

รายงานการประชุมการวิเคราะห์และจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง
โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน
ครั้งที่ ๒/๒๕๖๙
วันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙
ณ ห้องประชุม ๑ โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน

ผู้มาประชุม

๑. นายนันทวิช เมตตากุลพิทักษ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษด้านเวชกรรม) รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน
๒. น.ส.ชัชรินทร์ ยงกัลยาณกุล	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
๓. น.ส.สมศิริ สุขสวัสดิ์	เภสัชกรชำนาญการ
๔. น.ส.ศิริณ กุลนะวะณิชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๕. น.ส.พิชญาดา วาริรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๕. น.ส.บุญยืน ไชยเชตุ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๖. น.ส.ธารีรัตน์ ศรีสุพรรณ	แพทย์แผนไทย
๗. นายสายัณห์ จันทร์วัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๘. น.ส.ลีพร เจือจุล	นักรังสีการแพทย์ปฏิบัติการ
๙. นางสมใจ สุขสวัสดิ์	นักโภชนาการ
๑๐. น.ส.ปิยภรณ์ หลิมเจริญ	นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ
๑๑. น.ส.บุปผา ตะพัง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๒. น.ส.อัญชนา บัวเรือง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
๑๓. น.ส.อุไรวรรณ ทิพย์	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ
๑๔. น.ส.กรองทอง ธรรมเสถียร	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน
๑๕. น.ส.ภัทรกร เขียวขุ่ม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เริ่มประชุมเวลา ๑๔.๐๐ น.

นายนันทวิช เมตตากุลพิทักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน เป็นประธานกล่าวเปิดประชุม และดำเนินการตามระเบียบวาระการประชุม ดังต่อไปนี้

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการบริหารจัดการความเสี่ยงสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒

กำหนดให้หน่วยงานของรัฐตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑ ถือปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการบริหารจัดการความเสี่ยงสำหรับหน่วยงานของรัฐที่แนบท้ายหลักเกณฑ์ ซึ่งบังคับในรอบระยะเวลาบัญชีของหน่วยงานของรัฐถัดจากปีที่กระทรวงการคลังประกาศเป็นต้นไปนั้น อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑ หมวด ๔ การบัญชี การรายงาน และการตรวจสอบ มาตรา ๗๙ บัญญัติให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยให้ถือปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด นั้น

กลุ่มงานบริหารทั่วไปต้องจัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงภายในองค์กร อย่างน้อยประกอบด้วย การมอบหมายผู้รับผิดชอบเรื่องการบริหารความเสี่ยง การกำหนดวัฒนธรรมของหน่วยงานที่ส่งเสริมการบริหารจัดการความเสี่ยง รวมถึงการบริหารทรัพยากรบุคคล

การดำเนินการจัดการความเสี่ยงอย่างเหมาะสมจะต้องมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

๑. วิเคราะห์ความเสี่ยง การระบุความเสี่ยงและการประเมินความเสี่ยง
๒. กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการบริหารจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสม
๓. การบริหารจัดการความเสี่ยง โดยการวางแผนการปรับปรุงเพื่อบริหารจัดการความเสี่ยง
๔. มีการสื่อสารการบริหารจัดการความเสี่ยงของวัตถุประสงค์ด้านต่าง ๆ ต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต้องดำเนินการทุกระดับของหน่วยงาน
๕. ดำเนินการตามแผน
๖. ติดตามประเมินผลการบริหารจัดการความเสี่ยงและรายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
๗. พิจารณาทบทวนแผนการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองและติดตาม รายงานการประชุมครั้งที่แล้ว

การประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๘

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเสนอให้ที่ประชุมทราบ

- การลงโปรแกรมความเสี่ยงในระบบ HRMS on Cloud อัปเดต version ใหม่ ถ้าความเสี่ยงระดับ A-B,๑-๒ จะไม่ต้องให้คณะกรรมการความเสี่ยงปิดเคส เมื่อหัวหน้าหน่วยงานลงบันทึกแก้ไข ปัญหา ความเสี่ยงนั้นจะไปเข้าระบบ NRLS ได้เลยเป็นการปิดเคสอัตโนมัติ

- ในกรณีที่มีอุบัติการณ์ที่หัวหน้าหน่วยงานพิจารณาแล้วว่าไม่เป็นอุบัติการณ์ให้หน่วยงานที่เป็นผู้แก้ไขหลักแจ้งกับแอดมินระบบ (คุณชัชรินทร์ หรือคุณพิชญาดา) โดยไม่ต้องทำการแก้ไขอุบัติการณ์นั้นๆ เพื่อทำการลบอุบัติการณ์แต่อุบัติการณ์ที่จะลบต้องเป็นอุบัติการณ์ที่เกิดในเดือนเดียวกันกับวันที่จะลบรายงาน ถ้าข้ามเดือนจะลบรายงานอุบัติการณ์นั้นไม่ได้ คุณชัชรินทร์จะนำแจ้งในคณะกรรมการ PCT ต่อไป

- อุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป หรือ ๔-๕ หน่วยงานต้องหา RCA หรือ contributing factor ให้คณะกรรมการความเสี่ยงก่อนปิดเคส

- การเยี่ยมออนไลน์หลัง Reaccredit ๑ ปีครึ่ง วันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๙ มีการนำเสนอ เรื่อง Hospital profile ผู้นำเสนอ ผอ. ,เรื่องการบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยและมาตรฐานสำคัญจำเป็น ๙ ข้อ โดยคณะกรรมการความเสี่ยง ผู้นำเสนอ คุณชัชรินทร์ ,ด้านสิ่งแวดล้อม รับผิดชอบโดยคุณบุญยืน ด้าน PCT ผู้นำเสนอ ผอ. ระยะเวลาแนะนำเสนอทีมละ ๒๐ นาที แนวทางการนำเสนอของงานบริหารความเสี่ยง คือ ตอบตาม recommend ที่เคยส่งไป แจ้งแนวทางการปฏิบัติ แผนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ เลือกมาตรฐานสำคัญจำเป็นที่สอดคล้องการดำเนินงานที่เป็น best practice ของทีม PCT คณะกรรมการ HA นัดซ้อมนำเสนอวันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๙

- จากที่ผ่านมา โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อนไม่พบข้อร้องเรียนเรื่องการทุจริตในการปฏิบัติงาน แต่มีกรณีศึกษาจากโรงพยาบาลอื่นเป็นกรณีตัวอย่างที่พบว่าการทุจริต เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกรณีทุจริตตามที่พบเห็นหรือตามข่าวที่พบได้บ่อยครั้ง จึงควรอุดช่องว่างเกี่ยวกับการดำเนินงานของหน่วยงานหรือการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่ที่อาจทำให้มีการทุจริต จึงมีการประเมินความเสี่ยงการทุจริตทั้งหมด ๙ ขั้นตอน

- ขั้นตอนที่ ๑ การระบุความเสี่ยงการทุจริต
- ขั้นตอนที่ ๒ การวิเคราะห์สถานะความเสี่ยงการทุจริต
- ขั้นตอนที่ ๓ เมทริกส์ระดับความเสี่ยงการทุจริต
- ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินการควบคุมความเสี่ยงการทุจริต
- ขั้นตอนที่ ๕ แผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต
- ขั้นตอนที่ ๖ การจัดทำรายงานผลการเฝ้าระวังความเสี่ยงการทุจริต
- ขั้นตอนที่ ๗ จัดทำระบบการบริหารความเสี่ยงการทุจริต
- ขั้นตอนที่ ๘ การจัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยงการทุจริต
- ขั้นตอนที่ ๙ การรายงานผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเสนอเพื่อที่ประชุมพิจารณา

- แผนงานบริหารความเสี่ยงปี ๒๕๖๙

๑) จัดการอบรมเรื่องความเสี่ยงและอุบัติการณ์ให้กับเจ้าหน้าที่เก่าและใหม่ เป้าหมายร้อยละ ๙๐ โดยจัดเป็น ๒ รุ่น ในวันที่ (น่าจะประมาณ เดือนพค. รอนัดหมายอีกครั้ง) เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.

๒) ส่งเสริมการทำ risk register ให้ครบทุกหน่วยงาน เน้นหน่วยงาน back office และ update risk register ด้าน clinic รวมทั้ง risk owner

๓) การทำแบบสำรวจวัฒนธรรมออนไลน์ประจำปี ๒๕๖๙ ระยะเวลาการทำแบบสำรวจตั้งแต่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๙ – ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙ จำนวนบุคลากรทั้งหมด ๒๐๔ คน แบ่งเป็น ๔ กลุ่ม กลุ่มผู้บริหาร, กลุ่มสายวิชาชีพสาธารณสุข, กลุ่มสายสนับสนุนทางการแพทย์และสายสนับสนุนทั่วไป

มติที่ประชุม จากการร่วมระดมความคิดเห็น ได้กำหนดประเด็นทุจริตไว้ ๒ ประเด็น ได้แก่

๑) กระบวนการเบิกจ่ายเงิน

๒) กระบวนการบันทึกบัญชี

มอบหมายให้กลุ่มงานบริหารทั่วไปจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับปัญหาการทุจริต โดยกำหนดมาตรการในการป้องกันการทุจริตของหน่วยงาน ดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในสังกัดและกำชับผู้ปฏิบัติงานให้ปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์ รอบคอบ ปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการอย่างเคร่งครัดต่อไป

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องอื่น ๆ

- การกระตุ้นการลงรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากหน่วยงาน ให้แต่ละหน่วยงาน มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างน้อยหน่วยงานละ ๕ เรื่อง/เดือน เริ่มเดือนมีนาคม ๒๕๖๙

โดยหัวหน้าฝ่ายหรือคณะกรรมการความเสี่ยงในฝ่ายเป็นผู้แจ้งให้คุณชัชรินทร์ รับทราบ

- ประสานทีม FA ให้กระตุ้นติดตามในเรื่องของอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ควรวางแผนให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงแบบเดียวกันได้ เช่น OPD-ER ,Ward,LR เพื่อนำไปจัดทำแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

- แจ้งคุณสุรารัตน์ในกรณีที่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางด้าน PCT ที่ยังไม่ได้ทำการแก้ไขและทำ RCA

ปิดประชุมเวลา ๑๕.๐๐ น

น.ส. ชัชรินทร์ ยงกัลยาณกุล

ผู้บันทึกรายงานการประชุม