

ระเบียบวาระการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการความเสี่ยง

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖

วันที่ ๑๖ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๖

ณ ห้องประชุมไอเอยรา โรงพยาบาลนากลาง

วาระที่ ๑ ประธานแจ้งให้ทราบ

๑.
๒.
๓.
๔.

วาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว

-

วาระที่ ๓ การติดตามความก้าวหน้าจากการประชุมที่ผ่านมา

-

วาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา / เรื่องอื่นๆ

๑. การทบทวนคำสั่งคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
๒. การติดตามประเมินผลการบริหารจัดการความเสี่ยงสำคัญปี ๒๕๖๕
๓.

วาระที่ ๕ เรื่องแจ้งจากหน่วยงาน

วาระที่ ๖ เรื่องอื่นๆ

๒. วาระที่ ๑ ประธานแจ้งให้ทราบ

- ต้นปีงบประมาณ ๒๕๖๖ สิ่งที่จะต้องดำเนินการคือ การทบทวนคำสั่งคณะกรรมการให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน และกระตุ้นการรายงานและทบทวนความเสี่ยง
- ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ได้ดำเนินการจัดทำแผนของการบริหารจัดการความเสี่ยงเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการตามแผน
-

๓. วาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว
รับรอง

๔. วาระที่ ๓ ติดตาม/การติดตามความก้าวหน้าจากการประชุมที่ผ่านมา
ไม่มี

๕. วาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา / เรื่องอื่นๆ

๑. การทบทวนคำสั่งคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยง ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
มติ : ขอให้ทุกหน่วยงานส่งรายชื่อคณะกรรมการให้ คุณวรัญญา ดำก่ำ เลขานุการคณะกรรมการ
บริหารจัดการความเสี่ยง ภายในวันศุกร์นี้ เพื่อจัดทำคำสั่งประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๒. การติดตาม ทบทวน ประเมินผลการบริหารจัดการความเสี่ยงสำคัญปี ๒๕๖๕
มติ : ขอให้ทุกหน่วยงาน การจัดทำ Risk profile ของหน่วยงานและจะติดตามในการประชุมครั้ง

ต่อไป โดยใช้รูปแบบดังนี้

รูปแบบ

รายการความเสี่ยง	L	C	RL
ความเสี่ยงทั่วไป			
1. แบ่งกลุ่มความเสี่ยง			
2.			
.....			
อุบัติการณ์			
1.			
2.			
.....			
Potential harm			
1			
2.			
.....			

ความเสี่ยงทางคลินิก 1. 2. อุบัติการณ์ 1. 2. Potential harm 1 2.			
--	--	--	--

การทบทวนความเสี่ยงระดับ A-D

-เพิ่มช่องทางการทบทวนลงใน google form เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าดูการทบทวนได้ประสานIT ดูการเพิ่มช่องทบทวนใน google form

-เน้นย้ำการทบทวน ระดับE-I ให้ทันเวลา

การพิจารณาทบทวนความเสี่ยง การควบคุมและการรายงานความเสี่ยงเดือน ตุลาคม ๒๕๖๕

สรุปการรายงานความเสี่ยงประจำเดือน ตุลาคม ๖๕

การรายงานความเสี่ยงทั้งหมด ๑๕๘ เรื่อง ระดับ A-D และ ๑-๒ จำนวน ๑๕๘ เรื่อง

E-I ๑ เรื่อง รอคการทบทวนทั้งหมด๑ เรื่อง

๑. Rs failure ใน คนไข้ sepsis

ขอให้ส่งผลการทบทวน ภายในวันศุกร์นี้

หน่วยงานที่ยังไม่ส่งการรายงานความเสี่ยง ๔ หน่วยงานได้แก่

- กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ
 ๑. ชุรการ
 ๒. IT
- กลุ่มภารกิจด้านบริการทางการแพทย์
 ๓. เวชปฏิบัติ
- กลุ่มการพยาบาล
 ๔. ตึกหญิง

๑. สรุปส่งการรายงานความเสี่ยง๑๙ หน่วยงานคิดเป็น ๘๒.๖๐% (เป้าหมาย ๙๐%)

สรุปตัวชี้วัดและผลการบริหารจัดการความเสี่ยงปี ๒๕๖๖ (ตามเอกสารแนบ ๑)

๖. วาระที่ ๕ เรื่องแจ้งจากงานต่างๆ

ไม่มี

๖.วาระที่ ๕ วาระอื่น ๆ

ไม่มี

๗. วิชาการก่อนการประชุม

วิชาการหลักสูตร 601 ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ

สรุป

เรื่อง Risk Identification

การจัดการความเสี่ยงมี 4 กระบวนการ

1. Risk identification : เป็นการค้นหาความเสี่ยง

2.Risk Analysis

3. Risk treatment

Type of Risk / Risk Domain

1. Hazard risk : ความเสี่ยงจากภาวะอันตราย

อันตรายจากภายนอก จาก ENV เช่น ไฟไหม้

เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับทรัพย์สินและมูลค่าของทรัพย์สิน โดยทั่วไปจะทำประกันได้ อัคคีภัย ภัยธรรมชาติ โจรกรรม การทำร้ายร่างกาย โรคอันตรายและทุพพลภาพด้วยสาเหตุจากการทำงาน การฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ความชะงักงันทางธุรกิจ การบริหารอาคารสถานที่ (แสง สถานที่ การรักษาความปลอดภัย) ที่ไม่เหมาะสม ความเสียหายระหว่างการก่อสร้างหรือการปรับปรุงอาคารสถานที่

เป็นความเสี่ยงที่จะทำให้รพ. เสียเงินเช่น โดนฟ้องร้อง การเงิน รายได้ของรพ.

2. Financial risk: ความเสี่ยงด้านการเงิน

การตัดสินใจที่มีผลต่อความยั่งยืนทางการเงินขององค์กร ผลประกอบการด้านการเงิน (financial performance) ความถูกต้องของการเรียกเก็บเงิน/ การชำระหนี้/ การรักษาที่ไม่อาจเก็บเงินได้ ภาระค่าใช้จ่ายด้านเงินเดือนสวัสดิการ และกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ การเข้าถึงแหล่งทุนการระดมทุน สัญญาเกี่ยวกับการลงทุน การบริหารสัญญา การเพิ่มรายได้ มูลค่าทรัพย์สิน อัตราดอกเบี้ย อัตราแลกเปลี่ยน สภาพคล่อง (liquidity) ค่าเงินเพื่อ

(inflation) กำลังซื้อ (purchasing power) ค่าใช้จ่ายเนื่องจากทฤษฎีปฏิบัติการฟ้องร้องการประกัน การขยายตัวของบริการและสถานที่

3. Strategic risk: ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์

ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับจุดเน้นและทิศทางขององค์กร brand ชื่อเสียง การแข่งขัน การไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับยุคสมัย การปฏิรูประบบสุขภาพ การตลาดและการขยาย ความสัมพันธ์กับสื่อ การควบรวมกิจการ การร่วมทุน ความร่วมมือ การโฆษณา ความไม่แน่นอนของปริมาณผู้รับบริการ รูปแบบใหม่ๆ ในการให้บริการสุขภาพ แนวโน้มทางประชากรและสังคม/วัฒนธรรม นวัตกรรมทางเทคโนโลยี, ความพร้อมของทุน, แนวโน้มของกฎระเบียบและการเมือง

การบริการเพื่อสร้างโอกาสให้กับ รพ. เช่น application เพื่อการสื่อสารกับ pt

เป็นระบบงาน การบริหารภายใน

4. Operational risk: ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ

ความเสี่ยงที่เกิดจากระบบ คน กระบวนการภายใน ที่ไม่เพียงพอหรือล้มเหลว การจัดการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การบำรุงรักษาเครื่องมือ/สถานที่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ ขีดความสามารถ เทคโนโลยีสารสนเทศ, สารสนเทศ/รายงานทางธุรกิจ เช่น การวางแผนและงบประมาณ ข้อมูลทางการบัญชี กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ภาษี การประเมินการลงทุน ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเช่น การเข้าถึง การส่งต่อ การวินิจฉัย การวางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนื่อง การไม่ปฏิบัติตามหลักฐานทางวิชาการ อุบัติการณ์รุนแรง

ความเสี่ยงเกี่ยวกับคน การสรรหา การลาออก

5. Human capital risk : ความเสี่ยงด้านทุนมนุษย์/กำลังคน

เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับกำลังคนขององค์กร การขาดงาน อุบัติเหตุจากการทำงาน ความอ่อนล้าจากการทำงาน การจัดการอัตราค่าจ้างที่ยืดหยุ่น การขาดแคลนแพทย์ กำลังคนที่อายุมากขึ้น

เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถระบุจัดการตามกฎหมาย

6. Legal/Regulatory risk : ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ

ไม่สามารถระบุจัดการ และติดตามการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับในระดับต่างๆ การปฏิบัติตามกฎหมายต่างๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร ทรัพย์สินทางปัญญา การฉ้อโกง การกระทำทารุณ การขอใบอนุญาต การรับรอง

7. Technology risk : ความเสี่ยงด้าน เทคโนโลยี

เครื่องจักร ฮาร์ดแวร์ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องมือ การขาดแคลนบุคลากรด้าน IT และการใช้ bar code

เกี่ยวกับเครื่องมือ อุปกรณ์ งาน IT

การระบุความเสี่ยง (Risk identification) :

หาโอกาสในการเกิดความเสี่ยงแบบ looking forward โดยรายงานอุบัติการณ์ การทบทวนคุณภาพ การทบทวนเวชระเบียน โดยใช้ trigger tools

ทบทวนและเรียนรู้จากกรอบทิส (NEWS) : เป็นวิธีที่สามารถหาความเสี่ยงได้

- Need & Expectation : รับฟังประสบการณ์และคำร้องเรียนของผู้รับบริการ (ความต้องการของ pt)
- Evidence : การทบทวนความรู้ทางวิชาการและเชิงการปฏิบัติ (การทบทวน วางแผนการประเมิน pt)
- Safety : ใช้ Trigger Tool เพื่อค้นหา AE เชิงรุก Root Cause Analysis (ทบทวนความปลอดภัย)
- Waste : อะไรคือ waste ในหน่วยงาน Diagnostic (ระยะเวลารอคอย พยาบาลไม่พอ application บางอย่าง การใช้ยา การรักษา ทำหัตถการ)

Canadian Incident analysis : Incident management ประกอบด้วย

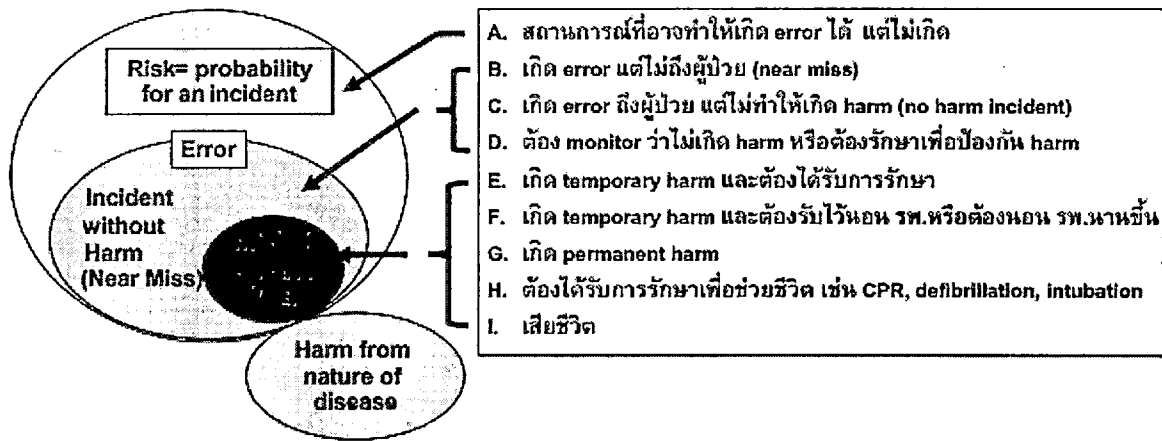
1. การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย
2. การตอบสนองทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์
3. การเตรียมการเพื่อวิเคราะห์อุบัติการณ์
4. การบวนการวิเคราะห์ (RCA)
5. การนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติและติดตามผล

ต้องเกิด just culture ซึ่งต้องเริ่มเกิด
จากผู้บริหารก่อน

Incident Management

กระบวนการจัดการอุบัติการณ์ที่ได้ผล

1. การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ ครอบคลุมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน (เป็นตามระดับ A-I)



คำว่า Near miss ,close call, potential adverse event (potential to harm)

คือเหตุการณ์ (มักเป็น error) ความผิดพลาดที่มีโอกาสทำอันตรายต่อผู้ป่วยแต่ไม่เกิด vอันตรายจริงเพราะระบบดักจับป้องกันได้ก่อนถึงผู้ป่วย (intercept) หรือให้การแก้ไขทันท่วงทีหรือโชคช่วย

ระดับความสำคัญกับการจัดการ

- **Sentinel Event** : รุนแรง : ลดผลกระทบทันที รายงานใน 6 ชม.และป้องกันการเกิดซ้ำ
- **Potential Adverse Event** : ไม่รุนแรง : ต้องป้องกันการเกิดซ้ำ
- **Event** : ไม่รุนแรง: ผู้บริหารรับทราบ แก้ไข ป้องกัน

2. การตรวจสอบ สืบค้น วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (RCA) และตอบสนองต่ออุบัติการณ์

3. การนำข้อมูลหรือสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์ มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุง เพื่อป้องกันลดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำหรือบรรเทาความรุนแรง และเสียหาย

4..การสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ที่ได้รับผลกระทบจาก เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

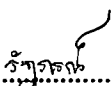
5. การอบรมบุคลากรเรื่องการระบุความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดอุบัติการณ์


6. การดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อไม่ให้เกิด Second Victim

๘. ติดตามงานสำคัญ


๑.Risk Profile ของหน่วยงาน

ปิดประชุมเวลา ๑๖.๓๐ น.

ลงชื่อ
(นางรัฐภรณ์ อภาผล)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้บันทึก

ลงชื่อ.....
(นางวรรณญา ดากำ)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ตรวจสอบ

ลงชื่อ
(นายแพทย์ชวภัทร วีระธรรมพูลสวัสดิ์)
ผู้รับรองรายงานการประชุม

รายงานผลการบริหารจัดการความเสี่ยงสำคัญ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ปัจจัยเสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมการจัดการความเสี่ยง	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	สถานะดำเนินการ	สรุปผลการประเมิน/ข้อคิดเห็น
3.1 แผนบริหารความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)					
1) งบประมาณและแผนในการดำเนินการโครงสร้าง สภาพไม่สอดคล้องกับมาตรฐาน	1) การเตรียมแผนด้านงบประมาณให้เพียงพอและสอดคล้องกับแผนการ ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ นโยบายและตัวชี้วัดที่สำคัญของหน่วยงาน	ปีงบประมาณ 2565	คณะกรรมการบริหาร รพ.	ดำเนินการแล้ว	ยังมีความเสี่ยง
2) ความเพียงพอของบุคลากรด้านรักษาพยาบาลต่อการ ขอใช้บริการ SEMI-ICU และความสามารถของบุคลากร ตามแพทย์เฉพาะทาง สูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม	2) รับผิดชอบบุคลากรด้านการรักษาพยาบาลให้มีความเพียงพอต่อการขยายตัว ของการบริการ	ปีงบประมาณ 2565	คณะกรรมการบริหาร รพ.	อยู่ระหว่างดำเนินการ	ยังมีความเสี่ยง
3.2 แผนบริหารความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk)					
ด้านการบริหาร					
1) การจัดทำแผนการบำรุงรักษาอาคารสถานที่ให้ พร้อมใช้งาน สะอาด และมีความปลอดภัยต่อ ผู้มารับบริการ	จัดทำแผนการบำรุงรักษาอาคาร	ปีงบประมาณ 2565	กลุ่มบริหารงานทั่วไป	ดำเนินการแล้ว	ยังมีความเสี่ยง
2) คุณภาพการดูแลผู้ป่วย	ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยทุกจุดโรคสำคัญ	ปีงบประมาณ 2565	คณะกรรมการ PCT	ดำเนินการแล้ว	ยังมีความเสี่ยง
3) วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร safety culture	ดำเนินการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรรวมถึงการวิเคราะห์ ข้อมูลและสะท้อนผลการสำรวจไปยังหน่วยงาน ปีละครั้ง	ปีงบประมาณ 2565	คณะกรรมการ FA	ดำเนินการแล้ว	ยังมีความเสี่ยง
4) ความพึงพอใจและข้อร้องเรียนของโรงพยาบาล	1) รับเรื่องร้องเรียนและเจรจาไกล่เกลี่ยและช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับเงิน ช่วยเหลือตาม ม.41 2) ทบทวนเรื่องร้องเรียนกับทีมที่เกี่ยวข้อง ประสานและส่งข้อมูล คอบกลับ ผู้ร้องเรียน	ปีงบประมาณ 2565	คณะกรรมการ ม.41/PCT	ดำเนินการแล้ว	ยังมีความเสี่ยง

รายงานผลการบริหารจัดการความเสี่ยงสำคัญ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ปัจจัยเสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมการจัดการความเสี่ยง	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	สถานะดำเนินการ	สรุปผลการประเมิน/ข้อคิดเห็น
5) การใช้งานโปรแกรมความเสี่ยง	รับรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงและประสานงานเรื่องความเสี่ยงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและติดตามการรายงานอุบัติการณ์หน่วยงานต่างๆ	ปีงบประมาณ 2565	คณะกรรมการ RM	ดำเนินการแล้ว	ยังมีความเสี่ยง
ด้านพัสดุ					
1) เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ในเรื่องการจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบพัสดุ คลังย่อย	1) ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่พัสดุ โดยให้ได้รับการอบรม	ปีงบประมาณ 2565	กลุ่มภารกิจอำนวยการ	ดำเนินการแล้ว	ยังมีความเสี่ยง
2) การจัดทำทะเบียนคุณทรัพย์สินไม่เป็นไปตามรูปแบบกรมบัญชีกลางกำหนดและไม่เป็นปัจจุบัน	1) ควบคุมกำกับให้เจ้าหน้าที่พัสดุดำเนินการจัดทำทะเบียนคุณทรัพย์สินให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน	ปีงบประมาณ 2565	กลุ่มภารกิจอำนวยการ	ดำเนินการแล้ว ยังไม่ครอบคลุม	ยังมีความเสี่ยง
3) ไม่รายงานผลการตรวจสอบพัสดุประจำปีในส่วนของครุภัณฑ์ทุกประเภทที่หน่วยงานครอบครอง	1) ควบคุมกำกับให้เจ้าหน้าที่พัสดุรายงานผลการตรวจสอบพัสดุประจำปีให้ตรงกับครุภัณฑ์ที่มีอยู่จริง	ปีงบประมาณ 2565	กลุ่มภารกิจอำนวยการ	ดำเนินการแล้ว	ยังมีความเสี่ยง
ด้านบุคคล : เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพทั้งในเชิงปริมาณ					
1.บุคลากรขาดทักษะในการปฏิบัติงาน	พัฒนาบุคลากรในส่วนตัวคนให้กับบุคลากรของ รพ.ตามระบบงานสำคัญ	ปีงบประมาณ 2565	คณะกรรมการ HRD	อยู่ระหว่างดำเนินการ	ยังมีความเสี่ยง

รายงานผลการบริหารจัดการความเสี่ยงสำคัญ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ปัจจัยเสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมการจัดการความเสี่ยง	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	สถานะดำเนินการ	สรุปผลการประเมิน/ข้อคิดเห็น
ด้านความปลอดภัย					
1) สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลมีความไม่ปลอดภัย ไม่ถูกกำหนดงานและไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เป็นภัยคุกคามทางสุขภาพแก่ผู้บริหารและผู้บริหาร	1) พัฒนาระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล โดย - ประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและนำไปปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงที่ระบุไว้ป้องกัน การเกิดขึ้นตราข คอบสมของตออุบัติเหตุที่เกดขึ้น - ให้ความรู้และการฝึกอบรมและแรงจูงใจกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ - ปรับปรุงภูมิทัศน์ภายในโรงพยาบาลให้มีความร่มรื่น สะอาด สวยงาม เป็น Green & Clean hospital	ปีงบประมาณ 2565	คณะกรรมการ ENV คณะกรรมการบริหาร รพ.	ดำเนินการแล้ว	ยังมีความเสี่ยง
ด้านเทคโนโลยี					
1) การพัฒนาระบบเครือข่ายให้พร้อมใช้งาน	1) จัดหาอุปกรณ์เครือข่ายไว้สำรองบางส่วน 2) มีการบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่อง	ปีงบประมาณ 2565	งาน IT	ดำเนินการแล้ว	ยังมีความเสี่ยง
2) การสูญหายของข้อมูลที่เกิดขึ้นไว้ในอุปกรณ์จัดเก็บข้อมูลส่วนกลาง	1) ตรวจสอบและบำรุงรักษาอุปกรณ์และทำการ Back Up ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ 2) จัดทำแผนสำรองข้อมูล	ปีงบประมาณ 2565	งาน IT	ดำเนินการแล้ว	ยังมีความเสี่ยง
ด้านคณิศร					
1) การจ่ายผิดคนในผู้ป่วยใน	1. มีการตรวจสอบ แบบ คับเบิลเช็ค ในการส่งยาให้งานผู้ป่วยใน 2. พยาบาลในตึกตรวจสอบอีกครั้งก่อนจ่ายยาให้ผู้ป่วย 3. ให้เน้นเรื่อง look a like sound a like	ปีงบประมาณ 2565	ทีม PTC	ดำเนินการแล้ว	ยังมีความเสี่ยง

รายงานผลการบริหารจัดการความเสี่ยงสำคัญ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ปัจจัยเสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมการจัดการความเสี่ยง	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	สถานะดำเนินการ	สรุปผลการประเมิน/ข้อคิดเห็น
2) ผู้ป่วย Re-visit งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	<ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนดการคัดแยกผู้ป่วยที่ตรวจ โดยแพทย์ พยาบาล 2. มีการทบทวนเวชระเบียนภายหลังการตรวจรักษา โดยพยาบาลทุกกราย 	ปีงบประมาณ 65	ทีม PTC	ดำเนินการแล้ว	ยังมีความเสี่ยง
3.3 ความเสี่ยงด้านการเงิน					
ด้านสภาพคล่องทางการเงิน					
1) การบริหารจัดการในกรณีเกิดภัยได้ไม่ครบถ้วน และต่ำซ้ำ	<ol style="list-style-type: none"> 1) สร้างระบบตรวจสอบภายในด้านการเงินและบัญชีให้มีมาตรฐานมีความชัดเจน โดยจัดตั้งทีมตรวจสอบภายในของโรงพยาบาล 2) ปรับปรุงพัฒนาระบบตรวจสอบการจัดเก็บรายได้ 3) พัฒนาระบบการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน 4) พัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้ตามมาตรฐาน 4S4C 5) พัฒนาระบบตรวจสอบสิทธิ 	ปีงบประมาณ 2565	งานการเงินและบัญชี คณะกรรมการตรงตงชอบ เวชระเบียน	อยู่ระหว่างดำเนินการ	ยังมีความเสี่ยง
2) ไม่มีระบบและกิจกรรมในการจัดการรายได้เพิ่มนอกเหนือจากการรักษาพยาบาลในระบบปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ติดตามและจัดเก็บสุกหน้ที่ค้างชำระ 	ปีงบประมาณ 2565	คณะกรรมการ CFO งานการเงินและ BC	อยู่ระหว่างดำเนินการ	ยังมีความเสี่ยง

รายงานผลการบริหารจัดการความเสี่ยงสำคัญ ปีงบประมาณ พ.ศ 2565

ปัจจัยเสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมการจัดการความเสี่ยง	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	สถานะดำเนินการ	สรุปผลการประเมิน/ข้อคิดเห็น
<p>3.4 ความเสี่ยงด้านกฎหมาย ระเบียบ (C) ด้านกฎหมาย</p> <p>1) โรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ฟ้องร้องจาก การให้บริการทางสุขภาพ</p>	<p>แผนงาน/กิจกรรมการจัดการความเสี่ยง</p> <p>1) คณะกรรมการบริหารปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้ให้ทันความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ 2) คณะกรรมการ ESB นำความคิดเห็นและเสียงสะท้อนของผู้รับบริการเพื่อให้เป็นองค์การที่มุ่งเน้นผู้รับบริการให้เกิดความพึงพอใจมากขึ้น 3) คณะกรรมการ ESB พัฒนาเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในการพูดคุยและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดความไม่เข้าใจ ไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง อาจนำไปสู่การร้องเรียนฟ้องร้อง</p>	<p>ปีงบประมาณ 2565</p>	<p>คณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการ HRD</p>	<p>ดำเนินการแล้ว</p>	<p>ยังไม่มีความเสี่ยง</p>

ผู้จัดทำ

(นายสงบ ชาลั้งษ์)

นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

