

แบบรายงานการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน (แบบ ปค.5)

สำหรับระยะเวลาการดำเนินงานสิ้นสุด วันที่ 30 กันยายน 2565

หน่วยงาน ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

** หน่วยงานได้ระบุความเสี่ยง วิเคราะห์ความเสี่ยง และจัดการความเสี่ยง ตามมาตรฐานการควบคุมภายในที่กำหนดไว้

ภารกิจตาม กฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐ หรือภารกิจตาม แผนการ ดำเนินการหรือ ภารกิจอื่น ๆ ที่ สำคัญของ หน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	สาเหตุความเสี่ยง	การประเมินความเสี่ยง			ตัวชี้วัดความเสี่ยง หลัก (KRI)	ช่วง/ระยะเวลา ดำเนินการ	กิจกรรมควบคุมภายใน	การประเมินผลการ ควบคุมภายใน (บรรลุ/ ไม่บรรลุ)		ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุงการ ควบคุม	หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ/ชื่อผู้ กำกับควบคุม/ชื่อ ผู้รับผิดชอบ เบอร์ ติดต่อ	หมายเหตุ
			ผลกระทบ (1)	โอกาสที่จะ เกิด (2)	ระดับ ความเสี่ยง (1)*(2)				ติดตาม 6 เดือน	ติดตาม 12 เดือน				
ภารกิจ การบริหารวิชาการ แผนการดำเนินการ ด้านบริหาร ยุทธศาสตร์	1. การไม่บรรลุตาม แผนยุทธศาสตร์	1. การเกิดภาวะโรคระบาดโค วิด-19 ทำให้ไม่สามารถดำเนิน กิจกรรมตามแผนได้ 2. กรอบระยะเวลาการติดตาม นานเกินไป 3. การไม่ปฏิบัติตามแผน ยุทธศาสตร์หรือแผนปฏิบัติการ	3	4	12	การบรรลุตาม แผนปฏิบัติการ ร้อย ละ 80	ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565	1.การติดตามการ ดำเนินการตามกรอบ ระยะเวลาที่ตกลง 2. การรายงานความ เคลื่อนไหวในการ ดำเนินการตามแผน ยุทธศาสตร์ทุกไตรมาส	ไม่บรรลุ	ไม่บรรลุ	1.การไม่ดำเนินการ ตามแผน ยุทธศาสตร์หรือ แผนปฏิบัติการที่วาง ไว้ 2.การขาดการ ติดตามอย่าง สม่ำเสมอ 3.การเกิดภาวะทาง สังคมที่ทำให้ไม่ สามารถดำเนิน กิจกรรมได้ เช่นโรค ระบาด สงคราม	1.การกำหนดกรอบ ระยะเวลาในการ ติดตามให้สั้นลง 2. การรายงาน ความเคลื่อนไหวใน การดำเนินการตาม แผนยุทธศาสตร์ทุก เดือน 3.การจัดทำ Dashboard ในการ เฝ้าระวังและติดตาม	งานนโยบายและ แผน / หัวหน้างาน นโยบายและแผน / นางสาวศวดี อรุณ รัตน์ / 02 502 2345 ต่อ 3751	ผลการ ดำเนินการ การบรรลุตาม แผนปฏิบัติการ เท่ากับ ร้อยละ 31.03 ข้อมูล ณ 30 มี.ย. 2565

ภารกิจตาม กฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐ หรือภารกิจตาม แผนการ ดำเนินการหรือ ภารกิจอื่นๆที่ สำคัญของ หน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	สาเหตุความเสี่ยง	การประเมินความเสี่ยง			ตัวชี้วัดความเสี่ยง หลัก (KRI)	ช่วง/ระยะเวลา ดำเนินการ	กิจกรรมควบคุมภายใน	การประเมินผลการ ควบคุมภายใน (บรรลุ/ ไม่บรรลุ)		ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุงการ ควบคุม	หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ/ชื่อผู้ กำกับควบคุม/ชื่อ ผู้รับผิดชอบ เบอร์ ติดต่อ	หมายเหตุ
			ผลกระทบ (1)	โอกาสที่จะ เกิด (2)	ระดับ ความเสี่ยง (1)*(2)				ติดตาม 6 เดือน	ติดตาม 12 เดือน				
ภารกิจ การเรียนการสอน แผนการดำเนินการ ด้านการดำเนินงาน	2. การเกิดการ วินิจฉัยผิดพลาด โดยนิสิตแพทย์/ แพทย์เพิ่มพูนทักษะ	1. นิสิตแพทย์/แพทย์เพิ่มพูน ทักษะขาดความรู้ ความ เชี่ยวชาญในการวินิจฉัย	2	2	4	ร้อยละของการเกิด การวินิจฉัยผิดพลาด โดยนิสิตแพทย์/ แพทย์เพิ่มพูนทักษะ มีแนวโน้มลดลง	ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565	1. จัดให้มีกิจกรรม วิชาการแก่แพทย์ เพิ่มพูนทักษะ โดยเฉพาะภาวะฉุกเฉิน และภาวะที่พบบ่อยใน เวชปฏิบัติ 2. ประสานกับ สาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำแนวทางการ ดูแลรักษาภาวะฉุกเฉิน และภาวะที่พบบ่อยใน เวชปฏิบัติ 3. ประสานกับ สาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง จัดทำระบบการให้ คำปรึกษาแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ	ไม่บรรลุ	ไม่บรรลุ	การเกิดการวินิจฉัย ผิดพลาด	1. นำรายงานจาก HOIR มารายงาน ในคณะกรรมการ แพทยศาสตรศึกษา ฯ ศูนย์การแพทย์ ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน เพื่อนำ เหตุการณ์ที่ได้รับ แจ้งมาจัดกิจกรรม วิชาการโดยเน้นย้ำ ในบางหัวข้อ	งานแพทยศาสตร ศึกษาและแพทย์ใช้ ทุน, งานป้องกัน และควบคุมการติด เชื้อในโรงพยาบาล (IC) / ผู้ช่วย ผู้อำนวยการฝ่าย แพทยศาสตรศึกษา / นางสาวกนิษฐา ระวังถ้อย / 02 502 2345 ต่อ 3424	ผลการ ดำเนินการ ไม่ทราบผล ประเมิน เนื่องจากไม่ สามารถวัดว่ามี แนวโน้มลดลงได้ เพราะเพิ่งเริ่ม เก็บข้อมูลเป็นปี แรก ยังไม่มี ข้อมูลสำหรับ เปรียบเทียบ

ภารกิจตาม กฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐ หรือภารกิจตาม แผนการ ดำเนินการหรือ ภารกิจอื่นๆที่ สำคัญของ หน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	สาเหตุความเสี่ยง	การประเมินความเสี่ยง			ตัวชี้วัดความเสี่ยง หลัก (KRI)	ช่วง/ระยะเวลา ดำเนินการ	กิจกรรมควบคุมภายใน	การประเมินผลการ ควบคุมภายใน (บรรลุ/ ไม่บรรลุ)		ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุงการ ควบคุม	หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ/ชื่อผู้ กำกับควบคุม/ชื่อ ผู้รับผิดชอบ เบอร์ ติดต่อ	หมายเหตุ
			ผลกระทบ (1)	โอกาสที่จะ เกิด (2)	ระดับ ความเสี่ยง (1)*(2)				ติดตาม 6 เดือน	ติดตาม 12 เดือน				
ภารกิจ การเรียนการสอน แผนการดำเนินการ ด้านการดำเนินงาน	3. การเกิด อุบัติเหตุเข็มทิ่ม ตำ/บาดเจ็บจากของ มีคม และการสัมผัส เลือดหรือสารคัด หลังจากการ ปฏิบัติงานของนิสิต แพทย์/แพทย์ เพิ่มพูนทักษะ	1. นิสิตแพทย์ไม่สวมใส่อุปกรณ์ ป้องกันอย่างครบถ้วนหรือสวม ใส่/ถอดออกไม่ถูกวิธี 2. การทำหัตถการหรือการ จัดเก็บอุปกรณ์ไม่ถูกวิธี	2	4	8	ร้อยละของการเกิด อุบัติเหตุเข็มทิ่ม ตำ/บาดเจ็บจากของ มีคม และการสัมผัส เลือดหรือสารคัด หลังจากการ ปฏิบัติงานของนิสิต แพทย์/แพทย์ เพิ่มพูนทักษะ มี แนวโน้มลดลง	ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565	1. มีแนวทางในการ ปฏิบัติจากงาน IC เมื่อ นิสิตแพทย์บาดเจ็บจาก การทำหัตถการ 2. มีแนวทางในการให้ ความรู้ก่อนทำหัตถการ เช่น การสอนแสดง 3. มีระบบควบคุมการ ทำหัตถการของนิสิต แพทย์โดยอาจารย์ แพทย์/แพทย์เวช ปฏิบัติ/พยาบาลวิชาชีพ 4. สอดแทรกการสอน 2P Safety ในรายวิชาที่ เกี่ยวข้อง	ไม่บรรลุ	ไม่บรรลุ	การเกิดอุบัติเหตุ เข็มทิ่มตำ/บาดเจ็บ จากของมีคม และ การสัมผัสเลือดหรือ สารคัดหลังจากการ ปฏิบัติงาน	1. จัดการอบรม/ ปฐมนิเทศในการ สวมใส่/ถอด อุปกรณ์ป้องกัน อย่างถูกวิธีให้แก่ นิสิตแพทย์และ แพทย์เพิ่มพูนทักษะ 2. ประสานกับ สาขาวิชาหรือ หน่วยงานที่ เกี่ยวข้องจัดทำ แนวทางในการทำ หัตถการหรือการ จัดเก็บอุปกรณ์ อย่างถูกวิธี	งานแพทยศาสตร ศึกษาและแพทย์ใช้ ทุน, งานป้องกัน และควบคุมการติด เชื้อในโรงพยาบาล (IC) / ผู้ช่วย ผู้อำนวยการฝ่าย แพทยศาสตรศึกษา / นางสาวกนิษฐา ระวังถ้อย / 02 502 2345 ต่อ 3424	ผลการ ดำเนินการ ไม่ทราบผล ประเมิน เนื่องจากไม่ สามารถวัดว่ามี แนวโน้มลดลงได้ เพราะเพิ่งเริ่ม เก็บข้อมูลเป็นปี แรก ยังไม่มี ข้อมูลสำหรับ เปรียบเทียบ

ภารกิจตาม กฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐ หรือภารกิจตาม แผนการ ดำเนินการหรือ ภารกิจอื่นๆที่ สำคัญของ หน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	สาเหตุความเสี่ยง	การประเมินความเสี่ยง			ตัวชี้วัดความเสี่ยง หลัก (KRI)	ช่วง/ระยะเวลา ดำเนินการ	กิจกรรมควบคุมภายใน	การประเมินผลการ ควบคุมภายใน (บรรลु/ ไม่บรรลु)		ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุงการ ควบคุม	หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ/ชื่อผู้ กำกับควบคุม/ชื่อ ผู้รับผิดชอบ เบอร์ ติดต่อ	หมายเหตุ
			ผลกระทบ (1)	โอกาสที่จะ เกิด (2)	ระดับ ความเสี่ยง (1)*(2)				ติดตาม 6 เดือน	ติดตาม 12 เดือน				
ภารกิจ การบริการวิชาการ แผนการดำเนินการ ด้านการดำเนินงาน	4. การเจ็บป่วยด้วย โรคติดเชื้อจากการ ทำงานของบุคลากร	บุคลากรไม่ทำตามแนวปฏิบัติ (guideline)	2	3	6	อัตราบุคลากรติดเชื้อ COVID-19 จาก การสัมผัสผู้ป่วย ในขณะปฏิบัติงาน ≤ ร้อยละ 5	ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565	1. ประกาศนโยบายและ แนวทางปฏิบัติเพื่อ ป้องกัน และควบคุม การติดเชื้อภายในศูนย์ การแพทย์ปัญญาทันต ภิทุกุ ชลประทาน 2. แต่งตั้ง คณะกรรมการ ผู้รับผิดชอบเพื่อติดตาม สถานการณ์ แก้ไข/ ปรับปรุงมาตรการเพื่อ ป้องกันการติดเชื้อของ บุคลากร 3. ให้ความรู้บุคลากร เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ ป้องกันการติดเชื้อ การ ปฏิบัติตามแนวทาง DMHTT อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะในสถานที่ ปฏิบัติงาน 4. บริหารจัดการวัคซีน COVID-19 ให้กับ บุคลากรและญาติอย่าง เพียงพอ	บรรลุ	บรรลุ	อุบัติการณ์การติด เชื้อ COVID-19 จากการสัมผัสผู้ป่วย ในขณะปฏิบัติงาน	-	ฝ่ายทรัพยากรบุคคล , งานป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล (IC) / ผู้ช่วย ผู้อำนวยการฝ่าย ทรัพยากรบุคคล / พญ.โณภชจี สุข อารีย์ชัย / 02 502 2345 ต่อ 3668	ผลการ ดำเนินการ อัตราบุคลากรติด เชื้อ COVID-19 จากการสัมผัส ผู้ป่วยในขณะ ปฏิบัติงาน เท่ากับ ร้อยละ 0.86

ภารกิจตาม กฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐ หรือภารกิจตาม แผนการ ดำเนินการหรือ ภารกิจอื่นๆที่ สำคัญของ หน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	สาเหตุความเสี่ยง	การประเมินความเสี่ยง			ตัวชี้วัดความเสี่ยง หลัก (KRI)	ช่วง/ระยะเวลา ดำเนินการ	กิจกรรมควบคุมภายใน	การประเมินผลการ ควบคุมภายใน (บรรลุ/ ไม่บรรลุ)		ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุงการ ควบคุม	หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ/ชื่อผู้ กำกับควบคุม/ชื่อ ผู้รับผิดชอบ เบอร์ ติดต่อ	หมายเหตุ
			ผลกระทบ (1)	โอกาสที่จะ เกิด (2)	ระดับ ความเสี่ยง (1)*(2)				ติดตาม 6 เดือน	ติดตาม 12 เดือน				
ภารกิจ การบริการวิชาการ แผนการดำเนินการ ด้านการดำเนินงาน	5. ความไม่พร้อมใช้ ของระบบสารสนเทศ	1. ไฟดับ 2. โปรแกรม HOSxP ค้าง 3. สาย Lan ขาด	2	2	4	Information systems response time ภายใน ≤15 นาที ร้อยละ 100	ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565	- จัดหา UPS - Update โปรแกรม สม่ำเสมอ - ติดตั้งสาย Lan	บรรลุ	ไม่บรรลุ	- Computer บาง เครื่องเก่า - มีการปรับปรุง โปรแกรมเป็น บางครั้ง - มีหนูกัดสาย Lan	- เปลี่ยนเครื่อง คอมพิวเตอร์เมื่อได้ งบประมาณในการ จัดซื้อใหม่ - แจ้งผู้เกี่ยวข้อง ดูแลเรื่องหนู	ฝ่ายสารสนเทศ / ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ฝ่ายสารสนเทศ / นางสาวกัญญา พันธุ์ เมต / 02 502 2345 ต่อ 3301	ผลการ ดำเนินการ Information systems response time ภายใน ≤15 นาที เท่ากับ ร้อย ละ 80
ภารกิจ การบริการวิชาการ แผนการดำเนินการ ด้านการดำเนินงาน	6. ข้อร้องเรียนใน ระบบนัดและระบบคิว	1. ระบบบริการเปลี่ยนแปลงบ่อย 2. บุคลากรไม่เพียงพอ และไม่ เข้าใจระบบ 3. อุปกรณ์เครื่องมือไม่เพียงพอ	2	5	10	อัตราร้องเรียนระบบ นัดและระบบคิว ≤ ร้อยละ 5	ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565	จัดระบบงานให้มีความ ชัดเจน ทบทวนให้ เจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องมี ความเข้าใจระบบ- สื่อสารให้ผู้รับบริการ ทราบขั้นตอนการรับ บริการและทราบ ระยะเวลา รอ นำปัญหา หน่วยงานมาทบทวนปรับ กระบวนการให้ข้อมูล บริการให้ชัดเจนมากขึ้น	บรรลุ	บรรลุ	ยังพบอุปสรรคณอยู่ เนื่องศูนย์การแพทย์ ปัญญานันทภิกขุ ชลประทานอยู่ใน ระหว่างปรับปรุง ระบบสารสนเทศ	ให้จัดทำป้าย ประชาสัมพันธ์และ มีบุคลากรมีหน้าที่ ตอบข้อซักถามและ ให้ข้อมูลผู้รับบริการ	คณะทำงานรับฟัง เสียงลูกค้า / รอง ผู้อำนวยการฝ่าย การพยาบาล / นาง จิตราธิ์ เทศนา / 02 502 2345 ต่อ 3513	ผลการ ดำเนินการ อัตราร้องเรียน ระบบนัดและ ระบบคิว เท่ากับ ร้อยละ 0.005
ภารกิจ การบริการวิชาการ แผนการดำเนินการ ด้านการดำเนินงาน	7. ความปลอดภัย ของข้อมูลบนโลกไซ เบอร์	1. การโดนแฮกระบบ 2. การติดไวรัส	1	1	1	ความปลอดภัยของ ข้อมูลบนโลกไซ เบอร์ ร้อยละ 80	ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565	- Update Program และต่ออายุ License Firewall, Antivirus - มี Server สำรอง	บรรลุ	บรรลุ	มี Virus เกิดใหม่ ตลอดเวลา	- ต้อง Update Antivirus สม่ำเสมอ	ฝ่ายสารสนเทศ / ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ฝ่ายสารสนเทศ / นางสาวกัญญา พันธุ์ เมต / 02 502 2345 ต่อ 3301	ผลการ ดำเนินการ ความปลอดภัย ของข้อมูลบนโลก ไซเบอร์ เท่ากับ ร้อยละ 100

ภารกิจตาม กฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐ หรือภารกิจตาม แผนการ ดำเนินการหรือ ภารกิจอื่นๆที่ สำคัญของ หน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	สาเหตุความเสี่ยง	การประเมินความเสี่ยง			ตัวชี้วัดความเสี่ยง หลัก (KRI)	ช่วง/ระยะเวลา ดำเนินการ	กิจกรรมควบคุมภายใน	การประเมินผลการ ควบคุมภายใน (บรรลุ/ ไม่บรรลุ)		ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุงการ ควบคุม	หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ/ชื่อผู้ กำกับควบคุม/ชื่อ ผู้รับผิดชอบ เบอร์ ติดต่อ	หมายเหตุ
			ผลกระทบ (1)	โอกาสที่จะ เกิด (2)	ระดับ ความเสี่ยง (1)*(2)				ติดตาม 6 เดือน	ติดตาม 12 เดือน				
ภารกิจ การบริการวิชาการ แผนการดำเนินการ ด้านการเงิน	8. การขาดสภาพ คล่องด้านการคลัง	ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มีสภาพหนี้คงค้าง ของปีงบประมาณเก่าสะสมเป็น จำนวนมาก จึงทำให้ไม่สามารถ บริหารจัดการด้านการเบิกจ่าย ให้มีประสิทธิภาพได้	3	5	15	จำนวนหนี้เก่าสะสม ที่ค้างชำระมีปริมาณ ลดลง	ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565	มีการบริหารจัดการโดย การจ่ายชำระหนี้เก่า ของบริษัท/ห้างร้าน และ จ่ายชำระหนี้ใหม่ ค่า สาธารณูปโภค และ บริษัท ห้างร้านที่เร่งจ่าย	บรรลุ	บรรลุ	1. ได้รับเอกสารการ เบิกจ่ายล่าช้า 2. ได้รายรับไม่ เพียงพอกับรายจ่าย 3. รายจ่ายไม่ เป็นไปตามแผนที่ กำหนดไว้	1. จัดทำเอกสารให้ ตามระเบียบและ รวดเร็ว 2. บริหารการจ่ายให้ เป็นไปตามแผนที่ กำหนดไว้	งานคลัง / หัวหน้า งานคลัง / นางสาวปภาดา แก้วสวรรค์ / 02 502 2345 ต่อ 3798	ผลการ ดำเนินการ จำนวนหนี้เก่า สะสมที่ค้างชำระ มีปริมาณลดลง (ลดลงร้อยละ 90.72)
ภารกิจ การวิจัย แผนการดำเนินการ ด้านการดำเนินงาน	9. ผลงานวิจัยมีน้อย ไม่เป็นไปตาม เกณฑ์ที่กำหนด	1. ขาดระบบสนับสนุนการ ดำเนินงานวิจัย 2. งานวิจัยอยู่ระหว่าง ดำเนินการตีพิมพ์	3	3	9	จำนวนงานวิจัยที่ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20	ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565	จัดให้มีที่ปรึกษาในการ ดำเนินงานวิจัย และมี นักวิชาการสติดิออย แนะนำด้านสติดิจารวิจัย	ไม่บรรลุ	ไม่บรรลุ	1. งานวิจัยอยู่ ระหว่างรอตีพิมพ์ จำนวน 15 เรื่อง 2. ผู้วิจัยยังขาด ทักษะในการเขียน บทความวิจัยเป็น ภาษาอังกฤษเพื่อ ตีพิมพ์ และการ เลือกวารสารที่ เหมาะสมกับ ลักษณะงานวิจัย ของตัวเอง 3. ผู้วิจัยไม่แจ้ง ผลงานวิจัยที่ได้รับ การตีพิมพ์ในวารสาร	1. จัดโครงการ อบรมพัฒนา ศักยภาพผู้วิจัย อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเรื่องการ เขียน Manuscript และการขอตีพิมพ์ ในวารสารระดับชาติ และนานาชาติ 2. จัดทำแผน Training need โดย รวบรวมหลักสูตร ต่างๆ เพื่อให้ผู้วิจัย ที่สนใจสมัครยื่นขอ ไปอบรมโดยผ่าน คณะกรรมการ HRD 3. จัดทำ แบบสอบถามการ ยื่นขอตีพิมพ์ ผลงานวิจัยไปยัง ผู้วิจัยทุกท่าน	งานวิจัย / ผู้ช่วย ผู้อำนวยการฝ่าย วิชาการและวิจัย / นางเปรมิกา โพธิ์สกุล / 02 502 2345 ต่อ 3405	ผลการ ดำเนินการ จำนวนงานวิจัย ลดลง ร้อยละ 27.78

การติดตาม กฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐ หรือการติดตาม แผนการ ดำเนินการหรือ ภารกิจอื่น ๆ ที่ สำคัญของ หน่วยงานของรัฐ/ วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	สาเหตุความเสี่ยง	การประเมินความเสี่ยง			ตัวชี้วัดความเสี่ยง หลัก (KRI)	ช่วง/ระยะเวลา ดำเนินการ	กิจกรรมควบคุมภายใน	การประเมินผลการ ควบคุมภายใน (บรรลุ/ ไม่บรรลุ)		ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุงการ ควบคุม	หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ/ชื่อผู้ กำกับควบคุม/ชื่อ ผู้รับผิดชอบ เบอร์ ติดต่อ	หมายเหตุ
			ผลกระทบ (1)	โอกาสที่จะ เกิด (2)	ระดับ ความเสี่ยง (1)*(2)				ติดตาม 6 เดือน	ติดตาม 12 เดือน				
ภารกิจ การบริหารวิชาการ แผนการดำเนินการ ด้านกฎหมาย ชองบังคับ	10 การฟ้องร้องต่อ โรงพยาบาลด้าน มาตรฐานวิชาชีพ	1. ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ/ ข้อกำหนดในการดูแลผู้ป่วย 2. การนิเทศกำกับติดตามไม่ เหมาะสม 3. การสื่อสารข้อมูลการ รักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย และ ญาติขาดความต่อเนื่อง	4	2	8	1. อุบัติการณ์ข้อ ร้องเรียน/ฟ้องร้อง ด้านมาตรฐาน วิชาชีพ ระดับ 5 ขึ้น ไป = 0 ครั้ง 2. อุบัติการณ์การ ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่ เหมาะสม ในระดับ E ขึ้นไป จากการ นิเทศกำกับ = 0 ครั้ง 3. อุบัติการณ์ข้อ ร้องเรียนด้านการให้ ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและ ญาติไม่เหมาะสม ระดับ E ขึ้นไป = 0 ครั้ง 4. ร้อยละความพึง พอใจด้านการให้ ข้อมูล > ร้อยละ 80	ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565	1. กำหนดแนวทางการ ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ สำคัญ เช่น โรคสำคัญ หัตถการสำคัญ และ กระบวนการสำคัญ 2. ทบทวน ปรับแนวทาง เมื่อพบความเสี่ยง เรื่องมาตรฐานการปฏิบัติ 3. นิเทศกำกับการ ปฏิบัติตามแนวทางที่ สำคัญ	1. บรรลุ 2. ไม่บรรลุ 3. บรรลุ 4. บรรลุ	1. บรรลุ 2. ไม่บรรลุ 3. บรรลุ 4. บรรลุ	1. พบข้อร้องเรียน ระดับ ≤ 4 สามารถ ไกล่เกลี่ยข้อ ร้องเรียนได้ 2. พบอุบัติการณ์ การไม่ปฏิบัติตาม แนวทางใน กระบวนการ รักษาพยาบาล 2 ครั้ง 3. พบข้อร้องเรียน เรื่องการให้ข้อมูล ระดับ C-D 29 ครั้ง	1. ปรับปรุงเรื่องการ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง 2. พัฒนาศักยภาพ จัดการข้อร้องเรียน เบื้องต้น 3. สื่อสารและนิเทศ แนวทางการปฏิบัติ ที่สำคัญ	ศูนย์คุณภาพ / ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ฝ่ายพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล / นาง วิมลรัตน์ เซาว์รัมย์ / 02 502 2345 ต่อ 3420	ผลการ ดำเนินการ 1. พบข้อร้องเรียน ระดับ ≤ 4 สามารถไกล่ เกลี่ยข้อร้องเรียน ได้ 2. พบอุบัติการณ์ การไม่ปฏิบัติตาม แนวทางใน กระบวนการ รักษาพยาบาล 2 ครั้ง 3. พบข้อร้องเรียน เรื่องการให้ข้อมูล ระดับ C-D 29 ครั้ง 4. ร้อยละความ พึงพอใจด้านการ ให้ข้อมูล 88.82

หมายเหตุ : ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2565 ครั้งที่ 8/2565

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

วันที่..... 10 ส.ค. 2565