะเร็งเต้านม กลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๓๐ คน

๓.โครงการ To be number one ประมาณเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ในส่วนของโรงพยาบาลสมทบเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท

๓.โครงการ Smart Hospital เป้าหมายโรงพยาบาลผ่าน F๒ ๕๐ % ประกอบด้วย จอแสดง ๑ จุด และช่องทางจองคิวออนไลน์ ในเว็บไซต์โรงพยาบาลทรายมูล ฝากงานIT สอบถามข้อมูลเบื้องต้น (เรื่องติดตาม)

๔.แผนการตรวจราชการประจำปี ๒๕๖๓

- วันที่ ๕-๗ อำเภอคำเขื่อนแก้ว

- วันที่ ๘-๑๐ กรกฎาคม

๕.ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล (เรื่องติดตาม)

๖.งบลงทุน ทำแผนการก่อสร้างห้องน้ำ ขนาด ๑๐ ห้อง ดำเนินการของบได้เลย

๗.ให้ทำแผนของบค่าเสื่อมเตรียมไว้ล่วงหน้า

๘.งานกีฬาสาธารณสุข กำหนดจัดขึ้นในวันที่ ๑๑-๑๖ มกราคม ๒๕๖๓ ปีหน้า

๙.การทะเลาะวิวาทในโรงพยาบาล ฝากคุณกัลยาณี ได้ซ่อมแผนและดำเนินการก่อนปีใหม่

๑๐.ให้มีการจ้างยามรักษาการณ์ โดยเริ่มจ้าง ตั้งแต่วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป รายละเอียดการจ้างมอบคุณนุชรา ดำเนินการตามระเบียบพัสดุ

๑๑.การทำน้ำหมักในนามของโรงพยาบาล ฝากทีมงาน ENV ดำเนินการและขอจดทะเบียนการผลิต

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ผ่านมา

มติที่ประชุม - รับรอง

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องติดตามรายงานการประชุมครั้งที่ผ่านมา

- ฝากงาน IT สอบราคา Smart Hospital

- ติดตามตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล

มติที่ประชุม - รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องจากฝ่ายต่างๆ

๑. HA เตรียมความพร้อมการรับประเมิน Reacredit ครั้งที่ ๒ วันที่ ๙-๑๐ ธันวาคม ๒๕๖๒ และส่งข้อมูลให้อาจารย์ สรพ ภายในวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๒ ฝากเวชระเบียนผู้ป่วยในให้ดำเนินการลงข้อมูลให้เรียบร้อย

๒.กลุ่มงานบริหารทั่วไป

- ประกาศเจตนารมณ์ต่อต้านการทุจริต “โรงพยาบาลทรายมูล ไม่ทนต่อการทุจริต (Zero Tolerance) และพิชิตลงนามความร่วมมือในการขับเคลื่อนชมรมจริยธรรมต้นแบบ สู้ องค์กรธรรมาภิบาล ผ่านกลไก การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการทำงาน ประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๓ ระหว่างผู้บริหาร กับ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทรายมูล เพื่อเป็นการแสดงออกถึงการต่อต้านคอร์รัปชั่น ก่อนการอบรม แลกเปลี่ยนและให้ความรู้ เรื่องการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน จิตพอเพียงต้านทุจริต พร้อมร่วมวิเคราะห์ ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนในหน่วยงาน

- แจ้งประกาศของโรงพยาบาล เรื่อง การบริหารผลการปฏิบัติงานและการดำเนินการกับเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนได้เสียการปฏิบัติงานในระดับต้องได้รับการพัฒนาปรับปรุงตนเอง

- งานการเงิน

๓.กลุ่มงานเภสัชกรรม

๔.กลุ่มการพยาบาล

- การตรวจพัฒนาการเด็กได้ ๒๑ ราย

- กรณีการตามเวรพนักงานขับรถยนต์ คุณสุพิทย์ วันหลัง เวรสำรอง ไม่สามารถตามได้ และประเมินการปฏิบัติงานและให้ทำบันทึกเสนอชี้แจง

- การคัดเลือกพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ฝากให้ฝ่ายบริหารทำระเบียบการคัดเลือก

๕.กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม

๑. การดำเนินการหมอบครีว PCC จะต้องมียุทธวิธีอยู่ประจำ ในส่วนของอำเภอทรายมูล

- โคกยาว

- PCU ไร่

- ดงมะไฟ

๒. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ) ปี ๒๕๖๓ ได้ข้อสรุปประเด็น ๓ ข้อ ดังนี้

- โรคเรื้อรัง

- สารเคมี

-

๓. ใช้เลือดออก อำเภอทรายมูล ค่า $H/H = 0$

๔. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กำหนดการดำเนินการ ๑๐ วัน ค่าใช้จ่าย ๒๕๐/เคส
ให้ อสม.มีส่วนร่วมคัดกรอง

๖. กลุ่มงานประกันสุขภาพ

- นำเสนอข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิ เดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๒ ทั้งประเภทผู้ป่วยใน และ
ผู้ป่วยนอก

มติที่ประชุม - รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา

- ไม่มี

มติที่ประชุม - รับทราบ



(นายกฤติธ ทองอบ)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

ผู้บันทึกรายงานการประชุม



(นายปกาสิต โอวาทกานนท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล



สั่งโรงพยาบาลทรายมูล

ที่ ๕๕ /๒๕๖๒

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

.....

เพื่อให้งานพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการความเสี่ยงเงินโรงพยาบาลทรายมูล เป็นไปอย่างถูกต้องและเรียบร้อย จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประจำหน่วยงานและประจำ โปรแกรมบริหารความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๑๖ ราย ดังรายชื่อต่อไปนี้

รายชื่อคณะกรรมการ RMU

๑. ทนตแพทย์หญิงฤชชุดา สุขนิรันดร์	ประธานกรรมการ
๒. เกสัชกรหญิงสุธีรา ทาระพันธ์	รองประธานกรรมการ
๓. นางสาวลัลย์ สีลาดทา	กรรมการ
๔. นางบัวดิน จวนสา	กรรมการ
๕. นางสาวพิสมัย หวังผล	กรรมการ
๖. นางสาวปิยะดา สุตะภูมิ	กรรมการ
๗. นางมัสลิน ล้ำชัยภูมิ	กรรมการ
๘. นายพลวรรธ ทองบ่อ	กรรมการ
๙. น.ส.ธนาวรรณ สอดสี	กรรมการ
๑๐. น.ส.สุภาพร วงษ์จันทร์	กรรมการ
๑๑. นางอรุณรัตน์ ชื่นตา	กรรมการ
๑๒. นายเอกวิทย์ แสนจันทร์	กรรมการ
๑๓. น.ส.กัญธิมา ทองใบ	กรรมการ
๑๔. นายสมชาย บุญประสม	กรรมการ
๑๕. นางสาวศิริลักษณ์ บุตตา	กรรมการและเลขานุการ
๑๖. นางสาวสุนันทา วงศ์วรรณวัฒน์	กรรมการและเลขานุการ

กรรมการ RMP

๑. นางสาวศิริลักษณ์ บุตตา	ENV
๒. นางมัสลิน ล้ำชัยภูมิ	PCT
๓. น.ส.กัญธิมา ทองใบ	PCT
๔. เกสัชกรหญิงสุธีรา ทาระพันธ์	ME
๕. นางอรุณรัตน์ ชื่นตา	IC

๖. นางบัวดิน จวนสาบ	อาชีวนามัย
๗. นายพลวรรธ ทองบ่อ	อาชีวนามัย
๘. น.ส.สุภาพร วงษ์จันทร์	IM
๙. นายเอกวิทย์ แสนจันทร์	IM
๑๐. นางสาวกัลยาณี ภัทรวงศา	ข้อร้องเรียน
๑๑. นางสาวสุภาพร วงษ์จันทร์	สูญเสียรายได้

ทั้งนี้ให้เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งปฏิบัติหน้าที่ โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง

สั่ง ณ วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒



(นายปกาสิทธิ์ โอวาทกานนท์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลทรายมูล อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร ๓๕๑๗๐
ที่ ยส ๐๐๓๒.๓๐๑/๙๑๑ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญเจ้าหน้าที่ร่วมกิจกรรม โรงพยาบาลทรายมูลใส สะอาด ร่วมด้านทุจริต
เรียน หัวหน้าฝ่ายทุกฝ่ายและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน

ด้วย กลุ่มงานบริหารทั่วไป ขอเชิญเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ร่วมกิจกรรม โรงพยาบาลทรายมูลใส สะอาด ร่วมด้านทุจริต ในวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๐.๐๐น. ณ ลาน OPD โรงพยาบาลทรายมูล และร่วมประกาศเจตนารมณ์ต่อต้านการทุจริต “กระทรวงสาธารณสุขใส สะอาด ร่วมด้านทุจริต (MOPH Zero Tolerance) รายละเอียดตามที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งจนท.เข้าร่วมกิจกรรมตามวันเวลาดังกล่าว

(นางสุดเฉลี่ยว จันทรุทิน)

เภสัชกรชำนาญการ

รักษาการในตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

(นายปกาสิต โอวาทกานนท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล

กำหนดการจัดกิจกรรม
โรงพยาบาลทรายมูลใส สะอาด ร่วมด้านทุจริต
ณ ลาน OPD โรงพยาบาลทรายมูล
วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๒

- | | |
|---------------|---|
| เวลา ๐๙.๔๕ น. | - ประธานในพิธีกล่าวเปิดงานและมอบนโยบาย “โรงพยาบาลทรายมูลใส สะอาด ร่วมด้านทุจริต” |
| เวลา ๑๐.๐๐ น. | - ร่วมลงชื่อต่อต้านการทุจริต |
| เวลา ๑๐.๓๐ น. | - ร่วมประกาศเจตนารมณ์ต่อต้านทุจริต |
| เวลา ๑๑.๐๐ น. | - รมรณรงค์การต่อต้านทุจริต “ โรงพยาบาลทรายมูลใส สะอาด ร่วมด้านทุจริต” |
| เวลา ๑๑.๓๐ น. | - กิจกรรม สธ.ไร้ทุจริตมีจิตสำนึกไม่โกง /คุณธรรมประจำชาติ พอเพียง มีวินัย สุจริต จิตอาสา |

หมายเหตุ กำหนดการเวลาอาจเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

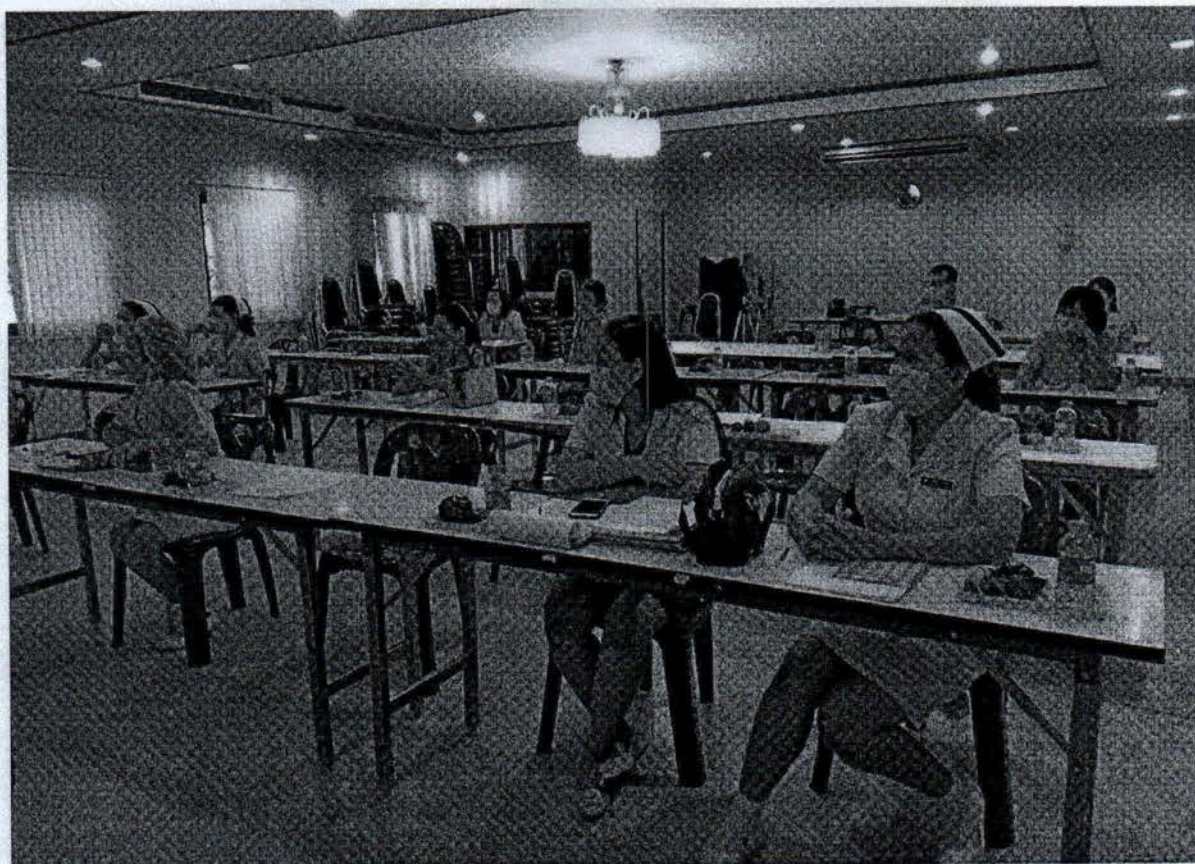
กิจกรรม ร่วมลงชื่อด้านทุจริต "โรงพยาบาลทรายมูลใส สะอาด ร่วมด้านทุจริต"
 และร่วมประกาศเจตนารมณ์การต่อต้านทุจริต โรงพยาบาลทรายมูล ไม่ทนต่อการทุจริต
 วันที่ 9 ธันวาคม 2562

ณ ลาน OPD โรงพยาบาลทรายมูล

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
1	นางนพรัตน์ ไชยภักดิ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล	[ลายมือชื่อ]
2	นาย. วิภา ธรรม	รพ. ๕๕.	[ลายมือชื่อ]
3	นายสมชาย ขวัญประเสริฐ	แพทย์หญิงเจดจิรา	[ลายมือชื่อ]
4	นางสาวพณีย์ สอนาม	พญ. รุ่งเรือง งามนวล	[ลายมือชื่อ]
5	นาย สุรินทร์ สมบัติ	พญ. วราภรณ์ งามนวล	[ลายมือชื่อ]
6	นางสาว งาม	น.อ. งามนวล	[ลายมือชื่อ]
7	นางสาวสมใจ งามนวล	ผก. งามนวล	[ลายมือชื่อ]
8	วิไลวรรณ งามนวล	พญ. งามนวล งามนวล	[ลายมือชื่อ]
9	นาย งาม	น.	[ลายมือชื่อ]
10	นาย งาม	พญ. งามนวล งามนวล	[ลายมือชื่อ]
11	นาย งาม	ผก. งามนวล	[ลายมือชื่อ]
12	นางสาว งาม	พญ. งามนวล งามนวล	[ลายมือชื่อ]
13	นาย งาม	พญ. งามนวล งามนวล	[ลายมือชื่อ]
14	นาย งาม	พญ. งามนวล งามนวล	[ลายมือชื่อ]
15	นาย งาม	พญ. งามนวล งามนวล	[ลายมือชื่อ]
16	นาย งาม	พญ. งามนวล งามนวล	[ลายมือชื่อ]
17	นาย งาม	พญ. งามนวล งามนวล	[ลายมือชื่อ]
18	นาย งาม	พญ. งามนวล งามนวล	[ลายมือชื่อ]
19	นาย งาม	พญ. งามนวล งามนวล	[ลายมือชื่อ]
20	นาย งาม	พญ. งามนวล งามนวล	[ลายมือชื่อ]

	ชื่อสกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
	ช.อ.ศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
22	ร.อ.ศิริรัตน์ ยอธา	ช่างซ่อม	
23	อ.อ.ศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
24	นางสาวศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
25	น.อ.ศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
26	นางสาวศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
27	น.อ.ศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
28	น.อ.ศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
29	นางสาวศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
30	นางสาวศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
31	น.อ.ศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
32	นางสาวศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
33	น.อ.ศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
34	น.อ.ศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
35	น.อ.ศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
36	น.อ.ศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
37	น.อ.ศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
38	น.อ.ศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
39	น.อ.ศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
40	น.อ.ศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
41	น.อ.ศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
42	น.อ.ศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	
43	น.อ.ศิริรัตน์ ยอธา	พนักงานขับรถ	

	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
	นายพิทักษ์ ๐๙๕-๕๖๖๖	๑๗. นายพิทักษ์ ๐๙๕-๕๖๖๖	
45	นางสาว สันติ สิริจันทร์	พนักงานสอบสวน	สันติ
46	นางนฤพร นวลใจ	สมาชิก อบจ. อ.เมือง	นฤพร
47	นาย เดชา ใจดี	นายก อบจ. อ.เมือง	เดชา
48	น.ส. นฤพร นวลใจ	๑๗. น.ส. นฤพร	นฤพร
49	นาย เดชา สันติ	นายก อบจ. อ.เมือง	เดชา
50	นาย สันติ นวลใจ	นายก อบจ. อ.เมือง	สันติ
51	น.ส. นฤพร นวลใจ	นายก อบจ. อ.เมือง	นฤพร
52	นาย นฤพร นวลใจ	นายก อบจ. อ.เมือง	นฤพร
53	นางสาว สันติ สิริจันทร์	นายก อบจ. อ.เมือง	สันติ
54	นางสาว สันติ สิริจันทร์	นายก อบจ. อ.เมือง	สันติ
55	นางสาว สันติ สิริจันทร์	นายก อบจ. อ.เมือง	สันติ
56	นาย สันติ สิริจันทร์	นายก อบจ. อ.เมือง	สันติ
57	น.ส. นฤพร นวลใจ	นายก อบจ. อ.เมือง	นฤพร
58	นาย สันติ สิริจันทร์	นายก อบจ. อ.เมือง	สันติ
59	น.ส. นฤพร นวลใจ	นายก อบจ. อ.เมือง	นฤพร
60	นาย สันติ สิริจันทร์	นายก อบจ. อ.เมือง	สันติ
61	นาย สันติ สิริจันทร์	นายก อบจ. อ.เมือง	สันติ
62	นางสาว สันติ สิริจันทร์	นายก อบจ. อ.เมือง	สันติ
63			
64			
65			
66			











รายงานการวิเคราะห์ความเสี่ยง
เกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน โรงพยาบาลทรายมูล
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. ความเป็นมา

๑.๑ การทุจริตในประเทศไทยมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เห็นได้จากดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชัน ในช่วงที่ผ่านมา ค่าคะแนนอยู่ในระดับต่ำกว่าครึ่งมาตลอดส่งผลถึงภาพลักษณ์และดัชนีความเชื่อมั่นต่อต่างชาติที่มีต่อประเทศไทย และจากยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะ ๓ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔) ได้กำหนดเป้าประสงค์หลักในการเพิ่มระดับของค่าดัชนีชี้วัดภาพลักษณ์คอร์รัปชัน ของประเทศไทยสูงกว่าร้อยละ ๕๐ และเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายดังกล่าว สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปราม การทุจริตในภาครัฐ(สำนักงาน ป.ป.ท.) ได้นำเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐมาใช้ในการประเมินการดำเนินงานของส่วนราชการ เพื่อยกระดับความโปร่งใสซึ่งจะสนับสนุนให้ค่า CPI ของประเทศสูงขึ้น ซึ่งเกณฑ์ประเมินผลที่ต้องการให้หน่วยงานรัฐยกระดับให้โปร่งใสและต่อต้านการทุจริตในองค์กรโดยสนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน ผ่านกิจกรรมต่างๆ ตลอดจน การให้ความรู้ตามคู่มือประมวลจริยธรรมเกี่ยวกับการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

๑.๒ การมีผลประโยชน์ทับซ้อนถือว่าเป็นการทุจริตคอร์รัปชันประเภทหนึ่งเพราะเป็นการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนบุคคล โดยการละเมิดต่อกฎหมายหรือจริยธรรมด้วยการใช้ตำแหน่งหน้าที่ไปแทรกแซงการใช้ดุลยพินิจ ในกระบวนการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่ของรัฐ จนทำให้เกิดการละทิ้งคุณธรรมในการปฏิบัติหน้าที่ สาธารณะขาดความเป็นอิสระ ความเป็นกลางและความเป็นธรรม จนส่งผลกระทบต่อประโยชน์สาธารณะของส่วนรวม และทำให้ผลประโยชน์หลักขององค์กร หน่วยงาน สถาบันและสังคมสูญเสียไป โดยผลประโยชน์ที่สูญเสียไปอาจอยู่ในรูปของผลประโยชน์ทางการเงิน คุณภาพการให้บริการและความเป็นธรรมในสังคม รวมถึงคุณค่าอื่นๆ ตลอดจนโอกาสในอนาคตตั้งแต่ ระดับองค์กรจนถึงระดับสังคม อย่างไรก็ตาม ท่ามกลางผู้ที่ตั้งใจจะทำความรับผิดชอบผู้กระทำความผิดโดยไม่เจตนา หรือไม่มีความรู้ในเรื่องดังกล่าวอีกเป็นจำนวนมากจนนำไปสู่การถูกกล่าวหาหรือเรียน เรื่องทุจริตหรือถูกลงโทษทางอาญา ผลประโยชน์ทับซ้อนหรือความขัดแย้งกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนปะผลประโยชน์ส่วนรวม เป็นประเด็นปัญหาทางการบริหารภาครัฐในปัจจุบันที่เป็นป่อเกิดของปัญหาการทุจริตประพตมิชอบในระดับที่รุนแรงขึ้น และยังสะท้อนปัญหาการขาดหลักธรรมาภิบาล และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ

๑.๓ การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนเป็นเรื่องที่มีความสำคัญดังกล่าวข้างต้นในเกณฑ์การประเมินความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ จึงได้มีการประเมินในด้านการต่อต้านการทุจริตในองค์กร เกี่ยวกับ การดำเนินงานเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนของหน่วยงาน โดยมีการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ให้มีการดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน เพื่อกำหนดมาตรการ สำคัญในการป้องกันการทุจริต การบริหารงานที่โปร่งใสและการตรวจสอบได้ การแก้ไข ปัญหาการกระทำผิดวินัยของเจ้าหน้าที่รัฐที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อย นอกจากนี้ ยังนำความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนที่ได้นี้ มากำหนดเป็นคู่มือป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนของจังหวัดยโสธรอีกด้วย

๒. การวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อน

๒.๑ ผลประโยชน์ทับซ้อน หมายถึง สภาวะการณ์ หรือข้อเท็จจริงที่บุคคล ไม่ว่าจะเป็นนักการเมือง ข้าราชการ พนักงานบริษัทหรือผู้บริหาร ซึ่งมีอำนาจหน้าที่เจ้าหน้าที่ของรัฐปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งหน้าที่ บุคคลนั้น รับผิดชอบ และส่งผลกระทบต่อประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งการกระทำนั้นอาจจะเกิดขึ้นอย่างรู้ตัว

/ หรือไม่รู้ตัว...

หรือไม่รู้ตัว มีเจตนา และไม่เจตนา และรูปแบบที่หลากหลายไม่จำกัดอยู่ในรูปของตัวเงินหรือทรัพย์สินเท่านั้น แต่รวมถึงผลประโยชน์อื่นๆ ที่ไม่ใช่ในรูปตัวเงินหรือทรัพย์สินก็ได้ อาทิ การแต่งตั้งพรรคพวกเข้ามาดำรงตำแหน่งในองค์กรต่างๆ ทั้งในหน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจและบริษัทจำกัด หรือการที่บุคคลผู้มีอำนาจหน้าที่ตัดสินใจให้ญาติพี่น้องหรือบริษัทที่ตนมีส่วนได้ส่วนเสียได้รับสัมปทานหรือผลประโยชน์จากทางราชการ โดยมีขอบ ส่งผลให้บุคคลนั้นขาดการตัดสินใจที่เที่ยงธรรม เนื่องจากยึดผลประโยชน์ส่วนตนเป็นหลักผลประโยชน์จึงเกิดขึ้นกับประเทศชาติ การกระทำแบบนี้เป็นการกระทำที่ผิด ทางจริยธรรมและจรรยาบรรณ

๒.๒ การวิเคราะห์ความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เป็นระบบในการบริหารปัจจัยและควบคุมกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อลดมูลเหตุของโอกาสที่จะทำให้เกิดความเสียหายจาก การปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน

ประเภทของความเสี่ยง แบ่งออกเป็น ๔ ด้าน ดังนี้

- ๑.) ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ คือ ความเสี่ยงที่เกิดจากกิจกรรมทางการดำเนินงานขององค์กร การกำหนดกลยุทธ์ หรือแผนงาน และนโยบายบริหารงาน
- ๒.) ความเสี่ยงด้านการเงิน คือ ความเสี่ยงที่เกิดจากความไม่พร้อมในเรื่องงบประมาณ การเงินที่ใช้ในการดำเนินการโครงการนั้นๆ
- ๓.) ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน คือ ความเสี่ยงที่เกิดจากการปฏิบัติงานทุก ขั้นตอนโดยครอบคลุมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ อุปกรณ์ เทคโนโลยีสารสนเทศ และบุคคลกรในการปฏิบัติงาน
- ๔.) ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง คือ ความเสี่ยงที่เกิดจากการไม่สามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องได้ หรือกฎหมายที่ไม่อยู่ ไม่เหมาะสม หรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน

สาเหตุของการเกิดความเสี่ยง อาจเกิดจากปัจจัยหลัก ๒ ปัจจัย คือ

- ๑.) ปัจจัยภายใน เช่น นโยบายของผู้บริหาร ความซื่อสัตย์ จริยธรรม คุณภาพของบุคคลกร และการเปลี่ยนแปลงระบบงานความเชื่อถือได้ระบบสารสนเทศ การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บ่อยครั้งการควบคุม กำกับดูแลไม่ทั่วถึง และการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบหรือข้อบังคับของหน่วยงาน เป็นต้น
- ๒.) ปัจจัยภายนอก เช่น กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับของทางราชการ การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี หรือ สภาพการแข่งขัน สภาวะแวดล้อมทั้งทางเศรษฐกิจและการเมือง เป็นต้น

๒.๓ การวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อน หมายถึง กระบวนการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เป็นระบบในการบริหารปัจจัยและควบคุมกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อลดมูลเหตุของโอกาสที่จะทำให้เกิดความเสียหาย จากการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน หรือความขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนและผลประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ อันเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการทุจริต กล่าวคือ ยังมีสถานการณ์หรือสภาวะการณ์ของการขัดกันของผลประโยชน์ส่วนตนและผลประโยชน์ส่วนรวมมากเท่าใด ก็ยังมีโอกาสก่อให้เกิดหรือนำไปสู่การทุจริต มากเท่านั้น

๓.การวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน

กระบวนการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เป็นระบบในการบริหารปัจจัยและควบคุมกระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อลดมูลเหตุของโอกาสที่จะเกิดความเสียหายจากการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน หรือความขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนและผลประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ อันเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงใกล้ชิดกับการทุจริต กล่าวคือ ยังมีสถานการณ์หรือสภาวะการณ์ของการขัดกันของผลประโยชน์ส่วนตนและผลประโยชน์ส่วนรวมมากเท่าใด ก็ยังมีโอกาสก่อให้เกิดหรือนำไปสู่การทุจริตมากเท่านั้น

/การวิเคราะห์...

การวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนของจังหวัดยโสธร ในครั้งนี้ได้นำเอาความเสี่ยงในด้านต่างๆ ปิดโอกาสการทุจริต และเพื่อกำหนดมาตรการหรือแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการทุจริตประพฤติมิชอบ การกระทำผิดวินัยของเจ้าหน้าที่รัฐเป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยอีกด้วย

การวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดการทุจริต การปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ ในการปฏิบัติราชการและผลประโยชน์ทับซ้อน โดยการวิเคราะห์เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นเหตุทำให้

๑. การปฏิบัติราชการตามอำนาจหน้าที่ของข้าราชการเป็นไปในลักษณะที่ขาดหรือมีความรับผิดชอบไม่เพียงพอ
๒. การปฏิบัติหน้าที่ในทางที่ทำให้ประชาชนขาดความเชื่อถือในควมมีคุณธรรมความมีจริยธรรม
๓. การปฏิบัติหน้าที่โดยการขาดการคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน และการยึดมั่นในหลักธรรมาภิบาล

โรงพยาบาลทรายมูล ขอวิเคราะห์ความเสี่ยงกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน หรืออาจเกิดทุจริตและประพฤติมิชอบในการปฏิบัติราชการ โดยใช้แหล่งข้อมูลซึ่งเป็นภาพรวมของโรงพยาบาลทรายมูลจากข้อมูลการร้องเรียนเจ้าหน้าที่ของรัฐ ในเรื่องการทุจริตต่อหน้าที่ ผ่านศูนย์ร้องเรียนโรงพยาบาลทรายมูล และทางเฟสบุ๊ค ทางไลน์ ทางจดหมาย ทางโทรศัพท์ ข้อมูลระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ -๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ โดยไม่มีเรื่องร้องเรียนกล่าวโทษเจ้าหน้าที่ของรัฐ ดังนี้

จำนวนเรื่องร้องเรียน ปี ๒๕๖๒	จำนวนเรื่องร้องเรียน ปี ๒๕๖๓	เรื่องที่มีมูลความจริงที่มีความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน	เรื่องที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ	เรื่องยุติแล้ว	คิดเป็นร้อยละ
ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	๑๐๐

จากข้อมูลสรุปเรื่องร้องเรียนเจ้าหน้าที่ของรัฐดังกล่าว โรงพยาบาลทรายมูล ไม่มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อน เนื่องจากมีการจัดหาพัสดุเป็นไปตามระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างและมีกระบวนการดำเนินงานที่รัดกุม จึงไม่เกิดข้อเรียนร้อง ในประเด็นผลประโยชน์ทับซ้อน มีแต่ประเด็นความเสี่ยงอื่นที่เกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วย

๔. การดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน

๑.) การพิจารณากระบวนการงานที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการทุจริต หรือที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน

- กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการใช้เงิน และมีช่องทางที่จะทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและพวกพ้อง
- กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่ ซึ่งมีโอกาสใช้อย่างไม่เหมาะสม มีการเอื้อประโยชน์หรือให้ความช่วยเหลือพวกพ้อง การกีดกัน การสร้างอุปสรรค
- กระบวนการที่มีช่องทางเรียกร้องรับผลประโยชน์จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อ ผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง

๒.) โดยมีกระบวนการที่เข้าข่ายมีโอกาสเสี่ยงต่อการทุจริต หรือที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน

- การจัดซื้อจัดจ้าง และการจ้างบริการ
- การกำหนดคุณลักษณะวัสดุ ครุภัณฑ์ การกำหนดคุณสมบัติผู้ที่จะเข้าประมูลหรือขายสินค้า
- การตรวจรับวัสดุ ครุภัณฑ์
- การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ไม่เป็นไปตามขั้นตอนและระเบียบการจัดซื้อจัดจ้าง

๓.) ความเสียหายที่จะเกิดขึ้นหากไม่มีการป้องกันที่เหมาะสม

- เปิดช่องทางให้เจ้าหน้าที่ใช้อำนาจหน้าที่ให้ผู้ปฏิบัติใช้ออกาสกระทำผิดในทางมิชอบด้วยหน้าที่
- เสียชื่อเสียงและความน่าเชื่อถือของหน่วยงาน

๔.) แนวทางการป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน

(๑.) การเสริมสร้างจิตสำนึกให้บุคลากรโรงพยาบาลทรายมูลต่อต้านทุจริตทุกรูปแบบ เช่น

- การส่งเสริมการปฏิบัติตามจรรยาบรรณของข้าราชการและเจ้าหน้าที่
- เผยแพร่ค่านิยมสร้างสรรค์ให้แก่เจ้าหน้าที่
- จัดโครงการฝึกอบรมด้านคุณธรรม จริยธรรมให้กับเจ้าหน้าที่
- การส่งเสริมให้ผู้บังคับบัญชา เป็นตัวอย่างที่ดี

(๒.) การป้องกันเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่อาจเป็นภัยต่อหน่วยงาน เช่น

- การแจ้งเวียนหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารงานบุคคลที่มีโปร่งใสและเป็นธรรม
- การเผยแพร่หลักเกณฑ์การรับทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นใด
- การตรวจสอบ ติดตาม ประเมินผล และรายงานผลการปฏิบัติงานของข้าราชการ พนักงานราชการและลูกจ้างอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
- จัดช่องทางการร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบ

๕. สรุปผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

โรงพยาบาลทรายมูล ได้กำหนดพฤติกรรมที่นำไปสู่การทุจริตประพฤติมิชอบ ดังนี้

๑. กระบวนการจัดซื้อจัดจ้างไม่เป็นไปตามระเบียบ
๒. การเอื้อประโยชน์ต่อพวกพ้องในการจัดซื้อจัดจ้าง

การวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจก่อให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อน ตามแนวทางของโรงพยาบาลทรายมูล จึงได้วิเคราะห์ถึงโอกาสและผลกระทบที่เกิดการทุจริตประพฤติมิชอบ หรือ ผลประโยชน์ทับซ้อน โดยวิเคราะห์จากพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้น นำมากำหนดเกณฑ์การประเมินมาตรฐานที่จะใช้ในการประเมินความเสี่ยงการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน ของโรงพยาบาลทรายมูล

๑. การกำหนดเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน
เกณฑ์มาตรฐานระดับโอกาสที่เกิดจากความเสียง

ระดับ	โอกาสที่จะเกิด	คำอธิบาย
๕	สูงมาก	โอกาสเกิดขึ้นเป็นประจำ
๔	สูง	โอกาสเกิดขึ้นบ่อยครั้ง
๓	ปานกลาง	โอกาสเกิดขึ้นบ้าง
๒	น้อย	โอกาสเกิดขึ้นน้อย
๑	น้อยมาก	โอกาสเกิดขึ้นยาก

เกณฑ์มาตรฐานระดับความรุนแรงของผลกระทบ

ระดับ	ผลกระทบ	คำอธิบาย
๕	สูงมาก	ลงโทษทางวินัยร้ายแรง ไล่ออก
๔	สูง	ลงโทษทางวินัยร้ายแรง ปลดออก
๓	ปานกลาง	ลงโทษทางวินัยไม่ร้ายแรง ลดเงินเดือน
๒	น้อย	ลงโทษทางวินัยไม่ร้ายแรง ตัดเงินเดือน
๑	น้อยมาก	ลงโทษทางวินัยไม่ร้ายแรง ภาคทัณฑ์

๒. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

ระดับความเสี่ยง คือ การแสดงถึงระดับความสำคัญในการบริหารความเสี่ยงโดยพิจารณาจากผล
คูณของ ระดับโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง คูณด้วย ระดับความรุนแรงของผลกระทบของแต่ละ
สาเหตุ (โอกาส x ผลกระทบ) และนำมาจัดระดับความเสี่ยงโดยมีการกำหนดแผนภูมิความเสี่ยง
(Risk Profile) ดังนี้

โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง x ระดับความรุนแรงของผลกระทบ = คะแนนระดับความเสี่ยง

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางสาวนุชชรา ศรีหานาจ)

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา
(นายปกาสิทธิ์ โอวาทกานนท์)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลทรายมูล

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.๒๕๖๑

สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลทรายมูล

วัน/เดือน/ปี : ๙ ธันวาคม ๒๕๖๒

หัวข้อ : ประกาศโรงพยาบาลทรายมูล เรื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผลประสิทธิผลของโครงการ

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผลประสิทธิผลของโครงการ

ที่ปรึกษาในหน่วยงาน

Link ภายนอก :

หมายเหตุ:

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....

(นางสาวนุชชา ศรีหาษา)

ตำแหน่งนักวิชาการพัสดุ.....

วันที่๙ เดือน ๑๒ พ.ศ. ๖๒

ผู้อนุมัติรับรอง

ลงชื่อ.....

(นางสุดเฉลี่ย จันทรินทร์)

ตำแหน่ง เกสเซอร์ชำนาญการ

รักษาการในตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

วันที่๙ เดือน ๑๒ พ.ศ. ๖๒

ผู้รับผิดชอบในการนำข้อมูลขึ้นเพื่อเผยแพร่

ลงชื่อ.....

(นายกฤติชัย ทองอบ)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

วันที่๙ เดือน ๑๒ พ.ศ. ๖๒