



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลแคนดง อำเภอกันตัง จังหวัดบุรีรัมย์ โทร ๐ ๔๔๑๙ ๓๑๑๗ - ๘

ที่ บร ๐๐๓๓.๓๐๑/๒๕๙

วันที่ ๒๘ มี.ค. ๒๕๖๗

เรื่อง รายงานแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแคนดง

ด้วย ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ เป็นมาตรการเชิงรุกในการป้องกันการทุจริต และเป็นกลไกในการสร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐมีการดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม โดยให้แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based) เป็นเกณฑ์ ในการประเมิน

ในการนี้ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลแคนดง รับผิดชอบเรื่องดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร ตัวชี้วัดที่ ๗ การดำเนินการเพื่อป้องกันการทุจริต จึงขอเสนอรายงานการวิเคราะห์ความเสี่ยง การทุจริตเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลแคนดง พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อเป็นแนวทางและส่งเสริมให้หน่วยงานสามารถป้องกันการทุจริตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดอนุญาตให้เผยแพร่ในเว็บไซต์ของหน่วยงานต่อไป

(นางสาวจินดาวรรณ มาลี)  
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

ทราบ/อนุญาต

(นางสาวจารุวรรณ ประภาสอน)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแคนดง

บันทึกรายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ครั้งที่ 1 / 2567

วันที่ 25 ตุลาคม 2566 เวลา 13.30 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลแคนดง

ผู้เข้าร่วมประชุม

1.นายแพทย์ธีรภัทร การะวิโก	ประธานกรรมการ
2.นางสาวศุภางค์ เปัจยะยัง	กรรมการ
3.นายสมชาติ เรืองจรัส	กรรมการ
4.นางสาวกัลยา เข้มทอง	กรรมการ
5.นางบุญญา จรลำโโคน	(แทนงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน)
6.นางสาวพัชรา กาบัว	กรรมการ
7.นางสาวทวีพร มาลี	กรรมการ
8.นายอนุวัฒน์ เชิบรัมย์	กรรมการ
9.นายสุทธิพงษ์ ไชยอนันต์สกุล	กรรมการ
10.นางสาวอนิทัย ไทญรัมย์	(แทนงานทันตกรรม)
11.นางสาวพนิตสุภา พงษ์ภักดี	กรรมการ
12.นางสาวสุกัญญา มูลไธสง	กรรมการและเลขานุการ

ผู้ไม่เข้าร่วมประชุม

- 1.นางสาวเยาวมาส งามสะพรั่ง (ติดงาน)
- 2.นางสาวนุจรินญา ฤทธิธิน (ติดงาน)
- 3.นางสาวกุลยา ชูไธสง (ติดงาน)

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

วาระที่ 1 ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

ฝากทุกหน่วยงานกระตุ้นการรายงานความเสี่ยง ให้ได้ถึงเป้าหมายคือ มากกว่า 2000 รายงาน/ปี

วาระที่ 2 เรื่องรับรองรายงานการประชุม

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง

มีการปรับปรุง Flow ระบบรายงานความเสี่ยงใหม่ เรียบร้อยแล้ว ผูกงาน ไว้ที่ Intranet ของโรงพยาบาลทุกคนสามารถเข้าดูได้

วาระที่ 4 เรื่องแจ้งจากหน่วยงาน

ความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงาน

ความเสี่ยงสำคัญ IPD :

-ออกซิเจนหมด ไม่แจ้งเตือน แจ้งช่างแก้ไขเรียบร้อยแล้ว

-แพทย์มา round ซ้ำทำให้งานเสร็จล่าช้า

ความเสี่ยงสำคัญ ER :

- เรื่องการศัลยกรรม /lab/X-ray ผิดพลาด กรณี admit ให้ศัลยกรรมในระบบ แล้วนำไปสื่อสารไปเบิกที่ห้องยาพร้อมกับแนบ order แพทย์ไปด้วยเพื่อให้เภสัชกร Double checkยาก่อนจัดยามาให้และต้องมีกร Double check ยา ตามมาตรฐานการให้ยาทุกครั้ง
- ซักประวัติและประเมินผู้ป่วยในบางรายยังไม่ครอบคลุม ไม่ใช่ SOS score แจ้งเจ้าหน้าที่หน่วยงานทราบแล้ว

ความเสี่ยงสำคัญ ห้องยา :

- ไฟตกเฉพาะที่ห้องยา เนื่องจากเปิดไฟหลายดวง เปิดแอร์ ตู้เย็นแจ้งช่างบอยเปลี่ยนสายไฟแอร์พ่วงกับชั้น 2 และสลับเปิดแอร์ห้องยาย่อย
- ผู้ป่วยหลังฉีดยา tramal หรือ Dimen ควรได้รับการสังเกตอาการหลังฉีดยาก่อนกลับบ้าน เพื่อสังเกตอาการข้างเคียงของยา

ความเสี่ยงสำคัญ OPD :

- สิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย พื้นลื่น แจ้งแม่บ้านถูพื้นให้แห้งสนิท/ติดป้ายแจ้งเตือนเวลาทำความสะอาด
- พบมีเข็มปักที่รองแขนรถนั่ง แจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบแล้ว
- ผู้ป่วยนัดเจาะตรวจ FBS ไม่ได้แนะนำเรื่องการเตรียมตัวก่อนตรวจ

ความเสี่ยงสำคัญ งานแพทย์แผนไทย :

- ผู้รับบริการหาแผนกแพทย์แผนไทยไม่พบ รอเสนอจัดทำป้ายให้เห็นได้ชัดเจน

ความเสี่ยงสำคัญ งาน IT

- แจ้งซ่อม IT ให้แจ้งในระบบ เพราะงาน IT สามารถทำผ่าน ริโมต จะได้ไม่รอนานและเจ้าหน้าที่ IT ได้เห็นทันที

ความเสี่ยงสำคัญ งานกายภาพ :

- ลืมเปิดหม้อต้ม เตรียมผู้ป่วยมาก่อนทำให้ผู้ป่วยต้องรอนาน
- เรื่องผู้ป่วยเกิดแผล BURN ตอนนี้เกิดความเสี่ยงเรื่องนี้ลดลงแล้ว
- เจ้าหน้าที่สิ้นลมบริเวณตึก เนื่องจากฝนตก พื้นลื่น แจ้งให้ผู้รับบริการ ญาติและเจ้าหน้าที่ ระวังความปลอดภัย และแจ้งแม่บ้านถูพื้นให้แห้ง

ความเสี่ยงสำคัญ งานห้องบัตร :

- เรื่องการทำบัตรผิดพลาด เกิดจากไม่ปฏิบัติตามแนวทาง

ความเสี่ยงสำคัญ งานเวช :

- คนงานเก็บขยะไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันก่อนเข้าไปเก็บขยะตามหน่วยงาน แจ้งหัวหน้างานรับทราบ





## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลแคนดง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

ที่ บร ๐๐๓๓.๓๐๑/

วันที่

เรื่อง ขอเชิญประชุมจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

เรียน คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง




ด้วยการป้องกันการทุจริต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน ภาครัฐ (ITA) โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแคนดง เป็นหน่วยงานซึ่งเข้ารับการประเมิน

ในการนี้ กลุ่มงานบริหารทั่วไป จึงขออนุมัติจัดการประชุมการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ และขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมประชุมฯ ในวันที่ ๒๕ ต.ค. ๒๕๖๗ พ.ศ. ๒๕๖๗ เวลา ๑๓.๓๐ น. สถานที่ ณ ห้องประชุมชั้น ๒ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแคนดง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณา

(นางสาวจินดาวรรณ มาลี)  
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์  
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๗

<b>แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>	
ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์	
วัน/เดือน/ปี : ..... พ.ศ. ๒๕๖๗	
หัวข้อ: หน่วยงานมีการประเมินความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗	
<b>รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)</b>	
๑. บันทึกข้อความ แสดงถึงการขออนุมัติจัดการประชุมการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗	
๒. รายงานการประชุมการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗	
๓. บันทึกข้อความ ที่ผู้บริหารลงนามรับทราบรายงานแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗	
๔. รายงานแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗	
Link ภายนอก : <a href="https://www.facebook.com/khaendongHospital">https://www.facebook.com/khaendongHospital</a> .....	
..... <a href="http://www.kdhos.com/index.php">www/kdhos.com/index.php</a> .....	
หมายเหตุ : .....	
.....	
<b>ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล</b>	<b>ผู้อนุมัติรับรอง</b>
	
( )	( )
ตำแหน่ง	ตำแหน่ง
วันที่ (นางสาวจันทวรรณ มาลี)	วันที่
..... พ.ศ. ๒๕๖๗	..... พ.ศ. ๒๕๖๗
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	
<b>ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่</b>	
	
( นายอินทรา เจริญรัมย์ )	
( เจ้าพนักงานธุรการ )	
ตำแหน่ง	
วันที่	..... พ.ศ. ๒๕๖๖



รายงานแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

โรงพยาบาลแคนดง  
อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

## คำนำ

ตามที่ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (สำนักงาน ป.ป.ช.) ได้พัฒนาเครื่องมือการประเมินเชิงบวก เพื่อเป็นมาตรการป้องกันการทุจริตและเป็นกลไก ในการสร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐมีการดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม โดยใช้ชื่อว่า “การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) ต่อมา ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข ได้หยิบยกเครื่องมือดังกล่าวมาขยายผลสู่หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการ บริหารส่วนภูมิภาค อาทิจ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๗๖ จังหวัด โรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ ร่วมด้วย

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) ตัวชี้วัดที่ ๗ การดำเนินการเพื่อป้องกันการทุจริต มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน เปิดเผยแพร่การดำเนินการของหน่วยงานเกี่ยวกับการป้องกันการทุจริต ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจก่อให้เกิด การทุจริตในหน่วยงาน การจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับปัญหาการทุจริตในหน่วยงาน โดยการกำหนด มาตรการในการป้องกันการทุจริตในหน่วยงานอย่างเป็นระบบ และการให้องค์ความรู้แก่บุคลากร ในหน่วยงาน เพื่อเป็นการปลูกฝังและปรับฐานความคิดของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้มีความตระหนัก และมีจิตสำนึกได้ โรงพยาบาลแคนดง จึงจัดการประชุมเพื่อจัดทำแผนบริหาร ความเสี่ยงการทุจริตเกี่ยวกับ การปฏิบัติงานในหน่วยงาน และจัดทำรายงานการวิเคราะห์ความเสี่ยง การทุจริตเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ในหน่วยงาน

โรงพยาบาลแคนดง  
กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗



## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทที่ ๑ บทนำ	๑
บทที่ ๒ การวิเคราะห์ความเสี่ยงการทุจริต ขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงการทุจริต ๙ ขั้นตอน	๒ ๔
บทที่ ๓ ผลวิเคราะห์ความเสี่ยงการทุจริตเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ของโรงพยาบาลแคนดง	๑๒
บทที่ ๔ ผลการจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับปัญหาการทุจริต	๑๕
ภาคผนวก	๑๖

# บทที่ ๑

## บทนำ

### หลักการและเหตุผล

เนื่องจากปัจจุบัน ปัญหาการทุจริตเกี่ยวกับปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่องค์กร เพราะเป็นกรณีที่เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือผู้ดำรงตำแหน่งอันเป็นที่ไว้วางใจของประชาชน ได้ดำเนินการหรือมีส่วนร่วมในการแสวงหาผลประโยชน์โดยละเมิดต่อกฎหมาย หรือจริยธรรมด้วยการใช้อำนาจในตำแหน่งหน้าที่เข้าไปแทรกแซงการใช้ดุลยพินิจ ในกระบวนการตัดสินใจ ของเจ้าหน้าที่รัฐ จนทำให้เกิดการละทิ้งคุณธรรมในการปฏิบัติหน้าที่สาธารณะ ขาดความเป็นอิสระ ความเป็นกลางและความเป็นธรรม อันจะส่งผลกระทบต่อทำให้ ผลประโยชน์ขององค์กร หน่วยงาน สถาบันต้องสูญเสียไป โดยผลประโยชน์ที่สูญเสียไปนั้นอาจอยู่ในรูปแบบของตัวเงิน ทรัพย์สิน และรวมถึงผลประโยชน์อื่น ๆ ที่ไม่ได้อยู่ในรูปแบบของเงินหรือทรัพย์สินด้วย ทั้งนี้ ปัญหาการทุจริต ยังเป็นประเด็นปัญหาทางการบริหารภาครัฐในปัจจุบันระดับที่รุนแรงขึ้นและยังสะท้อนถึงปัญหาการขาด หลักธรรมาภิบาล ขาดความตระหนักและจิตสำนึกอันจะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศอีกด้วย

เพื่อขับเคลื่อนมาตรการ ๓ ป. ๑ ค. (ปลูกจิตสำนึก ป้องกันปราบปราม และเครือข่าย) ของกระทรวงสาธารณสุข ในการป้องกันการทุจริตผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งเป็นเกณฑ์การประเมินผลที่ต้องการให้หน่วยงานของรัฐยกระดับ ความโปร่งใสและต่อต้านการทุจริตในองค์กร และมีเกณฑ์การประเมินในการดำเนินการเพื่อป้องกันการทุจริต (ตัวชี้วัดที่ ๗) โรงพยาบาลแคนดงจึงได้ทำการวิเคราะห์ความเสี่ยงการทุจริตเกี่ยวกับ การปฏิบัติ งานในหน่วยงาน เพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการ กลไก หรือวางระบบในการป้องกันการทุจริต ในหน่วยงาน เพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลแคนดงได้รับรู้ ตระหนัก และเข้าใจถึงความเสี่ยง ในการปฏิบัติ งานที่อาจจะนำไปสู่การทุจริตได้ จนนำไปสู่การปฏิบัติหน้าที่ราชการที่โปร่งใส

### วัตถุประสงค์

- เพื่อเสริมสร้าง สืบทอด วัฒนธรรมสุจริตและแสดงเจตจำนงสุจริตในการปฏิบัติงาน ของหน่วยงานโรงพยาบาลแคนดง
- ให้บุคลากรในหน่วยงานสังกัดโรงพยาบาลแคนดง มีความตระหนัก และมี จิตสำนึกอันดีในการร่วมกันป้องกันการทุจริต

## บทที่ ๒

# การวิเคราะห์ความเสี่ยงการทุจริต

### การวิเคราะห์ความเสี่ยงการทุจริต

**ความเสี่ยง (Risk)** หมายถึง การวัดความสามารถที่จะดำเนินการให้วัตถุประสงค์ของงานประสบความสำเร็จภายใต้การตัดสินใจ งบประมาณ กำหนดเวลา และข้อจำกัดด้านเทคนิคที่เผชิญอยู่ ความเสี่ยงจึงอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา อันเนื่องมาจากความไม่แน่นอน และความจำกัดของทรัพยากร

**การจัดการความเสี่ยง หรือการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)** หมายถึง การจัดการความเสี่ยงทั้งในกระบวนการในการระบุวิเคราะห์ (Risk Analysis) ประเมิน (Risk Assessment) ตรวจสอบ และควบคุมความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับกิจกรรม หน้าที่ และกระบวนการทำงาน เพื่อให้องค์กร ลดความเสียหายจากความเสียหายมากที่สุด ต้นเนื่องมาจากภัยที่องค์กรต้องเผชิญในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เรียกว่า อุบัติภัย (Accident)

**การทุจริต (Corruption)** หมายถึง การใช้อำนาจที่ได้มาหรือการใช้ทรัพย์สินที่มีอยู่ ในทางมิชอบด้วยกฎหมาย เพื่อประโยชน์ส่วนตนหรือผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเสียหายต่อประโยชน์ ของผู้อื่น การทุจริตอาจเกิดได้หลายลักษณะอาทิ การติดสินบนหรือการรับสินบน โดยอาจเป็นเงิน หรือสิ่งของ หรือประโยชน์อื่นใด การมีผลประโยชน์ทับซ้อน การฉ้อฉล การฟอกเงิน การยกยอกการปกปิด ข้อเท็จจริง การขัดขวางกระบวนการยุติธรรม เป็นต้น

การวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการทุจริต หมายถึง กระบวนการวิเคราะห์ความเสี่ยง ที่เป็นระบบในการบริหารงานปัจจัยและควบคุมกระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อลดมูลเหตุของโอกาสที่จะทำให้เกิดความเสียหายจากการทุจริต ซึ่งประเภทของความเสี่ยงสามารถจำแนกได้ ๔ ด้าน ดังนี้

๑. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk : S) หมายถึง ความเสี่ยงเกี่ยวกับการกำหนด แผนกลยุทธ์ แผนดำเนินการ และการนำแผนดังกล่าวไปปฏิบัติอย่างไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึง การเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกอันส่งผลกระทบต่อข้อกำหนดกลยุทธ์ หรือการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์หลัก เป้าหมาย และแนวทางการดำเนินงานขององค์กร

๒. ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational Risk : O) หมายถึง ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง กับการปฏิบัติงานของแต่ละกระบวนการ หรือกิจกรรมภายในองค์กร รวมทั้งความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง กับการบริหารจัดการข้อมูลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูลความรู้ต่าง ๆ เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุ เป้าหมายที่กำหนด ซึ่งความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของกระบวนการ ทำงาน และการบรรลุวัตถุประสงค์หลักขององค์กรในภาพรวม

๓. ความเสี่ยงที่ เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการทางการเงิน (Financial Risk : F) เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับการบริหารงบประมาณและการเงิน เช่น การบริหารการเงินที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ทำให้ขาดประสิทธิภาพและไม่ทันต่อสถานการณ์ หรือเป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเงินขององค์กร เช่น การประมาณการงบประมาณไม่เพียงพอ และไม่สอดคล้องกับขั้นตอนการดำเนินการ

๔. ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎระเบียบ (Compliance Risk : C) เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎระเบียบต่าง ๆ โดยความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเป็นความเสี่ยงเนื่องจากความไม่ชัดเจน ความไม่ทันสมัย หรือความไม่ครอบคลุมของกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ รวมถึงการทำนิติกรรม สัญญาการร่างสัญญาที่ไม่ครอบคลุมการดำเนินงาน

รูปแบบของการทุจริตที่สามารถนำมาวิเคราะห์ความเสี่ยง สามารถแบ่งได้ ๙ รูปแบบ ดังนี้

๑. การรับผลประโยชน์ต่างๆ (Accepting benefits) คือการรับสินบน รับของขวัญ หรือผลประโยชน์ในรูปแบบอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสม และมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ เช่น หน่วยงาน ราชการ รับเงินบริจาคสร้างสำนักงานจากนักธุรกิจ หรือบริษัทธุรกิจที่เป็นคู่สัญญากับหน่วยงาน การใช้งบประมาณของรัฐเพื่อจัดซื้อจัดจ้างแล้วเจ้าหน้าที่ได้รับของแถมหรือผลประโยชน์อื่นตอบแทน

๒. การทำธุรกิจกับตัวเอง (Self-dealing) หรือเป็นคู่สัญญา (Contracts) คือ สถานการณ์ ที่เจ้าหน้าที่ของรัฐมีส่วนได้เสียในสัญญาที่ทำกับหน่วยงานที่ตนสังกัด เช่น การใช้ตำแหน่งหน้าที่ทำให้ หน่วยงาน ทำสัญญาซื้อสินค้าจากบริษัทของตนเอง หรือจ้างบริษัทของตนเองเป็นที่ปรึกษา หรือซื้อที่ดิน ของตนเองในการจัดสร้างสำนักงาน

๓. การทำงานหลังจากออกจากตำแหน่งสาธารณะหรือหลังเกษียณ (Post-Employment) คือ การไปทำงานหลังออกจากงานเดิม โดยใช้ความรู้ ประสบการณ์ หรืออิทธิพลจากที่เคยดำรงตำแหน่ง มารับงาน หรือเอาประโยชน์ให้กับตนเองหรือพวกพ้อง

๔. การทำงานพิเศษ (Outside employment or Moonlighting) คือ การเป็นที่ปรึกษา และการจ้างงานให้แก่ตนเอง รวมถึงการใช้ตำแหน่ง สถานภาพการทำงานสาธารณะในการเข้าไป เป็นนายจ้างของภาคเอกชน หรือเป็นเจ้าของเอง นอกจากนี้ยังรวมถึงการใช้เวลา และเครื่องมือของรัฐ ในการทำงาน พิเศษภายนอกที่ไม่ใช่อำนาจหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานด้วย

๕. การรับรู้ข้อมูลภายใน (Inside information) คือการที่เจ้าหน้าที่ของรัฐรู้เห็นในข้อมูลลับของทางราชการแล้วนำข้อมูลไปเปิดเผย เพื่อรับสิ่งตอบแทนที่เป็นประโยชน์ในรูปของเงินหรือประโยชน์ อื่นๆ หรือนำข้อมูลไปเปิดเผยให้แก่ญาติหรือพวกพ้องในการแสวงหาผลประโยชน์จากข้อมูลนั้นๆ

๖. การใช้ทรัพย์สินของหน่วยงานเพื่อประโยชน์ส่วนตัว (Using your employer's property for private advantage) เช่น การนำเครื่องใช้สำนักงานต่าง ๆ กลับไปใช้ที่บ้าน การนำรถยนต์ของสำนักงาน ไปใช้เพื่องานส่วนตัว

๗. การนำโครงการสาธารณะลงในเขตเลือกตั้งเพื่อประโยชน์ทางการเมือง (Pork barreling) เช่น การที่รัฐมนตรีอนุมัติโครงการของกระทรวงไปลงในพื้นที่หรือบ้านเกิดของตนเอง หรือการใช้ งบประมาณสาธารณะเพื่อการหาเสียงเลือกตั้ง

๘. การใช้ตำแหน่งหน้าที่แสวงหาประโยชน์แก่เครือญาติหรือพวกพ้อง (Nepotism)

๙. การใช้อิทธิพลเข้าไปมีผลต่อการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่รัฐ หรือหน่วยงานของรัฐอื่น

ขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงการทุจริต ๙ ขั้นตอน ดังนี้

**๑. ขั้นตอนที่ ๑ การระบุความเสี่ยง (Risk Identification)**

ขั้นตอนที่ ๑ นำข้อมูลที่ได้จากขั้นเตรียมการในส่วนรายละเอียดขั้นตอน แนวทาง หรือเกณฑ์ การปฏิบัติงานของกระบวนการที่จะทำการประเมินความเสี่ยงการทุจริต ซึ่งในขั้นตอน การปฏิบัติงานนั้น ย่อม ประกอบไปด้วยขั้นตอนย่อย ในการระบุความเสี่ยงตามขั้นตอนที่ ๑ ให้ทำการระบุ ความเสี่ยง อธิบาย รายละเอียดรูปแบบ พฤติการณ์ความเสี่ยงเฉพาะที่มีความเสี่ยงการทุจริตเท่านั้น และในการประเมิน ต้อง คำนึงถึงความเสี่ยงในภาพรวมของการดำเนินงานเรื่องที่จะทำการประเมินด้วย เนื่องจากในกระบวนการ การ ปฏิบัติงานตามขั้นตอนอาจไม่พบความเสี่ยง หรือโอกาสเสี่ยงต่ำ แต่อาจพบว่า มีความเสี่ยงในเรื่องนั้น ๆ ในการ ดำเนินงานที่ไม่ได้อยู่ในขั้นตอนนี้ก็ได้ โดยไม่ต้องคำนึงว่าหน่วยงาน จะมีมาตรการป้องกัน หรือแก้ไขความ เสี่ยงการทุจริตนั้นอยู่แล้ว นำข้อมูลรายละเอียดดังกล่าวลงในประเภท ของความเสี่ยง ซึ่งเป็น **Known Factor** หรือ **Unknown Factor**

Known Factor	ความเสี่ยงทั้ง ปัญหา / พฤติกรรมที่เคยรับรู้ว่าจะเกิดมาก่อน คาดหมายได้ว่ามีโอกาสสูงที่จะเกิดซ้ำ หรือมีประวัติ มีตำนานอยู่แล้ว
Unknown Factor	ปัจจัยความเสี่ยงที่มาจากพยากรณ์ ประมาณการล่วงหน้าในอนาคต ปัญหา / พฤติกรรม ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น (คิดล่วงหน้า ตีตนไปก่อนไข้เสมอ)

**ตารางที่ ๑ ตารางระบุความเสี่ยง (Know Factor และ Unknown Factor)**

ที่	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	ประเภทความเสี่ยง	
		Know Factor	Unknown Factor
๑	หน่วยงานอธิบายรูปแบบ พฤติการณ์ การทุจริตของ กระบวนการ หรืองานที่เลือกมาทำการประเมิน ความ เสี่ยง ว่ามีโอกาสหรือความเสี่ยงการทุจริต	ใส่เครื่องหมาย ✓	ใส่เครื่องหมาย ✓
๒			

ตารางที่ ๑ หน่วยงานอธิบายรายละเอียดความเสี่ยงการทุจริต เช่น รูปแบบ พฤติการณ์ การ ทุจริตที่มีความเสี่ยงการทุจริตเท่านั้น และควรอธิบายพฤติการณ์ความเสี่ยงให้ละเอียด ชัดเจน มากที่สุด

- ความเสี่ยงที่เคยเกิด หรือคาดว่าจะเกิดซ้ำสูง หรือมีประวัติอยู่แล้ว ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ช่อง Known Factor

- หากไม่เคยเกิดหรือไม่มีประวัติมาก่อน แต่มีความเสี่ยงจากการพยากรณ์ในอนาคต ว่ามี โอกาสเกิด ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง Unknown Factor

๒. ขั้นตอนที่ ๒ การวิเคราะห์สถานะความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ ๒ การวิเคราะห์สถานะความเสี่ยง ให้นำข้อมูลจากตารางที่ ๑ มาวิเคราะห์ เพื่อแสดงสถานะ ความเสี่ยงการทุจริตของแต่ละโอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต ออกตามรายสีไฟจราจร เขียว เหลือง ส้ม แดง โดยระบุสถานะของความเสี่ยงในช่องสีไฟจราจร

ความหมายของสถานะความเสี่ยงตามสีไฟจราจร มีรายละเอียดดังนี้

**สถานะสีเขียว** ความเสี่ยงระดับต่ำ

**สถานะสีเหลือง** ความเสี่ยงระดับปานกลาง และสามารถให้ความรอบคอบระมัดระวัง ในระหว่างปฏิบัติงาน ตามปกติควบคุมดูแลได้

**สถานะสีส้ม** ความเสี่ยงระดับสูง เป็นกระบวนการที่มีผู้เกี่ยวข้องหลายคน หลายหน่วยงาน ภายในองค์กร มีหลายขั้นตอน จนยากต่อการควบคุม หรือไม่มีอำนาจควบคุมข้ามหน่วยงาน ตามหน้าที่ปกติ

**สถานะสีแดง** ความเสี่ยงระดับสูงมาก เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอก คนที่ไม่รู้จักไม่สามารถตรวจสอบได้ชัดเจน ไม่สามารถกำกับติดตาม ได้อย่างใกล้ชิดหรืออย่างสม่ำเสมอ

ตารางที่ ๒ ตารางแสดงสถานะความเสี่ยง (แยกตามรายสีไฟจราจร)

ที่	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	เขียว	เหลือง	ส้ม	แดง

ตารางที่ ๒ นำโอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต จากตารางที่ ๑ นำมาแยกสถานะความเสี่ยงการทุจริต ตามไฟสีจราจร

สีเขียว หมายถึง ความเสี่ยงระดับต่ำ

สีเหลือง หมายถึง ความเสี่ยงระดับปานกลาง

สีส้ม หมายถึง ความเสี่ยงระดับสูง

สีแดง หมายถึง ความเสี่ยงระดับสูงมาก

๓. ขั้นตอนที่ ๓ เมทริกส์ระดับความเสี่ยง (Risk level matrix)

ขั้นตอนที่ ๓ นำโอกาส / ความเสี่ยง การทุจริต ที่มีสถานะความเสี่ยงระดับสูงจนถึง ความเสี่ยง ระดับสูงมาก ที่เป็นสีส้ม และสีแดง จากตารางที่ ๒ มาทำการหาค่าความเสี่ยงรวม ซึ่งได้จาก ระดับความจำเป็น ของการเฝ้าระวัง ที่มีค่า ๑-๓ คูณด้วยระดับ ความรุนแรงของผลกระทบที่มีค่า ๑-๓ เช่นกัน

เกณฑ์ในการให้ค่า ๑-๓ มีดังนี้

๓.๑ ระดับความจำเป็นของการเฝ้าระวัง มีแนวทางในการพิจารณาดังนี้

- ถ้าเป็นกิจกรรมหรือขั้นตอนหลักที่สำคัญของกระบวนการนั้น ๆ แสดงว่ากิจกรรม หรือขั้นตอนนั้น เป็น MUST หมายถึงว่ามีความจำเป็นสูง.ของการเฝ้าระวังความเสี่ยงการทุจริตที่ต้องทำ การป้องกัน ไม่ดำเนินการไม่ได้ ค่าของ MUST คือ ค่าที่อยู่ในระดับ ๓ หรือ ๒

- ถ้าเป็นกิจกรรมหรือขั้นตอนนั้นเป็นกิจกรรม หรือขั้นตอนรองของกระบวนการนั้นๆ แสดงว่ากิจกรรมหรือขั้นตอนนั้นเป็น SHOULD หมายถึงว่ามีความจำเป็นต่ำในการเฝ้าระวังความเสี่ยง การทุจริตค่าของ SHOULD คือ ค่าที่อยู่ในระดับ ๑ เท่านั้น

(ตัวอย่างตามตารางที่ ๓.๑ เกณฑ์พิจารณาระดับความจำเป็นของการเฝ้าระวังความเสี่ยงการทุจริตว่าเป็น MUST หรือ SHOULD)

๓.๒ ระดับความรุนแรงของผลกระทบ มีแนวทางในการพิจารณาดังนี้ กิจกรรม หรือขั้นตอนการปฏิบัติงานนั้นเกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย Stakeholders รวมถึงหน่วยงานกำกับดูแล พันธมิตร ภาครีหรือข่าย ค่าอยู่ที่ ๒ หรือ ๓

- กิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติงานนั้นเกี่ยวข้องกับ ผลกระทบทางการเงิน รายได้ลด รายจ่ายเพิ่ม Financial ค่าอยู่ที่ ๒ หรือ ๓

- กิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติงานนั้นผลกระทบต่อผู้ใช้บริการ กลุ่มเป้าหมาย Customer /User ค่าอยู่ที่ ๒ หรือ ๓

- กิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติงานนั้นผลกระทบต่อกระบวนการภายใน Internal Process หรือกระบวนด้านการเรียนรู้ องค์ความรู้ Learning & Growth ค่าอยู่ที่ ๑ หรือ ๒

(ตัวอย่างตามตารางที่ ๓.๒ ระดับความรุนแรงของผลกระทบ)

ตารางที่ ๓ SCORING ทะเบียนข้อมูลที่ต้องเฝ้าระวัง ๒ มิติ (หรือตารางเมทริกส์ระดับ ความเสี่ยง (Risk level matrix))

ที่	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	ระดับความจำเป็นของการเฝ้าระวัง	ระดับความรุนแรงของผลกระทบ	ค่าความเสี่ยง รวมจำเป็น X รุนแรง
		๓ ๒ ๑	๓ ๒ ๑	
		(ใส่เลขตัวเดียว)	(ใส่เลขตัวเดียว)	

ตารางที่ ๓

นำข้อมูลที่มีสถานะความเสี่ยงใน ช่องสี่เหลี่ยม และสีแดง จากตารางที่ ๒ มาหาค่าความเสี่ยงรวม (ระดับความจำเป็นของการเฝ้าระวัง คูณ ระดับความรุนแรงของผลกระทบ)

แนวทางในการพิจารณา ระดับความจำเป็นของการเฝ้าระวัง และระดับความรุนแรงของผลกระทบ
---

ตารางที่ ๓.๑ ระดับความจำเป็นของการเฝ้าระวัง

ที่	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	กิจกรรมหรือขั้นตอนหลัก MUST	กิจกรรมหรือขั้นตอนรอง SHOULD
		ค่าควรเป็น ๓ หรือ ๒	ค่าควรเป็น ๑

ตารางที่ ๓.๒ ระดับความรุนแรงของผลกระทบตาม Balanced Scorecard

โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	๑	๒	๓
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย Stakeholders รวมถึง หน่วยงานกำกับ ดูแล พันธมิตร ภาครัฐเครือข่าย			
ผลกระทบทางการเงิน รายได้ลด รายจ่ายเพิ่ม Financial			
ผลกระทบต่อผู้ใช้บริการ กลุ่มเป้าหมาย Customer/User			
ผลกระทบต่อกระบวนการภายใน Internal Process	X	X	
กระทบด้านการเรียนรู้ องค์กรความรู้ Learning & Growth	X	X	

๔. ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินการควบคุมความเสี่ยง (Risk-Control Matrix Assessment)

ขั้นตอนที่ ๔ ให้นำค่าความเสี่ยงรวม (จำเป็น X รุนแรง) จากตารางที่ ๓ มาทำการประเมินการควบคุมการทุจริตว่าเป็นระดับการควบคุมความเสี่ยงการทุจริตอยู่ในระดับใด เมื่อเทียบกับคุณภาพ การจัดการ (คุณภาพ การจัดการ สอดส่อง ใฝ่ระวังในงานปกติ) โดยเกณฑ์คุณภาพการจัดการ ซึ่งแบ่งได้เป็น ๓ ระดับ ดังนี้

- ดี จัดการได้ทันที ทุกครั้งที่เกิดความเสี่ยง ไม่กระทบถึงผู้ใช้บริการ / ผู้รับมอบผลงาน องค์กรไม่มีผลเสียหายทางการเงิน ไม่มีรายจ่ายเพิ่ม
- พอใช้ จัดการได้โดยส่วนใหญ่ มีบางครั้งยังจัดการไม่ได้ กระทบถึงผู้ใช้บริการ / ผู้รับมอบผลงาน องค์กรแต่ยอมรับได้ มีความเข้าใจ
- อ่อน จัดการไม่ได้ หรือได้เพียงส่วนน้อย การจัดการเพิ่มเกิดจากรายจ่าย มีผลกระทบ ถึงผู้ใช้บริการ/ผู้รับมอบผลงานและยอมรับไม่ได้ ไม่มีความเข้าใจ

ตารางที่ ๔ ตารางแสดงการประเมินการควบคุมความเสี่ยง

โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	คุณภาพ การจัดการ	ค่าประเมินการควบคุมความเสี่ยงการทุจริต		
		ค่าความเสี่ยงระดับต่ำ	ค่าความเสี่ยงระดับปานกลาง	ค่าความเสี่ยงระดับสูง
	ดี	ต่ำ	ค่อนข้างต่ำ	ปานกลาง
	พอใช้	ค่อนข้างต่ำ	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง
	อ่อน	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	สูง

ตารางที่ ๔ ให้นำค่าความเสี่ยงรวม (จำเป็น / รุนแรง) จากตารางที่ ๓ มาทำการประเมินการควบคุมความเสี่ยงการทุจริต โดยการวิเคราะห์จากคุณภาพการจัดการขององค์กร กับความเสี่ยง เรื่องที่ทำการประเมิน (ดี / พอใช้ / อ่อน) เพื่อประเมินว่าความเสี่ยงการทุจริตมีค่าความเสี่ยง อยู่ระดับใด จะได้นำไป



บริหารจัดการความเสี่ยง ตามความรุนแรงของความเสี่ยง

**๕. ขั้นตอนที่ ๕ แผนบริหารความเสี่ยง**

ขั้นตอนที่ ๕ ให้เลือกเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงสุด จากการประเมิน การควบคุมความเสี่ยง Risk-Control Matrix Assessment ในตารางที่ ๔ ที่อยู่ในช่องค่าความเสี่ยงอยู่ใน ระดับสูง ค่อนข้างสูง ปานกลาง มาทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริตตามลำดับความรุนแรง

(กรณีที่หน่วยงานทำการประเมินการควบคุมความเสี่ยงในตารางที่ ๔ ไม่พบว่าความเสี่ยง อยู่ในระดับสูง ค่อนข้างสูง ปานกลาง เลย แต่พบว่าความเสี่ยงการทุจริตอยู่ในระดับ ต่ำ หรือ ค่อนข้างต่ำ ให้ทำการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงในเชิงเฝ้าระวังความเสี่ยงการทุจริต หรือให้หน่วยงานพิจารณา ทำการเลือกภารกิจงาน หรือกระบวนการงานหรือการดำเนินงานที่อาจก่อให้เกิดหรือมีโอกาสเกิดความเสี่ยง การทุจริต นำมาประเมินความเสี่ยงการทุจริตเพิ่มเติม)

**ตารางที่ ๕ ตารางแผนบริหารความเสี่ยง**

ชื่อแผนบริหารความเสี่ยง.....

ที่	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	มาตรการป้องกันการทุจริต (ควบคุมความเสี่ยงการทุจริต)

ตารางที่ ๕ พิจารณาเหตุการณ์ ความเสี่ยง ที่มีค่าความเสี่ยงการทุจริต จากตารางที่ ๔ ตามลำดับ ความรุนแรงความเสี่ยงที่อยู่ในระดับ สูง ค่อนข้างสูง ปานกลาง มาจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการทุจริตต่อไป ตามแบบรายงานการประเมินความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

**๖. ขั้นตอนที่ ๖ การจัดทำรายงานผลการเฝ้าระวัง**

ขั้นตอนที่ ๖ การจัดทำรายงานผลการเฝ้าระวัง เพื่อติดตามเฝ้าระวัง เป็นการประเมิน การบริหารความเสี่ยงการทุจริตในกิจกรรมตามแผนบริหารความเสี่ยงของขั้นตอนที่ ๕ ซึ่งเปรียบเสมือน เป็นการสร้างตะแกรงดัก เพื่อเป็นการยืนยัน ผลการป้องกันหรือแก้ไขปัญหา มีประสิทธิภาพมากน้อย เพียงใด โดยการแยกสถานะของการเฝ้าระวังความเสี่ยง การทุจริตต่อไป ออกเป็น ๓ สี ได้แก่ สีเขียว สีเหลือง และสีแดงตารางที่ ๖ ตารางจัดทำรายงานผลการเฝ้าระวังความเสี่ยง

เหลือง	เกิดขึ้นแล้วแต่ยอมรับได้
เขียว	ยังไม่เกิดเฝ้าระวังต่อเนื่อง

ตารางที่ ๖ ตารางจัดทाराายงานผลการเฝ้าระวังความเสี่ยง

ที่	มาตรการ ป้องกันการทุจริต	โอกาส /ความเสี่ยงการทุจริต	สถานะความเสี่ยง		
			เขียว	เหลือง	แดง

ตารางที่ ๖ ให้รายงานสถานะของการเฝ้าระวังการทุจริตตามแผนบริหารความเสี่ยง ในตารางที่ ๕ ว่าอยู่ในสถานะความเสี่ยงระดับใด เพื่อพิจารณาทำกิจกรรมเพิ่มเติม กรณีอยู่ในข่ายที่ยังแก้ไข ไม่ได้

สถานะตามสี	นิยามตามสถานะสี
สถานะสีเขียว	ไม่เกิดกรณีที่อยู่ในข่ายความเสี่ยง <u>ยังไม่ต้องทำกิจกรรมเพิ่ม</u>
สถานะสีเหลือง	เกิดกรณีที่อยู่ในข่ายความเสี่ยง แต่แก้ไขได้ทันที่วงที่ ตามมาตรการ / นโยบาย / โครงการ / กิจกรรมที่เตรียมไว้ <u>แผนใช้ได้ผล</u> ความเสี่ยงการทุจริตลดลง ระดับความรุนแรง < ๓
สถานะสีแดง	เกิดกรณีที่อยู่ในข่าย <u>ยังแก้ไขไม่ได้</u> ควรมีมาตรการ / นโยบาย / โครงการ / กิจกรรมเพิ่มขึ้น <u>แผนใช้ไม่ได้ผล</u> ความเสี่ยงการทุจริตไม่ลดลง ระดับความรุนแรง > ๓

๗. ขั้นตอนที่ ๗ จัดทำระบบการบริหารความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ ๗ นำผลจากทะเบียนเฝ้าระวังความเสี่ยง การทุจริต จากตารางที่ ๖ ออกตามสถานะ ๓ สถานะ ซึ่งในขั้นตอนที่ ๗ สถานะความเสี่ยงการทุจริต ที่อยู่ในข่าย ที่ยังแก้ไขไม่ได้ จะต้องมิกิจกรรม หรือมาตรการอะไรเพิ่มเติมต่อไป โดยแยกสถานะเพื่อทำ ระบบบริหาร ความเสี่ยงออกเป็น ดังนี้

- ๗.๑ เกินกว่าการยอมรับ (สถานะสีแดง Red) ควรมิกิจกรรมเพิ่มเติม
- ๗.๒ เกิดขึ้นแล้วแต่ยอมรับได้ ควรมิกิจกรรมเพิ่มเติม (สถานะสีเหลือง Yellow)
- ๗.๓ ยังไม่เกิดเฝ้าระวังต่อเนื่อง (สถานะสีเขียว Green)

ตารางที่ ๗ ตารางจัดทำระบบความเสี่ยง

- ๗.๑ สถานะสีแดง Red เกินกว่าการยอมรับ ควรมิกิจกรรมเพิ่มเติม


๗.๒ สถานะสีเหลือง Yellow เกิดขึ้นแล้วแต่ยอมรับได้ ควรมีกิจกรรมเพิ่มเติม

ความเสี่ยงการทุจริต (สถานะสีเหลือง)	มาตรการป้องกันการทุจริต เพิ่มเติม

๗.๓ สถานะสีเขียว Green ยังไม่เกิด ให้เฝ้าระวังต่อเนื่อง

ความเสี่ยงการทุจริต (สถานะสีเขียว)	มาตรการป้องกันการทุจริต เพิ่มเติม

๘. ขั้นตอนที่ ๘ การจัดการรายงานการบริหารความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ ๘ เป็นการจัดทำรายงานสรุปให้เห็นในภาพรวมว่า มีผลจากการบริหาร ความเสี่ยงการทุจริตตามขั้นตอนที่ ๘ มีสถานะความเสี่ยง การทุจริต อยู่ในระดับใด เพื่อเป็นเครื่องมือในการ กำกับ ติดตามประเมินผล (สี) สถานะความเสี่ยง

สีเขียว หมายถึง ความเสี่ยงระดับต่ำ

สีเหลือง หมายถึง ความเสี่ยงระดับปานกลาง

สีแดง หมายถึง ความเสี่ยงระดับสูงมาก

ตารางที่ ๘ ตารางรายงานการบริหารความเสี่ยง

ที่	สรุปสถานะความเสี่ยงการทุจริต (เขียว เหลือง แดง)		
	เขียว	เหลือง	แดง

๙. ขั้นตอนที่ ๙ การรายงานผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ ๙ นี้ เป็นการจัดทำแบบรายงาน ผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยง การทุจริตจากตารางที่ ๘ ต่อผู้บริหาร ของหน่วยงาน ซึ่งห้วงระยะเวลาของการรายงานผลการดำเนินงาน ตามแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต จะรายงานในไตรมาสที่ ๔

ตารางที่ ๙ แบบรายงานผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

แบบรายงานสถานะแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ณ วันที่.....	
หน่วยงานที่ประเมิน.....	
ชื่อแผนบริหารความเสี่ยง	
โอกาส / ความเสี่ยง	
สถานะของการดำเนินการ	
จัดการความเสี่ยง	<input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ <input type="checkbox"/> เผื่อระวัง และติดตามต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> เริ่มดำเนินการไปบ้าง แต่ยังไม่ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ต้องการปรับปรุงแผนบริหารความเสี่ยงใหม่ให้เหมาะสม <input type="checkbox"/> เหตุผลอื่นๆ (โปรดระบุ) <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ดำเนินการ
	..... ..... .....
ผลการดำเนินงาน	..... ..... .....

### บทที่ ๓

## ผลวิเคราะห์ความเสี่ยงการทุจริตเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ของโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

เพื่อขับเคลื่อนมาตรการ ๓ ป. ๑ ค. (ปลูกจิตสำนึก ป้องกันปราบปราม และเครือข่าย) ซึ่งเกี่ยวกับการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ เสริมสร้างและพัฒนาระบบงานให้มีความโปร่งใสยิ่งขึ้น ตลอดจนปลูกฝังค่านิยมการรักษาผลประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน โรงพยาบาลแคนดงได้ดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงการทุจริตเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน โดยได้ร่วมระดมความคิดเห็น และนำรูปแบบของการทุจริต ทั้งหมด ๔ รูปแบบ มาประเมินว่ามีรูปแบบหรือปัจจัยใดบ้าง ที่สอดคล้องกับ บริบทของโรงพยาบาลแคนดง และได้กำหนดประเด็นความเสี่ยงการทุจริตเกี่ยวกับการ ปฏิบัติงานที่ไว้ ๓ ประเด็น ได้แก่

- ๑) การจัดซื้อจัดจ้าง/จัดหาพัสดุ
- ๒) การใช้รถราชการ
- ๓) การเบิกค่าเดินทางไปอบรม/ประชุม/ไปราชการ
- ๔) การจัดทำโครงการต่างๆ
- ๕) การรับของขวัญหรือสินน้ำใจในโอกาสต่าง ๆ จากคู่สัญญา หรือบุคคลอื่นของส่วนราชการ

เมื่อพิจารณาโอกาส / ความถี่ที่จะเกิดเหตุการณ์ (Likelihood) และความรุนแรง ของผลกระทบ (Impact) ของแต่ละปัจจัยเสี่ยงแล้ว จึงนำผลที่ได้มาพิจารณาว่ามีความเสี่ยงในการทุจริตอยู่ใน ระดับใด

### ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยงการทุจริตเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ของโรงพยาบาลแคนดง

ประเด็น ความเสี่ยง	ปัจจัยที่อาจเกิด ความเสี่ยง	โอกาสและผลกระทบ			สีสัญลักษณ์
		โอกาส	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	
๑) การจัดซื้อจัดจ้าง/จัดหาพัสดุ	- การจัดหาพัสดุไม่เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง มีการแบ่งซื้อแบ่งจ้าง และแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัวในตำแหน่งหน้าที่	๒	๔	๘ (ปานกลาง)	
๒) การใช้รถราชการ	- ใช้รถราชการไม่ถูกต้องตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยรถราชการ พ.ศ. ๒๕๒๓ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม	๓	๒	๖ (ปานกลาง)	

๓) การเบิกค่าเดินทางไปอบรม/ไปราชการ/ประชุม	-การเบิกค่าเบี้ยเลี้ยง/ค่าเดินทางไปอบรม/ประชุม/ไปราชการ การเบิกจ่ายจะต้องถูกต้องตามระเบียบ	๒	๓	๖ (ปานกลาง)	
๔) การจัดทำโครงการต่างๆ	- การจัดทำโครงการต้องมีรายชื่อครบถ้วนถูกต้องและตามเวลาที่กำหนด การเบิกจ่ายถูกต้องตามระเบียบ	๒	๓	๖ (ปานกลาง)	
๕) รับของขวัญในโอกาสต่างๆ หรือรับของขวัญ หรือสินน้ำใจจากคู่สัญญาหรือบุคคลอื่น	- การรับของขวัญใน โอกาสหรือเทศกาลต่างๆ - การรับของขวัญหรือสินน้ำใจหรือผลประโยชน์ในรูปแบบอื่นๆ ที่ไม่เหมาะสมจากคู่สัญญา หรือบุคคลอื่น	๒	๓	๖ (ปานกลาง)	

จากตารางวิเคราะห์ความเสี่ยงสามารถจำแนกระดับความเสี่ยงออกเป็น ๑ ระดับ คือ ปานกลาง โดยสามารถสรุปข้อมูลการวิเคราะห์ความเสี่ยงการทุจริตเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแคนดง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ดังนี้

ระดับความเสี่ยง	มาตรการกำหนด	ปัจจัยความเสี่ยง
ปานกลาง (Medium)	ยอมรับความเสี่ยง แต่มีมาตรการควบคุมความเสี่ยง	- การจัดหาพัสดุ กระบวนการจัดซื้อจัดจ้างไม่เป็นไปตาม ระเบียบที่เกี่ยวข้อง - ใช้รตราชการไม่ถูกต้องตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยรตราชการ พ.ศ. ๒๕๒๓ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม - การเบิกจ่ายค่าเดินทางไปราชการ/ประชุม/อบรม/ค่าเบี้ยเลี้ยงไม่ถูกต้องตามระเบียบ - การเบิกจ่ายค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม/อาหารกลางวัน และจำนวนผู้มาประชุมการลงลายมือชื่อยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

ระดับความเสี่ยง	มาตรการกำหนด	ปัจจัยความเสี่ยง
ปานกลาง (Medium)	ยอมรับความเสี่ยง แต่มีมาตรการควบคุมความเสี่ยง	- การรับของขวัญในโอกาสหรือเทศกาลต่าง ๆ - การรับของขวัญหรือสินน้ำใจหรือผลประโยชน์ในรูปแบบอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสมจากบุคคลอื่น

**แผนจัดการบริหารความเสี่ยงการทุจริตเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน  
ของโรงพยาบาลแคนดง พ.ศ. ๒๕๖๗**

ปัจจัยที่เกิดความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง	มาตรการจัดการความเสี่ยง
- กระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง การจัดหาพัสดุ ไม่เป็นไปตามระเบียบ	ปานกลาง	- ควบคุม กำกับ ดูแลให้ ข้าราชการและบุคลากรให้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และแนวทางการจัดซื้อจัดจ้าง - ให้ข้าราชการปฏิบัติตาม ประกาศโรงพยาบาลแคนดง เรื่อง มาตรการป้องกันการทุจริตและแก้ไขการ กระทำผิดวินัยของเจ้าหน้าที่รัฐ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชุมพร - ให้ข้าราชการปฏิบัติตาม ประกาศโรงพยาบาลแคนดง เรื่อง กรอบแนวทางการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน - สร้างจิตสำนึกให้ข้าราชการรังเกียจการทุจริตทุกรูปแบบ
- การใช้รถราชการไม่ถูกต้องตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยรถราชการ พ.ศ.๒๕๒๓ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม	ปานกลาง	- ควบคุม กำกับ ดูแลให้ข้าราชการและบุคลากรให้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และแนวทางการใช้รถราชการ - ให้ข้าราชการปฏิบัติตาม ประกาศโรงพยาบาลแคนดง เรื่อง มาตรการป้องกันการทุจริตและแก้ไขการ กระทำผิดวินัยของเจ้าหน้าที่รัฐ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข อำเภอแคนดง - ให้ข้าราชการปฏิบัติตาม ประกาศสำนักงานสาธารณสุข อำเภอแคนดง เรื่อง กรอบแนวทางการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน - สร้างจิตสำนึกให้ข้าราชการรังเกียจการทุจริตทุกรูปแบบ

<p>การเบิกค่าเดินทางไป อบรม/ประชุม/ไปราชการ</p>	<p>ปานกลาง</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ควบคุม กำกับ ดูแลให้ ข้าราชการและบุคลากรให้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และแนวทางการจัดซื้อจัดจ้าง</li><li>- ให้ข้าราชการปฏิบัติตาม ประกาศโรงพยาบาลแคนดง เรื่อง มาตรการป้องกันการทุจริตและแก้ไขการ กระทำผิดวินัยของเจ้าหน้าที่รัฐ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชุมพร</li><li>- ให้ข้าราชการปฏิบัติตาม ประกาศโรงพยาบาลแคนดง เรื่อง กรอบแนวทางการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน</li></ul> <p>สร้างจิตสำนึกให้ข้าราชการรังเกียจการทุจริตทุกรูปแบบ</p>
<p>การจัดทำโครงการต่างๆ</p>	<p>ปานกลาง</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ควบคุม กำกับ ดูแลให้ ข้าราชการและบุคลากรให้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และแนวทางการจัดซื้อจัดจ้าง</li><li>- ให้ข้าราชการปฏิบัติตาม ประกาศโรงพยาบาลแคนดง เรื่อง มาตรการป้องกันการทุจริตและแก้ไขการ กระทำผิดวินัยของเจ้าหน้าที่รัฐ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชุมพร</li><li>- ให้ข้าราชการปฏิบัติตาม ประกาศโรงพยาบาลแคนดง เรื่อง กรอบแนวทางการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน</li></ul> <p>สร้างจิตสำนึกให้ข้าราชการรังเกียจการทุจริตทุกรูปแบบ</p>
<p>-การรับของขวัญใน โอกาสหรือเทศกาลต่าง ๆ การรับของขวัญหรือ สินน้ำใจหรือผลประโยชน์ ในรูปแบบอื่น ๆที่ไม่ เหมาะสมจากบุคคลอื่น</p>	<p>ปานกลาง</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ควบคุม กำกับ ดูแลให้ ข้าราชการและบุคลากรให้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และแนวทางการป้องกันการรับสินบน</li><li>- ให้ข้าราชการปฏิบัติตาม ประกาศโรงพยาบาลแคนดง เรื่อง มาตรการป้องกันการรับสินบน</li><li>- ให้ข้าราชการปฏิบัติตาม ประกาศโรงพยาบาลแคนดง เรื่อง กรอบแนวทางการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน</li></ul> <p>สร้างจิตสำนึกให้ข้าราชการรังเกียจการทุจริตทุกรูปแบบ</p>



## บทที่ ๔

### ผลการจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับปัญหาการทุจริต

#### ประโยชน์ของการวิเคราะห์ความเสี่ยงการทุจริต

- ปลุกฝังจิตสำนึกให้ยึดมั่นในความซื่อสัตย์สุจริต ต่อด้านการทุจริต แก่ข้าราชการ และบุคลากร ในสังกัดโรงพยาบาลแคนดง
- มีการวางมาตรการป้องกันการทุจริตทุกรูปแบบ เพื่อให้ข้าราชการและบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลแคนดงปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เพื่อเสริมสร้างคุณธรรม จริยธรรม และ ประสิทธิภาพแก่บุคลากรในหน่วยงาน
- เพื่อให้การบริหารจัดการความเสี่ยงการทุจริตมีประสิทธิภาพและมุ่งสู่องค์กรปลอดการทุจริต

#### ปัญหาและอุปสรรคของการวิเคราะห์ความเสี่ยงการทุจริต

- ไม่มี

จากผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน ของหน่วยงานข้างต้น โรงพยาบาลแคนดงจึงดำเนินการจัดการความเสี่ยงการทุจริต โดยกำหนดมาตรการ กลไกในการป้องกันการทุจริตภายในหน่วยงาน เพื่อส่งเสริมให้หน่วยงานสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอแคนดง สามารถป้องกันการทุจริตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## ภาคผนวก



## คำสั่งโรงพยาบาลแคนดง

ที่ ๗๗ /๒๕๖๕

### เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแคนดง ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

\*\*\*\*\*

ด้วย โรงพยาบาลแคนดงมีนโยบายพัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐานเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และเพื่อให้การดำเนินงานมีความชัดเจนเป็นระบบอย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรม การพัฒนามาตรฐานงานบริการสุขภาพตามแนวทางหรือกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) การจัดและส่งเสริมให้มีระบบบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัย มีประสิทธิภาพอย่างเพียงพอ เป็นไปตามที่กำหนดในรัฐธรรมนูญ ดังนั้น โรงพยาบาลแคนดง จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแคนดง ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รายละเอียดดังนี้

#### ๑. คณะกรรมการที่ปรึกษา /บริหาร (Hospital Leader Team) ประกอบด้วย

๑. นางสาวจรรุวรรณ	ประภาสอน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแคนดง	ประธานกรรมการ
๒. น.ส.ธนพร	ตั้งชัยนวกุมิ	ทันตแพทย์ ชำนาญการ	กรรมการ
๓. นางสาวกนกวรรณ	เนตรวงศ์	เภสัชกร ปฏิบัติการ	กรรมการ
๔. นางสาวทิพย์นราภรณ์	สังข์ศรีแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๕. นางพรประภา	ภิญโญ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางสุภรัตน์	คำพลงาม	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางสาวเข็มจิรา	วรรณธนาภานุ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางสาวเสาวนีย์	ทองหล่อ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางสาวเยาวมาศ	งามสพรั่ง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๐. นางสุภรัตน์	คำพลงาม	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๑๑. นายอินทรา	เรืองรัมย์	เจ้าพนักงานธุรการ	ผู้ช่วยเลขานุการ

#### บทบาทหน้าที่

- กำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการและการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล
- วางแผนกำหนดหลักเกณฑ์และองค์ประกอบของการพัฒนาคุณภาพบริการ
- กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและเป้าหมายคุณภาพของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข
- สนับสนุนและจัดการทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพการบริการและการส่งเสริมสุขภาพ การสร้างกำลังใจให้แก่บุคลากรทุกระดับ
- กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และพิจารณาความดี ความชอบ แก่บุคลากรทุกระดับ
- ติดตามประเมินผล พร้อมสรุปความก้าวหน้าและอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อวางแผนในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

#### ๒. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย

๑. นางสาวจรรุวรรณ	ประภาสอน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแคนดง	ประธานกรรมการ
๒. นายชวณ	ศิริสถิตย์	นายแพทย์ ชำนาญการ	กรรมการ
๓. นายธีรภัทร	การะวิโก	นายแพทย์ ชำนาญการ	กรรมการ
๔. นายธีรนนท์	ทองนาค	นายแพทย์ ชำนาญการ	กรรมการ
๕. น.ส.สรชา	พงสาวกุล	นายแพทย์ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๖. น.ส.ธนพร	ตั้งชัยนวกุมิ	ทันตแพทย์ ชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางสาวทิพย์นราภรณ์	สังข์ศรีแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ

๘. นางสาวกนกวรรณ	เนตรวงศ์	เภสัชกร ปฏิบัติการ	กรรมการ
๙. นางพรประภา	ภิญโญ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๐. นางสุภรัตน์	คำพลงาม	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๑. นางสาวเข็มจิรา	วรรณธนาภานุ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๒. นางสาววิยะดา	กระแสรชล	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๓. นางสาวรุ่งราตรี	จาริยะมา	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๔. นางสาวเยาวมาศ	งามสพรั่ง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๕. นางมธุรส	จันสีทา	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๖. นางสาวสุกัญญา	มูลไธสง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๗. นางธิดาวัน	เกษามา	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๘. นางชลธิชา	วัฒนพงศ์ศิริ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๙. นายประชา	อายุยืน	นักกายภาพบำบัด ปฏิบัติการ	กรรมการ
๒๐. นางสาวนุจรินญา	ฤทธิธรม	นักเทคนิคการแพทย์ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๒๑. นายวีระชัย	เจริญสวัสดิ์	จพ.สาธารณสุข ปฏิบัติงาน	กรรมการ
๒๒. นางสาวอนุธิดา	มาลัยสุวรรณค์	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ	กรรมการ
๒๓. นายสมพร	เรืองรัมย์	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๒๔. นางสาวเสาวนีย์	ทองหล่อ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๒๕. นางสาวศุทธิยา	เลิศยะโส	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

### บทบาทหน้าที่

๑. เป็นศูนย์รวมองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล
๒. จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อให้ผ่านการรับรองคุณภาพภายในระยะเวลาที่กำหนด
๓. ประสานงานกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
๔. ประสานงานคุณภาพกับทีมงานเฉพาะด้านต่างๆ และหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล
๕. กระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน และติดตาม การพัฒนางาน ทั้งการบริการและวิชาการให้กับหน่วยงาน
๖. จัดอบรม ให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ ในโรงพยาบาล
๗. จัดงานมหกรรมนำเสนอผลงานพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการประจำปี
๘. เป็นที่ปรึกษาให้กับบุคลากรในและนอกโรงพยาบาลเรื่องกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
๙. กำกับ/ติดตามกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
๑๐. กระตุ้นให้เกิดการส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
๑๑. เชื่อมประสานงานคุณภาพระหว่างทีมงานเฉพาะด้านต่างๆ

### **๓. คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team: PCT) ประกอบด้วย**

๑. นายชวณ	ศิริสถิตย์	นายแพทย์ ชำนาญการ	ประธานกรรมการ
๒. นส.สรชา	พงศาภูกุล	นายแพทย์ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๓. นางสาวธิดาทิพย์	สกุลวันธนาศักดิ์	ทันตแพทย์ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๔. นางสาวกนกวรรณ	เนตรวงศ์	เภสัชกร ปฏิบัติการ	กรรมการ
๕. นางสาวทิพย์นราภรณ์	สังข์ศรีแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๖. นางพรประภา	ภิญโญ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางสาวเข็มจิรา	วรรณธนาภานุ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางสาวเสาวนีย์	ทองหล่อ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางสาวเยาวมาศ	งามสพรั่ง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๐. นางนันทนา	ดาบพลอ่อน	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๑. นางนิภาพร	ยอดดารา	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ

๑๒. นางสาวศิริพร	ศรีเมือง	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๓. นางทัศนพร	แสงคำ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๔. นางสาวนุจรินญา	ฤทธิธรม	นักเทคนิคการแพทย์ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๕. นายประชา	อายุยืน	นักกายภาพบำบัด ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๖. น.ส.นภาจรรย์	สยามประโคน	แพทย์แผนไทย ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๗. นางมธุรส	จันทิษา	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ

#### **บทบาทหน้าที่**

- วางแผนการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยของทีมนสหวิชาชีพและระบบบริการต่างๆของโรงพยาบาลให้ครอบคลุมการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพซึ่งประกอบด้วยกรวิเคราะห์และประเมินผลในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- ทบทวนและวิเคราะห์ การจัดการความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านคลินิก ของทีมนำทางคลินิกและระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามมาตรฐานวิชาชีพ
- สำรวจความต้องการของลูกค้ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อหาโอกาสพัฒนาคุณภาพบริการและนำมาวิเคราะห์จัดทำแผนให้สอดคล้องและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ
- ส่งเสริมให้เกิดการให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health care)
- ส่งเสริมให้ประชาชน ทั้งผู้ป่วยและญาติ ชุมชน สามารถมีศักยภาพในการดูแลตนเองด้านสุขภาพได้
- ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

#### **๔. คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infectious Control Team: IC)**

##### **ประกอบด้วย**

๑. นายธีรนนท์	ทองนาค	นายแพทย์ ชำนาญการ	ประธานกรรมการ
๒. นางสาวศิริดา	กัณฑ์ไชย	เภสัชกร	กรรมการ
๓. นางสาวทิพย์นราภรณ์	สังข์ศรีแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๔. นางชลธิชา	วัฒนพงศ์ศิริ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางสาวจันทรเพ็ญ	วงศ์จำปา	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางสาวอังคณา	ปัดริยะ	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๗. นางสาวกุลญาดา	มีชูศิลป์	นักเทคนิคการแพทย์	กรรมการ
๘. นางสาวอนิทัย	ใหญ่รัมย์	จพ.ทันตสาธารณสุข ชำนาญงาน	กรรมการ
๙. นางสาวอนุธิดา	มาลัยสวรรค์	นวก.สาธารณสุข ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๐. นายอนุวัฒน์	เชิรัมย์	นักกายภาพบำบัด ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๑. นางสาวนภาจรรย์	สยามประโคน	แพทย์แผนไทย ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๒. นางสาววิยะดา	กระแสรชล	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๑๓. นางสาวสีแพรว	อินพุลโสม	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

##### **บทบาทหน้าที่**

- กำหนดนโยบาย แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พร้อมทั้งติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน
- วางแผนการพัฒนาและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันและเฝ้าระวังควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

๓. รวบรวม ประเมินสถานการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาล
๔. กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลและกำหนดข้อมูลที่ใช้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๕. จัดประชุมคณะกรรมการทุกเดือนหรือทุกครั้งที่มีปัญหาเร่งด่วน
๖. ตรวจสอบและควบคุมมาตรฐานการปฏิบัติงาน
๗. รายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงาน เสนอต่อคณะกรรมการบริหาร และผู้อำนวยการ

#### ๕. คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย อาชีวอนามัย และเครื่องมือแพทย์ ประกอบด้วย

๑. นางสาวจรรุวรรณ	ประภาสอน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแคนดง	ประธานกรรมการ
๒. นางสาวศิริดา	กัณฑ์ไชย	เภสัชกร	กรรมการ
๓. นางสุภรณ์	คำพลงาม	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๔. นางสาวเสาวนีย์	ทองหล่อ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางสาวรุ่งราตรี	จาริยะมา	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางสาวศุภลียา	เลิศยะโส	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	กรรมการ(เครื่องมือแพทย์)
๗. นางสาวจิราภรณ์	เทียมทะนงค์	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๘. นางสาวอโนทัย	ใหญ่รัมย์	จพ.ทันตสาธารณสุข ชำนาญงาน	กรรมการ
๙. นางทัศนพร	แสงคำ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ (๕ส)
๑๐. นายสมชาติ	เรืองจรัส	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๑. นางสาวพนิตสุภา	พงษ์ภักดี	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ
๑๒. นายอนุวัฒน์	เชิรัมย์	นักกายภาพบำบัด ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๓. นางสาวศิริรัตน์	บุญทา	นักเทคนิคการแพทย์ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๔. นายสมพร	เรืองรัมย์	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๕. นายสุทธิพงศ์	ไชยอนันต์สกุล	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๖. นายวีระชัย	เจริญสวัสดิ์	จพ.สาธารณสุข ปฏิบัติงาน	กรรมการ
๑๗. นางสาวปิ่นทอง	บุศราคำ	เจ้าพนักงานพัสดุ	กรรมการ
๑๘. นางสาววาสิเรียม	วาปีสาสุขเสริม	เจ้าพนักงานพัสดุ	กรรมการ
๑๙. นายเชิดศักดิ์	เกษามา	ช่างซ่อมบำรุง	กรรมการ
๒๐. นางสาวทวีพร	มะลิ	เจ้าพนักงานสถิติ	กรรมการ
๒๑. นางสาวอนูธิดา	มาลัยสุวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการ
๒๒. นางสาววารภรณ์	ประเสริฐรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

#### บทบาทหน้าที่

๑. ดูแลและจัดการด้านโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม ของโรงพยาบาล
๒. การป้องกันอัคคีภัยและความปลอดภัยในโรงพยาบาล เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ใช้บริการและบุคลากรมีความปลอดภัย
๓. ดูแลและจัดการการกำจัดของเสียและขยะ ของโรงพยาบาลก่อนปล่อยสู่สิ่งแวดล้อม
๔. การจัดการด้านความปลอดภัยภายในโรงพยาบาล
๕. การจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ อุปกรณ์ อุปกรณ์การแพทย์ และสิ่งอำนวยความสะดวกภายในโรงพยาบาล
๖. กำหนดนโยบายและวางแผนการดำเนินงานกิจกรรม ๕ ส. ในโรงพยาบาล

#### ๗. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย

๑. นายธีรภัทร	การะวิโก	นายแพทย์ ชำนาญการ	ประธานกรรมการ
๒. นางสาวศุภางค์	เปจะยัง	เภสัชกร ปฏิบัติการ	กรรมการ
๓. นางสาวทิพย์นราภรณ์	สังข์ศรีแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๔. นางพรประภา	ภิญโญ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ

๕. นางสาวสุภัทรรัตน์	คำพลางาม	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางสาวเข็มจิรา	วรรณธนาภานุ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางสาวเสาวนีย์	ทองหล่อ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางสาวรุ่งรัตรี	จาริยะมา	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางสาวเขาวามาต	งามสพรั่ง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๐. นางกัลยา	ทองกาญจน์	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๑. นายชัยวัฒน์	ดีเสมอ	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๒. นางสาวสุพุดิยา	เรืองจรัส	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๓. นางสาวนุจรินญา	ฤทธิธิน	นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๔. นายอนุวัฒน์	เชิบรมย์	นักกายภาพบำบัด ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๕. นส.พัชรา	กาบัว	นวก.สาธารณสุข(แพทย์แผนไทย)	กรรมการ
๑๖. นายสุทธิพงษ์	ไชยอนันต์สกุล	นวก.คอมพิวเตอร์ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๗. นางสาวกุลยา	ชูไรสง	เจ้าพนักงานการเงิน	กรรมการ
๑๘. นางสาววราภรณ์	ประเสริฐรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๙. นางสาวทวีพร	มะลี	เจ้าพนักงานสถิติ	กรรมการ
๒๐. นางสาวสุกัญญา	มูลไธสง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ

### บทบาทหน้าที่การบริหารความเสี่ยง

#### ๑. การค้นหา

- ๑.๑ ทบทวน risk profile หน่วยงาน
- ๑.๒ วิเคราะห์/ ทบทวนกิจกรรม

#### ๒. การรายงาน/การประเมิน

- ๒.๑ สรุปและวิเคราะห์ ประเภทความเสี่ยง และระดับความรุนแรงจากการรายงานอุบัติการณ์
- ๒.๒ รวบรวมและสะท้อนรายงานอุบัติการณ์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกสัปดาห์
- ๒.๓ สะท้อนรายงานอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป และอุบัติการณ์ซ้ำแก่ทีมนำเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องทุกเดือน
- ๒.๔ ติดตามการรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงานทุกเดือน
- ๒.๕ สรุปการวิเคราะห์อุบัติการณ์ตามโปรแกรมความเสี่ยง และความรุนแรงทุกเดือน

#### ๓. การจัดการ

๓.๑ กำกับ /ติดตามการทบทวนมาตรการป้องกันอุบัติการณ์ หรือทบทวน RCA เมื่อเกิดอุบัติการณ์ ระดับ E – I และเมื่อเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

#### ๔. การประเมินประสิทธิภาพระบบ

- ๔.๑ ติดตามการทบทวน /วิเคราะห์อุบัติการณ์ซ้ำ
- ๔.๒ ติดตามอัตราการทบทวน/ วิเคราะห์อุบัติการณ์ระดับ E - I
- ๔.๓ ติดตามทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้าน Patient safety goal

### ๘. คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource Development: HRD) ประกอบด้วย

๑. นางสาวจากรุวรรณ	ประกาศอน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแคนดง	ประธานกรรมการ
๒. นส.ธนพร	ตั้งชัยนวมิ	ทันตแพทย์ ชำนาญการ	กรรมการ
๓. นางสาวทิพย์นราภรณ์	สังข์ศรีแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๔. นางสาวกนกวรรณ	เนตรวงศ์	เภสัชกร ปฏิบัติการ	กรรมการ
๕. นางพรประภา	ภิญโญ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางสาวสุภัทรรัตน์	คำพลางาม	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางสาวเข็มจิรา	วรรณธนาภานุ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ

๘. นางสาวเสาวนีย์	ทองหล่อ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางสาวเยาวมาศ	งามสพรั่ง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๐. นางสาวทิพย์นราภรณ์	สังข์ศรีแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการและเลขานุการ
๑๑. นายอินทรา	เรืองรัมย์	เจ้าพนักงานธุรการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

#### บทบาทหน้าHRD

- วางแผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้สอดคล้องกับพันธกิจ แผนยุทธศาสตร์ และทรัพยากรของโรงพยาบาล
- กำหนดแนวทางและมาตรการพัฒนาระบบบริหารความรู้ในองค์กร
- จัดทำแผนปฏิบัติการในการพัฒนาระบบบริหารความรู้ในองค์กร
- ดำเนินการตามแผนการพัฒนาระบบบริหารความรู้ในองค์กร
- ประเมินความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารความรู้ในองค์กร
- ดำเนินการอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารความรู้ในองค์กร
- รายงานผลความก้าวหน้า และสรุปผลลัพธ์ของการพัฒนา นำเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

#### **๙. คณะกรรมการบริหารระบบสารสนเทศ และตรวจประเมินเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย**

๑. นายชวณ	ศิริสถิตย์	นายแพทย์ ชำนาญการ	ประธานกรรมการ
๒. นางสาวเสาวนีย์	ทองหล่อ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๓. นางชลธิชา	วัฒนพงศ์ศิริ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๔. นางนิภาพร	ยอดดารา	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางสาวจันทร์เพ็ญ	วงศ์จำปา	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางศิริพร	ศรีเมือง	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๗. นางสาวพนัสชนก	วงเวียน	จพ.ทันตสาธารณสุข ปฏิบัติงาน	กรรมการ
๘. นายสมพร	เรืองรัมย์	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๙. น.ส.นภาพร	สยามประโคน	แพทย์แผนไทย ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๐. นางธีลาวัณ	เกษามา	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๑๑. นางสาววราประภา	เปลาโก	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

#### บทบาทหน้าที่เวชระเบียน

- กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเวชระเบียน
- กำกับดูแล ยุทธศาสตร์ แผนงาน ด้านเวชระเบียน เวชสถิติ เวชสารสนเทศ
- ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ควบคุมแบบฟอร์มเวชระเบียน ทั้งเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และเวชระเบียนทั่วไป

#### **๑๐. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย**

๑. นางสาวจากรุวรรณ	ประภาสอน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ประธานกรรมการ
๒. นางสาวทิพย์นราภรณ์	สังข์ศรีแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๓. นางสุภารัตน์	คำพลงาม	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๔. นางสาวศุภางค์	เปจะยัง	เภสัชกร ปฏิบัติการ	กรรมการ
๕. นางสาวจิราวรรณ	บุญชาติ	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ
๖. นางชลธิชา	วัฒนพงศ์ศิริ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางสาวจันทร์เพ็ญ	วงศ์จำปา	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๘. นายสมชาติ	เริงจรัส	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๙. นางสุพุดติยา	เริงจรัส	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๐. นางสาวอนิทัย	ใหญ่รัมย์	จพ.ทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	กรรมการ
๑๑. นายอนุวัติ	เชิรัมย์	นักกายภาพบำบัด ปฏิบัติการ	กรรมการ



๑๒. นายวีระชัย	เจริญสวัสดิ์	เจ้าพนักงานสาธารณสุข ปฏิบัติงาน	กรรมการ
๑๓. นางเบญจวรรณ	ปราภูกุล่า	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๔. นางนิภาพร	ยอดดารา	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ

### บทบาทหน้าที่

คณะกรรมการชุมชนมีบทบาทและหน้าที่โดยทั่วไปดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้นำด้านสุขภาพและเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีตลอดจนเป็น ที่ปรึกษาของประชาชนในชุมชนในการพัฒนาชุมชน
๒. สำรวจค้นหาปัญหาในชุมชน วิเคราะห์ วางแผน และดำเนินการแก้ไขปัญหา
๓. ร่วมมือกับประชาชนหาทางแก้ไขปัญหาต่างๆ ของชุมชนโดยวิธีการประชาธิปไตยเสนอแผนงานโครงการหรือความคิดเห็นในการพัฒนาชุมชน
๔. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายของชุมชน รวมทั้งการเป็นคู่พันธมิตรที่เข้มแข็ง กับชุมชน
๕. การชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยการสร้างความสัมพันธ์ร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องและแลกเปลี่ยนสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง
๖. ส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ ในชุมชนเพื่อดำเนินการแก้ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญ
๗. ส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
๘. ประสานงานระหว่างชุมชนและเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๙. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนมีจิตสำนึก และร่วมใจกันพัฒนา
๑๐. เสริมขนบธรรมเนียมประเพณีอันดีงาม และสร้างความสามัคคีในชุมชน

### **๑๑. คณะกรรมการองค์กรพยาบาล ประกอบด้วย**

๑. นางสาวทิพย์นราภรณ์ สังข์ศรีแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ประธานกรรมการ
๒. นางสุภรัตน์ คำพลงาม	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๓. นางพรประภา ภิญโย	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๔. นางสาวเข็มจิรา วรธนธานู	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางสาวเสาวนีย์ ทองหล่อ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางสาวเยาวมาศ งามสพรั่ง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางสาววิยะดา กระแสร้ชล	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ

### บทบาทหน้าที่

๑. กำหนดนโยบาย ปรัชญา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ กลุ่มการพยาบาล
๒. จัดองค์กรและการบริหารการพยาบาลให้เอื้อต่อพันธกิจที่กำหนดไว้
๓. จัดการด้านทรัพยากรบุคคล
๔. การพัฒนาทรัพยากรเพื่อเตรียมความพร้อม
๕. จัดทำแผนพัฒนาบริการพยาบาล แผนปฏิบัติงาน แผนงบประมาณประจำปี
๖. จัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านการพยาบาล
๗. กำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติของหน่วยงาน

๑๒. คณะกรรมการบริหารระบบยาและการบำบัด (PTC) ประกอบด้วย

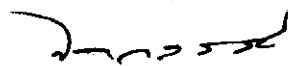
๑. นางสาวจรรุวรรณ	ประภาสอน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ประธานกรรมการ
๒. นายชวภณ	ศิริสถิตย์	นายแพทย์ ชำนาญการ	กรรมการ
๓. นายธีรภัทร	การะวิโก	นายแพทย์ ชำนาญการ	กรรมการ
๔. นายธีรนนท์	ทองนาค	นายแพทย์ ชำนาญการ	กรรมการ
๕. นส.สรชา	พงศาวกุล	นายแพทย์ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๖. น.ส.ธนพร	ตั้งชัยนวมิ	ทันตแพทย์ ชำนาญการ	กรรมการ
๗. น.ส.ธิดาทิพย์	สกุลวันธนาศักดิ์	ทันตแพทย์ ปฏิบัติการ	กรรมการ
๘. นางสาวทิพย์นราภรณ์	สังข์ศรีแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๙. นางพรประภา	ภิญโญ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๐. นางสาวเข็มจิรา	วรรณธนาภานุ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๑. นางสุภรณ์	คำพลงาม	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๒. นางสาวเสาวนีย์	ทองหล่อ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๓. นางสาวจันทร์เพ็ญ	วงศ์จำปา	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๔. นางชลธิชา	วัฒนพงศ์ศิริ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๕. นส.พัชรา	กาบัว	นวก.สาธารณสุข (แพทย์แผนไทย)	กรรมการ
๑๖. นางสาวศิริดา	กัณหาไชย	เภสัชกร	กรรมการ
๑๗. นส.สุภาพร	บุญทา	เจ้าพนักงานสถิติ	กรรมการ
๑๘. นางสาวกนกวรรณ	เนตรวงศ์	เภสัชกร ปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการ
๑๙. นางสาวศุภางค์	เป็งจะยัง	เภสัชกร ปฏิบัติการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**บทบาทและหน้าที่**

๑. นโยบายด้านการคัดเลือกยา
๒. นโยบายการจัดซื้อยา
๓. นโยบายความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลแคนดง

ขอให้คณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้ง ปฏิบัติงานตามคำสั่งที่ได้รับมอบหมายอย่างเคร่งครัด อย่าให้เกิดความเสียหายต่อทางราชการได้ หากมีปัญหาและอุปสรรคที่ไม่สามารถแก้ไขได้ให้รายงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลแคนดงทราบ เพื่อจะได้แก้ไขต่อไป ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕



(นางสาวจรรุวรรณ ประภาสอน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแคนดง