



โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่  
SUNGMEN HOSPITAL PHRAE

รายงานผลการดำเนินงาน  
ตามแผนบริหารความเสี่ยง  
โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

กลุ่มงานบริหารทั่วไป  
โรงพยาบาลสูงเม่น

## คำนำ

ตามคู่มือการประเมิน MOPH ITA 2026 MOIT 17 กำหนดให้หน่วยงานมีการประเมินความเสี่ยงการทุจริต พ.ศ. 2569 อย่างเป็นระบบ โดยโรงพยาบาลได้นำหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายใน สำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 เป็นกลไกพื้นฐานที่สำคัญของกระบวนการกำกับดูแลการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในหน่วยงาน และเป็นเครื่องมือที่ช่วยป้องกันรักษา ดูแลการใช้ทรัพยากรของหน่วยงานให้เป็นไปอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น โรงพยาบาลสูงเม่น จึงได้จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน COSO 2013 (The Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission) เพื่อกำหนดมาตรการสำคัญเร่งด่วนเชิงรุกในการป้องกันทุจริต การบริหารงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ และแก้ไขปัญหาการกระทำผิดวินัยของเจ้าหน้าที่รัฐ สามารถใช้เป็นกรอบและแนวทางพื้นฐานสำหรับการบริหารจัดการความเสี่ยง การติดตามประเมินผล รวมทั้งการรายงานผลเกี่ยวกับการบริหารจัดการความเสี่ยง และเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ การบริหารงานบรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มีนาคม 2569

## สารบัญ

	หน้า
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	1
1. หลักการและเหตุผล	1
2. วัตถุประสงค์	1
3. ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลสูงเม่น	1
4. กรอบการดำเนินงานการประเมินความเสี่ยงและแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต	2
<b>บทที่ 2 แนวทางการบริหารความเสี่ยง</b>	3
1. แนวทางการดำเนินงาน	3
2. บทบาทหน้าที่	3
<b>บทที่ 3 กระบวนการบริหารความเสี่ยง</b>	6
ขั้นตอนที่ 1 การระบุความเสี่ยง	6
ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถานะความเสี่ยง	7
ขั้นตอนที่ 3 เมทริกส์ระดับความเสี่ยง	8
ขั้นตอนที่ 4 การประเมินการควบคุมความเสี่ยง	9
ขั้นตอนที่ 5 แผนบริหารความเสี่ยง	9
ขั้นตอนที่ 6 การจัดทำรายงานการเฝ้าระวังความเสี่ยง	10
ขั้นตอนที่ 7 จัดทำระบบการบริหารความเสี่ยง	10
ขั้นตอนที่ 8 การจัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยง	11

## บทที่ 1 บทนำ

### 1. หลักการและเหตุผล

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและการพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาภาครัฐตามหลัก “ภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม” โดยภาครัฐต้องมีขีดสมรรถนะสูงตามหลักธรรมาภิบาล ปรับและสร้างวัฒนธรรมการทำงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์เพื่อผลประโยชน์ส่วนรวม มีความทันสมัย สามารถปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ปรับโครงสร้างการบริหารจัดการให้เหมาะสมกับบทบาทภารกิจ มีความโปร่งใส ปลอดภัย การทุจริตและประพฤติมิชอบ รวมถึงสร้างวัฒนธรรมต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบของบุคลากรภาครัฐ ให้เกิดขึ้น สร้างจิตสำนึก ปลุกฝังค่านิยมให้ตื่นตัวและลงมือต่อการทุจริตและประพฤติมิชอบทุกรูปแบบ เพื่อให้บรรลุผลดังกล่าวศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข ได้นำกรอบการประเมินของสำนักงาน ป.ป.ช. มาประยุกต์ใช้ นำเนื้อหารายละเอียดข้อคำถามในภาพรวมมาสังเคราะห์ปรับปรุงเป็นแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT)

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ตัวชี้วัดที่ 7 การดำเนินการเพื่อป้องกันการทุจริต มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน เปิดผลการดำเนินการเกี่ยวกับการป้องกันการทุจริตในหน่วยงาน แสดงเจตนาธรรมาภิบาลหรือค่านิยมที่จะปฏิบัติหน้าที่และบริหารหน่วยงานอย่างซื่อสัตย์ สุจริต โปร่งใส และเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล โรงพยาบาลสูงเม่น จึงได้จัดทำแผนการจัดการความเสี่ยงการทุจริต เพื่อค้นหา ประเมิน และกำหนดมาตรการป้องกันการดำเนินงานที่อาจก่อให้เกิดการทุจริตเกิดขึ้นภายในองค์กร รวมทั้งติดตามการเกิดอุบัติการณ์ตามความเสี่ยงที่ได้จัดลำดับความสำคัญเพื่อประเมินประสิทธิภาพของแผนการจัดการความเสี่ยงที่ได้กำหนดไว้

### 2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้มีมาตรการป้องกันและแนวทางในการจัดการความเสี่ยงของการดำเนินงานที่อาจก่อให้เกิดการทุจริตที่มีประสิทธิภาพ

2.2 เพื่อตรวจสอบการบริหารงานและการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ไม่ให้เกิดการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตนในตำแหน่งหน้าที่อันมิควรได้โดยชอบตามกฎหมาย และให้เป็นแบบอย่างที่ดี โปร่งใส ตรวจสอบได้

### 3. ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลสูงเม่น

วิสัยทัศน์ (Vision) “ โรงพยาบาลคุณภาพ เทคโนโลยีทันสมัย ผู้รับบริการประทับใจ ผู้ให้บริการมีความสุข ”  
พันธกิจ (Mission)

1. บริการอย่างมีคุณภาพแบบองค์รวม ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
2. สร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมบูรณาการทุกภาคส่วนสู่การมีสุขภาพดี
3. บริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพตามหลักธรรมาภิบาล
4. สร้างบรรยากาศให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และเจ้าหน้าที่มีความสุข

เป้าหมาย(Goals) :

1. โรงพยาบาลสูงเม่นเป็นโรงพยาบาลชุมชน 120 เตียง ของจังหวัดแพร่
2. โรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการด้านผ่าตัดและวิสัญญีครบทุกวันทำการ



## บทที่ 2 แนวทางการบริหารความเสี่ยง

### 1. แนวทางการดำเนินงาน

#### ระยะที่ 1 การเริ่มต้นและพัฒนา

1. กำหนดนโยบายหรือแนวทางในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
2. ระบุปัจจัยเสี่ยง และประเมินโอกาส ผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยง
3. วิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงจากการดำเนินงาน
4. จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงของปัจจัยเสี่ยงที่อยู่ในระดับสูง (High) และสูงมาก (Extreme) รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงที่อยู่ในระดับปานกลาง (Medium) ที่มีนัยสำคัญ
5. สื่อสารทำความเข้าใจเกี่ยวกับแผนบริหารความเสี่ยงให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบ และสามารถนำไปปฏิบัติได้
6. สรุปลงแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต
7. สรุปรายงานผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยง

#### ระยะที่ 2 การพัฒนาสู่ความยั่งยืน

1. ทบทวนแผนบริหารความเสี่ยงในปีที่ผ่านมา
2. พัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงสำหรับความเสี่ยงแต่ละประเภท
3. ผลักดันให้มีการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กรพัฒนาขีดความสามารถบุคลากรในการดำเนินงาน

### 2. บทบาทหน้าที่

#### บทบาทหน้าที่ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

1. เป็นที่ปรึกษาการวางระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
2. พิจารณาสั่งการและดำเนินการกรณีที่มีความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์สำคัญเกิดขึ้นภายใน โรงพยาบาล
3. รับทราบรายงาน การประเมินผล และการตอบสนองการบริหารความเสี่ยง

#### บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

1. ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน
2. สนับสนุนกระบวนการจัดการ และทรัพยากรเพื่อแก้ไขความเสี่ยง
3. บริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ปัญหาความเสี่ยงที่ซับซ้อนที่หน่วยงาน หรือทีมคร่อมไม่สามารถแก้ไขได้
4. ติดตามประเมินผลการจัดการความเสี่ยง

#### บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

1. กำหนดนโยบายและแผนดำเนินงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
2. จัดทำคู่มือ แนวทางในการบริหารความเสี่ยง และสื่อสารให้บุคลากรทราบ
3. รวบรวมความเสี่ยง อุบัติการณ์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
4. ประสานระบบที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในด้านต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อป้องกันและควบคุมความเสี่ยง
5. รวบรวม วิเคราะห์ ทบทวนอุบัติการณ์ เพื่อหาแนวทางปรับปรุงและวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงในโรงพยาบาล
6. สื่อสารนโยบาย ระเบียบปฏิบัติที่ได้จากการทบทวน เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ
7. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่างๆ
8. สรุปรายงานและประมวลผลความเสี่ยง แจ้งทุกหน่วยงานและทีมทุกทีม
9. จัดทำรายงานความเสี่ยงเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุก 1 เดือน

### บทบาทหน้าที่ของหัวหน้างานและผู้รับผิดชอบความเสี่ยงในหน่วยงาน

1. วางระบบการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน ค้นหา วิเคราะห์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน จัดทำมาตรการการป้องกันและจัดการที่ชัดเจนในประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ
2. ประเมินผล ติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยง และปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3. สื่อสารให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีความเข้าใจในประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรม ความปลอดภัยอยู่ในกิจกรรมปกติประจำวัน
4. ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง การดักจับความเสี่ยง การแก้ไขปัญหา การหาสาเหตุรากเหง้า สาเหตุเชิงระบบ แนวทางป้องกันและลดความสูญเสียที่วางไว้

### บทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบโปรแกรมหรือระบบที่เกี่ยวข้อง

มีหน้าที่ในการรายงานเหตุการณ์ / อุบัติการณ์ หรือความเสี่ยง และประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงในทีมไปยังผู้จัดการความเสี่ยง ดังนี้

1. **ทีมนำทางคลินิก (PCT)** มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยง และวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษา และสิทธิผู้ป่วยซึ่งเป็นความเสี่ยงทางคลินิก
2. **ทีมระบบยา** มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยง และวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยาและปัญหาเกี่ยวกับยา
3. **ทีมควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC)** มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับการติดเชื้อในโรงพยาบาล การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่
4. **ทีมสิ่งแวดล้อม (ENV)** มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัย การฝึกซ้อมป้องกันอัคคีภัย การเกิดอัคคีภัย การตรวจคุณภาพน้ำทิ้ง การจัดการขยะ การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ การจัดหา เก็บรักษา แจกจ่าย ซ่อมบำรุง และจำหน่ายเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ
5. **ทีมสารสนเทศและเทคโนโลยี (IM)** มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยง และวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับเวชระเบียน การตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ การจัดการความรู้ การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ และระบบฐานข้อมูลต่างๆ
6. **ทีมบริหารจัดการความเสี่ยง (RM)** มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบ ควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับด้านเรื่องร้องเรียน ผลการจัดการปัญหาข้อร้องเรียน
7. **ทีมบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (HR)** มีหน้าที่ค้นหารายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงด้านพฤติกรรมบริการและสมรรถนะบุคลากร

### บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทุกระดับ

1. ทำความเข้าใจแนวทาง ปฏิบัติตามคู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
2. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงและแก้ไขสถานการณ์เบื้องต้น
3. บันทึกอุบัติการณ์ การแก้ไข และรายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด
4. ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

โรงพยาบาลสูงเม่น มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพรับบริการประเมินซ้ำมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ HA โดยโรงพยาบาลสูงเม่นได้มีการกำหนดเป้าหมายโรงพยาบาลด้านการพัฒนาคุณภาพ

ระบบบริการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และพึงพอใจยุทธศาสตร์สำคัญ คือ พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลได้มีการรับรองและพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ดังนั้น เพื่อเป็นการธำรงคุณภาพและเตรียมความพร้อมในการประเมิน Re Accredit และบรรลุตามวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ว่า "โรงพยาบาลคุณภาพ เทคโนโลยีทันสมัย ผู้รับบริการประทับใจ ผู้ให้บริการมีความสุข" จึงมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ คณะต่างๆ โดยมีวาระ 2 ปี ตามโครงสร้างคุณภาพประจำปีงบประมาณ 2569 ดังนี้

#### คณะกรรมการทีมบริหารความเสี่ยง (RM) ประกอบด้วย

1. ผู้จัดการความเสี่ยง
2. คณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยง
3. ทีมด้านการเจรจาไกล่เกลี่ย (Risk support team)

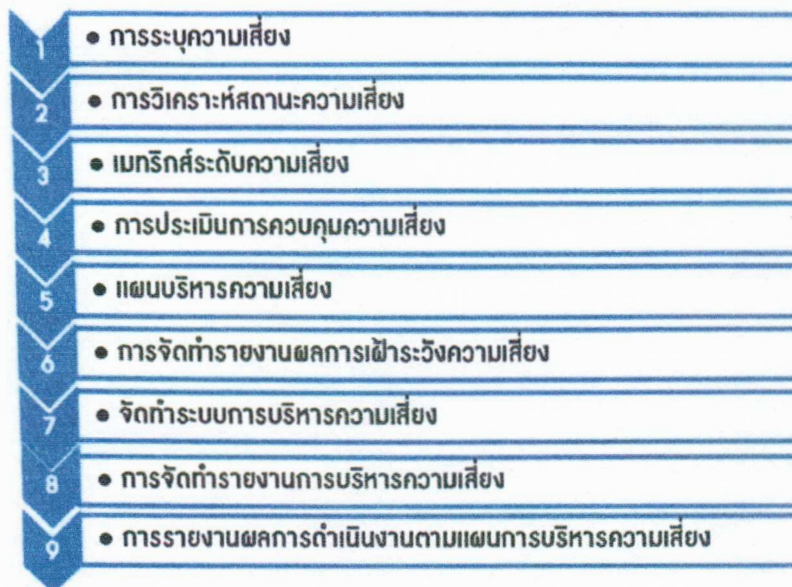
#### โดยมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
  - 1.1 ทบทวนอุบัติการณ์และการเรียกร้องค่าเสียหายที่สำคัญเพื่อค้นหาจุดอ่อนในระบบ
  - 1.2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อดูแนวโน้มหรือค้นหาความเสี่ยง
  - 1.3 เสนอแนะแนวทางป้องกันการดำเนินงานและประสิทธิผลของกลไกป้องกันและควบคุม ความเสี่ยงที่มีอยู่
  - 1.4 อภิปรายเกี่ยวกับการดำเนินงานและประสิทธิผลของกลไกป้องกันและควบคุมความเสี่ยงที่มีอยู่
  - 1.5 ร่วมกับผู้จัดการความเสี่ยงในการค้นหา ประเมิน ดำเนินการแก้ไข และป้องกันความเสี่ยง
  - 1.6 สร้างความตื่นตัวทั่วทั้งองค์กรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง
  - 1.7 จัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยงทุกเดือนเสนอผู้อำนวยการและคณะกรรมการ บริหารโรงพยาบาล
  - 1.8 ดำเนินการศึกษาหรือจัดทำโครงการอื่นๆ ที่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลหรือ ผู้อำนวยการมอบหมาย
2. วางระบบการบริหารความเสี่ยง
  - 2.1 ติดตามประเมินผลว่าระบบที่วางไว้มีประสิทธิภาพเพียงใด สามารถจัดการกับความเสี่ยง หรือความสูญเสียได้ดีเพียงใดเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโปรแกรมต่างๆ เพื่อให้เห็นภาพรวม ของระบบทั้งหมด
  - 2.2 กระตุ้นและประสานกับทีมอื่น ให้เข้าใจและสามารถค้นหาและจัดการความเสี่ยงได้ที่ ระดับหนึ่ง
3. สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร
  - 3.1 เน้นการปรับระบบและสิ่งแวดล้อมในการทำงานมากกว่าการลงโทษ
  - 3.2 มีการสื่อสารเปิดกว้าง แลกเปลี่ยนความเห็นกันได้อย่างอิสระ
  - 3.3 ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงและการนำลงสู่การปฏิบัติ
4. ทีม RST (Risk support team) มีบทบาทหน้าที่ประสานกิจกรรมบริหารความเสี่ยง/อุบัติการณ์ของ โรงพยาบาลที่เสี่ยงต่อการเกิดการฟ้องร้องหรือเกิดคดีความ, การบริหารค่าเรียกร้องค่าเสียหาย, การบริหารระบบจัดการข้อร้องเรียนเชิงรุก

### บทที่ 3 กระบวนการบริหารความเสี่ยง

#### 1. การระบุความเสี่ยง

โรงพยาบาลสูงเม่น ได้ทำการประเมินความเสี่ยงตามขั้นตอนของการประเมินความเสี่ยง 9 ขั้นตอน ดังนี้



#### ขั้นตอนที่ 1 การระบุความเสี่ยงการทุจริต

นำข้อมูลที่ได้จากขั้นเตรียมการในส่วนรายละเอียดขั้นตอน แนวทางหรือเกณฑ์การปฏิบัติงานของกระบวนการที่จะทำการประเมินความเสี่ยงการทุจริต ซึ่งในขั้นตอนการปฏิบัติงานจะประกอบด้วยขั้นตอนย่อยในการระบุความเสี่ยงตามขั้นตอนที่ 1 ให้ระบุความเสี่ยง อธิบายรายละเอียดรูปแบบ พฤติการณ์ความเสี่ยง เฉพาะที่มีความเสี่ยงทุจริตเท่านั้น และในการประเมินต้องคำนึงถึงความเสี่ยงภาพรวมของการดำเนินงานเรื่องที่จะทำการประเมินด้วย เนื่องจากในกระบวนการปฏิบัติงานตามขั้นตอนอาจไม่พบความเสี่ยง หรือโอกาสเสี่ยงต่ำ แต่อาจพบว่ามีความเสี่ยงในเรื่องนั้น ๆ ในการดำเนินงานที่ไม่ได้อยู่ในขั้นตอนก็เป็นได้ โดยไม่ต้องคำนึงว่าหน่วยงานจะมีมาตรการป้องกันหรือแก้ไขความเสี่ยงการทุจริตนั้นอยู่ แล้วนำข้อมูลรายละเอียดดังกล่าวลงในประเภทของความเสี่ยงซึ่งเป็น Known Factor หรือ Unknown Factor

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

โรงพยาบาลสูงเม่น ได้ค้นหาความเสี่ยงและระบุความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดการทุจริต พบประเด็นความเสี่ยงดังนี้

1. ทักษะความรู้ของเจ้าหน้าที่พัสดุที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน
2. การดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างไม่ถูกต้องตาม พรบ. การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. หนังสือแจ้งจัดสรรงบประมาณเร่งรัดให้ดำเนินการในระยะเวลากระชั้นชิด
4. การดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างล่าช้าไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้

ตารางที่ 1 ตารางระบุความเสี่ยงการทุจริต (Known Factor และ Unknown Factor)

ที่	โอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต	ประเภทความเสี่ยงการทุจริต	
		Known Factor	Unknown Factor
1	ทักษะความรู้ของเจ้าหน้าที่พัสดุที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน	✓	
2	หนังสือแจ้งจัดสรรงบประมาณเร่งรัดให้ดำเนินการในระยะเวลากระชั้นชิด	✓	
3	การจ่ายเงินค่าจ้างเหมาบริการผ่านระบบ KTB Corporation Online	✓	
4	ใบเสร็จรับเงินไม่มีในชุดเอกสารการจ่าย	✓	
5	การเขียนเช็คผิด	✓	

**ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถานะความเสี่ยงการทุจริต**

นำข้อมูลจากตารางที่ 1 มาวิเคราะห์เพื่อแสดงสถานะความเสี่ยงการทุจริตของแต่ละโอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต ออกตามรายสีไฟจราจร เขียว เหลือง ส้ม แดง โดยระบุสถานะของความเสี่ยงในช่องสีไฟจราจรตามตารางที่ 2

ความหมายของสถานะความเสี่ยงตามสีไฟจราจร มีรายละเอียดดังนี้

**สถานะสีเขียว** : ความเสี่ยงระดับต่ำ

**สถานะสีเหลือง** : ความเสี่ยงระดับปานกลาง และสามารถให้ความรอบคอบระมัดระวังในระหว่างปฏิบัติงานตามปกติควบคุมดูแลได้

**สถานะสีส้ม** : ความเสี่ยงระดับสูง เป็นกระบวนการงานที่มีผู้เกี่ยวข้องหลายคนหลายหน่วยงานภายในองค์กร มีหลายขั้นตอน จนยากต่อการควบคุม หรือไม่มีอำนาจควบคุมข้ามหน่วยงานตามหน้าที่ปกติ

**สถานะสีแดง** : ความเสี่ยงระดับสูงมาก เป็นกระบวนการงานที่เกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอก คนที่ไม่รู้จักไม่สามารถตรวจสอบได้ชัดเจน ไม่สามารถกำกับติดตามได้อย่างใกล้ชิดหรืออย่างสม่ำเสมอ

ตารางที่ 2 ตารางแสดงสถานะความเสี่ยง (แยกตามรายสีไฟจราจร)

ที่	โอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต	เขียว	เหลือง	ส้ม	แดง
1	ทักษะความรู้ของเจ้าหน้าที่พัสดุที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน		✓		
2	หนังสือแจ้งจัดสรรงบประมาณเร่งรัดให้ดำเนินการในระยะเวลากระชั้นชิด			✓	
3	การจ่ายเงินค่าจ้างเหมาบริการผ่านระบบ KTB Corporation Online		✓		
4	ใบเสร็จรับเงินไม่มีในชุดเอกสารการจ่าย		✓		
5	การเขียนเช็คผิด		✓		

### ขั้นตอนที่ 3 เมทริกซ์ระดับความเสี่ยงการทุจริต

นำโอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต ที่มีสถานะความเสี่ยงระดับสูงจนถึงความเสี่ยงระดับสูงมาก ที่เป็น สีส้ม และสีแดง จากตารางที่ 2 มาทำการหาค่าความเสี่ยงรวม ซึ่งได้จากระดับความจำเป็นของการเฝ้าระวัง ที่มีค่า 1-3 คูณด้วยระดับความรุนแรงของผลกระทบที่มีค่า 1-3 เช่นกัน

เกณฑ์ในการให้ค่า 1-3 มีดังนี้

**3.1 ระดับความจำเป็นของการเฝ้าระวัง** มีแนวทางในการพิจารณาดังนี้

- ถ้าเป็นกิจกรรมหรือขั้นตอนหลักที่สำคัญของกระบวนการงานนั้น ๆ แสดงว่า กิจกรรมหรือขั้นตอนนั้น เป็น MUST หมายถึง มีความจำเป็นสูงของการเฝ้าระวังความเสี่ยงการทุจริตที่ต้องทำการป้องกัน ไม่ดำเนินการไม่ได้ ค่าของ MUST คือ ค่าอยู่ในระดับ 2 หรือ 3

- ถ้าเป็นกิจกรรมหรือขั้นตอนนั้นเป็นกิจกรรม หรือขั้นตอนรองของกระบวนการงานนั้น ๆ แสดงว่า กิจกรรมหรือขั้นตอนนั้นเป็น SHOULD หมายถึงมีความจำเป็นต่ำในการเฝ้าระวังความเสี่ยงการทุจริต ค่าของ SHOULD คือ ค่าที่อยู่ในระดับ 1 เท่านั้น

**3.2 ระดับความรุนแรงของผลกระทบ** มีแนวทางในการพิจารณาดังนี้

- กิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติงานนั้นเกี่ยวข้องกับ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย Stakeholders รวมถึงหน่วยงานกำกับดูแล พันธมิตร ภาศิเครือข่าย ค่าอยู่ที่ 2 หรือ 3

- กิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติงานนั้นเกี่ยวข้องกับ ผลกระทบทางการเงิน รายได้ลดรายจ่ายเพิ่ม Financial ค่าอยู่ที่ 2 หรือ 3

- กิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติงานนั้นมีผลกระทบต่อผู้ใช้บริการ กลุ่มเป้าหมาย Customer/User ค่าอยู่ที่ 2 หรือ 3

- กิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติงานนั้นผลกระทบต่อกระบวนการภายใน Internal Process หรือ กระบวนการเรียนรู้ องค์กรความรู้ Learning & Growth ค่าอยู่ที่ 1 หรือ 2

ตารางที่ 3 ตารางเมทริกซ์ระดับความเสี่ยงการทุจริต (Risk level matrix)

ที่	โอกาส/ความเสี่ยง รูปแบบพฤติกรรม ความเสี่ยงการทุจริต	ระดับความจำเป็นของการเฝ้าระวัง			ระดับความรุนแรงของผลกระทบ			ค่าความเสี่ยงรวม จำเป็น X รุนแรง
		3	2	1	3	2	1	
1	หนังสือแจ้งจัดสรรงบประมาณเร่งรัดให้ดำเนินการในระยะเวลากระชั้นชิด		1			3		3

ตารางที่ 3.1 ระดับความจำเป็นของการเฝ้าระวังความเสี่ยงการทุจริต

ที่	โอกาส/ความเสี่ยง รูปแบบพฤติกรรม ความเสี่ยงการทุจริต	กิจกรรมหรือขั้นตอนหลัก MUST	กิจกรรมหรือขั้นตอนรอง SHOULD
1	หนังสือแจ้งจัดสรรงบประมาณเร่งรัดให้ดำเนินการในระยะเวลากระชั้นชิด		1

ตารางที่ 3.2 ระดับความรุนแรงของผลกระทบตาม Balanced Scorecard

ที่	โอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต	1	2	3
1	หนังสือแจ้งจัดสรรงบประมาณเร่งรัดให้ดำเนินการในระยะเวลากระชั้นชิด	✓		

**ขั้นตอนที่ 4 การประเมินการควบคุมความเสี่ยงการทุจริต**

นำค่าความเสี่ยงรวม (จำเป็น x รุนแรง) จากตารางที่ 3 มาทำการประเมินการควบคุมการทุจริต ว่ามีระดับการควบคุมความเสี่ยงการทุจริตอยู่ในระดับใด เมื่อเทียบกับคุณภาพการจัดการ (คุณภาพจัดการสอดคล้องเป้าหมายในงานปกติ) โดยเกณฑ์คุณภาพการจัดการจะแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

**ดี** : จัดการได้ทันที ทุกครั้งที่เกิดความเสี่ยง ไม่กระทบถึงผู้ใช้บริการ / ผู้รับมอบผลงานองค์กร ไม่มีผลเสียทางการเงิน ไม่มีรายจ่ายเพิ่ม

**พอใช้** : จัดการได้โดยส่วนใหญ่ มีบางครั้งยังจัดการไม่ได้ กระทบถึงผู้ใช้บริการ / ผู้รับมอบผลงานองค์กรแต่ยอมรับได้ มีความเข้าใจ

**อ่อน** : จัดการไม่ได้ หรือได้เพียงส่วนน้อย การจัดการเพิ่มเกิดจากรายจ่าย มีผลกระทบถึงผู้ใช้บริการ / ผู้รับมอบผลงานและยอมรับไม่ได้ ไม่มีความเข้าใจ

ตารางที่ 4 ตารางแสดงการประเมินการควบคุมความเสี่ยงการทุจริต

ที่	โอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต	คุณภาพการจัดการ	ค่าประเมินการควบคุมความเสี่ยงการทุจริต		
			ค่าความเสี่ยงระดับต่ำ	ค่าความเสี่ยงระดับปานกลาง	ค่าความเสี่ยงระดับสูง
1	หนังสือแจ้งจัดสรรงบประมาณเร่งรัดให้ดำเนินการในระยะเวลากระชั้นชิด	ดี		✓	

**ขั้นตอนที่ 5 แผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต**

ตามแนวทางของการจัดการความเสี่ยงทุจริต เลือกเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงสุดจากการประเมินการควบคุมความเสี่ยง Risk – Control Matrix Assessment ในขั้นตอนที่ 4 ที่อยู่ในช่องค่าความเสี่ยงระดับสูงค่อนข้างสูง ปานกลาง มาทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริตตามลำดับความรุนแรง

เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการป้องกันความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลสูงเม่นพิจารณากำหนดแนวทางและมาตรการป้องกัน สำหรับความเสี่ยงทุกระดับ

ตารางที่ 5 ตารางแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต

ที่	โอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต	มาตรการป้องกันการทุจริต (ควบคุมความเสี่ยงการทุจริต)
1	หนังสือแจ้งจัดสรรงบประมาณเร่งรัดให้ดำเนินการในระยะเวลากระชั้นชิด	- ศึกษาขั้นตอน แนวทางการปฏิบัติในการจัดซื้อจัดจ้างแต่ละวิธีโดยละเอียด

**ขั้นตอนที่ 6 การจัดทำรายงานการเฝ้าระวังความเสี่ยง**

ขั้นตอนที่ 6 เพื่อติดตามเฝ้าระวัง เป็นการประเมินการบริหารความเสี่ยงการทุจริตในกิจกรรมตามแผนบริหารความเสี่ยงของขั้นตอนที่ 5 ซึ่งเปรียบเสมือนการสร้างตะแกรงตัก เพื่อเป็นการยืนยันผลการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด โดยการแยกสถานะของการเฝ้าระวังความเสี่ยงการทุจริตออกเป็น 3 สี ได้แก่

**สถานะสีเขียว** : ไม่เกิด กรณีที่อยู่ในข่ายความเสี่ยง ยังไม่ต้องทำกิจกรรมเพิ่ม

**สถานะสีเหลือง** : เกิด กรณีที่อยู่ในข่ายความเสี่ยง แต่แก้ไขได้ทันทีตามที่ ตามมาตรการ/นโยบาย/โครงการ/กิจกรรมที่เตรียมไว้ แผนใช้ได้ผล ความเสี่ยงการทุจริตลดลง ระดับความรุนแรง < 3

**สถานะสีแดง** : เกิด กรณีที่อยู่ในข่ายยังแก้ไขไม่ได้ ควรมีมาตรการ/นโยบาย/โครงการ/กิจกรรมเพิ่มขึ้นแผนใช้ไม่ได้ผล ความเสี่ยงการทุจริตไม่ลดลง ระดับความรุนแรง > 3

**ตารางที่ 6** ตารางจัดทำรายงานผลการเฝ้าระวังความเสี่ยงการทุจริต

ที่	มาตรการป้องกันการทุจริต	โอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต	สถานะความเสี่ยง		
			เขียว	เหลือง	แดง
1	- ศึกษาขั้นตอน แนวทางการปฏิบัติในการจัดซื้อจัดจ้างแต่ละวิธีโดยละเอียด	หนังสือแจ้งจัดสรรงบประมาณเร่งรัดให้ดำเนินการในระยะเวลากระชั้นชิด		✓	

**ขั้นตอนที่ 7 จัดทำระบบการบริหารความเสี่ยงการทุจริต**

ขั้นตอนที่ 7 นำผลจากทะเบียนเฝ้าระวังความเสี่ยงการทุจริต จากตารางที่ 6 ออกตามสถานะ 3 สถานะ ซึ่งในขั้นตอนที่ 7 สถานะความเสี่ยงการทุจริตที่อยู่ในข่ายที่ยังแก้ไขไม่ได้ จะต้องมีกิจกรรมหรือมาตรการอะไรเพิ่มเติมต่อไป โดยแยกสถานะเพื่อทำระบบบริหารความเสี่ยง ออกเป็นดังนี้

7.1 เกินกว่าการยอมรับ (สถานะสีแดง Red) ควรมีกิจกรรมเพิ่มเติม

7.2 เกิดขึ้นแล้วแต่ยอมรับได้ ควรมีกิจกรรมเพิ่มเติม (สถานะสีเหลือง Yellow)

7.3 ยังไม่เกิดเฝ้าระวังต่อเนื่อง (สถานะสีเขียว Green)

**ตารางที่ 7** ตารางจัดทำระบบความเสี่ยง

**7.1 เกินกว่าการยอมรับ (สถานะสีแดง Red) ควรมีกิจกรรมเพิ่มเติม**

ความเสี่ยงการทุจริต (สถานะสีแดง)	มาตรการป้องกันความเสี่ยงการทุจริต เพิ่มเติม
-	

**7.2 เกิดขึ้นแล้วแต่ยอมรับได้ ควรมีกิจกรรมเพิ่มเติม (สถานะสีเหลือง Yellow)**

ความเสี่ยงการทุจริต (สถานะสีเหลือง)	มาตรการป้องกันความเสี่ยงการทุจริต เพิ่มเติม
- หนังสือแจ้งจัดสรรงบประมาณเร่งรัดให้ดำเนินการในระยะเวลากระชั้นชิด	- อบรม/ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุ

### ขั้นตอนที่ 8 การจัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยงการทุจริต

ขั้นตอนที่ 8 เป็นการจัดทำรายงานสรุปให้เห็นในภาพรวมว่า มีผลจากการบริหารความเสี่ยงการทุจริตตามขั้นตอนที่ 7 มีสถานะความเสี่ยงการทุจริตอยู่ในระดับใด เพื่อเป็นเครื่องมือในการกำกับ ติดตาม ประเมินผล (สี) สถานะความเสี่ยง

สีเขียว	หมายถึง	ความเสี่ยงระดับต่ำ
สีเหลือง	หมายถึง	ความเสี่ยงระดับปานกลาง
สีแดง	หมายถึง	ความเสี่ยงระดับสูงมาก

### ตารางที่ 8 ตารางรายงานการบริหารความเสี่ยงการทุจริต

ที่	สรุปสถานะความเสี่ยงการทุจริต (เขียว เหลือง แดง)		
	เขียว	เหลือง	แดง
1		- หนังสือแจ้งจัดสรรงบประมาณ เร่งรัดให้ดำเนินการในระยะเวลา กระชั้นชิด	