

รายงานการประชุมเรื่องวิเคราะห์ความเสี่ยง
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖
วันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๕
ณ ห้องประชุมประสิทธิ์เทวาชั้น ๔

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๐๐ น.

ผู้เข้าร่วมประชุม

นางรดา ไวยาวาจี	ตำแหน่ง	ทันตแพทย์ชำนาญการ	รองประธานกรรมการ
นางสาวปิยรัตน์ ธรรมโชติวร	ตำแหน่ง	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการ
นางจันทร์นิภา เกตรา	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
นางบังอร ผามั่น	ตำแหน่ง	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
นายนิธินันท์ ปิยนาทอัครนันท์	ตำแหน่ง	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	กรรมการ
นางสาวทิพย์ธัญญา สนธิระ	ตำแหน่ง	แพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน	กรรมการ
นางสาวพนิดา เพ็งลาภ	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
นางสาวฐานันท์ อีสริยะชัยกุล	ตำแหน่ง	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการ
นางสาวพรพิมล คำนึ่ง	ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติงาน	กรรมการ
นางสาวมนัญชนก ฮลทุมมา	ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
นางวันทนา รักษาพล	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
นางสาวณัฐชีกา งามขุนทด	ตำแหน่ง	นักเทคโนโลยีและสารสนเทศ	กรรมการ
นางพิศมัย ล้อมอังกูร	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
นางสาวเนตรนระภิส ศุภกะ	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
นางสาวสุภาพร กัญญา	ตำแหน่ง	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	กรรมการ
นางนุชรา เทียมศิริ	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
นางอภิรดี สียา	ตำแหน่ง	เจ้าพนักงานเทคนิคการแพทย์ชำนาญงาน	กรรมการ
นายวิสุทธิ์ ทองลือ	ตำแหน่ง	นักวิชาการพัสดุ	กรรมการ
นางสาวศิริพร รอดแก้ว	ตำแหน่ง	เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติการ	กรรมการ
นางสาวสมพร นายะพันธ์	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ

วาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

๑.๑ โรงพยาบาลวังน้ำเย็น ได้รับนโยบายให้ดำเนินการพัฒนา และปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานของหน่วยงานในการประเมินคุณธรรม และความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัด

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผลการประเมินจะสะท้อนภาพความเป็นจริงในการปฏิบัติงานของหน่วยงานอย่างแท้จริง เป็นที่พึงพอใจของประชาชน และเชื่อถือได้ โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จึงได้จัดทำวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน และจัดทำแผนปฏิบัติงานเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) ปี ๒๕๖๕ ในการดำเนินงาน ITA MOIT ๑๗-๒๐ และกำประเมินผลควบคุมภายใน ๕ มิติ มิติที่ ๕ การบริหารความเสี่ยงตาม มาตรฐานและหลักเกณฑ์การบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานภาครัฐประจำปี ๒๕๖๖ ให้เกิดความชัดเจนในการดำเนินงาน และการเตรียมการจัดทำเอกสาร

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องรับรองรายงานการประชุมครั้งก่อน

มติที่ประชุม รับรองรายงานการประชุม ครั้งที่ ๖ วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๕

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมที่ผ่านมา

- ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา

๑. การวิเคราะห์ความเสี่ยงนี้ จะดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน โดยวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนตามมาตรฐาน COSO ๒๐๑๓ (The Committee of sponsoring Organizations of the tread Way Commission) เพื่อลดเหตุของโอกาสที่จะทำให้เกิดความเสียหายจากการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน ขอให้คณะกรรมการทุกท่านร่วมพิจารณาวิเคราะห์ความเสี่ยงตามแนวนี

วัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงนี้

๑. เพื่อสร้างสื่บทอดวัฒนธรรมสุจริตและแสดงเจตจำนงสุจริตในการบริหารราชการให้เกิดความคิดแยกแยะผลประโยชน์ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวม
๒. เพื่อแสดงความมุ่งมั่นในการบริหารราชการโดยใช้ธรรมาภิบาล
๓. เพื่อตรวจสอบการบริหารงานและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่รัฐไม่ให้เกิดการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัวในตำแหน่งหน้าที่อันมิควรได้โดยชอบธรรมตามกฎหมาย ให้ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรมเป็นแบบอย่างที่ดียืนหยัดทำในสิ่งที่ถูกต้อง เป็นธรรม ถูกกฎหมาย โปร่งใส และตรวจสอบได้
๔. เพื่อแสดงความเชื่อมั่นศรัทธาต่อการบริหารราชการแผ่นดินแก่ผู้รับบริการผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียของประชาชน

สรุปจัดทำระบบการบริหารความเสี่ยง ที่เกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อนโรงพยาบาล ประจำปีพ.ศ. ๒๕๖๖

ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่ ๒๕๖๔ นำมาจัดทำแผนปี ๒๕๖๖

ลำดับ	ปัจจัยความเสี่ยงในการเกิดทุจริต	โอกาส	ผลกระทบ	คะแนนระดับ	ระดับความเสี่ยง
๑	การสแกนหน้าเข้า -ออก เวลาปฏิบัติงาน มาสาย ออกก่อน สแกนแล้วไม่ปฏิบัติงาน	๓	๓	๙	เสี่ยงสูง
๒	การนำทรัพย์สินทางราชการไปใช้ส่วนตัว	๑	๒	๒	เสี่ยงต่ำ
๓	การนำรถราชการไปใช้ในเรื่องส่วนตัว	๑	๒	๒	เสี่ยงต่ำ
๔	การเรียกรับเงินจากผู้รับบริการนอกเหนือจากหน่วยงานกำหนด	๑	๕	๕	เสี่ยงสูง

ลำดับ	ปัจจัยความเสี่ยงในการเกิดทุจริต	โอกาส	ผลกระทบ	คะแนนระดับ	ระดับความเสี่ยง
๕	การจัดกิจกรรมโครงการ ใช้เงินสำรองจ่าย การปลอมแปลงรายชื่อเอกสารเพื่อการเบิกจ่าย	๑	๒	๒	เสี่ยงต่ำ
๖	การจัดซื้อ และการจัดหาวัสดุไม่เอื้อต่อพวกพ้อง	๒	๑	๒	เสี่ยงต่ำ

ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่ ๒๕๖๕ นำมาจัดทำแผนปี ๒๕๖๖

ลำดับ	ปัจจัยความเสี่ยงในการเกิดทุจริต	โอกาส	ผลกระทบ	คะแนนระดับ	ระดับความเสี่ยง
๑	การรับครุภัณฑ์และการออกเลขครุภัณฑ์	๔	๕	๒๐	เสี่ยงสูง
๒	ครุภัณฑ์กับบัญชีครุภัณฑ์ไม่ตรงกัน	๕	๕	๒๕	เสี่ยงสูง
๓	การให้เลือดในตึกผู้ป่วยในผิตหมู่	๕	๕	๒๕	เสี่ยงสูง
๔	การจ่ายเลือดผิตคน ผิตหมู่	๔	๕	๒๐	เสี่ยงปานกลาง
๕	การให้บริการทันตกรรมตามมาตรฐานวิชาชีพและผู้ป่วยปลอดภัยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำหัตถการ เช่น เลือดไหลไม่หยุดหลังการถอนฟัน ปวดหรือบวมหลังถอนฟัน เลือดไหลไม่หยุดหลังการขูดหินปูน	๓	๕	๑๕	เสี่ยงสูง
๖	การส่งตรวจผู้มารับบริการไปตามแผนกต่างๆ ภายในโรงพยาบาล (กรณีบัตรเก่า)ส่งชื่อผู้ป่วยผิตคน	๕	๓	๑๕	เสี่ยงสูง
๗	การจัดทำแผนงาน/โครงการ ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลาตามที่กำหนด	๔	๕	๒๐	เสี่ยงสูง
๘	การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคทางระบาดวิทยา ไม่เป็นไปตามแนวทาง	๕	๕	๒๕	เสี่ยงสูง
๙	การส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำอุปโภคและน้ำเสีย ที่ห้องปฏิบัติการกรมอนามัยไม่เป็นไปตามแนวทาง	๕	๒	๑๐	เสี่ยงสูง
๑๐	การบันทึกบัญชีเจ้าหนี้ลงในโปรแกรม GLประเภทสินทรัพย์ได้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	๒	๕	๑๐	เสี่ยงสูง

มติในที่ประชุม ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่ในปี ๒๕๖๔ให้นำมาจัดทำแผนเพื่อเฝ้าระวังเนื่องจากเป็นความเสี่ยงที่มีผลต่อการทุจริต ยังคงต้องทำแผนควบคุม

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ร่วมกันดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงานแล้วสรุปรายงาน เพื่อวางแผนในการจัดทำแผนป้องกันในปี ๒๕๖๖ ดังนี้

จากการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการจัดลำดับความเสี่ยง ความเสี่ยงที่มีอยู่ในระดับเสี่ยงสูงและระดับเสี่ยงปานกลาง ทำให้เห็นว่าเป็นความเสี่ยงที่ต้องมีมาตรการป้องกันเพื่อควบคุมความเสี่ยง โรงพยาบาลวังน้ำเย็นจึง กำหนดมาตรการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนเพื่อป้องกันการทุจริตพฤติกรรมชอบในหน่วยงานดังนี้

๑. การรับครุภัณฑ์และการออกเลขครุภัณฑ์

- ๑.๑ สร้างความรู้ให้บุคลากร ให้เข้าใจระเบียบ ข้อกฎหมาย แนวทางปฏิบัติ
- ๑.๒ หัวหน้าควบคุม กำกับ การดูแล ให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบอย่างเคร่งครัด
- ๑.๓ บันทึกการรับและคืนครุภัณฑ์อย่างเป็นระบบ ตรวจสอบได้

๒. ครุภัณฑ์กับบัญชีครุภัณฑ์ไม่ตรงกัน

- ๒.๑ แต่งตั้งผู้รับผิดชอบครุภัณฑ์หน่วยงานทุกหน่วยงาน
- ๒.๒ สำรองครุภัณฑ์ทุกชิ้น ๑๐๐ %
- ๒.๓ หัวหน้าหน่วยงานต้องควบคุม กำกับดูแล ตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานให้ เป็นไปตามระเบียบ ข้อกฎหมายอย่างเคร่งครัด โดยการจัดให้มีระบบควบคุมภายในและตรวจสอบ ภายในทุกกระบวนการงาน ตลอดจนกระบวนการงานที่เกี่ยวข้อง

๓. การให้เลือดในตึกผู้ป่วยในผิดหมู่

- ๓.๑ ทบทวนแนวทางการปฏิบัติ FLOW
- ๓.๒ หากจุดควบคุมความเสี่ยงที่เกิด

๔. การจ่ายเลือดผิดคน ผิดหมู่

- ๔.๑ ทบทวนแนวทางการปฏิบัติ FLOW
- ๔.๒ หากจุดควบคุมความเสี่ยงที่เกิด

๕. การให้บริการทันตกรรมตามมาตรฐานวิชาชีพและผู้ป่วยปลอดภัยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำ หัตถการ เช่น เลือดไหลไม่หยุดหลังการถอนฟัน ปวดหรือบวมหลังถอนฟัน เลือดไหลไม่หยุดหลังการขูดหินปูน

- ๕.๑ ชักประวัติ ให้ชัดเจน
- ๕.๒ หากพบความเสี่ยง ติดตามอาการ

๖. การส่งตรวจผู้มารับบริการไปตามแผนกต่างๆภายในโรงพยาบาล (กรณีบัตรเก่า) ส่งชื่อผู้ป่วยผิดคน

- ๖.๑ หากจุดควบคุมความเสี่ยง
- ๖.๒ กำชับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตามแนวทางอย่างเคร่งครัด
- ๖.๓ กำกับติดตาม โดยหัวหน้างาน

๗. การจัดทำแผนงาน/โครงการ ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลาตามที่กำหนด

๗.๑ มีมาตรการในการเขียนกิจกรรมโครงการผ่านการอนุมัติจึงจะดำเนินการจัดกิจกรรมได้
๗.๒ กรณีโครงการยังไม่ได้รับการอนุมัติ ให้ใช้แผนงานโครงการ ที่ผ่านการอนุมัติจาก นายแพทย์ สสจ. เท่านั้น แนบสัญญาเอ็มเจินและเมื่อโครงการอนุมัติให้นำโครงการตัวจริงมาแนบ กรณี โครงการมีหลายกิจกรรมให้ เช่นสำเนารับรองโครงการทุกครั้งให้นำมาแนบเอกสารเบิก
๗.๓ หัวหน้าหน่วยงานต้องควบคุม กำกับดูแล ตรวจสอบการดำเนินงานตามโครงการให้ เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง

๘. การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคทางระบาดวิทยา ไม่เป็นไปตามแนวทาง

- ๘.๑ สร้างความเข้าใจให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจระเบียบ ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๙.๒ มีการฝึกซ้อมจำลองสถานการณ์เสมือนจริง

๙.๓ หัวหน้าหน่วยงานต้อง กำกับดูแล สนับสนุนให้เป็นไปตามแนวทาง

๙. การส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำอุปโภคและน้ำเสีย ที่ห้องปฏิบัติการกรมอนามัยไม่เป็นไปตามแนวทาง

๙.๑ เร่งรัดการเขียนแผนและดำเนินการให้ได้ตามเกณฑ์

๙.๒ หาพบปัญหา ให้นำเข้าที่ประชุมเพื่อหาแนวทางแก้ไขได้ทันเวลา

๑๐. การบันทึกบัญชีเจ้าหนี้ลงในโปรแกรม GLประเภทสินทรัพย์ได้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา

๑๐.๓ ทบทวนแนวทางปฏิบัติให้ถูกต้อง

๑๐.๒ ปฏิบัติตามแนวทาง

มติในที่ประชุม เห็นด้วยตามที่เสนอ

๒. ทบทวนระบบรายงานความเสี่ยง HRMS on cloud กำหนดระยะเวลาการยืนยันความเสี่ยงของผู้ประสานความเสี่ยง หัวหน้างาน ผู้รับผิดชอบระบบงาน ตามเอกสารแนบหมายเลข ๑

ความเสี่ยงระดับ A-C, ๑-๓ ยืนยันความเสี่ยง ภายใน ๗ วัน

ความเสี่ยงระดับ D-F, ๔ ยืนยันความเสี่ยง ภายใน ๓ วัน

ความเสี่ยงระดับ G-I, ๕ ยืนยันความเสี่ยง ภายใน ๑ วัน

๓. ติดตามการบ้านจาก สรพ. วันที่ ๑๗-๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๕ เพื่อเตรียมรับเยี่ยมในเดือน มกราคม ๒๕๖๖

ข้อเสนอแนะจาก สรพ

RM 1. ขอให้ทีมบริหารความเสี่ยง วางระบบในการค้นหาความเสี่ยงให้ครอบคลุมความเสี่ยงสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงด้านคลินิก นำมาสู่การรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์เข้าระบบ ที่เหมาะสมกับบริบท จัดลำดับความสำคัญ เชื่อมประสานสู่ทีมที่เกี่ยวข้อง ทบทวนและกำหนดมาตรการในการแก้ไข/ป้องกันอย่างชัดเจน

RM

- วางระบบในการค้นหาความเสี่ยงสำคัญ
- โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงด้านคลินิก = (PCT)
- นำมาสู่การรายงานความเสี่ยงเข้าระบบ (ทุกช่องทางรวมให้เข้าระบบ)
- จัดลำดับความสำคัญ
- เชื่อมประสานสู่ทีมที่เกี่ยวข้อง
- ทบทวน
- กำหนดมาตรการในการแก้ไข/ป้องกัน อย่างชัดเจน

เป้าหมาย คือ ผู้ป่วย ผู้มารับบริการ ผู้มาเยือนปลอดภัย

แผนระยะสั้น	แหล่งที่มา	หัวข้อ ประเด็นที่ ต้องการ	ขอความร่วมมือ จาก	เริ่มต้น	สิ้นสุด
ค้นหาความเสี่ยง				26/10/2565	2/11/2565
การติดเชื้อ ตามบริบท,ขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSİ	ทบทวนเวชระเบียนของ ICN	การติดเชื้อในโรงพยาบาล SSI, IC VAP, CAUTI, CABSİ			
ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค	ทบทวนเวชระเบียนของ PCT ทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า ติดตามการวินิจฉัยหลังส่งต่อ	Misdiagnosis or delay diagnosis	PCT		
การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	ทบทวนเวชระเบียนของ PCT ทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า ติดตามการวินิจฉัยหลังส่งต่อ	1.Under triage 2.Delay Diagnosis and Delay treatment ในผู้ป่วย ฉุกเฉิน และผู้ป่วย Fast Track 3.Missed Diagnosis	ER PCT		
นำมาสู่การรายงานความเสี่ยงอุบัติการณ์เข้าระบบ			หัวหน้างาน ผู้ประสานความเสี่ยง ผู้รับผิดชอบระบบงาน	3/11/2565	11/11/2565
จัดลำดับความสำคัญ					14/11/2565
ทบทวนและกำหนด มาตรการในการแก้ไข/ป้องกันอย่าง ชัดเจน				15/11/2565	18/11/2565

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1eytuq-k1u4S126Az2fsUxx_nLVi6DAb87pSKmKHd7Y0/edit?usp=sharing

RM 1. ขอให้ทีมบริหารความเสี่ยง วางระบบในการค้นหาความเสี่ยงให้ครอบคลุมความเสี่ยงสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงด้านคลินิก นำมาสู่การรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์เข้าระบบ ที่เหมาะสมกับบริบท จัดลำดับความสำคัญ เชื่อมประสานสู่ทีมที่เกี่ยวข้อง ทบทวนและกำหนด มาตรการในการแก้ไข/ป้องกันอย่างชัดเจน

- RM
- วางระบบในการค้นหาความเสี่ยงสำคัญ
 - โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงด้านคลินิก = (PCT)
 - นำมาสู่การรายงานความเสี่ยงเข้าระบบ (ทุกช่องทางรวมให้เข้าระบบ)
 - จัดลำดับความสำคัญ
 - เชื่อมประสานสู่ทีมที่เกี่ยวข้อง
 - ทบทวน
 - กำหนดมาตรการในการแก้ไข/ป้องกัน อย่างชัดเจน

เป้าหมาย คือ ผู้ป่วย ผู้มารับบริการ ผู้มาเยือนปลอดภัย					
แผนระยะสั้น					
	แหล่งที่มา	หัวข้อ ประเด็นที่ ต้องการ	ขอความร่วมมือ จาก	เริ่มต้น	สิ้นสุด
ค้นหาความเสี่ยง				26/10/2565	2/11/2565
การติดเชื้อ ตามบริบท,ขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABS	ทบทวนเวชระเบียนของ ICN	การติดเชื้อในโรงพยาบาล SSI, IC VAP, CAUTI, CABS			
ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค	ทบทวนเวชระเบียนของ PCT ทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า ติดตามการวินิจฉัยหลังส่งต่อ	Misdiagnosis or delay diagnosis	PCT		
การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	ทบทวนเวชระเบียนของ PCT ทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า ติดตามการวินิจฉัยหลังส่งต่อ	1.Under triage 2.Delay Diagnosis and Delay treatment ในผู้ป่วย ฉุกเฉิน และผู้ป่วย Fast Track 3.Missed Diagnosis	ER PCT		
นำมาสู่การรายงานความเสี่ยงอุบัติการณ์เข้าระบบ			หัวหน้างาน ผู้ประสานความเสี่ยง ผู้รับผิดชอบระบบงาน	3/11/2565	11/11/2565
จัดลำดับความสำคัญ					14/11/2565
ทบทวนและกำหนด มาตรการในการแก้ไข/ป้องกันอย่าง ชัดเจน				15/11/2565	18/11/2565

มติที่ประชุม รับทราบ

ปิดการประชุม

๑๖.๒๐ น.

ลงชื่อ.....^{ก๊อว}ผู้จัดบันทึกการประชุม
(นางสาวสมพร นายะพันธ์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ