



ITA ๑๗. ๑. ๒

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โทร. ๐๓๖ ๓๔๗ ๐๖๑ ต่อ ๓๔๕

ที่ สป ๑๐๓๓.๓๐๑/๒๕๓

วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง รายงานผลการบริหารจัดการความเสี่ยง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ตามที่คณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ได้ติดตามประเมินผล การบริหารจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ด้วยวิธีการสอบถามตามหลักเกณฑ์ กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการบริหารจัดการความเสี่ยงสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.๒๕๖๒ และตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภัยใน สำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยวัดถูกประสงค์เพื่อให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าภารกิจของ หน่วยงานจะบรรลุวัตถุประสงค์ของการบริหารจัดการความเสี่ยงในด้านการดำเนินงานที่มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพด้านรายงานที่เกี่ยวกับการเงิน และไม่ใช่การเงินที่เชื่อถือได้ทันเวลา และโปร่งใส รวมทั้งด้านการ ปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน นั้น

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ได้จัดประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงครั้งที่ ๒/๒๕๖๖ เมื่อวันศุกร์ ที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐ น. ณ ห้องประชุมห้องรับรองวิทยากร อาคารอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เพื่อติดตามประเมินผลการบริหารจัดการความเสี่ยงของ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ยังพบความเสี่ยง จำนวน ๕ เรื่อง (เอกสารสรุป รายงานการประชุม ครั้งที่ ๑) และเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และเป็นไปตามหลักเกณฑ์ กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการบริหารจัดการความเสี่ยงสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ได้จัดประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงครั้งที่ ๒/๒๕๖๖ เมื่อวันศุกร์ ที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐ น. ณ ห้องประชุมห้องรับรองวิทยากร อาคาร อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เพื่อพิจารณาความเสี่ยงและประเด็นการควบคุมความเสี่ยง และจัดทำ แผนบริหารความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ (เอกสารสรุปรายงานการประชุมครั้งที่ ๒)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นโปรดลงนามในแผนบริหารความเสี่ยงฯ

(นางสาวกนกกาญจน์ ฤทธิเลิศ)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

(นางศิรดา ภูริวัฒนพงศ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

สรุประยงานการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖

เมื่อวันพุธ ที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๔.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมห้องรับรองวิทยากร อาคารอุบดีเทธุฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ผู้เข้าประชุม

๑. นางศิรดา ภูริวัฒนพงศ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
๒. นางสาวสิริพร ยิ่งวงศ์วัฒน์	หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม
๓. นางชุมภูนุช เศรษฐผล	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
๔. นางสาวกนกภรณ์ ฤทธิ์เลิศ	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
๕. นางสาวกานาจนา พุทธรักษ์	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์
๖. นางสาววิราవัลย์ ผลจันทร์	หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๗. นางสาวสุปรานี พุทธิพย์	หัวหน้ากลุ่มงานโภชนาศาสตร์
๘. นายอภิชัย อินทร์ทอง	รักษาการหัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
๙. นางสาวปรัชญาพร ชูชีพ	หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๑๐. นางสาววชิรากร จารอินทร์	หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๑๑. นางชัญญานันทน์ อุตชี	หัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด
๑๒. นางสมใจ ณุวงศ์ศรี	หัวหน้างานการพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อและการจ่ายยา
๑๓. นายตะวัน จันท์โร	หัวหน้าศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ
๑๔. นางสาวจริยา ทรงรัก	ผู้แทนหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

ผู้ไม่เข้าประชุม

๑. นายอภิดิล นรศรี	ปฏิบัติงาน
๒. นางรุ่งทิพย์ อาสาโก	ลาพักผ่อน
๓. นายชวิชญ์ จุวัตร	ลาป่วย
๔. นางสาวชญาณี ภัททิยาภูมิ	ลาป่วย

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๐๐ น.

แพทย์หญิงศิรดา ภูริวัฒนพงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประธานการประชุม กล่าวเปิดประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖ และดำเนินการประชุมตามระเบียบวาระดังนี้ ดังต่อไปนี้

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

แพทย์หญิงศิรดา ภูริวัฒนพงศ์ ประธานการประชุม แจ้งเรื่องให้ที่ประชุมทราบ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ตามที่กระทรวงการคลังได้กำหนด หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ ปฏิบัติการบริหารจัดการความเสี่ยงสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.๒๕๖๒ และหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑ กำหนดให้หน่วยงานของรัฐ จัดให้มีการบริหารจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อหน่วยงานของรัฐอย่างเหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด สามารถทำให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ตามยุทธศาสตร์ที่หน่วยงานของรัฐกำหนด และจัดให้มีการควบคุมภายในตามกระบวนการที่มีความเสี่ยงในการปฏิบัติงานด้านการดำเนินงาน ด้านการรายงาน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบและข้อบังคับ นั้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗๙ แห่งพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑ กำหนดให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยให้ถือปฏิบัติตามมาตราฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานและการบริหารงานของโรงพยาบาลมวกเหล็ก มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย มีการกำกับดูแลองค์กรที่ดี การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในของหน่วยงานเป็นไปตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด โรงพยาบาลมวกเหล็ก จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการบริการความเสี่ยง โดยมีองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ ดังนี้

(๑) องค์ประกอบ

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมวกเหล็ก	ประธานกรรมการ
๒. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล	รองประธานกรรมการ
๓. หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม	กรรมการ
๔. หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค	กรรมการ
๕. หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	กรรมการ
๖. หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา	กรรมการ
๗. หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	กรรมการ
๘. หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมพื้นฟู	กรรมการ
๙. หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
๑๐. หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน	กรรมการ
๑๑. หัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด	กรรมการ
๑๒. รักษาการหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช	กรรมการ
๑๓. หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	กรรมการ
๑๔. หัวหน้ากลุ่มงานโภชนาศาสตร์	กรรมการ
๑๕. หัวหน้างานการพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อและจ่ายยา	กรรมการ
๑๖. หัวหน้าศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ	กรรมการ
๑๗. หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป	กรรมการและเลขานุการ
๑๘. หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ บุคลากรศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

(๒) บทบาทหน้าที่

๑. กำหนดนโยบาย กลยุทธ์ ขอบเขต วัตถุประสงค์ แนวทางการบริหารความเสี่ยง จัดทำและทบทวนแผนบริหารจัดการความเสี่ยง ของโรงพยาบาลมวกเหล็ก

๒. ส่งเสริมและผลักดันให้เกิดการดำเนินการตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงและระบบควบคุมภายในให้ครอบคลุมทุกส่วนงาน และสนับสนุนให้มีการพัฒนา เพื่อให้เกิดความมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง

๓. พิจารณาประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลมวกเหล็ก และให้ข้อเสนอแนวทางการพัฒนา จัดการ และควบคุมความเสี่ยงแก่หน่วยงานย่อยในสังกัดโรงพยาบาลมวกเหล็ก

๔. ติดตามประเมินผลการบริหารจัดการความเสี่ยง และการควบคุมภายในของโรงพยาบาลมวกเหล็ก

๕. พิจารณาความเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในภาพรวมของโรงพยาบาล เพื่อจัดทำและทบทวนแผนบริหารจัดการความเสี่ยง ของโรงพยาบาลมวกเหล็กอย่างเหมาะสม

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องการรับรองรายงานการประชุม

- ไม่มี -

มติที่ประชุม ที่ประชุมพิจารณาแล้ว รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ครั้งที่ ๑๖/๒๕๖๕

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องที่เสนอให้ที่ประชุมทราบ

๓.๑ การประเมินระบบควบคุมภายใน

คุณกนกกาญจน์ ฤทธิเลิศ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป เสนอให้ที่ประชุมทราบ ดังนี้ การประเมินระบบควบคุมภายในให้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจัดทำแบบรายงานการประเมินองค์ประกอบการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๔) และแบบรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค. ๕) รอบระยะเวลาการประเมิน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕) เพื่อจัดส่งข้อมูลให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เพื่อให้การดำเนินการจัดทำและเอกสารการประเมินการควบคุมภายในของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอให้ทุกกลุ่มงาน/งาน ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จัดทำเอกสาร ดังนี้

(๑) แบบรายงานการประเมินองค์ประกอบการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๔) ทุกกลุ่มงาน

(๒) แบบรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค. ๕) ให้ทุกกลุ่มงานพิจารณาตามภารกิจที่เกี่ยวข้องและการกิจสำคัญในการประเมินการควบคุมภายในของหน่วยงาน รอบระยะเวลาการประเมิน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

ส่งกลับกลุ่มงานบริหารทั่วไป ภายในวันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๕ และจะมีการจัดโครงการควบคุมภายในเพื่อเขียนขั้นตอนการปฏิบัติงาน พร้อมวิเคราะห์ความเสี่ยงของแต่ละขั้นตอน

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ และประธานมอบหมายให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าร่วมการเขียนขั้นตอนการปฏิบัติงาน

๓.๒ การติดตามประเมินผลการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

คุณกนกกาญจน์ ฤทธิเลิศ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป เสนอให้ที่ประชุมทราบ ดังนี้

แผนบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

ด้านของงานที่ประเมิน กระบวนการปฏิบัติงาน/ โครงการ/ กิจกรรม และวัตถุประสงค์ของการควบคุม	ความเสี่ยง	การจัดการความเสี่ยง	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่
๑. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (S) การจัดทำตัวชี้วัดและการรายงานผลไม่ได้ทันการรายงานผลภายในกำหนดเวลาในเรื่องตัวหน่วยงาน <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้การดำเนินงานตามตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ	ขาดการรายงานผล และขาดการติดตามการรายงานผลฯ	๑. มอบหมายผู้รับผิดชอบช่วง/ประสานงานอย่างใกล้ชิดและเร่งรัดให้ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดส่งรายงานผลภายในกำหนดเวลา ประชุมภายในเพื่อรายงานผลการดำเนินงานอย่างสมำเสมอตามรอบให้ทันต่อระยะเวลาการรายงานผล	งานแผนฯ และทุกกลุ่มงาน	การจัดทำตัวชี้วัดยังมีความล้าช้า

ด้านของงานที่ประเมิน กระบวนการปฏิบัติงาน/ โครงการ/ กิจกรรม และวัตถุประสงค์ของการควบคุม	ความเสี่ยง	การจัดการความเสี่ยง	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่
		๒. ทบทวน/ซึ่งแจงเงื่อนไขและให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการตามแผนงานเพื่อ ติดตามตัวชี้วัด		
๒. ความเสี่ยงการดำเนินงาน (O) ๒.๑ ด้านความปลอดภัย ผลกระทบจากการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่มีต่อชุมชน/สิ่งแวดล้อมและผลกระทบด้านสุขภาพต่อผู้รับบริการและบุคลากรของโรงพยาบาล วัตถุประสงค์ เพื่อให้บุคลากรของโรงพยาบาลมีความปลอดภัยในการทำงาน	บุคลากรของโรงพยาบาลไม่มีความปลอดภัยทำงาน	๑. การดำเนินกิจการของโรงพยาบาลเป็นไปตามข้อกำหนดตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง ได้แก่ HA LA มาตรฐานด้านรังสีวิทยาบริการสุขภาพ อาชีวอนามัย เป็นต้น ๒. กำหนดคณฑ์ทำงาน/ผู้รับผิดชอบ และมอบหมายหน้าที่อย่างชัดเจน รวมถึงการกระบวนการดำเนินงาน การควบคุม กำกับ ติดตาม ให้เป็นไปตามที่กำหนด ๓. พัฒนาทักษะการปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสสิ่งคุกคาม ต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บ การเจ็บป่วยจากการทำงาน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการ HSE Safety คณะกรรมการ IC	การควบคุมมีความเพียงพอ มีการปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง
๒.๒ ด้านเทคโนโลยี การป้องกันการสูญหายของข้อมูล จากการแลփ้าขัดข้อง วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อมูลต่างๆ ที่อยู่ในระหว่างการทำงานเกิดสูญหาย และเพื่อป้องกันการเสียหายของเครื่องคอมพิวเตอร์	ความปลอดภัยของข้อมูลและเครื่องคอมพิวเตอร์ เสียหาย	๑. จัดหาเครื่องสำรองไฟฟ้า (UPS) ให้มีกับคอมพิวเตอร์ทุกเครื่อง ๒. ตรวจสอบการใช้งานเครื่องสำรองไฟฟ้า (UPS) ๓. มีการสำรองข้อมูล	งานประกันสุขภาพฯ	เครื่องสำรองไฟฟ้ายังไม่เพียงพอ
๒.๓ ด้านคลินิก การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย วัตถุประสงค์ เพื่อให้การดูแลและรักษาผู้ป่วย เป็นไปตามแนวทางและมาตรฐานการรักษาพยาบาล	การดูแลและรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง	๑. จัดทำ CPG และ Standard order ๒. จัดระบบบริการตามมาตรฐาน FAST tract ได้แก่ STORE STEMI SEPSIS ๓. ขอคำปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ในการมีปัญหาในการประเมิน การวินิจฉัย	PCT องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล	การผลักดันหากล้ม

ด้านของงานที่ประเมิน กระบวนการปฏิบัติงาน/ โครงการ/ กิจกรรม และวัตถุประสงค์ของการควบคุม	ความเสี่ยง	การจัดการความเสี่ยง	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่
		๔. จำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเฝ้าระวังติดตามและประเมินช้าอย่างเหมาะสม ๕. เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้พร้อมใช้งาน		
๓. ความเสี่ยงงานการเงิน (F) ด้านสภาพคล่องทางการเงิน วัตถุประสงค์ เพื่อให้มีกระบวนการจัดทำแผนประมาณการรายได้และควบคุมค่าใช้จ่าย	ขาดสภาพคล่องทางการเงิน	๑. มีคณะกรรมการ CFO ควบคุมกำกับ ประชุมตามไตรมาส กำหนด Pianfin และวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของรายได้ และการควบคุมค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากแผนที่กำหนด ๒. จัดทำแผนงานประจำปีเพื่อกำหนดแผนปฏิบัติการ และแผนการจัดซื้อจัดจ้างของทุกประเภทสัดส่วนโดยให้ทุกหน่วยงานประมาณการใช้พัสดุที่จะต้องใช้มาในแผนเพื่อควบคุมรายจ่ายให้เป็นไปตามแผน ๓. จัดทำรายงาน วิเคราะห์รายได้ค่าใช้จ่าย และมาตรการประหยัด จัดทำแผนเพิ่มรายได้ และควบคุมค่าใช้จ่าย (LOI) ๔. ปรับแผนรายได้ค่าใช้จ่าย (Pianfin) กลางปี เพื่อให้วิเคราะห์สถานการณ์ ๕. กำกับติดตามและปรับแผนหากมีการใช้จ่ายไม่เป็นไปตามแผน ในประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและ CFO	กลุ่มงานบริหารทั่วไป	ยังมีการจัดซื้อจัดจ้างนอกแผน
๔. ความเสี่ยงด้านการกฎหมาย ระเบียบ (C) ๔.๑ การปฏิบัติตามระเบียบของราชการ วัตถุประสงค์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามระเบียบของราชการ	เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ด้านวินัยและจริยธรรม	๑. มีการจัดอบรมให้ความรู้ด้านวินัยและจริยธรรม ๒. มีการบททวน และกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง	กลุ่มงานบริหารทั่วไป	ยังพบบุคลากรแต่กายไม่ถูกตามะระเบียบ และมาทำงานสาย

ต้านของงานที่ประเมิน กระบวนการปฏิบัติงาน/ โครงการ/ กิจกรรม และวัตถุประสงค์ของการควบคุม	ความเสี่ยง	การจัดการความเสี่ยง	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่
		๓. เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ระเบียบ และแนวทางปฏิบัติ ให้ทุก หน่วยงานทราบและถือปฏิบัติ ๔. มีการกำกับ ควบคุม ดูแลโดย หัวหน้าหน่วยงาน		
๔.๒ การจัดการข้อร้องเรียน วัตถุประสงค์ เพื่อให้กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของ โรงพยาบาล	การตอบสนองใน การจัดการข้อร้องเรียน	๑. จัดตั้งคณะกรรมการจัดการ ข้อร้องเรียน ๒. มีแนวทางปฏิบัติเรื่อง การรับ เรื่องร้องเรียน	กลุ่มงานประกัน สุภาพฯ	การควบคุมมี ความเพียงพอ มี การปฏิบัติตาม อย่างต่อเนื่อง

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ และมีมติให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมูลที่ได้จากการประชุมไป
วิเคราะห์ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ และนำมาทำร่วมกันแผนบริหารความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ต่อไป

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องที่เสนอให้ที่ประชุมพิจารณา

- ไม่มีเรื่องให้พิจารณา -

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องอื่น ๆ

- ไม่มี -

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

ประธานกล่าวปิดประชุม

เลิกประชุมเวลา ๑๕.๐๐ น.

กาญจนा พุทธรักษा

(นางสาวกาญจนा พุทธรักษा) ผู้บันทึกรายงานการประชุม
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

กนกกาญจน์ ฤทธิ์เลิศ

(นางสาวกนกกาญจน์ ฤทธิ์เลิศ) ผู้ตรวจรายงานการประชุม
กรรมการและเลขานุการ