

รายงานการประชุมคณะกรรมการความเสี่ยง โรงพยาบาลเชาสุกิม

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕

วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๔.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมอิมสุข โรงพยาบาลเชาสุกิม

ผู้มาประชุม

๑. นายพิริยะ ภิบาลกุล รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชาสุกิม	ประธาน
๒. นางสาวสุภาวดี วงศ์พิทักษ์ ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๓. นางสาวอุทัยวรรณ นุชศิริ นักวิชาการพัสดุ	กรรมการ
๔. นางสาวกมลศา จันทสิทธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางสาวปรียา บัวสุวรรณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๖. นายพิทักษ์พงษ์ เพี้ยเพ็งตัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางสาวสุธิภา พิศโสระ นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางชลียา เพี้ยเพ็งตัน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
๙. นางสาวอรณิชา ศีลรักษ์ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๐. นางสาวจิตรรา ดีรัตน์ นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๑. นางสาวรณณา เพชรเกลี้ยง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๒. นางสาวกอบกุล ธรรมนามจิตเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
๑๓. นางสาวลัดดา อินทฤทธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๔. นางอรรณณ โพธิกิจ เกสัชกรชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ

สรุปผลการติดตามตัวชี้วัดงานบริหารความเสี่ยง

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค)
1.จำนวนรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์	>600	1726	992	649	642	208
- Clinical risk		1520	860	562	486	173
- Non-clinical risk		206	132	83	156	35
2. สัดส่วน Miss: Near miss (miss near miss)	≤ 0.5	0.016	0.014	0.013	0.014	0.013
3. อัตรา self-report	≥ 40	77.23	75.57	83.10	83.12	85.46
4. AE ที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน	≥150	164	93	53	45	30
5.อัตราความเสี่ยง/อุบัติการณ์ระดับ D ขึ้นไป ได้รับการแก้ไขและตอบกลับตามระบบ	ร้อยละ 70	68.20	71.20	70.10	69.10	65.20
6.อัตราการทำ RCA อุบัติการณ์ GHI	ร้อยละ100	100	100	100	100	100
7. Re-incident GHI	<ร้อยละ50	0	0	0	0	0
8.Compliance of prevention guideline in risk register	>ร้อยละ70	N/A	N/A	70.20	68.10	71.15

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค)
9.Coverage of risk prevention	ร้อยละ 100	N/A	80.00	85.50	88.56	89.16
10. อัตรา risk error (แดง/ส้ม) ใน risk register ที่ค่าคะแนนลดลง	>ร้อยละ10	N/A	N/A	5	7	6
11.ร้อยละของหน่วยงานที่มีการปรับปรุง บัญชีความเสี่ยง	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100
12.จำนวนรายการความเสี่ยงที่อยู่ในทะเบียนจัดการความเสี่ยง(Risk Register)	>80	N/A	75	76	78	83
13. การจ่ายเงินชดเชยตามมาตรา 41 / ประกันสังคม	>ร้อยละ1	0	0	0	0	0

นโยบายการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลเชาสุกิม ปี 2565

1. ทุกหน่วยงานมีการค้นหา ทบทวนและวิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงาน มีการวางมาตรการในการปฏิบัติ รวมทั้งมีการเขียนแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยง
2. บุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาลที่พบเห็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ให้รายงานอุบัติการณ์ในใบรายงานอุบัติการณ์ทันที ตามลำดับการรายงานอุบัติการณ์หรือความเสี่ยง โดยการรายงานไม่ถือเป็นความผิด
3. บุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาลต้องเขียนรายงานอุบัติการณ์อย่างน้อย 1 คน/1 เรื่อง/1 เดือน
4. มีการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรเพื่อตอบสนองและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงให้เหมาะสมและสอดคล้อง
5. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ค้นหา เฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงทุกประเภทที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล รวมทั้งประสานการดำเนินงานในโปรแกรมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องทุกส่วนกับทุกหน่วยงาน
6. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงควบคุม และป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นในโรงพยาบาล ทั้งต่อผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ ทรัพย์สิน สิ่งของ และชื่อเสียงของโรงพยาบาล
7. ความเสี่ยงระดับ G H I ต้องทำ RCA
8. เมื่อมีข้อร้องเรียน โรงพยาบาลถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญและมีผลต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ต้องมีการรายงาน บันทึกรายงาน และตอบสนองข้อร้องเรียนอย่างเหมาะสมโดยเร็ว
9. มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพที่สะท้อนสถานการณ์ความเสี่ยง ระบบเฝ้าระวัง และจัดลำดับความสำคัญ

Risk register

1. ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ทบทวนและนำเข้าความเสี่ยงใน risk register ให้ครบ ๔ ด้าน (จากเดิมยังไม่ครอบคลุม strategic risk และ financial risk) ได้แก่
 1. Strategic risk เพิ่ม 2 เรื่อง ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาลไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้, การดำเนินโครงการ/กิจกรรมไม่แล้วเสร็จตามกำหนดเวลา

2. Compliance risk เพิ่ม 2 เรื่อง ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วยถูกเปิดเผยโดยไม่ได้รับอนุญาต, การจัดหาพัสดุไม่ถูกต้องตามระเบียบราชการ
 3. financial risk เพิ่ม 2 เรื่อง ได้แก่ โรงพยาบาลขาดสภาพคล่องทางการเงิน, การใช้จ่ายงบประมาณไม่เป็นไปตามแผน
2. ให้กรรมการ RM ของแต่ละหน่วยงาน ดำเนินการกำกับดูแลความเสี่ยงของหน่วยงานตนเองใน risk register ให้มีการทบทวนและปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ

สรุปผลการดำเนินงานเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนโรงพยาบาลเขาสกิม ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

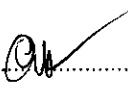
ลำดับ	เรื่อง	จำนวนครั้งที่พบ/ รายงาน	การดำเนินงานของ หน่วยงาน
๑	การจัดหาพัสดุไม่ถูกต้องตามระเบียบราชการ	๐	ระหว่าง ต.ค.๖๓- ก.ย. ๖๔ ไม่ได้รับรายงานตามข้อ ๑-๕
๒	การเบิกจ่ายค่าตอบแทนเกิดข้อผิดพลาดไม่เป็นไปตามระเบียบ ข้อกฎหมาย	๐	
๓	การนำทรัพย์สินของทางราชการไปใช้ประโยชน์ส่วนตัว	๐	
๔	การปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบของเจ้าหน้าที่	๐	
๕	การจัดทำโครงการฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประชุม และสัมมนา เป็นเท็จ และไม่เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง	๐	

รายงานการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน โดยใช้หลักการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐาน COSO ผลการวิเคราะห์และการจัดการความเสี่ยง/มาตรการ ดังรายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย

มติที่ประชุม รับทราบ

เลิกประชุมเวลา ๑๖.๐๐ น.

(ลงชื่อ)  ผู้จดยางานการประชุม
(นางอรรณณ โพธิกิจ)

เภสัชกรชำนาญการ


(นายพิริยะ ภิบาลกุล)
นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาสกิม