

รายงานการประชุมการพัฒนากระบวนการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (EIA) และ  
 การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘  
 วันที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุมศูนย์สุขภาพดี โรงพยาบาลขุนหาญ

**ผู้มาประชุม**

๑. นายเดช ผิวอ่อน	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	ประธาน
๒. นางสิริวรรณ ศรีแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
๓. นายจักรพล ฉายสุวรรณ	ทันตแพทย์ชำนาญการ	
๔. นางสาวอัจฉราภรณ์ ชัดดียะวงศ์	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	
๕. นางสาวพรหมณี ดับไศรก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	
๖. นางสาวณัฐกฤตา ไสกระจำง	นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ	
๗. นางพิไลพร ทามาตาล	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	
๘. นางศุภาวดี พันธุ์หนองโพน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	
๙. นางขวัญเยี่ยม เสงี่ยมศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
๑๐. นางเพ็ญศรี นรินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	
๑๑. นางวิไล วอทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
๑๒. นางสาววชิราภรณ์ สายจันทร์	จพ.การเงินและบัญชีชำนาญงาน	
๑๓. นางกฤติยา บุญสุวิริดิษฐ์	เภสัชกรชำนาญการ	
๑๔. นายสิทธิชัย พันธุ์หนองโพน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	
๑๕. นางสาวสุธาจิตร เบ็ญมาศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
๑๖. นางอโหมทัย ดอกจันทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
๑๗. นางเจนจิรา ประครองพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
๑๘. นายณัฐพล นามวัน	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	
๑๙. นางสาวดวงกมล โมฬีชาติ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	
๒๐. นางประภัสสร น้อยมิ่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

**ผู้ไม่มาประชุม**

๑. นางสาวกมลรส ดันตีสวนมิชัยกุล	นายแพทย์ชำนาญการ	ติตราชการ
๒. นางสาวอิราภรณ์ อุ่นแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ติตราชการ
๓. นางสาวณัฐสุดา แสงศรี	โภชนาการปฏิบัติงาน	ติตราชการ
๔. นายธนกฤต เศรษฐศรี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ติตราชการ
๕. นางสาวพวงผกา สิ้นไทย	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	ติตราชการ

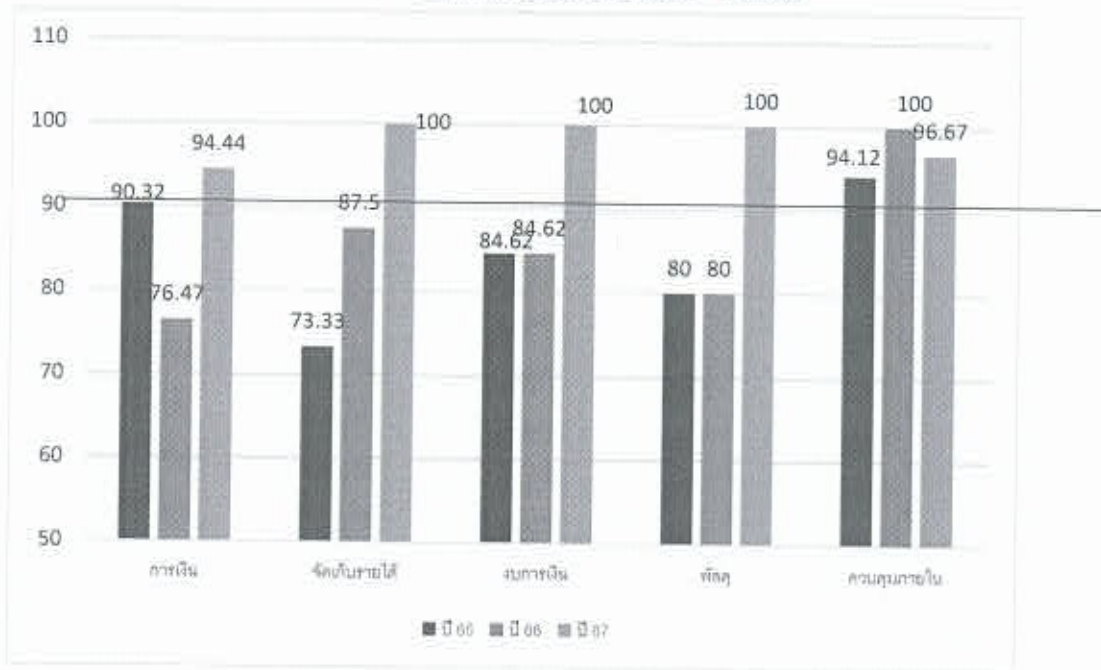
**ผู้เข้าร่วมประชุม**

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

- นายเดช ผิวอ่อน เภสัชกรชำนาญการพิเศษกล่าวเปิดการประชุม

## ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องแจ้งเพื่อทราบ

### สรุปการประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit) เปรียบเทียบปีงบประมาณ ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗



ประเด็นความเสี่ยงที่ตรวจพบในปี ๒๕๖๗ ดังนี้

#### ๑. มิติด้านการเงิน

-โรงพยาบาลชุมชนให้มีเงินบำรุงอาคารพาณิชย์ ๑ ล้านบาท ส่วนเกินต้องนำฝากคลังทั้งหมดตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวง

#### ๒. มิติควบคุมภายใน

-หน่วยงานต้องส่งรายงานแบบติดตาม ปค.๕ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ แต่เป็นการติดตาม ปค.๕ ของปีงบประมาณที่ผ่านมา

## ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

## ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่ผ่านมา

## ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องเสนอจากคณะกรรมการต่างๆ

4.1 คณะทำงานมิติด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง เสนอการจัดทำรายงานควบคุมภายใน

แนวปฏิบัติการจัดทำรายงานควบคุมภายใน  
คณะกรรมการควบคุมภายใน โรงพยาบาลขุนหาญ

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินการด้านการควบคุมภายใน ในโรงพยาบาลขุนหาญ

ชื่อผู้รับผิดชอบ	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	จุดควบคุมความเสี่ยง	ระยะเวลา
นายเดช ฝิวอ่อน	1.จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน	- ประชุมชี้แจงแนวทางการจัดทำรายงานให้ชัดเจน ถูกต้องตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง	120 นาที
หัวหน้าฝ่ายงาน	2.จัดทำรายงานแบบติดตาม ปค.5 ของรอบปีก่อน	-ติดตามการจัดการแก้ไขตามข้อมูลใน แบบ ปค.5 ของปีก่อน	30 นาที
หัวหน้าฝ่ายงาน	3.จัดทำรายงานแบบ ปค.4, ปค.5 Flow chart และตารางวิเคราะห์ความเสี่ยงของปีที่ผ่านมา	-จัดทำรายงานให้ครบถ้วนครอบคลุมความเสี่ยงที่เกิดขึ้น	60 นาที
นายเดช ฝิวอ่อน	4.สรุปรวบรวมรายงานในภาพรวมขององค์กร	-ตรวจสอบความถูกต้อง สอดคล้องของการจัดทำรายงานควบคุมภายใน	120 นาที

รวม 330 นาที

นิยามศัพท์

.....

ตัวอย่างแบบรายงาน ปค.4

แบบ ปค. ๔

หน่วยงาน...กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค.....  
 รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน  
 สำหรับระยะเวลาดำเนินงานสิ้นสุด .....๓๐ กันยายน ๒๕๖๗.....

(๓) องค์ประกอบของการควบคุมภายใน	(๔) ผลการประเมิน / ข้อเสนอ
<p><b>๑. สภาพแวดล้อมการควบคุม</b></p> <p>๑.๑ หน่วยงานแสดงให้เห็นถึงการยึดมั่นในคุณค่าของ ความซื่อตรงและจริยธรรม</p> <p>๑.๒ ผู้กำกับดูแลของหน่วยงานแสดงให้เห็นถึงการกำกับ ดูแลให้มีการพัฒนาหรือปรับปรุงการควบคุมภายใน รวมถึง การดำเนินการเกี่ยวกับการควบคุมภายในในฝ่าย/งาน</p> <p>๑.๓ หน่วยงานแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการสร้าง แรงจูงใจ พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถที่ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน</p> <p>๑.๔ หน่วยงานกำหนดให้บุคลากรมีหน้าที่และความ รับผิดชอบต่อผลการปฏิบัติงานตามระบบการควบคุมภายใน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน</p> <p><b>๒. การประเมินความเสี่ยง</b></p> <p>๒.๑ หน่วยงานระบุความเสี่ยงอย่างครอบคลุม และ วิเคราะห์ความเสี่ยง เพื่อกำหนดวิธีการจัดการความ เสี่ยงนั้น</p> <p>๒.๒ หน่วยงานพิจารณาโอกาสที่อาจเกิดการทุจริตเพื่อ ประกอบการประเมินความเสี่ยงที่ส่งผลต่อการบรรลุ วัตถุประสงค์</p> <p>๒.๓ หน่วยงานระบุและประเมินการเปลี่ยนแปลงที่อาจมี ผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อระบบการควบคุมภายใน</p> <p><b>๓. กิจกรรมการควบคุม</b></p> <p>๓.๑ หน่วยงานระบุและพัฒนากิจกรรมการควบคุม เพื่อ ลดความเสี่ยงในการบรรลุวัตถุประสงค์ ให้อยู่ในระดับที่ ยอมรับได้</p> <p>๓.๒ หน่วยงานระบุและพัฒนากิจกรรมการควบคุมทั่วไป</p>	<p>***มีการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องครบถ้วนตาม องค์ประกอบ หรือไม่ มีส่วนขาด/จุดอ่อน อะไรบ้าง ที่ต้อง ปรับปรุง***</p> <p>- สภาพแวดล้อมการควบคุมภายในโดยรวมมีความ เหมาะสมดี กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ ให้ความสำคัญกับความ ซื่อตรงและจริยธรรม โดยมีการกล่าวปฏิญาณอัตลักษณ์ของ โรงพยาบาลคุณธรรมคือ ซื่อสัตย์ รับผิดชอบ มีน้ำใจ มีการ กำกับดูแลและปรับปรุงระบบควบคุมภายในของกลุ่มงานฯ มีการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจของฝ่ายงาน และมีกรมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบให้แก่บุคลากร ในฝ่ายงานที่ชัดเจน</p> <p>- กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ มีการทบทวนความเสี่ยงอย่าง สม่าเสมอ มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงและจัดทำแนวทาง ป้องกันจัดการความเสี่ยงครอบคลุมทุกด้าน</p> <p>-กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ มีการทบทวนวิเคราะห์โอกาสที่ จะเกิดความเสี่ยงด้านการทุจริต และกำหนดแนวทาง ป้องกันการเกิดความเสี่ยงดังกล่าวอย่างชัดเจน</p> <p>- กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ มีการพัฒนากิจกรรมการ ควบคุมภายใน โดยมีการประเมิน วิเคราะห์และหาแนวทาง จัดการความเสี่ยง จัดทำรายงานควบคุมภายใน มีการ</p>

(๓) องค์ประกอบของการควบคุมภายใน	(๔) ผลการประเมิน / ข้อสรุป
<p>ด้านเทคโนโลยี เพื่อสนับสนุนการบรรลุวัตถุประสงค์</p> <p>๓.๓ หน่วยงานจัดให้มีกิจกรรมการควบคุม โดยกำหนดไว้ในนโยบาย ประกอบด้วยผลสำเร็จที่คาดหวัง และขั้นตอนการปฏิบัติงาน เพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริง</p> <p><b>๔. สารสนเทศและการสื่อสาร</b></p> <p>๔.๑ หน่วยงานมีการจัดทำหรือจัดหาและใช้สารสนเทศที่เกี่ยวข้องและมีคุณภาพเพื่อสนับสนุนให้ มีการปฏิบัติตามการควบคุมภายในที่กำหนด</p> <p>๔.๒ หน่วยงานมีการสื่อสารภายในเกี่ยวกับสารสนเทศ รวมถึงวัตถุประสงค์และความรับผิดชอบ ที่มีต่อการควบคุมภายในซึ่งมีความจำเป็นในการสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามการควบคุมภายใน ที่กำหนด</p> <p>๔.๓ หน่วยงานมีการสื่อสารกับฝ่าย/งานอื่นเกี่ยวกับเรื่องที่มีผลกระทบต่อปฏิบัติตามการควบคุมภายในที่กำหนด</p> <p><b>๕. กิจกรรมการติดตามผล</b></p> <p>๕.๑ หน่วยงานระบุ พัฒนา และดำเนินการประเมินผล ระหว่างการปฏิบัติงาน และหรือการประเมินผลเป็นรายครั้ง ตามที่กำหนด เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าได้มีการปฏิบัติตามองค์ประกอบของการควบคุมภายใน</p> <p>๕.๒ หน่วยงานประเมินผลและสื่อสารข้อบกพร่อง หรือจุดอ่อนของการควบคุมภายในอย่างทันเวลาต่อฝ่ายบริหาร และผู้กำกับดูแล เพื่อให้ผู้รับผิดชอบสามารถสั่งการแก้ไขได้อย่างเหมาะสม</p>	<p>ควบคุมกำกับสนับสนุนการจัดการความเสี่ยงในฝ่ายงาน และมีการกำหนดเรื่องการบริหารความเสี่ยงเป็นหนึ่งในพันธกิจที่สำคัญของกลุ่มงานฯ</p> <p>- กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ มีการพัฒนาระบบข้อมูลและสื่อสารปัญหาและสิ่งที่ต้องการสนับสนุนผ่านการประชุม คณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการการเงินการคลัง และ คณะกรรมการทีมนำของโรงพยาบาล มีการรายงาน วิเคราะห์ และระบุการจัดการแก้ไขความเสี่ยงต่างๆ ผ่าน โปรแกรมบริหารความเสี่ยง</p> <p>-กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ มีการสื่อสารกับฝ่ายงานอื่นๆ ผ่านช่องทางสื่อสารหลายๆ ช่องทาง เช่น line Risk Corner เพื่อรับเรื่อง/ชี้แจงข้อมูลความเสี่ยงต่างๆ</p> <p>-กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ มีการประเมินผลและพัฒนา จัดการแก้ไขความเสี่ยงต่างๆ และสรุปรายงานตามรอบที่กำหนด มีการสื่อสารข้อบกพร่อง/จุดอ่อนของการควบคุมภายในต่อผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องผ่านเวทีการประชุม คณะกรรมการบริหารและการประชุมคณะกรรมการ แผนงาน</p>

**ผลการประเมินโดยรวม (๕)**

.....กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ มีระบบควบคุมภายในที่ครบถ้วนทุกองค์ประกอบ แต่อาจจะมีบางองค์ประกอบที่ยังต้องพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กร.....

ลายมือชื่อ.....

(นายเดช ผิวอ่อน)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

วันที่.....๓๐.....เดือน.....กันยายน.....พ.ศ.....๒๕๖๗.....

ตัวอย่างแบบติดตาม ปค.๕ ฝ่ายงาน

แบบติดตาม ปค.๕

หน่วยงาน.....เภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค.....

รายงานผลการติดตามการประเมินผลการควบคุมภายใน

สำหรับระยะเวลาดำเนินงานสิ้นสุด.....๑ ตุลาคม ๒๕๖๖.....ถึง.....๓๑ กันยายน ๒๕๖๗.....

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตาม แผนการดำเนินการหรือ ภารกิจ อื่นๆ ที่สำคัญของหน่วยงานของ รัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุม ภายในที่มีอยู่	การ ประเมินผล การควบคุม ภายใน	ความเสี่ยง ที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ/ กำหนดเสร็จ	สถานะ ดำเนินการ	วิธีการติดตาม และสรุปผล การประเมิน/ ข้อคิดเห็น
กระบวนการป้องกันภัยผู้ป่วย นอกเขต วัตถุประสงค์ -เพื่อป้องกันภัยผู้ป่วยนอกเขต	การจ่ายยาผิด ชนิด	มีการตรวจสอบยา ก่อนการจ่ายยา	การควบคุม ภายในยังไม่ เพียงพอ เนื่องจากยัง พบอุบัติเหตุ ความเสียง เกิดขึ้น และ การปฏิบัติ ตามระบบ ควบคุม ภายในยังไม่ ต่อเนื่อง	ยังพบความเสี่ยงผู้ป่วย ได้รับยาผิดชนิด ส่งผลให้ ผู้ป่วยเกิดการแพ้ยา โดย อุบัติเหตุคือแพทย์สั่ง Amlodipine ๑๐ mg แต่ จัดและจ่ายเป็น Allopurinol ๑๐๐ mg และผู้ป่วยแพ้ Allopurinol ๑๐๐ mg	-จัดให้มีการ double check ทุก ราย -เพิ่ม จมท.ลงพักช่วง ๑๑.๓๐- ๑๒.๓๐ น.เป็น ๓ คน เพื่อให้ สามารถ Double check ยา ก่อน ส่งมอบได้	ดำเนินการ ทันที/กลุ่มงาน เภสัชกรรม	☆	ประเมินจากแบบ บันทึกอุบัติการณ์ Med error

สถานะดำเนินการ

☆ = ดำเนินการแล้วเสร็จ

✓ = ดำเนินการแล้วแต่่าช้ากว่ากำหนด

X = ยังไม่ได้ดำเนินการ

O = อยู่ระหว่างดำเนินการ

ลายมือชื่อ.....

(นายเดช ฝิวอ่อน)

ตำแหน่ง.....เภสัชกรชำนาญการพิเศษ.....

วันที่.....๓๑.....เดือน.....กันยายน.....พ.ศ.....๒๕๖๗.....

ตัวอย่างแบบรายงาน ปค.๕ ฝ่ายงาน

แบบ ปค.๕

ชื่อส่วนงานย่อย.....กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค.....

รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน

สำหรับระยะเวลาการดำเนินงานสิ้นสุด.....๓๐..... เดือน.....กันยายน..... พ.ศ. ....๒๕๖๗.....

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ
กระบวนการป้องกันการจัดและจ่ายยา ผู้ป่วยในเขต วัตถุประสงค์ -เพื่อป้องกันการจัดและจ่ายยาผู้ป่วยในเขต	การจัดและจ่ายยาผิด ชนิด IPD	มีการตรวจสอบยา ก่อนการส่งมอบยาให้ คีผู้ป่วย	การควบคุมภายในยังไม่ เพียงพอ เนื่องจากยัง พบอุบัติเหตุการฉีดยา ความเสี่ยงเกิดขึ้น และการ ปฏิบัติตามระบบ ควบคุมภายในยังไม่ ต่อเนื่องสม่ำเสมอ	ยังพบความเสี่ยงแพทย์ ฉีดยา Hydroxyzine๑/๒*๓pc พ้องยาจัดและจ่าย Hydralazine ๑/๒*๓pc	เน้นย้ำความตระหนักของ เจ้าหน้าที่ ๑.ตรวจสอบยาให้ตรงกับ ฉลากยาก่อนติดฉลาก ๒.ตรวจสอบอีกครั้งก่อน ส่งมอบให้แก่เภสัชกร ตรวจสอบเช็ค ๓.มีการ double check ก่อนการจ่ายยา ๔.ติดสติ๊กเกอร์เตือนระวัง จัดผิด	ดำเนินการทันที/ กลุ่มงานเภสัชกรรม

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่น ๆ ที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผลการควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุงการควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
กระบวนการบริหารจัดการยาที่ซื้อจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ วัตถุประสงค์ -เพื่อให้มียาเพียงพอพร้อมใช้	ขาด ไม่เพียงพอพร้อมใช้	กำหนดแนวปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่จัดยาเห็นว่ายากงเหลือน้อยให้แจ้งหัวหน้าเพื่อจัดซื้อจาก รพ.ศรีสะเกษ	การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอ เนื่องจากยังพบอุบัติการณ์ความเสียหายเกิดขึ้น และการปฏิบัติตามระบบควบคุมภายในยังไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ	ยา Phosphate solution ขาด ไม่พร้อมใช้	เน้นย้ำความตระหนักของเจ้าหน้าที่จัดยาและกำหนดแนวปฏิบัติดังนี้ ๑. จัดทำป้ายเตือน "ยาเหลือ ๒๐ ขวด แจ้งหัวหน้า" ๒. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติเมื่อพบว่ายาเหลือ ๒๐ ขวด ให้แจ้งหัวหน้าเพื่อดำเนินการซื้อจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ	ดำเนินการทันที/ กลุ่มงานเภสัชกรรม

ลายมือชื่อ.....

(นายเดช ฝิวอ่อน)

ตำแหน่ง...เภสัชกรชำนาญการพิเศษ.....

วันที่...๓๐... เดือน.....กันยายน.....พ.ศ. ..๒๕๖๗...



ตาราง risk matrix เหตุการณ์ความเสียหายงบประมาณ .....2567 .....  
 หน่วยงาน.....เภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค..... จำนวน .....194.....เหตุการณ์

Scoring	Impact/severity				
	1 (A)	2 (B-D)	3 (E-F)	4 (G-H)	5 (I)
1 (>5ปี/ ครั้ง)					
2 (2-5ปี/ ครั้ง)		-ส่งเอกสารอนุมัติซื้อขายซ้ำ(1) -ผู้ป่วยขาดก่อนนัด/จ่ายยาไม่ถึงวันนัด (2) -ผู้ป่วยไม่ได้มาฉีดยา cef 3 ตามออเคอร์แพทย์ (1) -OPDสต็อกเกอรัยาคิด(1)			
3 (ทุกปี)					
4 (2-5เดือน/ ครั้ง)					
5 (ทุก สัปดาห์/ ทุกเดือน)					

likelihood

## Risk Matrix : Scale

### Scale : Impact / Severity

	Impact / Severity (ตัวอย่าง)	
1	A	<10,000
2	B C D	10,000-50,000
3	E F	50,001-100,000
4	G H	100,001-1,000,000
5	I	>1,000,000

## Prioritizing : How ?

### ใช้ความถี่ในการกำหนดความสำคัญ

	ความถี่ของการเกิดเหตุการณ์(ตัวอย่าง)
1	เกิดเหตุการณ์ นานกว่า 5 ปีต่อครั้ง
2	เกิดเหตุการณ์ นานกว่า 2-5 ปีต่อครั้ง
3	เกิดเหตุการณ์ ทุกปี
4	เกิดเหตุการณ์ 2-5 เดือนต่อครั้ง แต่ไม่เกิน 5 ครั้ง
5	เกิดเหตุการณ์ ทุกสัปดาห์ /ทุกเดือน

แบบรายงาน ปค.5 ฝ่ายงาน

ชื่อส่วนงาน.....โรงพยาบาลขุนหาญ.....

รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน

สำหรับระยะเวลาการดำเนินงานสิ้นสุด.....๓๐..... เดือน.....กันยายน..... พ.ศ. ....๒๕๖๖.....

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ
กระบวนการป้องกันภัยคุกคามผู้ป่วยนอก ผิด วัตถุประสงค์ -เพื่อป้องกันการจ่ายยาผู้ป่วยนอกผิด	การจ่ายยาผิดชนิด	มีการตรวจสอบยา ก่อนการจ่ายยา	การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอ เนื่องจากยังพบ อุบัติการณ์ความเสียหายเกิดขึ้น และการปฏิบัติตามระบบควบคุม ภายในยังไม่ต่อเนื่อง	ยังพบความเสี่ยงผู้ป่วย ได้รับยาผิดชนิด ส่งผล ให้ผู้ป่วยเกิดการแพ้ยา โดยอุบัติการณ์คือ แพทย์สั่ง Amlodipine ๑๐ mg แต่จัดและจ่ายเป็น Allopurinol ๑๐๐ mg และผู้ป่วย แพ้ Allopurinol ๑๐๐ mg	-จัดให้มีการ double check ทุกราย -เพิ่ม จานท.ลงพักช่วง ๑๑.๓๐-๑๒.๓๐ น.เป็น ๓ คน เพื่อให้สามารถ Double check ยา ก่อนส่งมอบได้	ดำเนินการทันที/ กลุ่มงานเภสัชกรรม
กระบวนการป้องกันการจ่ายยาผิด ผิด วัตถุประสงค์ -เพื่อป้องกันการจ่ายยาผิด	การจ่ายยาผิดชนิด ผิด	มีการทวนสอบชื่อนามสกุล อีกครั้งก่อนการจ่าย Tube เลือด	การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอ เนื่องจากยังพบ อุบัติการณ์ความเสียหายเกิดขึ้น และการปฏิบัติตามระบบควบคุม	ยังพบความเสี่ยงผู้ป่วย ได้รับการแจก Tube เลือดและเจาะเลือด ผิดคน ส่งผลให้ผู้ป่วย เกิดความล่าช้าและ	-จัดให้มีการ double check ทุกราย โดยทวน สอบชื่อ นามสกุลผู้ป่วย ซ้ำอีกครั้งก่อนรับ Tube	ดำเนินการทันที/ งานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ทำให้เกิด Delayed Treatment วัตถุประสงค์ -เพื่อป้องกันการ Delayed Treatment	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวต้องรักษา	-มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน -จัดทำข้อตกลงในการสื่อสารในระบบ himpro และ Chart pt.	การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอ เนื่องจากยังพบอุบัติการณ์ความเสียหายเกิดขึ้น และการปฏิบัติตามระบบควบคุมภายในยังไม่ต่อเนื่อง	เจ็บ เพราะเจาะเลือดใหม่ ยังพบความเสียหายผู้ป่วยได้รับการให้บริการที่รวดเร็วตาม order แพทย์	เลือก -จัดทำป้ายชี้แจงการสื่อสารระหว่างแพทย์พยาบาลในหน่วยงาน -ทวนสอบ order เข้าก่อน Admit	ดำเนินการทันที/งานผู้ช่วยนอก ร่วมกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
กระบวนการป้องกันการเกิด PPH ในผู้คลอดทุกราย วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิด PPH ให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด<5%	ตกเลือดหลังคลอดสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ๖.๖๘%	๑. มีการใช้ประวัติ Check List High Risk, Risk PPH ทุกรายและรายงานแพทย์ทราบทุกครั้ง ๒. กำหนดแนวทางการรักษาเพื่อป้องกัน/ลด ความรุนแรง จากภาวะ PPHเป็นมาตรฐานการ	มาตรฐานการควบคุมภายในยังไม่เพียงพอและยังปฏิบัติตามไม่สม่ำเสมอ	ยังพบอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ๖.๖๘%	ประชุมชี้แจงพบทวนความเสี่ยงและแนวทางการปฏิบัติ พร้อมเน้นย้ำการปฏิบัติตามแนวทาง	ดำเนินการทันที/กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินงานหรือภารกิจอื่นที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ
		<p>ปฏิบัติ</p> <p>๑. Check เลือดที่ Blood Bank ให้พร้อมใช้ทุกเวรเช้า</p> <p>๔. ใช้ถุงตรวจเลือดในผู้คลอดทุกราย , Alert BL loss&gt; ๓๐๐ ML เปิดV เพิ่มและรายงานแพทย์ ,ทำActive Management ๓<sup>rd</sup> stage Of Labour โดยให้ Oxytocin ๑๐ unit IM Stat ระหว่างคลอด</p> <p>โผล่หน้า ทำคลอดทาบแบบ Controlled Cord Traction</p> <p>๔. ปรับเปลี่ยนการดูแลผู้คลอดในระยะที่ ๒ ดังนี้ ให้เบ่งคลอดนาน ๓๐ นาที ทุกกรณี ถ้ายังไม่คลอดให้รายงานแพทย์เวรทราบและร่วมประเมินทันที ให้ดีด</p>				

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
	ความเสี่ยง	<p>Episiotomy เมื่อ Head Seen / Head crown เพื่อลด Blood Loss จากแผล Episiotomy ขณะเบ่งคลอด</p> <p>๕. ประเมินการสูญเสียเลือดด้วยถุงหุงเลือดได้มาตรฐาน ๑๐๐ %</p> <p>๖. กรณีมีการทำคลอด สูติศาสตร์หัตถการ แพทย์ผู้ทำหัตถการต้องตรงประเมินการฉีกขาดของบาดแผลร่วมกับพยาบาล ทาเคมี ๕<sup>th</sup> degree Tear , Tear Vaginal Wall , Cervix Tear แพทย์เป็นผู้เย็บแผลได้เป็น</p> <p>๗. มีกล่องยา PPH Box ทั้ง PUI &amp; ทั่วไป ที่ห้องคลอด และวิสัญญี</p>				

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุงการควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
กระบวนการป้องกันการเกิด Birth Asphyxia วัตถุประสงค์: เพื่อลดอัตราการเกิด Birth Asphyxia s ๒๕ : ๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ	เกิดภาวะ Birth Asphyxia ยังสูง ๒๕.๔๕%	๑.พัฒนากระบวนการเฝ้าระวังเพื่อ Early Screening & Detection Intrauterine Asphyxia ๒.พัฒนาการอ่านและแปลผล NST และ รายงานแพทย์ทันทีที่พบผิดปกติ ๓. พัฒนากระบวนการ Management ที่รวดเร็วเมื่อพบ Intrauterine Asphyxia ๔. พัฒนา ลด Timing การเตรียมความพร้อมในการเตรียมผ่าตัด และประสานเวลากจากแพทย์Set ถึง ลงมีดไม่เกิน ๓๐ นาที ๕.พัฒนาประสิทธิภาพ	การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอและยังปฏิบัติตามไม่ต่อเนื่อง	ยังพบอุบัติการณ์การเกิด Birth Asphyxia แนวโน้มสูงขึ้น แต่พบมีความรุนแรงต้อง Refer ๑ ราย	- ประชุมชี้แจงพบทวนความเสี่ยงและแนวทางการปฏิบัติ พร้อมเน้นย้ำการปฏิบัติตามแนวทาง	ดำเนินการทันที/กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนค่าเป็นการทำงานหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
		การNCPRในเจ้าหน้าที่ ๑๐๐% ๖.พัฒนาประสิทธิภาพการทำงาน Umbilical Cutdown				
กระบวนการป้องกันการล้มลงข้อมูลใน Himpro	ผู้ช่วยไม่มีข้อมูล ประวัติการได้รับวัคซีนใน himpro	การลงข้อมูลวัคซีน ทารกแรกเกิดใน หน้า Himpro ดังนี้ ๑.กตตรวจ/คิวตรวจ ๒.ใส่HN ลูกกดเลือก ๓. กต สร้าง เล็ม/ ส่งเสริมสุขภาพ ๔.กตวัคซีน กดเลือก HBV๑ ๕.กตลูกศรชี้ขึ้น ↑ แล้วกดบันทึก	การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอและยังปฏิบัติตามไม่ต่อเนื่อง	ยังพบอุบัติการณ์การล้มลงข้อมูลวัคซีนใน Himpro	- ประชุมชี้แจงทบทวน ความเสี่ยงและแนวทางการปฏิบัติ พร้อมเน้นย้ำการปฏิบัติตามแนวทาง	ดำเนินการทันที/ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด
การให้บริการถูกต้องตามสิทธิ์ วัตถุประสงค์ ๑. เพื่อให้สามารถเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ได้ครบถ้วน ถูกต้อง	ระบบสิทธิ์การรักษาผิดประเภท จากสิทธิ์ราชการ แต่ระบุเป็น UC ทำให้สูญเสียรายได้	จัดบริการ Authentication เพื่อ ตรวจสอบสิทธิ์ ยืนยันตัวตนก่อนรับบริการ	การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอและยังปฏิบัติตามไม่ครอบคลุมทุกราย	มีรายงานตรวจสอบ สิทธิ ก า ร รั ก ษ า ผิดพลาด	-จัดให้มีระบบการรายงานอุบัติการณ์ -จัดบริการ Authentication เพื่อ	ดำเนินการทันที/ งานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุและนิติเวช



ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๒. เพื่อให้ผู้มารับบริการตามสิทธิคำปรึกษาพยาบาลพี่เลี้ยงของแต่ละกองทุน	ออกหาผู้ป่วยผิวดน เนื่องจากผู้ช่วยมีชื่อตรงกัน	๑. ในการทำบัตรเข้ารับบริการ ให้keyเลขบัตรประชาชนของผู้รับบริการทุกครั้ง ๒. ก่อนซักประวัติพยาบาลทวนสอบชื่อ-นามสกุลทุกครั้งก่อนให้บริการ	การควบคุมภายในยังปฏิบัติตามไม่ต่อเนื่องไม่สม่ำเสมอ	ยังพบความเสี่ยงคือ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ผิดคน	ตรวจสอบสิทธิ์ ยืนยันตัวตนก่อนรับบริการ - ตรวจเช็คผลการตรวจสอบสิทธิ์ ในบัตรคิวบริการ ก่อนให้บริการ - นำเข้าที่ประชุมหน่วยงาน	
กระบวนการป้องกันการใช้การรักษาคิดคน วัตถุประสงค์ - เพื่อป้องกันการใช้การรักษ่าผู้ป่วยผิวดน	ออกหาผู้ป่วยผิวดน เนื่องจากผู้ช่วยมีชื่อตรงกัน	๑. ในการทำบัตรเข้ารับบริการ ให้keyเลขบัตรประชาชนของผู้รับบริการทุกครั้ง ๒. ก่อนซักประวัติพยาบาลทวนสอบชื่อ-นามสกุลทุกครั้งก่อนให้บริการ	การควบคุมภายในยังปฏิบัติตามไม่ต่อเนื่องไม่สม่ำเสมอ	ยังพบความเสี่ยงคือ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ผิดคน	กำหนดให้มีการทวนสอบ ชื่อ-นามสกุลอายุด้วย ทุกครั้งตั้งแต่การเรียกเพื่อเข้าคิวรอตรวจ และการเรียนเข้าพบแพทย์ และก่อนแพทย์ตรวจโดยทวนสอบชื่อเทียบกับเอกสาร - จัดให้มีระบบการรายงานอุบัติการณ์	ดำเนินการทันที/งานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุและนิติเวช

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินงานหรือภารกิจอื่น ๆ ที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุงการควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>การให้บริการถูกต้องตามสิทธิ์</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>๑. เพื่อให้สามารถเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ได้ครบถ้วน ถูกต้อง</p> <p>๒. เพื่อให้ผู้มารับบริการได้รับบริการตามสิทธิ์คำรักษาพยาบาลพึงมีของแต่ละกองทุน</p>	<p>ระบุสิทธิ์การรักษาผิดประเภท จากสิทธิ์ราชการ แต่ระบุเป็น UC ทำให้สูญเสียรายได้</p>	<p>จัดบริการ Authentication เพื่อตรวจสอบสิทธิ์ ยืนยันตัวตนก่อนรับบริการ</p>	<p>การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอและยังปฏิบัติตามไม่ครบถ้วนทุกราย</p>	<p>มีรายงานตรวจสอบสิทธิ ก า ร ร ัก ษา ผิดพลาด</p>	<p>- นำเข้าที่ประชุมหน่วยงาน</p> <p>- จัดให้มีระบบการรายงานอุบัติการณ์</p> <p>- จัดบริการ Authentication เพื่อตรวจสอบสิทธิ์ ยืนยันตัวตนก่อนรับบริการ</p> <p>- ตรวจสอบผลการตรวจสอบสิทธิ์ ในบัตรคิวบริการ ก่อนให้บริการ</p> <p>- นำเข้าที่ประชุมหน่วยงาน</p>	<p>ดำเนินการทันที/กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด</p>

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุงการควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
กระบวนการป้องกันกำกับการรักษาผิดคน วัตถุประสงค์ -เพื่อป้องกันกำกับการรักษาผู้ป่วยผิดคน	เรียกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผิดคน เนื่องจากผู้ช่วยมีชื่อคล้ายกัน	๑. เรียกชื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการ พร้อมเอกสารของผู้รับบริการ ๒. ทวนสอบชื่อ-นามสกุลทุกครั้งก่อนให้บริการ	การควบคุมภายในยังปฏิบัติตามไม่ต่อเนื่องไม่สม่ำเสมอ	ยังพบความเสี่ยงคือผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผิดคน	-กำหนดให้มีการทวนสอบชื่อ-นามสกุลทุกครั้งตั้งแต่การเรียกเพื่อเข้าคิวตรวจ และการเรียนเข้าพบแพทย์ และก่อนแพทย์ตรวจโดยทวนสอบชื่อเทียบกับเอกสาร -จัดให้มีระบบการรายงานอุบัติการณ์ - นำเข้าที่ประชุมหน่วยงาน	ดำเนินการทันที/กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด
กระบวนการ นัดหมายผู้รับบริการ ถูกต้อง ครบถ้วน ที่มีประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์ ๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการนัดหมาย ถูกต้อง ครบถ้วน ไม่ผู้ป่วยที่ ต้องมารับบริการตามนัดในครั้งต่อไป	แพทย์คีย์นัดผู้ป่วยผิด ๒ นัด แต่พยาบาล excit ปรีนให้ผู้ป่วยบริการ ๑ ไป ไม่ได้ ปรีนให้อีกไป	-จัดให้มีระบบการรายงานอุบัติการณ์ -จัดระบบการพิมพ์ใบนัดและระบุ วัน เวลา สถานที่ และกิจกรรมที่นัดมารับบริการ	-การควบคุมภายในยังปฏิบัติตามไม่ต่อเนื่องไม่สม่ำเสมอ	ผู้ป่วยได้ใบนัดไม่ครบ ห้องจ่ายยาเป็นผู้ตรวจสอบพบ จึงต้องประสานเพิ่มเติม	-จัดให้มีระบบการรายงานอุบัติการณ์ -นำ เข้า ที่ ประชุม หน่วยงาน -ทบทวนข้อมูลสำคัญที่	ดำเนินการทันที/กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินงานหรือภารกิจอื่นที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
กระบวนการ เก็บส่งตรวจถูกต้อง วัตถุประสงค์ ๑. เพื่อให้การเก็บส่งตรวจถูกต้องเหมาะสม	เจาะเลือดผู้ป่วยใส่ Tube ผิดประเภททำให้ไม่สามารถตรวจได้ ต้องเจาะเลือดใหม่ ผู้ป่วยเจ็บตัว ๒ รอบ	- ทวนสอบประเภทการตรวจ และ Tube ที่ใช้ และ ทวน สอบ ชื่อ ผู้รับบริการ ก่อนทำการเก็บส่งตรวจ - จัดให้มีระบบการรายงานอุบัติการณ์	- การควบคุมภายในยังปฏิบัติตามไม่ต่อเนื่อง ไม่สม่ำเสมอ ไม่ครอบคลุม	ยังพบอุบัติการณ์เจาะเลือดผู้ป่วยใส่ Tube ผิดประเภท	- ทวนสอบประเภทการตรวจ และ Tube ที่ใช้ และ ทวน สอบ ชื่อ ผู้รับบริการ ก่อนทำการเก็บส่งตรวจ - จัดทำ Chart ค่าแนะนำไว้ ณ จุดเก็บส่งตรวจระบบชนิด Lab วิธีการเก็บ และ Tube ที่ใส่ - ทวนสอบอีกครั้งกับห้อง Lab ก่อนส่งส่งตรวจ	ดำเนินการทันที/กลุ่มงานจิตเวช และ ยาเสพติด และ LAB

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>กระบวนการรักษาความปลอดภัยของระบบสารสนเทศและระบบเครือข่าย</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>๑. เพื่อการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ</p> <p>๒. เพื่อลดความเสี่ยงจากภัยคุกคามของระบบสารสนเทศ</p> <p>๓. เพื่อปรับปรุงมาตรการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศให้เหมาะสม</p>	<p>การคุกคามระบบสารสนเทศจากภายนอก ซึ่งอาจจะเกิดความเสียหายแก่ระบบสารสนเทศและเครือข่ายในหน่วยงาน</p>	<p>-ประกาศนโยบายการควบคุมสารสนเทศในหน่วยงาน</p> <p>-ติดตั้งระบบ Authentication เพื่อการยืนยันตัวตนในการใช้งานระบบใดๆ</p> <p>บนเครือข่ายสารสนเทศ</p> <p>-การกำหนดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลในแต่ละระดับ</p> <p>-ติดตั้งโปรแกรม Antivirus ที่ถูกลิขสิทธิ์</p> <p>-ติดตั้ง Firewall ถูกลิขสิทธิ์</p>	<p>การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอ เนื่องจากยังพบอุบัติเหตุความเสี่ยงเกิดขึ้น ภัยคุกคามทางไซเบอร์ และมีรูปแบบซับซ้อนมากขึ้น และมีความถี่ของการโจมตีตามระบบควบคุมภายในยังไม่ต่อเนื่อง</p>	<p>-พบว่ามีภัยคุกคามทางไซเบอร์ และมีรูปแบบซับซ้อนมากขึ้น และมีไวรัสตัวใหม่คุกคามอย่างต่อเนื่อง</p> <p>-บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องความปลอดภัยของสารสนเทศและ</p> <p>สารสนเทศและ</p> <p>เครือข่าย</p>	<p>-จัดให้มีระบบการรายงานอุบัติการณ์</p> <p>-นำเข้าที่ประชุมหน่วยงาน และสื่อสารกับห้อง Lab</p> <p>-ประกาศนโยบายและแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในระบบสารสนเทศและเครือข่าย</p> <p>-จัดให้มีการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องความปลอดภัยในระบบสารสนเทศและ</p> <p>เครือข่าย</p> <p>-มีการทดสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านความรู้ความเข้าใจและทักษะการใช้ดิจิทัล</p>	<p>ดำเนินการทันที/ งานสารสนเทศ</p> <p>ทางการแพทย์</p> <p>และ</p> <p>คณะกรรมการ</p> <p>IM โรงพยาบาล</p>

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ
		<p>-ประกาศและสื่อสารกับบุคลากรให้มีความตระหนักเรื่อง Social Security</p> <p>-มีการเฝ้าระวังกรณีที่มีเหตุที่อาจจะส่งผลกระทบต่อ กระบวนการของ รพ.</p>				
<p>กระบวนการให้บริการถ่ายภาพรังสีผู้ป่วยทั่วไป</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- เพื่อให้บริการถ่ายภาพรังสีด้วยความถูกต้อง</p>	<p>ถ่ายภาพรังสีผิดคน/ ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง</p>	<p>มีการกำหนดขั้นตอนการให้บริการถ่ายภาพรังสีทั่วไป</p>	<p>การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอ เนื่องจากยังพบอุบัติเหตุ และการปฏิบัติตามระบบควบคุมภายในยังไม่ต่อเนื่อง</p>	<p>ยังพบความเสี่ยงการถ่ายภาพรังสีผิดคน ผู้ป่วยยังไม่ได้รับ บริการถ่ายภาพรังสี แต่ในระบบขึ้นทิว X-Ray แล้ว และมีรูป CXR</p>	<p>- เฝ้าระวังและให้มีการทวนสอบค่าส่งในใบออนไลน์และ Himpro ทุกครั้งก่อนให้บริการผู้ป่วย</p> <p>- มีการติดตามอย่าง ต่อเนื่องโดยเน้นย้ำให้ ทบทวนค่าส่งในใบออนไลน์/ Himpro และ สอบถาม/ส่งเอกสาร คนไข้ว่าตรงกับค่าส่ง เอกซเรย์หรือไม่ หากไม่ถูกต้อง ให้รับดำเนินการ แก้ไข</p>	<p>ดำเนินการที่/ กลุ่มงานรังสีวิทยา</p>

<p>ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์</p>						<p>กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ</p>
<p>กระบวนการลงข้อมูล เวชระเบียน และการรูดบัตรสิทธิจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง วัตถุประสงค์</p> <p>-เพื่อป้องกันการสูญเสยรายได้ของโรงพยาบาล</p>	<p>ไม่ได้รูดบัตรสิทธิจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง</p>	<p>นำอุบัติเหตุกรณีมาพบพบหาแนวทางการป้องกัน</p>	<p>การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอ เนื่องจากยังพบอุบัติเหตุจากความเสี่ยงเกิดขึ้น และการปฏิบัติตามระบบควบคุมภายในยังไม่ต่อเนื่อง</p>	<p>พบอุบัติเหตุกรณีไม่ได้รูดบัตรจ่ายตรงของเจ้าหน้าที่ รพ. คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการ เป็นเจ้าหน้าที่ รพ.ซึ่งมีสิทธิการรักษา เป็น สิทธิจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง</p> <p>- เจ้าหน้าที่แผนไทย สิมรูดบัตรจ่ายตรงหลังเสร็จสิ้นการให้บริการ</p> <p>- เจ้าหน้าที่ รพ. ที่มารับบริการสิทธิถือบัตรประชาชนมา ทำให้ไม่รูดบัตร</p>	<p>- ทบทวนอุบัติการณ์ในการประชุมฝ่าย</p> <p>๑.วางแผนทางปฏิบัติ และระบบการเตือน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุจ่ายตรง กรณีที่ผู้ป่วยที่เป็น จนท. รพ. สีมานำบัตรประชาชนมาให้ print ใบสั่งยาและเขียนกำกับว่ายังไม่ได้รูดบัตร แล้วให้ จนท. ดังกล่าว นำบัตรประชาชนไปรูดที่กลุ่มงานมาส่งกรรมมาก่อน ๒๔.๐๐ น. ของวันที่ให้บริการ</p> <p>๒. สร้างความตระหนัก</p>	<p>ดำเนินการทันที/กลุ่มงาน การแพทย์แผนไทย</p>

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์		ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
กระบวนการดูแลผู้ป่วยและการรักษาพยาบาล วัตถุประสงค์ - เพื่อป้องกันการทำให้เกิดคน	ทำหัตถการ (ขวด) ผิดคน ผิดชื่อ	การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอ เนื่องจากยังพบอุบัติเหตุการฉีดยาผิดพลาด และอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	นำอุบัติเหตุมาพบแพทย์ในกรณีฉุกเฉิน และหาแนวทางป้องกัน	พบอุบัติเหตุการฉีดยา ผิดคน	ยังพบความเสี่ยงผู้ป่วยได้รับอาหารไม่ตรงตามโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงในช่วงรับ Admit ใหม่ โดยอุบัติเหตุกรณี คือ คนไข้เตียง ๒๐ HN ๑๘๔๔๓๓๓ ติดผู้ป่วยในชาย ญาติ	- ควบคุมการดูแลผู้ป่วยและการรักษาพยาบาล วัตถุประสงค์ - เพื่อป้องกันการทำให้เกิดคน	ดำเนินการทันที/กลุ่มงาน การแพทย์แผนไทย
พัฒนาการให้บริการอาหารถูกโรค ถูกเวลา วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการจัด แจกอาหาร อาหารผิดคน ผิดโรค ไม่เป็นไปตามแผนการรักษา และผู้ป่วยไม่ได้รับบริการ	อาหารผิดโรค ความรุนแรงระดับ D ปี ๒๕๖๖ พบ ๑ ครั้งในผู้ป่วยเบาหวาน	การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอ เนื่องจากยังพบอุบัติเหตุการฉีดยา ผิดคน และเกิดอุบัติเหตุตามระบบในการสื่อสารการรับ Admit ใหม่ซึ่งมักเกิดในช่วงต่อเวรป่วยของติดผู้ป่วยชายในวันที่มีคนไข้มาก ส่วนของพนักงานโภชนา	มีการตรวจสอบอาหารตามใบเบิกอาหาร และปรับสินค้าแก่รูดตามใบเบิกที่แจ้งจากติดผู้ป่วยที่มีการ Update ร่วมกับโปรแกรม Himpro แต่ละรอบ พร้อมมีลายเซ็น จบท.ประจำ	ยังพบความเสี่ยงผู้ป่วยได้รับอาหารไม่ตรงตามโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงในช่วงรับ Admit ใหม่ โดยอุบัติเหตุกรณี คือ คนไข้เตียง ๒๐ HN ๑๘๔๔๓๓๓ ติดผู้ป่วยในชาย ญาติ	- ควบคุมการดูแลผู้ป่วยและการรักษาพยาบาล วัตถุประสงค์ - เพื่อป้องกันการทำให้เกิดคน	ดำเนินการทันที/กลุ่มงานโภชนา ศาสตร์และตึกผู้ป่วยในแต่ละตึก	



ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
	ความเสี่ยง	<p>ติด และพนักงานโภชนาที่รับ มี ด ข อ บ ตรวจสอบการ เข้า - ออก กำกับไว้</p> <p>-มีการสื่อสารข้อตกลงล่วงหน้าของเวลาให้บริการแต่ละมื้อแจ้งเวลาที่ติดเปลี่ยนแปลงอาหารไว้ใน Line Food order ที่ Note ตั้งแต่วันที่ ๑๕/๑๒/๒๐๒๐</p>	<p>เองยังไม่เข้าใจความเสี่ยงสำคัญที่จะเกิดจากการให้บริการอาหารผิดโรคในกลุ่มคนไข้เฉพาะโรค (เนื่องจากปฏิบัติงานยังไม่ครบซึ่งเคยปฐมนิเทศเรื่องนี้แล้ว แต่ยังไม่เข้าใจ)</p>	<p>hyperglycaemia DTX =๕๓๘ mg/dL Admit ๑๕.๑๑น. พนักงานโภชนาเข้าไปบริการอาหารมือเย็นในเวลา ๑๖.๓๐น. พบว่าป่วยหน้าเตียงเป็นอาหารเบาหวาน ซีดน้้ำเพียง ๒๐ ไม่ตรงกับใบเบิก และใบใบเบิกเป็นอาหารธรรมดา จึงได้ทวนสอบกับจนท.ติดพบว่าเป็นคนไข้รับใหม่ในช่วง ๑๕.๑๑ น. จนท.ทางติดแจ้งให้เป็นอาหารธรรมดา (โดย จนท.ติดมองว่าติดควรจะใช้ไม่ได้กินข้าว) พนักงานโภชนาไม่ได้ทำทั้งวงว่าป่วยหน้าเตียงเป็นอาหารเบาหวาน (ด้วยเหตุผลอาหาร</p>	<p>อาการ ๓ ชม.) -พนักงานโภชนาควรใส่ใจ มีความตระหนักถึงผลของการให้บริการอาหารผิดโรคอันอาจจะก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคมามากขึ้นกว่าเดิม ทั้งที่ทราบว่าจะอาหารนั้นไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยก็ควรยึดมาตรฐานอาหารเฉพาะโรคเป็นสำคัญ</p>	

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุงการควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
				<p>เบากว่าหมด) ได้แจกเป็นอาหารธรรมดาให้ตามที่จนท. ทางตึกแจ้ง (ประเด็นเป็นคนใช้รับใหม่ ในช่วงเวรบาย จนท. บนตึกไม่ได้โทรแจ้ง ในช่วง ๑๕:๑๑ น. ซึ่งจัดให้เก็บถังแจ้ง ก่อน ๑๖:๐๐ ) และอาหารที่คนใช้ได้รับ เป็นเมนูสัปดาห์รวม/แกงเขียวหวาน/ผัดทำให้คนใช้ได้รับอาหารผิดโรค</p>		

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>พัฒนาการให้บริการอาหารถูกคน ถูกโรค ถูกเวลา</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อการกำกับติดตามการให้บริการอาหาร ผู้ป่วยติดคน ผิดโรค ไม่เป็นไปตามแผนการรักษา และไม่เป็นไปตามเวลา</p>	<p>การให้บริการอาหารไม่เป็นไปตามเวลา</p> <p>ความรุนแรงระดับ C และ D ปี ๒๕๖๖ พบอุบัติการณ์ ๒ ครั้ง</p>	<p>-มีการตรวจสอบอาหารตามใบเบิกอาหาร และบริภัณฑ์</p> <p>สติกเกอร์ตามใบเบิกที่แจ้งจากตึกผู้ป่วยที่มีการ Update ร่วมกับโปรแกรม Himpro แต่ละรอบ พร้อมมีลายเซ็น จนท.ประจำตึก และพนักงานโภชนาที่รับผิดชอบ</p> <p>ตรวจสอบการเข้า-ออกกำกับไว้</p>	<p>การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอ เนื่องจากยังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้น จากการให้บริการ ที่ไม่ทวนสอบความเรียบร้อยของการปฏิบัติงานที่ให้บริการในกลุ่มคนไข้ที่รับอาหารทางสาย และห้องพิเศษ</p>	<p>ยังพบความเสี่ยงผู้ป่วยได้รับอาหารไม่ตรงตามเวลา</p> <p>๑.การให้บริการอาหารมีล่าช้า เวลา ๐๗:๐๐ น. ใบเบิกอาหารที่ผู้ป่วยใน ๑ เดียง ๑๖ Order อาหารทางสายเป็น BD (๑:๑๓๕๐* ๔feed แต่ทางพนักงานโภชนาไม่ได้จัดอาหารให้ตามเวลาที่กำหนด เนื่องจากไม่ได้ตรวจสอบใบใบทะเบียนอาหารทางสายคู่กับใบเบิก ซึ่งใบเบิกเป็นคนที่รับใหม่ แต่คิดว่ายังเป็นคนที่เก่า และได้จัดอาหารให้คนไข้เวลา ๗.๓๐ น. ทำให้คนไข้</p>	<p>พบความเข้าใจในผู้ป่วยที่ให้บริการปฏิบัติหน้าที่ให้รอบคอบกว่านี้ ควรมีการ double check ให้แน่ใจ ในช่องทางต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนไข้ จากทะเบียนอาหารทางสายร่วมกับใบเบิกอาหาร และในส่วนของนักโภชนาการควร double check คนไข้ D/C เพื่อให้แน่ใจว่าคนไข้ D/C จริงหรือเกิดจากจนท.ในตึกทำข้อมูลในโปรแกรมผิดพลาด</p> <p>เนื่องจากไม่มีการสื่อสารใบเบิกกว่าคนไข้ D/C แล้วแต่ไม่โปรแกรมไม่มีชื่อคนใช้นักโภชนาการควร double check ทั้งทางโทรศัพท์และ Himpro เพื่อป้องกัน</p>	<p>ดำเนินการทันที/กลุ่มงานโภชนาศาสตร์</p>

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุงการควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาระบบการส่งตรงต่อไปยังหน่วยงานภายนอก</li> <li>- วัตถุประสงค์</li> <li>- เพื่อให้ได้ผลการตรวจที่ถูกต้อง รวดเร็วทันต่อการใช้งาน</li> </ul>	-ผลการตรวจซ้ำ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปรับปรุงการส่งตรงจากระบบจาก Manual เป็นการส่งส่งตรงออนไลน์ โดยระบบ LIS ของโรงพยาบาล</li> <li>- การส่งผลกลับเป็นระบบ Auto link</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบการติดตามผลตรวจยังไม่ครบถ้วนและต่อเนื่อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลการตรวจซ้ำเกินระยะประกันเวลาเนื่องจากระบบอินเตอร์เน็ตช้า/ไฟตก ทำให้ผลการตรวจสอบไม่ครบถ้วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพิ่มระบบการติดตามการลงผลให้ครบถ้วนทั้งเวรเช้า/BD และเวรบ่าย</li> <li>- หากผลการตรวจซ้ำกว่าที่กำหนด มีการติดตามผลจากผู้เกี่ยวข้องในไลน์กลุ่ม</li> <li>- เชื่อมต่อสาย LAN เข้า</li> </ul>	ดำเนินการทันทีแก้ไขเรียบร้อยแล้ว
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- order ที่ Note ตั้งแต่วันที่ ๑๕/๑๒/๒๐๒๐</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับอาหารสำเร็จกว่าเวลาที่กำหนด ความเสี่ยงระดับ C</li> <li>- ๒.เวลา ๑๔.๑๐น.รับแจ้งจากตึกสงฆ์ว่าห้อง P๔๑๖ HN ๗๗๕๑๖ ไม่ได้อาหารมือเย็น</li> <li>- ทวนสอบเหตุการณ์</li> <li>- ตอนที่นักโภชนาการทำการเป็นสติกเกอร์ใบเบิกอาหารในระบบไม่ใช้ชื่อคนไข้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คนไข้ไม่รับอาหาร</li> </ul>	

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
กระบวนการที่จัดเตรียมชุดเครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ วัตถุประสงค์ เพื่อให้การห่ออุปกรณ์ ถูกชนิด และครบตามจำนวน	การห่ออุปกรณ์ ผิดชนิด หรือ ไม่ครบตามจำนวน	ห้องปฏิบัติการ สามารถนำผลการตรวจเข้าสู่ระบบ HIS ได้เลยโดยไม่ต้องใช้ระบบแลกเปลี่ยน	การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอและยังปฏิบัติตามไม่ต่อเนื่อง	ยังพบการใส่อุปกรณ์ในห่อ ผิดชนิด หรือ ไม่ครบ ตามจำนวน	เครื่อง Server ส่งผลโดยตรงไม่ใช่ระบบ Wifi เนื่องจากข้อจำกัดของบ่อ	ดำเนินการทันที/งานจ่ายกลาง และซักฟอก
		<ol style="list-style-type: none"> <li>แจ้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านทราบ โดยการแจ้งพื้นที่ และประชุมประจำเดือน</li> <li>Double check ก่อนห่อ โดยเจ้าหน้าที่อีกคน</li> <li>อุปกรณ์ ห่อตลอด ห่อผ้าตัด แยก ส้าง และแยกห่อ ไม่นำมารวมกัน กับ อุปกรณ์</li> </ol>				

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
		อื่น ๔. อุปกรณ์ ห้องคลอด ห้องผ่าตัด มีกระดาษรายการ ให้ตรวจสอบ เพื่อให้ อุปกรณ์ ครบ และลงชื่อผู้ถือ เครื่องมือ				
กระบวนการซักผ้า ให้สะอาด ปลอดภัย จากสิ่งปนเปื้อน วัตถุประสงค์ เพื่อกำหนดแนวทางป้องกันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ติดตามกับผ้าสังซัก	ความเสี่ยงอุปกรณ์ทางการแพทย์ ติดตามกับผ้าสังซัก	นำอุปกรณ์มา ทบทวนในการประชุม ฝ่ายเพื่อหาแนวทางป้องกัน	มาตรการควบคุมยังไม่เพียงพอ	ยังพบอุบัติการณ์ ขยะ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ติดตามกับผ้าสังซัก	ตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ ด้วยตนเอง ทุกชั้นตอน ซ้ำ	ดำเนินการทันที/ งานจ่ายกลาง และซักฟอก

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>กระบวนการป้องกันอุปกรณ์และสิ่งของต่างๆไปกับผ้าผ่าตัดลงไปที่หน่วยงานซักฟอก</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>-เพื่อป้องกันอุปกรณ์และสิ่งของต่างๆลงไปที่หน่วยงานซักฟอก</p>	<p>อุปกรณ์ผ้าตัดปนลงไปกับผ้าผ่าตัดลงไปที่หน่วยจ่ายกลาง</p>	<p>มีแนวปฏิบัติการตรวจนับเครื่องมือผ่าตัดก่อนและหลังผ่าตัดดังนี้</p> <p>๑. ก่อนผ่าตัดมีการตรวจนับ โดย Scrub nurse &amp; Assistant ตรวจนับเครื่องมือตามรายการชุดเครื่องมือและวัสดุที่ใช้ในการผ่าตัด ขานแจ้งให้ circulate บันทึกในตารางนับอุปกรณ์เครื่องมือ</p> <p>๒. ขณะผ่าตัด scrub nurse ก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัด จะมีการตรวจนับอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับโลหิต ของมีคมร่วมกับ circulate</p>	<p>การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอ เนื่องจากยังพบอุบัติเหตุการฉีกขาดความเสี่ยงเกิดขึ้น และการปฏิบัติตามระบบควบคุมภายในยังไม่ต่อเนื่อง</p>	<p>ยังพบความเสี่ยงอยู่ อุปกรณ์ผ้าตัดปนลงไปกับผ้าผ่าตัดลงไปที่จ่ายกลาง ดำเนินการปลดก suction</p>	<p>-จัดให้มีการ double check ทั้งทีม ก่อนนำอุปกรณ์ออกไปทำความสะอาด</p> <p>-หลังทำความสะอาดให้ circulate Double check พร้อมบันทึกในใบรายการชุดเครื่องมือผ่าตัดที่ติดไว้ที่หน้า set พร้อมถ่ายรูปอุปกรณ์ใบรายการ เก็บข้อมูลไว้ในไลน์กลุ่ม OR ลงชื่อทีมผ่าตัด ก่อนนำอุปกรณ์ส่งกล่อง เพื่อส่งไป supply</p>	<p>ดำเนินการทันที/กลุ่มงานพยาบาล</p>

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินงานหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>กระบวนการป้องกันและการเลือกผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน</p> <p>วัตถุประสงค์และขอบเขตของงาน</p> <p>วัตถุประสงค์และขอบเขตของงาน</p> <p>วัตถุประสงค์และขอบเขตของงาน</p>	<p>ผู้ปฏิบัติงานเลือกผู้ปฏิบัติงาน</p>	<p>มีแนวปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัด</p> <p>๑. มีการตรวจสอบทะเบียนนัดผ่าตัดทุกวัน</p> <p>๒. มีการโทรศัพท์ติดตามยืนยันการนัดผ่าตัดกับผู้ป่วยหรือญาติที่</p>	<p>การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอ เนื่องจากยังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้น และการปฏิบัติตามระบบควบคุมภายในยังไม่ต่อเนื่อง</p>	<p>ยังพบความเสี่ยงการเลื่อนผ่าตัด TUL เนื่องจากอุปกรณ์เครื่องมือพร้อมไม่พร้อม เนื่องจากเกิดการสื่อสารผิดพลาดในการยืนยันเครื่องมือกับตัวแทนเครื่องมือผ่าตัด TUL</p>	<p>มีการสื่อสารกับตัวแทนเกี่ยวกับอุปกรณ์ผ่าตัดก่อนวันผ่าตัด ๑๕ วัน เพื่อเตรียมอุปกรณ์ความพร้อมและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยผ่าตัด</p> <p>-ถ้าไม่พร้อมทีมผ่าตัดแจ้งแพทย์ผู้ผ่าตัดและคนไข้ ๑๕ วันก่อนผ่าตัด</p>	<p>ดำเนินการที่/กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล</p>



ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
	ความเสี่ยง	สามารถติดต่อได้ ๑ เดือน	การควบคุมภายใน	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
		<p>๓. มีการตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัดในวันก่อนผ่าตัด</p> <p>๔. แจ้งทีมผ่าตัด แพทย์ผู้ผ่าตัด ในกรณีเครื่องมือผ่าตัดไม่พร้อม ๗ วันก่อนผ่าตัด</p> <p>๕. แจ้งเตือนผู้ผ่าตัดเมื่ออุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัดไม่พร้อมก่อนวันผ่าตัด ๗ วัน</p>				

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>การเบิกจ่ายเงิน วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้มีการใช้จ่ายเงิน</li> <li>เป็นไปตามแผน</li> <li>- ถูกต้องตามระเบียบ</li> <li>- รายงานผลสถานการณ์เบิกจ่ายตรงกับที่จ่ายจริง ทันตามเวลา</li> </ul>	<p>๑.การเบิกจ่ายบางรายการยังไม่เป็นไปตามระเบียบการเบิกจ่าย</p> <p>๒.การเบิกจ่ายของแต่ละหน่วยเบิกจ่ายไม่เป็นไปในแนวทางการเดียวกัน</p> <p>๓.ระยะเวลาการเบิกจ่ายไม่เป็นไปตามระเบียบที่กำหนด</p>	<p>๑. มีการประชุมชี้แจงเมื่อการเบิกจ่ายมีปัญหาอยู่เสมอ</p> <p>๒. แจ้งให้ทุกหน่วยงานทราบกฎระเบียบ ข้อบังคับ เป็นลายลักษณ์อักษร และ เผยแพร่ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบอยู่เสมอ</p>	<p>การควบคุมภายในมีเพียงพอเนื่องจากการเบิกจ่ายบางหน่วยงานยังเบิกจ่ายไม่เป็นไปตามระเบียบและทิศทางเดียวกัน</p>	<p>การเบิกจ่ายไม่เป็นไปตามแผนและทิศทางเดียวกัน</p>	<p>กำหนดผู้รับผิดชอบเป็นกระบวนการเบิกจ่าย และจัดทำแผนงานให้มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบโดยผู้รับผิดชอบแต่ละขั้นตอนการเบิกจ่ายจะต้องไม่เป็นบุคคลคนเดียว</p>	<p> ธันวาคม ๒๕๖๖/งานการเงิน</p>
<p>กระบวนการป้องกัน ระวังภัยคุกคาม จาก การใส่ Condom ให้ผู้ป่วย</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อป้องกันการเกิดแผล ในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ Condom</li> </ul>	<p>-เกิดแผลในผู้ป่วยใส่ Condom</p> <p>-&gt;&gt; Off condom</p> <p>พลาสติกที่ยืด penis ผู้ป่วย.๕ วัน จากนั้น ปัสสาวะออกน้อย penis บวม มาตรวจ ที่ ER แพทย์ refer sskh</p>	<p>๑.พยาบาลที่ทำ D/C เป็นผู้ตรวจสอบผู้ป่วยก่อนกลับบ้านทุกราย เพื่อไม่ให้มีอุปกรณ์ติดตัวผู้ป่วยกลับบ้าน (กำหนดแนวทางการปฏิบัติ )</p> <p>๒.ผู้ป่วยที่ On</p>	<p>การควบคุมภายในมีความเพียงพอ มีการสร้างแนวปฏิบัติ และปฏิบัติตามเรื่อง</p>	<p>-ไม่พบ</p>	<p>๑. ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยใส่ Condom</p> <p>๒. เดิน Quick round ทุกเช้า และตรวจสอบ Condom ทุกเวร</p> <p>๓.สร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วย เพื่อ</p>	<p>ดำเนินการทันที/ กลุ่มงานตึกผู้ป่วยในชาย</p>

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
แนวทางการป้องกันอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มขณะนอนโรงพยาบาล วัตถุประสงค์ -เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม	ผู้ป่วยหกล้มขณะเข้าห้องน้ำ	๑.ประเมิน ADL ผู้ป่วย ๖๐ ปีขึ้นไป และผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวเพื่อประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ช่วยเหลือ ๒.ให้ผู้ป่วยจำกัดการเคลื่อนไหว ทำกิจกรรมบนเตียง	การตรวจสอบและการปฏิบัติตามเป็นไปตามแนวทางที่กำหนดและครอบคลุม -มีการประเมิน ADL เป็นบุคคลที่ต้องเฝ้าระวังในการเคลื่อนย้าย แต่ผู้ป่วยไม่ยอมจับถ่างบนเตียง และไม่ใช้แพมเพิส ยึดไม่ได้เข้าไปดูแลใกล้ชิด	-พบผู้ป่วยหกล้มขณะเข้าห้องน้ำมีแผลที่ตัว ซ้ำเลือดไหล ไม่สามารถให้ต้องดูแล บาดแผลและสังเกตอาการใกล้ชิด	๑. ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้ม ๒. วางแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้ม ๓. กำหนดแนวทางเพิ่มเติมแนะนำให้ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวใช้แพมเพิส เพื่อลดการเคลื่อนย้าย ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ๔. จัดทำแผนการติดเครื่อง	ดำเนินการทันที/งานตึกพิเศษสงฆ์

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>การให้บริการคำปรึกษาด้านสิทธิการรักษา            รักษา            วัตถุประสงค์            ๑. เพื่อให้สามารถเรียกเก็บค่าชดเชย            บริการทางการแพทย์ได้ครบถ้วน ถูกต้อง            ๒. เพื่อให้ผู้มารับบริการได้รับบริการตาม            สิทธิคำรักษาพยาบาลที่มีของแต่ละ            กองทุน</p>	<p>ตรวจสอบสิทธิการรักษา            รักษาผิดพลาด</p>	<p>๑. จัดเวรเจ้าหน้าที่ไป            ให้บริการคำปรึกษา            ด้านสิทธิการรักษาที่            สึกผู้ป่วยนอก / ใน            ๒. จัดเวรเจ้าหน้าที่            ให้บริการคำปรึกษา            นอกเวลาราชการ</p>	<p>การควบคุมภายใน            เพียงพอ เนื่องจากไม่พบ            อุบัติเหตุการร้องเรียน            และการปฏิบัติตาม            ระบบควบคุมภายใน            อย่างสม่ำเสมอ</p>	<p>ไม่พบความเสี่ยง</p>	<p>สัญญาขอความ            ช่วยเหลือในท้องถิ่น            ๕. ให้ญาติดูแลติดตาม            ผู้ป่วยเวลาเข้าห้องน้ำ            ๖. คิดป้ายคำเตือนระวัง            การพลัดตกหกล้ม</p>	

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
กระบวนการออกเอกสารรับรองพิการวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการออกเอกสารรับรองความพิการ	การออกเอกสารรับรองพิการผิดพลาดไม่สมบูรณ์	มีการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของเอกสารรับรองความพิการทุกฉบับ	การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอ เนื่องจากยังพบอุบัติเหตุความเสี่ยงเกิดขึ้น และการปฏิบัติตามระบบควบคุมภายในยังไม่ต่อเนื่อง	แพทย์ออกเอกสารรับรองความพิการให้ผู้ป่วย ออกเอกสารรับรองพิการไม่สมบูรณ์ ดังนี้ -ไม่ระบุรายละเอียดความพิการ (เนื้อหาเอกสารไม่ชัดเจน ไม่สมบูรณ์)	- มีการทบทวนระบบการออกใบรับรองพิการกับสมาชิกในแผนก และให้ความเสี่ยงกับองค์กรแพทย์ - ผากวาระให้องค์กรแพทย์ช่วยทบทวนเรื่องการออกเอกสารรับรองความพิการ - อธิบายทำความเข้าใจกับแพทย์เป็นรายบุคคล เวลาที่มีข้อผิดพลาดและดำเนินการแก้ไขทันที	ดำเนินการทันที /กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
การพัฒนาความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลพัชการและ Instrument วัตถุประสงค์ เพื่อลดการสูญเสียรายได้จากการ Claim Instrument	-เจ้าหน้าที่ลงบันทึกพัชการไม่ครบถ้วน ส่งผลให้สูญเสียรายได้จากการเบิก Claim Instrument.	-มอบให้ ผู้รับผิดชอบทุก ค ลี นิก เป็น ผู้รับผิดชอบในการบันทึกพัชการและวัสดุการแพทย์ที่ใช้ทั้งหมดในแต่ละ Case	การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอ เนื่องจากยังพบอุบัติเหตุความเสี่ยงเกิดขึ้น และการปฏิบัติตามระบบควบคุมภายในยังไม่ต่อเนื่อง	-	มอบหมาย Subhead ช่วยตรวจสอบพัช และให้ผู้ที่เป็นเจ้าของ Case มาลงเพิ่มเติมในวันรุ่งขึ้น	ดำเนินการทันที แก้ไขเรียบร้อยแล้ว แล้ว/PCU.ลี

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุงการควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
แนวทางการดูแลผู้ป่วยอาการปวดท้องรุนแรง/สงสัยภาวะไส้ติ่งอักเสบ วัตถุประสงค์ เพื่อให้การรักษาและส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศรีสะเกษเพื่อรับการรักษาต่อ	ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องรุนแรงต้องรอรับการรักษาจากแพทย์ประจำOPD	กำหนดข้อตกลงในการแยกผู้ป่วยในกรณีเข้ารับการรักษาที่OPD หรือER	การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอ พบรายงานเคสไส้ติ่งอักเสบที่ได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษใช้ระยะเวลานาน	แพทย์ประจำOPDยังพบผู้ป่วยที่ประเมินแล้วควรได้รับการรักษาที่ER	แพทย์ประจำOPD สามารถประเมินอาการเบื้องต้นและส่งต่อได้ERได้ตามความเหมาะสม	ดำเนินการทันที/กลุ่มงานองค์กรแพทย์
การดูแลและป้องกันแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการทิ้งสิ่งปฏิกูลผิดที่	มีผ้าอนามัยและแพมเพิส อยู่ในถังผ้าเปื้อน	<ol style="list-style-type: none"> <li>จัดบริการถังขยะแยกประเภท ทั้งขยะทั่วไป ขยะติดเชื้อและขยะรีไซเคิล</li> <li>จัดบริการถังผ้าเปื้อนโดยแยกสีถึงเหลืองผ้าเปื้อนน้อย สีแดงถึงผ้าเปื้อนมากเช่น เปื้อนเลือด อุจจาระ</li> <li>ติดป้ายชี้บ่งถึง</li> </ol>	<p>การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอและยังปฏิบัติตามไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>เจ้าหน้าที่ขาดการกำกับผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลในการทิ้งขยะให้ถูกประเภท</li> <li>จุดแยกขยะมีการเขียนระบุขยะไม่ชัดเจน</li> </ol>	<p>ยังมีการทิ้งผ้าอนามัยและแพมเพิส อยู่ในถังผ้าเปื้อน</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>กำหนดให้พนักงานช่วยเหลือ คนไข้การแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการทิ้งขยะในช่วงของการรับใหม่ผู้ป่วย ของโรงพยาบาล</li> <li>ในช่วงของการเคาท์ดาวน์ชาติหัวหน้าทีมแนะนำผู้ป่วยและญาติอีกครั้งเรื่องการทิ้งขยะ</li> <li>จัดทำป้ายจุดแยกขยะแต่ละประเภทให้ชัดเจน</li> </ol>	ดำเนินการทันที/งานการพยาบาลผู้ป่วยในเด็กและหลังคลอด

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>ความเสี่ยงด้านโครงสร้างและความปลอดภัย</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อป้องกันความเสี่ยงเรื่องถึงออกซิเจนล้มกระแทกผู้ป่วยบาดเจ็บหรือสิ่งของชำรุด</p> <p>๒. ป้องกันอัคคีภัยหากมีการระเบิดของถังออกซิเจน</p>	<p>ลมพัดแรงพัดตู้ใส่แล้วตู้ใส่ไปโดนถังออกซิเจนบริเวณด้านหลังลิ้มแก๊ย</p> <p>ออกซิเจนหลุด</p> <p>ออกซิเจนรั่วออก</p>	<p>ผ้าเปื้อนและขยะประเภทต่างๆ</p> <p>เนื่องจากเดิมส่วนใหญ่จะใช้ถังออกซิเจน pipe line จะมีเฉพาะเตียงเสริม ด้านหลังและห้องพิเศษที่ยังไม่มีถังใช้ถึงออกซิเจนเสริมมาตั้ง กำหนดให้ใช้สายโซ่คล้อง เวลาวางตั้งแต่เนื่องจากและใช้รถเข็นออกซิเจนมาจาก</p>	<p>การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอยังไม่ปฏิบัติตามแนวทงอย่างสม่ำเสมอ</p>	<p>มีพฤติการณ์ล้มพัดแรงเสียดสีบิดมาโดนถังออกซิเจนที่ไม่ได้ใช้รถเข็นวางและไม่มีโซ่คล้องล้มกระแทกพื้นและวาล์พบนทลวมออกซิเจนรั่วออก</p>	<p>๑. กำหนดให้หากใช้ถังออกซิเจนสำรองต้องนำรถเข็นที่มีโซ่คล้องถังออกซิเจนทุกครั้ง</p> <p>๒. จัดวางถังไว้ระยะห่างจากวัสดุอุปกรณ์ที่สามารถล้มชนหรือกระแทกได้</p>	<p>ดำเนินการทันที/งานการพยาบาลผู้ป่วยในเด็กและหลังคลอด</p>

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
กระบวนการป้องกันเกิดการแตกหักกับของผู้ป่วยที่Admitted วัตถุประสงค์ -เพื่อป้องกันเกิดการแตกหักกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	ยังพบผู้ป่วยที่มี Bed sore ระดับ๒และ๒	การประเมินผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิด Bed sore -ผู้สูงอายุ -ผู้ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว -กลุ่มBed ridden -กลุ่มที่มีภาวะทพ โภชนาการ -กลุ่ม Palliative care	การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอเนื่องจากยังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้น	ยังพบผู้ป่วยที่มี Bed sore ทั้งเกิดที่รพ.และรับกลับจากรพ.อื่นๆ	ประชุมชี้แจง เน้นย้ำนิเทศ ติดตามทุกราย	ดำเนินการทันที/ ศึกษผู้เกี่ยวข้อง
การควบคุมกำกับบุคลากรให้ปฏิบัติตามข้อตกลงการดูแลผู้ป่วย วัตถุประสงค์ -เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติตามข้อตกลงการดูแลผู้ป่วย	การปฏิบัติงานบางกรณีไม่เป็นตามข้อตกลงการดูแลผู้ป่วย	จัดให้มีระบบการรายงานความเสี่ยง	การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอ เนื่องจากยังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้น และกการปฏิบัติตามระบบควบคุมภายในยังไม่ต่อเนื่อง	อุบัติการณ์ความเสี่ยง ราย ๒๔ จำนวนเป็น ระดับ A ๑ ราย ระดับ B ๒ ราย ระดับ C ๑ ราย	ประชุม แจ้งทีมทราบ ทบทวนเหตุการณ์เพื่อหาแนวทางแก้ไขและ ทบทวนข้อปฏิบัติเดิม มอบหมายการกำกับ ติดตามผล	ดำเนินการทันที/ ขวัญ เรือง เกศ แก้ว



ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายในที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
กระบวนการป้องกันการใช้การรักษาคิดค้น วัตถุประสงค์ -เพื่อป้องกันการใช้การรักษาคิดค้น	เรียกผู้ป่วยเข้ารับการรักษา	เรียกชื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการด้วยโปรแกรมอัตโนมัติและมีการทวนสอบ ชื่อ-นามสกุล ทุกครั้งก่อนให้การรักษา	การควบคุมภายในยังปฏิบัติตามไม่ต่อเนื่อง	ระดับ D ๑๑ ราย	กำหนดให้มีการทวนสอบ ชื่อ-นามสกุล ทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยเดินเข้ามาที่ห้องรักษาโดยผู้ช่วยทันตแพทย์และทวนอีกครั้งโดยทันตแพทย์ก่อนรับการตรวจหรือให้การรักษาทางทันตกรรม	ดำเนินการทันที/กลุ่มงานทันตกรรม

<p>ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนดำเนินการหรือภารกิจอื่นที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์</p>	<p>ความเสียหาย</p>	<p>การควบคุมภายในที่มีอยู่</p>	<p>การประเมินผล</p>	<p>ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่</p>	<p>การปรับปรุงการควบคุมภายใน</p>	<p>กำหนดเสร็จ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ</p>
<p>-ความครอบคลุมการเฝ้าระวังผู้เกี่ยวข้องที่บันทึกในแต่ละกลุ่มวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ และเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น</p>	<p>-ผู้เกี่ยวข้องได้รับการเยี่ยมไม่ทันเวลาภายใน ๓๔ วัน</p>	<p>กำหนดให้มี In charge ตรวจสอบข้อมูลในทะเบียนการเยี่ยม และรับข้อมูลใหม่จาก Thai COC แล้วแจ้งงานให้ทีมแช ออกเยี่ยม</p>	<p>การควบคุมภายในยังไม่เพียงพอ เนื่องจากยังพบอุบัติเหตุการฉ้อโกงความเสี่ยงเกิดขึ้น และการปฏิบัติตามระบบควบคุมภายในยังไม่ต่อเนื่อง</p>	<p>ยังพบปัญหาในผู้ป่วยที่ กลับจากรพ.แม่ข่าย ที่ยังไม่เข้าระบบ Thai COC ทำให้ไม่รับทราบข้อมูลผู้ป่วย</p>	<p>ประสานไปยัง ศูนย์ดูแล ต่อเนื่องรพ.แม่ข่ายในการส่งผู้ป่วยกลับมายังพื้นที่</p>	<p> ธันวาคม ๒๕๖๖/งานอโรคยา</p>

-การจัดส่งรายงานควบคุมภายใน ได้แก่ แบบติดตาม ปค.5, รายงาน ปค.4, ปค.5 Flow chart และ ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยง ภายในวันที่ 12 พฤศจิกายน 2567

4.2 คณะทำงานมิติด้านจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล

4.3 คณะทำงานมิติด้านการเงินและบัญชี

4.4 คณะทำงานมิติด้านพัสดุ

4.4 คณะทำงาน ITA แจ้งหลักเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)

1. การกำหนดเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน

\* เกณฑ์มาตรฐานระดับโอกาสที่เกิดจากความเสี่ยง

ระดับ	โอกาสที่จะเกิด	คำอธิบาย
5	สูงมาก	โอกาสเกิดขึ้นเป็นประจำ
4	สูง	โอกาสเกิดขึ้นบ่อยครั้ง
3	ปานกลาง	โอกาสเกิดขึ้นบ้าง
2	น้อย	โอกาสเกิดขึ้นน้อย
1	น้อยมาก	โอกาสเกิดขึ้นยาก

\* เกณฑ์มาตรฐานระดับความรุนแรงของผลกระทบ

ระดับ	ผลกระทบ	คำอธิบาย
5	สูงมาก	ลงทุนทางวินัยร้ายแรง ไล่ออก
4	สูง	ลงทุนทางวินัยร้ายแรง ปลดออก
3	ปานกลาง	ลงทุนทางวินัยไม่ร้ายแรง ลดเงินเดือน
2	น้อย	ลงทุนทางวินัยไม่ร้ายแรง ตัดเงินเดือน
1	น้อยมาก	ลงทุนทางวินัยไม่ร้ายแรง ภาคทัณฑ์

การวิเคราะห์ความเสี่ยงการทุจริต ประจำปี พ.ศ. 2568

ลำดับ	ปัจจัยความเสี่ยงในการเกิดทุจริต	โอกาส	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	ลำดับความเสี่ยง
1	การจัดทำโครงการอบรม จัดซื้อจัดจ้าง เอกสารประกอบการเบิกจ่ายไม่สมบูรณ์	3	4	12	2
2	การ Set ทำหัตถการนอกเวลาราชการทั้งที่สามารถทำในเวลาราชการได้	4	3	12	2
3	การหักเงินของเจ้าหน้าที่เพื่อทำธุรกรรมโดยไม่มีหลักฐานการจ่ายให้ตรวจสอบ	5	3	15	1
4	ลงเวลาปฏิบัติงานนอกเวลาราชการโดยมิได้อยู่ปฏิบัติงานจริง/ปฏิบัติงานไม่ครบตามเวลาที่ลง	3	1	3	4
๕	การส่งมอบงานยังไม่ครบ แต่ตรวจรับงานไปก่อน	1	1	1	5
๖	เป้าหมายผู้เข้าประชุมอบรมไม่ครบหากคนเซ็นต์เพิ่ม/เซ็นต์ปลอม	3	2	6	3

5. แผนจัดการความเสี่ยงการทุจริต

แผนบริหารความเสี่ยง/เหตุการณ์ความเสี่ยง	มาตรการ/กิจกรรม/แนวทางจัดการความเสี่ยง
1.การหักเงินของเจ้าหน้าที่เพื่อทำธุรกรรมโดยไม่มีหลักฐานการจ่ายให้ตรวจสอบ	1.เจ้าหน้าที่คืนข้อมูลการนำจ่ายเงินด้านการทำธุรกรรมเพื่อให้ตรวจสอบได้ เช่น สลิปการจ่ายเงิน/ใบเสร็จรับเงิน

แผนบริหารความเสี่ยง/เหตุการณ์ความเสี่ยง	มาตรการ/กิจกรรม/แนวทางจัดการความเสี่ยง
	2.ในกรณีที่หน่วยงานที่รับเงินทำธุรกรรมออกไปเสร็จเป็นภาพรวมของโรงพยาบาล ให้งานการเงินคืนข้อมูลการจ่ายเงินทำธุรกรรมให้เจ้าหน้าที่ทราบและตรวจสอบยืนยันยอด
2.การจัดทำโครงการอบรม เอกสารประกอบการเบิกจ่ายไม่สมบูรณ์	ผู้บังคับบัญชาควบคุม กำกับ ดูแลให้ข้าราชการ และบุคลากรของส่วนราชการในสังกัดโรงพยาบาลขุนหาญโดยเฉพาะผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องเช่น เจ้าของโครงการ ผู้ยืมเงินและเจ้าหน้าที่การเงิน ตรวจสอบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายตามโครงการ และปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการเบิกเงินจากคลัง การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการนำเงินส่งคลัง พ.ศ. ๒๕๖๒ อย่างเคร่งครัด โดยมีการควบคุมกำกับจากผู้บังคับบัญชาทุกระดับอย่างใกล้ชิด -ติดตามในที่ประชุม กกบ. ทำหนังสือติดตาม
3.การ Set ทำหัตถการนอกเวลาราชการ ทั้งที่สามารถทำในเวลาราชการได้	กำหนดห้องค้ครและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการ set หัตถการ ทบทวนความเหมาะสมในการ set ทำหัตถการนอกเวลาราชการ -สรุปการทำหัตถการนอกเวลาเสนอผู้บริหาร
๔.เป้าหมายผู้เข้าประชุมอบรมไม่ครบหาคนเข้้นต์เพิ่ม/เข้้นต์ปลอม	-ใช้แบบตอบรับการประชุมเพื่อทราบกลุ่มเป้าหมายที่แน่นอน
๕.ลงเวลาปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ โดยมีได้อยู่ปฏิบัติงานจริง/ปฏิบัติงานไม่ครบตามเวลาที่ลง	-การควบคุมกำกับโดยหัวหน้างาน -หัวหน้าสุมิเทศ
๖.การส่งมอบงานยังไม่ครบ แต่ตรวจรับงานไปก่อน	-ประกาศนโยบายให้ปฏิบัติตามระเบียบอย่างเคร่งครัด

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องอื่น ๆ

ประชุมเสร็จเวลา ๑๖.๐๐ น.

ลงชื่อ



ผู้สรุปวาระการประชุม

(นางสาววชิราภรณ์ สายจันทร์)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ



ผู้ตรวจรายงานการประชุม

(นายเดช ผิวอ่อน)

เภสัชกรชำนาญการพิเศษ