

รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลทัพทัน

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๔

วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔

ณ ห้องประชุมปัญญา

รายชื่อคณะกรรมการ ผู้เข้าร่วมประชุม

๑.นายแพทย์วิชา	มงคลชัยอรัญญา	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธานกรรมการ
๒.นางวราภรณ์	พิมพ์สีทา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รองประธานกรรมการ
๓.นางณัฐมา	พิทักษ์อรธมพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๔.นางลดาวัลย์	ตงลิ้ม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕.นางณัฐชานันท์	โพธิชัย	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๖.นางบุบผา	น้อยมาลัย	แพทย์แผนไทยชำนาญการ	กรรมการ
๗.นางสุรรัตน์	อำหุงพงศ์	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	กรรมการ
๘.นางรัตนา	สุขเกษม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๙.นางอังศุมาลี	ยอดนิล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๐.นางพัชรี	ผ่องโสภา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๑.นายจตุรงค์	เพชรสุรียา	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๒.นางสาวศศิณา	คงห้วยรอบ	นักโภชนาการปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๔.นางสุนันท์	แมนพยค์ม์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๑๕.นางศศิรัชต์	ศิริโยธา	ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๖.นายธนัท	ศรียากุล	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๗.นางพยอม	ธานีตระกูล	นักจัดการงานทั่วไป	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

รายชื่อผู้ไม่ได้เข้าร่วมประชุม

๑ นางณัฐมา	พิทักษ์อรธมพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ติตราชการ
------------	--------------	----------------------------	-----------

เปิดประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

นางวราภรณ์ พิมพ์สีทา รองประธานกรรมการ เปิดประชุม ตามระเบียบวาระการประชุมเวลา ๑๔.๐๐น แจ้ง เรื่องที่ให้ทราบดังนี้

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

๑.๑.ขอทบทวนคำสั่ง คณะกรรมการ RM ให้เป็นปัจจุบัน โดยมีพ. วิชา เป็นประธานกรรมการ มอบเลขา คณะกรรมการความเสี่ยงดำเนินการ

๑.๒ กรอบการบริหารความเสี่ยงรพ. ทัพทันปี ๒๕๖๔ ๑).ความเสี่ยงด้านการวางแผนยุทธ ๒) ความเสี่ยงด้านการบริการรักษาพยาบาล ๓).ความเสี่ยงด้านการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล การเงิน งบประมาณ พัสตุ และด้านธรรมาภิบาล ๔).ความเสี่ยงด้านกายภาพและสภาพแวดล้อมและการบริหารความเสี่ยงเนื่อง และ ๕) ความเสี่ยงด้านสารสนเทศ กำหนดให้คณะกรรมการความเสี่ยง แต่ละทีม วิเคราะห์ ความเสี่ยงเพื่อทำแผน ในการควบคุมกำกับผลการดำเนินงาน

๑.๓. แผนยุทธศาสตร์ ระดับประเทศ ๒๐ ปี กระทรวงสาธารณสุข เน้น เน้นความเป็นเลิศ ๔ ด้าน ด้านการ ส่งเสริมป้องกันโรค ด้านบริการ ด้านบุคลากรเป็นเลิศ ด้านบริหารเป็นเลิศ ในส่วนของ โรงพยาบาลทัพทัน

มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ปี ๒๕๖๔ ประกาศใช้ในการพัฒนารพ. มีทั้งหมด ๔ แผนยุทธศาสตร์ (เอกสารหมายเลข ๑)

ยุทธศาสตร์ ของกระทรวงสาธารณสุข	ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลทัพทัน
S๑.ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค	S๑.พัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐาน
S๒.ด้านบริการเป็นเลิศ	S๒.พัฒนาระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและเสริมพลังภาคีเครือข่าย
S๓.ด้านบุคลากรเป็นเลิศ	S๓.พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากร สาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม
S๔.บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล	S๔.พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีศักยภาพ มีสุขภาพดี และมีความสุข

มติที่ประชุม คุณพยอม ธาณีตระกูล เป็นผู้รับผิดชอบ หลักในการ ดำเนินการความเสี่ยงด้านการบริหาร จัดการทรัพยากรบุคคล การเงิน งบประมาณ พัสดุ และด้านธรรมาภิบาล ความเสี่ยงด้านกายภาพ สภาพแวดล้อมและการบริหารความต่อเนื่อง ในหลักการบริหารความเสี่ยงและควบคุมภายในขององค์กร คุณธนัท ศรียากุล เป็นผู้รับผิดชอบ หลัก ความเสี่ยงด้านสารสนเทศ คุณสุนันท์ แม้นพยัคฆ์ รับผิดชอบเป็นผู้ ประสานงานหลัก ความเสี่ยงด้านบริการรักษาพยาบาล
ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องรับรองรายงานการประชุม
มติที่ประชุม -

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่องจากการประชุม
๓.๑ ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเพื่อทบทวน และพิจารณา

๔.๑. ทบทวนนโยบายบริหารความเสี่ยงระดับองค์กรโรงพยาบาลทัพทัน (Enterprise Risk Management) จากการทบทวน พบว่า ไม่ครอบคลุม การบริหารความเสี่ยง และควบคุมภายใน เสนอนโยบายบริหารความเสี่ยงดังนี้

นโยบายการบริหารความเสี่ยง และควบคุมภายในขององค์กรโรงพยาบาลทัพทัน

เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพ สอดคล้องกับหลักการกำกับดูแลองค์กรที่ดี มีกระบวนการบริหารจัดการเหตุการณ์ หรือความไม่ แน่นอนที่อาจเกิดขึ้น และก่อให้เกิดความเสียหายที่ส่งผลกระทบต่อการบรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของ โรงพยาบาล จึงขอกำหนด “นโยบายการบริหารความเสี่ยง และควบคุมภายในขององค์กร” ดังนี้

๑.โรงพยาบาลมุ่งมั่นที่จะดำเนินการด้านการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กรโดยคำนึงถึงมาตรฐานบริการและ การบริการรักษาพยาบาล

๒.หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน/บุคลากรทุกคนจะต้องถือว่าการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานปกติ “no blame no shame”

๓.หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน/บุคลากรทุกคนจะต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการ เหตุการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อ การบรรลุวิสัยทัศน์และพันธกิจ ทั้งที่เป็นความเสี่ยงและโอกาส โดยบริหาร จัดการให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

๔.ทุกหน่วยงาน จะต้องติดตามและทบทวนเหตุการณ์ ความเสี่ยงให้สอดคล้องทั้งภายในและภายนอกที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างสม่ำเสมอ

๕.มีระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

โดยมีมาตรการดังนี้

๑.ทุกหน่วยงาน/ทีมคร่อมสายงาน ต้องมีการบริหารความเสี่ยงโดย กำหนดที่รับผิดชอบการบริหารความเสี่ยงในแต่ละด้าน ได้แก่ ๑). ความเสี่ยงด้านการวางแผนยุทธ ๒) ความเสี่ยงด้านการบริการรักษาพยาบาล ๓). ความเสี่ยงด้านการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล การเงิน งบประมาณ พัสดุ และด้านธรรมาภิบาล ๔). ความเสี่ยงด้านกายภาพ สภาพแวดล้อมและการบริหารความต่อเนื่อง และ๕) ความเสี่ยงด้าน สารสนเทศ

๒.ค้นหาปัจจัยเสี่ยง ระบุความถี่ ผลกระทบ ระดับความเสี่ยง ที่เกี่ยวข้องของแต่ละด้าน จัดทำแผนรองรับความเสี่ยง รวมทั้งมาตรการแก้ไข และป้องกันความเสี่ยง

๓.ความเสี่ยงด้านการรักษาพยาบาล : ค้นหา จัดทำบัญชี และจัดทำทะเบียนความเสี่ยง (Risk Register) ให้เป็นปัจจุบัน ครอบคลุมประเด็นความเสี่ยงตามโปรแกรมความเสี่ยงที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกำหนด

๔.เผยแพร่ความเสี่ยง และแผนบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน ให้ทั่วทั้งองค์กรรับทราบ

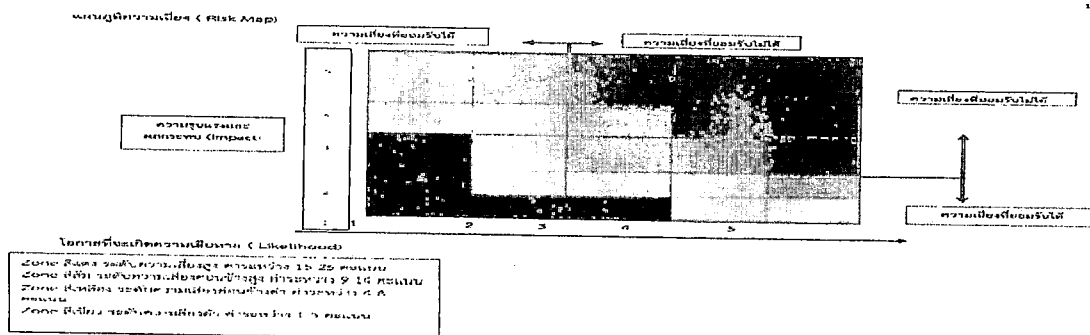
๕.ทำความเข้าใจกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อนำแนวทางที่กำหนดไปปฏิบัติ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

๖.หน่วยงานรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานอย่างน้อย ๑ รายการ/คน/เดือน

มติที่ประชุม เห็นชอบ นำเสนอเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล ลงนามและทำการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ผ่านคณะกรรมการบริหาร หัวหน้ากลุ่ม/หัวหน้างานต่อไป

๔.๒ กำหนด การวิเคราะห์ระดับความเสี่ยง เพื่อจัดทำ แผนบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลทัพทัน ปี ๒๕๖๔ กำหนดหลักเกณฑ์การให้คะแนนความรุนแรงของผลกระทบ (X) และโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย (Y)
แผนบริหารความเสี่ยง

ประเด็น/องค์ประกอบที่พิจารณา	๑= น้อยมาก	๒= น้อย	๓= ปานกลาง	๔=สูง	๕= สูงมาก
ความรุนแรงของผลกระทบ (X)					
มูลค่าความเสียหาย	๐ บาท	๑-๙๙๙๙ บาท	๑๐๐๐-๙๙๙๙ บาท	๑๐๐๐๐-๙๙๙๙๙	>๑๐๐,๐๐๐ ขึ้นไป
ความพึงพอใจ	>๘๐ %	๖๐-๗๙.๙๙%	๔๐-๕๙.๙๙%	๒๐-๓๙.๙๙%	< ๒๐%
จำนวนผู้ร้องเรียน	น้อยกว่า ๕ ราย	๖-๑๐ราย	๑๑-๑๕ ราย	๑๖-๒๐ ราย	>๒๐ ราย
โอกาสที่จะเกิดความเสียหาย (Y)					
แนวทางปฏิบัติและคู่มือ	มีทั้ง ๒ อย่าง และมีการปฏิบัติ	มีอย่างใดอย่างหนึ่งและปฏิบัติ	มีทั้ง ๒ อย่างแต่ปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง	มีอย่างใดอย่างหนึ่งแต่ไม่ปฏิบัติ	ไม่มีทั้ง ๒ อย่าง
การควบคุมและตรวจสอบของคณะกรรมการ/ทีม	ร้อยละ ๙๐-๑๐๐	ร้อยละ ๘๐-๘๙	ร้อยละ ๖๑-๗๙	ร้อยละ ๕๑-๖๐	< ร้อยละ๕๐
โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์	๕ ปี /ครั้ง	๔ ปี/ครั้ง	๓ ปี/ครั้ง	๒ ปี/ครั้ง	ทุกปี



คุณวราภรณ์ : นำประเด็นแผนกลยุทธ์ มากำหนดในการวิเคราะห์ ความเสี่ยงเพื่อจัดทำ Action Plan ในการพัฒนา

ความเสี่ยง	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	
ความเสี่ยงทางคลินิก	๕๙๗	๑๒๒๐	๒๐๔๒	๑๖๓๐	๑๗๙๐	
ความเสี่ยงทั่วไป	๕๑	๖๓	๘๙๖	๗๓	๓๖๘	
๒.สัดส่วนการรายงาน IR Miss: near miss	๓๐:๗๐	๒๔:๗๖	๘:๙๒	๔๔:๕๖	๗:๙๓	๑๙ : ๘๑
- Clinical risk (Miss : near miss)		๒๓:๗๗	๖:๙๔	๖:๙๔	๙๖:๔	๑๔:๘๖
- General risk (Miss: near miss)		๑๘:๘๒	๒๓:๗๗	๙๔:๖	๓๘:๖๒	๔๑:๕๙
๓. Incident Report ระดับ G-I ซ้ำ		๐	๐	๑	๐	๐
๔. ร้อยละ ความเสี่ยง ระดับ E up	<๒.๔%	๕.๓๖	๑.๗๒	๓๙.๒๘	๒.๐๖	๑.๐
ความเสี่ยงระดับ E up		๓๒	๒๑	๘๐๒	๒๒	๑๘
จำนวนอุบัติการณ์ ทั้งหมด	๕๙๗	๑๒๒๐	๒๐๔๒	๑๖๓๐	๑๗๙๐	
๕. ร้อยละความเสี่ยงระดับ ๓, ๔, ๕	๐.๕%					๐.๘
ความเสี่ยงทั่วไประดับ ๓-๕		-	-	-	-	๑๒
Total general organization safety (GOS)						๑๓๕
๖. ร้อยละการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากการทบทวนเวชระเบียน (AE) / Trigger Tool	<๑/๑๐๐๐ วันนอน	๑.๐๓	๐.๗๖	๑.๓๙	๐.๗๕	๐.๙๐

มติที่ประชุม ผู้รับผิดชอบได้ดำเนินการ วิเคราะห์ ระดับความเสี่ยง จัดทำแผนพัฒนา (เอกสารหมายเลข๒) นำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลลงนามต่อไป

๔.๓ ตัวชี้วัด ของคณะกรรมการความเสี่ยง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
๑.จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงานทั้งหมด	>๘๐๐/ปี	๕๙๗	๑๒๒๐	๒๐๔๒	๑๖๓๐	๑๗๙๐
ความเสี่ยงทางคลินิก		๕๙๗	๑๑๕๗	๑๑๔๖	๑๕๕๗	๑๔๒๒
ความเสี่ยงทั่วไป		๕๑	๖๓	๘๙๖	๗๓	๓๖๘
๒.สัดส่วนการรายงาน IR Miss: near miss	๓๐:๗๐	๒๔:๗๖	๘:๙๒	๔๔:๕๖	๗:๙๓	๑๙ : ๘๑
- Clinical risk (Miss : near miss)		๒๓:๗๗	๖:๙๔	๖:๙๔	๙๖:๔	๑๔:๘๖
- General risk (Miss: near miss)		๑๘:๘๒	๒๓:๗๗	๙๔:๖	๓๘:๖๒	๔๑:๕๙
๓. Incident Report ระดับ G-I ซ้ำ		๐	๐	๑	๐	๐
๔. ร้อยละ ความเสี่ยง ระดับ E up	<๒.๔%	๕.๓๖	๑.๗๒	๓๙.๒๘	๒.๐๖	๑.๐
ความเสี่ยงระดับ E up		๓๒	๒๑	๘๐๒	๒๒	๑๘
จำนวนอุบัติการณ์ ทั้งหมด		๕๙๗	๑๒๒๐	๒๐๔๒	๑๖๓๐	๑๗๙๐
๕. ร้อยละความเสี่ยงระดับ ๓, ๔, ๕	๐.๕%					๐.๘
ความเสี่ยงทั่วไประดับ ๓-๕		-	-	-	-	๑๒
Total general organization safety (GOS)						๑๓๕
๖. ร้อยละการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากการทบทวนเวชระเบียน (AE) / Trigger Tool	<๑/๑๐๐๐ วันนอน	๑.๐๓	๐.๗๖	๑.๓๙	๐.๗๕	๐.๙๐

จุดเน้น/เข็มมุ่ง : การค้นหาและการรายงานความเสี่ยง เป้าหมาย คำหาและรายงานความเสี่ยง คนละ ๑
รายการ/เดือน
คุณสุนันท์ : สรุปผลการรายงานความเสี่ยง ปี ๒๕๖๔ ในรอบ ๔ เดือน ดังนี้

หน่วยงาน	จำนวนรายงาน (IR : incident report)
กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ	๕๕๓
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	๔๘
งานการพยาบาล	๑๑๓
งานทันตกรรม	๑๔
งานการแพทย์	๒
งานประกันสุขภาพ	๘
งานเวชกรรมฟื้นฟู	๐
งานโภชนศาสตร์	๓
งานรังสีวิทยา	๑
งานบริหารทั่วไป	๔
งานบริการปฐมภูมิฯ	๓
งานแพทย์แผนไทย	๑

จากการวิเคราะห์ พบว่า ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ๑ คน /๑รายการ/เดือน
มติที่ประชุม สื่อสารประชาสัมพันธ์ การค้นหาความเสี่ยงของหน่วยงาน และ/หรือความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อ
ความปลอดภัย ทั้งขององค์กร บุคลากร และ ผู้รับบริการ บนมาตรการ “บุคลากรทุกคนจะต้องถือว่าการ
บริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานปกติ “no blame no shame”

๔.๔.มาตรฐานจำเป็นต่อความปลอดภัย

โรงพยาบาลที่ผ่านขั้นที่๓ ต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ๔ ข้อ ดังนี้

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ผลการปฏิบัติ
ข้อที่ ๑.การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	งานทันตกรรม	WP-DEN ๐๑.๑๑ Surgical Safety Check list ทบทวนครั้งสุดท้าย ๒๕ กันยายน ๒๕๖๓ ผลการดำเนินงานพบอุบัติการณ์ = ๐ %
มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ผลการปฏิบัติ
ข้อที่๒.การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาล	งานIC	คณะกรรมการ IC ได้ดำเนินการทบทวนแนวทางป้องกันการติดเชื้อ CAUTI WP-ICH-๐๑.๑๑ การป้องกันการติดเชื้อ CAUIT ทบทวนครั้งสุดท้าย ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๓ ผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๔ อัตราการติดเชื้อ CAUTI = ๐ ครั้ง/ ๑๐๐๐ วันที่คาสายสวน
ข้อที่๓.บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน	งานIC	คณะกรรมการ IC ได้ดำเนินการทบทวนแนวทางทบทวน ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๓ WP-ICH-๐๑.๑๔

		การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อละอองฝอย WP-ICH-๐๑.๑๕ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส ปี๒๕๖๔ อุบัติการณ์ การติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน = ๐
ข้อที่๔.การเกิด Medication Error และ Adverse Drug Event	งานเภสัชกรรม	มีรายงานข้อมูล อยู่ระหว่างการทบทวนวิธีปฏิบัติ
ข้อที่๕.การให้เลือดผิดคน / ผิดหมู่ / ผิดชนิด	กลุ่มการพยาบาล (อังคมาลี)	มีรายงานข้อมูล อยู่ระหว่างการทบทวนวิธีปฏิบัติ
ข้อที่๖.ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	คณะกรรมการPCT	มีรายงานข้อมูล อยู่ระหว่างการทบทวนวิธีปฏิบัติ
ข้อที่๗.การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	RM	มีรายงานข้อมูล อยู่ระหว่างการทบทวนวิธีปฏิบัติ
ข้อที่๘.การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและพยาธิวิทยาผิดพลาด	งานชั้นสูตร (lab)	มีรายงานข้อมูล อยู่ระหว่างการทบทวนวิธีปฏิบัติ
ข้อที่๙.การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	ER, OPD , องค์กรแพทย์	มีรายงานข้อมูล อยู่ระหว่างการทบทวนวิธีปฏิบัติ

เอกสารวิธีปฏิบัติ : เผยแพร่ในเอกสารระบบคุณภาพภาพขององค์กร (เอกสารหมายเลข ๓)

คุณวราภรณ์ : มาตรฐานจำเป็นต่อความปลอดภัยทั้ง ๙ เรื่อง : เรื่องที่มีความยาก คือ ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค จากการจัดเก็บข้อมูล พบ IR ดังนี้

สรุป รายงาน IR เรื่อง การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน ลำช้า

ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓ จำนวน ๓๓ ราย พบว่า เรื่องของ Delay Diagnosis จำนวน ๒๗ ราย (๘๑.๘๒ %)

ระดับ E up = ๓๑ ราย (๙๓.๙๔ %) แบ่งเป็น

ระดับ	จำนวน	%	กลุ่มโรคที่มีการวินิจฉัยล่าช้า ๑.Sepsis จำนวน ๘ ราย /๕ปี ๒.Stroke จำนวน ๗ ราย/๕ ปี ๓.UGIH จำนวน ๔ ราย/๕ ปี ๔.Pneumonia, อุบัติเหตุ # , DM จำนวน อย่างละ ๓ ราย/๕ ปี
E	๙	๒๗.๒๗	
F	๒	๖.๐๖	
G	๔	๑๒.๑๒	
H	๑๒	๓๖.๓๖	
I	๔	๑๒.๑๒	

ความผิดพลาดในการดูแลพบว่า อันดับ ๑,๒ เรื่องของการประเมิน และประเมินซ้ำ ร้อยละ ๖๐ (๑๑,๑๐)

รองลงมา การเข้ารับบริการ ร้อยละ ๑๔.๒๙ (๕) : การคัดกรองผิดพลาด คลาดเคลื่อน

ผลกระทบที่เกิดขึ้น ส่งต่อร้อยละ ๓๙.๓๙ เสียชีวิตร้อยละ ๑๘.๑๘ (๕๗.๕๗ %) จำหน่ายกลับ ร้อยละ ๔๒.๔๓

มติที่ประชุม รับทราบ มอบเลขาธิการคณะกรรมการความเสียง นำข้อมูลประสานคณะกรรมการประสานงานทางคลินิก เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

๔.๕. การสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยปี ๒๕๖๔ เริ่มดำเนินการ วันที่ ๘ มีนาคม - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๔

(เอกสารหมายเลข ๔) ศูนย์คุณภาพได้เน้นการแจ้งรหัสการเข้าสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย ให้กับหน่วยงานต่างๆในองค์กรแล้ว รบกวนให้คณะกรรมการช่วยกระตุ้นและติดตามการลงข้อมูลของแต่ละหน่วยงาน

มติที่ประชุม รับทราบ

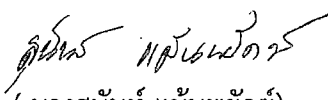
ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องอื่น ๆ (ใช้เวลาไม่เกิน ๑๐ นาที)

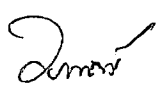
๕.๑ การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน : หน่วยงานต้องมีการจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ ทับซ้อน เรื่องที่เสี่ยงต่อผลประโยชน์ทับซ้อน


ความเสี่ยง	การประเมินความเสี่ยง		
	โอกาส (Y)	ผลกระทบ (X)	ระดับความเสี่ยง
ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม	๒	๓	๖
การจัดการพัสดุ	๒	๓	๖
การเบิกค่าตอบแทน	๒	๓	๖
การใช้รถยนต์ของทางราชการ	๔	๓	๑๒

มติที่ประชุม ให้ความสำคัญกับความเสี่ยง การใช้รถยนต์ของทางราชการ โอกาสเกิดความเสียหาย ถ้าขาดการควบคุมกำกับ และ ถ้ามีการร้องเรียนเกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อองค์กร มอบหมายให้ คุณพยอม นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ ดำเนินการ วางระบบการป้องกันและการควบคุมกำกับ การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน ของการใช้รถยนต์ ของทางราชการ มากำหนดแนวปฏิบัติ ในปี ๒๕๖๔

๕.๒ นัดประชุมครั้งต่อไป วันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๖๔
ปิดการประชุมเวลา ๑๕.๐๐น.


(นางสุนันท์ แม้นพยัคฆ์)
กรรมการและเลขานุการ
จัดบันทึกรายงานการประชุม


(นางวารภรณ์ พิมพ์สีทา)
รองประธานคณะกรรมการ RM
ตรวจรายงานการประชุม


(นายวศิน โพธิ์พฤษ์)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน

การประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลทัพทัน
เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อน ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔

