คู่มือการบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk Management) โรงพยาบาลบึงบูรพ์

ฉบับปรับปรุง ปี 2568

จัดทำโดย คณะกรรมการความเสี่ยง (ทีม RM)

แก้ไขล่าสุด 2 พ.ค. 2568

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
เป้าหมาย	1
ขอบเขตบริการ	1
นโยบายของงานบริหารความเสี่ยง	1
บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	2
บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหน่วยงาน	2
บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล	2
บทบาทหน้าที่ของศูนย์รับเรื่องร้องเรียน	2
คำจำกัดความ	4
กระบวนการบริหารความเสี่ยง	
• **ขั้นตอนที่ 1** การค้นหาและระบุความเสี่ยง	7
• **ขั้นตอนที่ 2** การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง	8
• **ขั้นตอนที่ 3** การจัดการความเสี่ยง	12
• **ขั้นตอนที่ 4** การประเมินผลและติดตาม	15
ภาคผนวก	
วิธีการทำ Risk register	17
คู่มือการใช้งาน HRMS	
1. การเข้าใช้งาน HRMS: User และ Password	21
2. สิทธิการใช้งานในระบบ	22
3. Work Flow ระบบการรายงาน และการจัดการความเสี่ยง ของ HRMS on cloud	22
4. สถานะของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่บันทึกลงในระบบ	23
5. การบันทึกรายงานอุบัติการณ์	24
6. การยืนยัน แก้ไข และปิดเคสอุบัติการณ์	
- การยืนยันอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “รอยืนยัน”	26
- การแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข หรือ สถานะ “อยู่ระหว่างดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก”	30
- การแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ“อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง”/ปิดเคส	33
7. ระบบรายงานและการเรียกดูรายงาน	36
8. บัญชีรหัสอุบัติการณ์ความเสี่ยงของระบบ NRLS & HRMS on cloud	41

การบริหารจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลบึงบูรพ์

เป้าหมาย

1. เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ชุมชนและสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจในระบบบริหารจัดการความเสี่ยง และมีการแก้ไขความเสี่ยงเชิงระบบอย่างมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตบริการ

1. กำหนดนโยบายและวางแผนค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก
2. กำหนดโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล และเชื่อมประสานโปรแกรมความเสี่ยงกับทีมที่เกี่ยวข้อง
3. วิเคราะห์ความเสี่ยงของหน่วยงานในโรงพยาบาลและแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง
4. ส่งเสริมการเฝ้าระวัง ป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นพร้อมกำหนดมาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ
5. ตอบสนองและแก้ไขปัญหาอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เหมาะสม
6. ให้ความรู้แก่บุคลากรและสนับสนุนหน่วยงานต่าง ๆ เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

นโยบายของงานบริหารความเสี่ยง

1. มีการพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่บุคลากร ในงานบริหารความเสี่ยง
2. มีการประสานและเชื่อมโยงในการป้องกันและจัดการความเสี่ยงระหว่างทีมนาและทีมคร่อมสายงานต่าง ๆ
3. ควบคุมและป้องกันความเสี่ยงทุกประเภทที่มีโอกาสเกิดขึ้นในโรงพยาบาล ทั้งต่อผู้มารับบริการ เจ้าหน้าที่ ทรัพย์สิน สิ่งของและชื่อเสียงของโรงพยาบาล
4. หน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก
5. มีการเฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงทุกประเภทที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล รวมทั้งมีการประสานการดำเนินงานในโปรแกรมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับทุกหน่วยงาน
6. ทุกหน่วยงานต้องมีการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน และมีการจัดทาบัญชีรายการความเสี่ยง มีการวิเคราะห์ รวมทั้งมีการจัดทามาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
7. สร้างวัฒนธรรมองค์กรในหน่วยงานทุกระดับ เพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นความสำคัญในเรื่องความปลอดภัย, มีส่วนร่วมในการค้นหาและการรายงานความเสี่ยง
8. เมื่อมีเหตุการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้น มีระบบการรายงานที่ชัดเจน และรายงานตามลำดับขั้น ซึ่งการรายงานความเสี่ยงเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติ โดยไม่ถือว่าผู้ที่รายงานมีความผิด
9. มีแนวทางในการจัดการข้อร้องเรียน / ความเสี่ยง ไม่ว่าข้อร้องเรียนนั้นจะด้วยวาจา หรือเป็นลายลักษณ์อักษร ถือว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญและมีผลต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ต้องมีการรายงาน บันทึกรายงาน รวมทั้งมีการตอบสนองต่อข้อร้องเรียนอย่างรวดเร็ว เหมาะสม
10. มีระบบสารสนเทศที่สะท้อนสถานการณ์ความเสี่ยงและระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ

บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

1. กำหนดนโยบาย กลวิธี มาตรการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในโรงพยาบาล
2. กำหนดแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในโรงพยาบาล ครอบคลุมความเสี่ยงด้านคลินิก, ความเสี่ยงทางด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม, ความเสี่ยงทางด้านอุปกรณ์ และเครื่องมือ, ความเสี่ยงทางด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัยในหน่วยงาน, ความเสี่ยงทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน
3. วางแผนการพัฒนาและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ ให้มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยง
4. ประสานงานกับทีมนำด้านต่างในโรงพยาบาลเพื่อจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
5. ดูแลเรื่องพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่และระบบสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลเพื่อการบริการผู้ป่วย
6. เป็นตัวแทนประสานในการบริหารจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานของตน
7. ประเมินผลการดำเนินงานและการปฏิบัติตามนโยบาย
8. งานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหน่วยงาน

1. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน พิจารณาสั่งการและดำเนินการกรณีมีความเสี่ยงเกิดขึ้นในหน่วยงาน
2. ค้นหาและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงภายในหน่วยงานและวางมาตรการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงที่สำคัญ
3. จัดระบบบริหารความเสี่ยงภายในหน่วยงาน
4. ทบทวนและลงนามในใบบันทึกรายงานสำคัญ/อุบัติการณ์ภายในหน่วยงาน ก่อนส่งถึงผู้จัดการความเสี่ยง
5. รับทราบสถิติข้อมูล เกี่ยวกับความเสี่ยงภายในหน่วยงานและร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน วิเคราะห์ ประเมินประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในหน่วยงาน
6. นำเสนอข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานแก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
7. สนับสนุนให้บุคลากรในบังคับบัญชาร่วมมือในการเฝ้าระวังและรายงานความเสี่ยง
8. ทบทวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อย่างสม่ำเสมอ
9. รับนโยบาย แผนงาน และมาตรการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

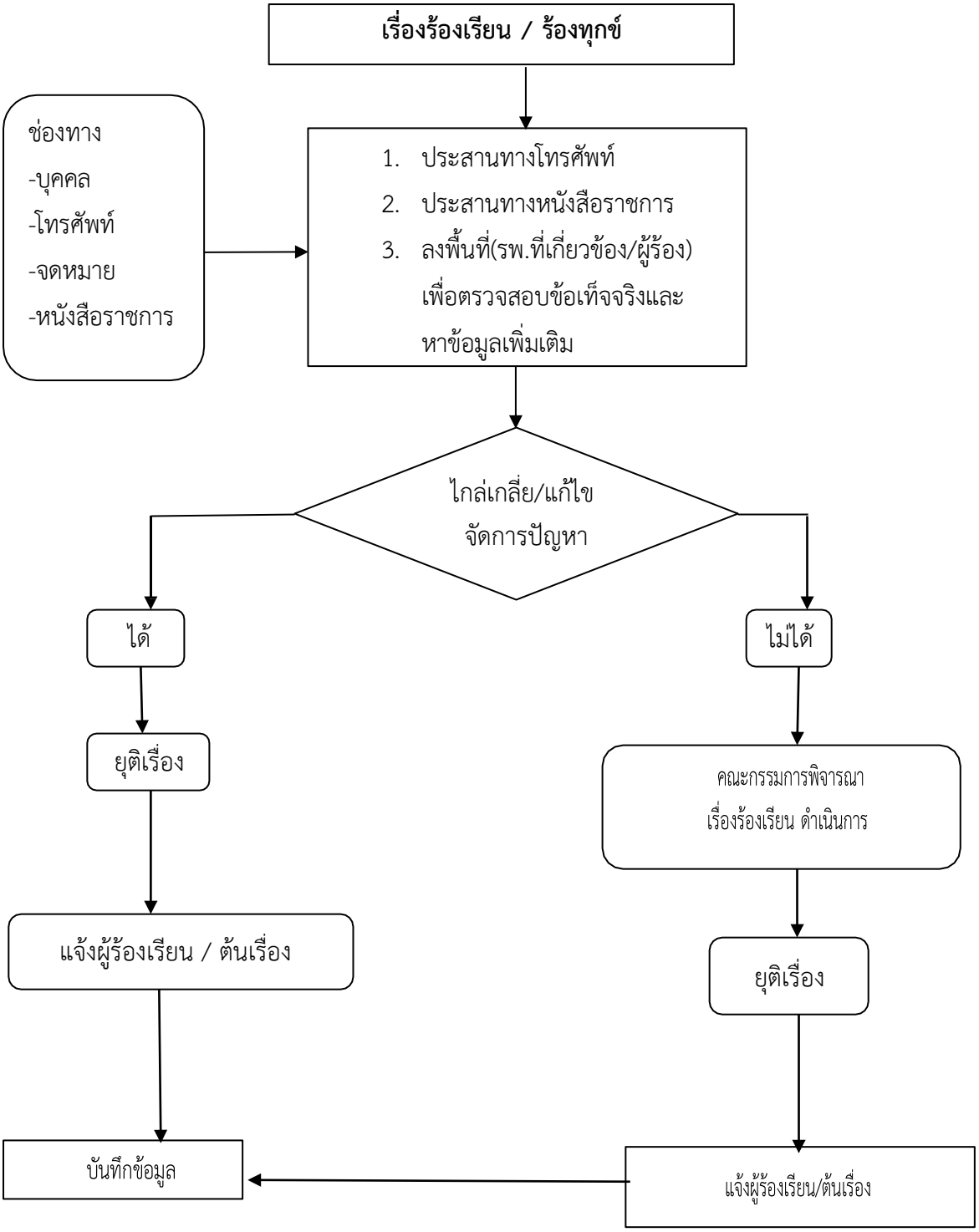
บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล

1. ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคู่มือในการเฝ้าระวังความเสี่ยง และจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล
2. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์/อุบัติการณ์เบื้องต้น
3. บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไขความเสี่ยง อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นและรายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับ
4. รายงานความเสี่ยง เมื่อพบเห็น/วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

บทบาทหน้าที่ของศูนย์รับเรื่องร้องเรียน (อยู่ที่กลุ่มการพยาบาล)

1. รับข้อร้องเรียน
2. ลดระดับอารมณ์ของผู้ร้องเรียน
3. ลดระดับความรุนแรงของผู้ร้องเรียน
4. ดำเนินการตามขั้นตอนการจัดเก็บข้อร้องเรียน

ขั้นตอนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน / ร้องทุกข์



คำจำกัดความ

1. ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความสูญเสียหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ หรือเป็นเหตุการณ์การกระทำใดที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งส่งผลกระทบหรือสร้างความเสียหาย (ทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน) หรือก่อให้เกิดความล้มเหลว ลดโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมาย เช่น เกิดความสูญเสียที่เกิดกับผู้ใช้บริการ การสูญเสียรายได้ การเสื่อมเสียชื่อเสียง ความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บที่เกิดกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การทำลายสิ่งแวดล้อม และการชดใช้ค่าเสียหาย

2. เหตุการณ์เกือบพลาด (Near miss) หมายถึงเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่เกิดขึ้นเพราะแก้ไข/ป้องกันสถานการณ์ได้ทัน หรือด้วยความบังเอิญป้องกันได้ทันก่อนเกิดเหตุการณ์

3. อุบัติการณ์ (Incident) (ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคล และ/หรือ คำร้องเรียน การสูญเสีย ความเสียหาย

4. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE) หมายถึง อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเกิดจากการดูแลรักษาและไม่ได้เป็นผลเสียสืบเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วยเอง อันตรายดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลาการรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรือเกิดความพิการ หรือเสียชีวิตตามมา

5. บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งหน่วยงานที่ได้รวบรวมจัดทำขึ้นโดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ การสำรวจภายในหน่วยงานเพื่อเป็นประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวังทั้งในระดับหน่วยงานและโรงพยาบาล

6. ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register) หมายถึง เอกสารที่ช่วยในการบริหารจัดการความเสี่ยงให้ครอบคลุมทุกขั้นตอน พร้อมทั้งมีการวางแผนในการป้องกัน การจัดการและประเมินผล เพื่อให้การบริหารจัดการความเสียงมีชีวิต มีพลวัตร เห็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่เป็นระบบ

7. การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) หมายถึง การค้นหา การประเมินความรุนแรงและการดำเนินการเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยง รวมทั้งการจัดการเมื่อเกิดปัญหาขึ้น และการประเมินผล เฝ้าระวังความเสี่ยง

8. วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety culture) คือคุณลักษณะขององค์กรในด้านความปลอดภัยดังนี้

1) การรับรู้ถึงธรรมชาติในกิจกรรมขององค์กรที่มีคามเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลั้ง

2) สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลั้งหรือ Near miss โดยไม่ต้องหวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ

3) มีความร่วมมือกันอย่างกว้างขวางเพื่อป้องกันความล่อแหลมต่าง ๆ

4) ความเต็มใจขององค์กรที่จะสนับสนุนทรัพยากรเพื่อความปลอดภัย

9. เหตุการณ์ที่พึงสังวร (Sentinel event: SE) หมายถึง เหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นโดยไม่มีการคาดการณ์มาก่อน ซึ่งมีผลทำให้เกิดความเสียหายจนถึงแก่ชีวิต หรือสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะอย่างถาวร หรือส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรง โดยไม่มีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็น รวมถึงเหตุการณ์ที่อาจทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล ถือเป็น **อุบัติการณ์รุนแรง** ที่ผู้ประสบเหตุการณ์ต้องรายงานหัวหน้างาน/ฝ่าย/หน่วยงานและผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนทราบทันทีหรือโดยเร็วที่สุด เพื่อแก้ไขเหตุการณ์ทันทีอย่างเหมาะสม และต้องแจ้งให้ผู้ปฏิบัติทราบโดยทั่วถึงกัน

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้กำหนดเหตุการณ์ความรุนแรงสูงสุด (Sentinel Event) ที่ต้อง รายงานทันที (ภายใน 3 ชั่วโมง) ดังนี้

1) ผู้ป่วยตกเตียง/พลัดตกหกล้ม เป็นเหตุให้บาดเจ็บรุนแรงหรือทรุดลง
2) ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตาย
3) ลักทรัพย์/ทรัพย์สินสูญหาย หรือกรรโชกทรัพย์
4) ไฟไหม้ ไฟฟ้าช็อต ส่งผลให้เกิดความเสียหายหรือบาดเจ็บ
5) เจ้าหน้าที่เกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานจนอาจพิการ/เสียชีวิต
6) การประสบอุบัติเหตุของยานพาหนะโรงพยาบาล
7) ผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ถูกข่มขู่ ทำร้าย ทะเลาะวิวาทหรือถูกประทุษร้าย
8) ผู้ป่วยหนีออกจากโรงพยาบาล และไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยหรือญาติได้
9) คอมพิวเตอร์แม่ข่ายล่ม โดยไม่ทราบสาเหตุนานเกิน 30 นาที
10) ไฟฟ้าดับและแก้ไขไม่ได้ นานกว่า 1 ชั่วโมง
11) ความผิดพลาด/ความเสียหายใด ๆ ที่มีโอกาสนำไปซึ่งการฟ้องร้อง/การเสื่อมเสียชื่อเสียงของรพ.

ความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ข้อ

1) การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
2) การติดเชื้อที่สำคัญในสถานยาบาลตามบริบทขององค์กร ในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSI
3) บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
4) การเกิด Medication Error และ Adverse Drug Event
5) การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
6) การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
7) ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค
8) การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน
9) การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

โปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาลบึงบูรพ์

โปรแกรม	รายละเอียด	ทีมรับผิดชอบ
1. ด้านระบบดูแลผู้ป่วย	อุบัติการณ์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย, การวินิจฉัยรักษา, ความปลอดภัยของผู้ป่วย, การติดต่อสื่อสาร/การรายงานแพทย์, การคลอด, ความเสี่ยงเฉพาะโรค รวมถึงอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการณ์และห้อง x-ray, ภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด	PCT
2. ด้านการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	อุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เช่น ติดเชื้อที่สายสวนปัสสาวะ, ติดเชื้อที่บริเวณที่เปิด IV, เจ้าหน้าที่โดนเข็มทิ่มตำ/ของมีคม	IC
3. ด้านยา/สารน้ำ	อุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและสารน้ำ, ความคลาดเคลื่อนทางยา	PTC
4. ด้านสิทธิผู้ป่วย/จริยธรรม/ข้อร้องเรียน	การเปิดเผยข้อมูล/ความลับ, ไม่ให้ข้อมูล/ลงนามยินยอม, ทอดทิ้งผู้ป่วย/ปฏิเสธการรักษา, ผู้ป่วยหนี/ไม่สมัครใจอยู่, จนท.ใช้คำพูดไม่เหมาะสม/ด่าผู้ป่วย/ญาติ	HRD MSO/NSO

5. ด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ	เครื่องมือที่จำเป็นไม่มี/ไม่พอใช้, เครื่องมือช่วยชีวิตไม่พร้อมใช้, จนท.ใช้เครื่องมือไม่ถูกวิธี/ไม่เป็น, ไม่ดูแลเครื่องมือ/เครื่องมือเสียหายขณะใช้งาน	EQP
6. ด้านอาคารสถานที่/สิ่งแวดล้อม/อาชีวอนามัย	อัคคีภัย/วาตภัย/อุทกภัย, ไฟฟ้าดับ/ไฟช็อต, น้ำไม่ไหล/น้ำไม่สะอาด/ไม่ผ่านมาตรฐาน, ทิ้งขยะไม่ถูกที่/คัดแยกไม่ถูก/จัดเก็บไม่ถูกต้อง, พื้นลื่น/หลังคารั่ว/อาคารชำรุด, บาดเจ็บจากการทำงาน/อันตรายจากสารเคมี	ENV
7. ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและเวชระเบียน (ข้อมูลข่าวสาร)	เวชระเบียนสูญหาย/หาไม่พบ, เอกสารสำคัญของหน่วยงานหาย, การบันทึกเวชระเบียนผิดคน,ออกเอกสารสำคัญให้ผู้ป่วยผิดพลาด เช่น ใบเสร็จ/ใบรับรองแพทย์/ใบส่งตัว, การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน/ผิดพลาด, ส่งเอกสารล่าช้า/ไม่ตรงหน่วยงาน/ไม่ครบหน่วยงาน, ระบบฐานข้อมูลต่าง ๆ	IM

กระบวนการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ :

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาและระบุความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาและระบุความเสี่ยง

1. การค้นหาจากอดีต

- ศึกษาความสูญเสียของหน่วยงานที่ผ่านมา
- เรียนรู้จากประสบการณ์หรือความผิดพลาดของคนอื่น
- ทบทวนข้อร้องเรียนที่ผ่านมา

2. การค้นหาเชิงรุก

- ทบทวนกระบวนการหลักของงาน หาจุดที่อาจเกิดความเสี่ยง
- ทบทวนเวชระเบียน, การตามรอยทางคลินิก (trigger tools)
- การสำรวจความเสี่ยงหน่วยงานของผู้บริหาร ผู้เยี่ยมสำรวจภายใน/ภายนอก
- การสำรวจหน้างานของทีมคร่อมสายงาน เช่น IC ENV Risk round
- การสังเกตขณะปฏิบัติ ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม
- ทบทวนข้างเตียง สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ
- ทบทวน 12 กิจกรรมทางคลินิก

3. การค้นหาเชิงรับ จากบันทึกที่มีอยู่แล้ว เช่น

- รายงานอุบัติการณ์
- บันทึกประจำวันของหน่วยงาน
- บันทึกข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่

หน่วยงานและโรงพยาบาลทำการค้นหารวบรวมความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้น รวบรวมและจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานและของโรงพยาบาล (Risk profile) จัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง และวางมาตรการป้องกัน/แก้ไข สื่อสารให้เจ้าหน้าที่รับทราบ และทบทวน Risk profile อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยงจะครอบคลุมตั้งแต่การจำแนกประเภทความเสี่ยง การประเมินระดับความรุนแรงและการประมวลผลข้อมูลความเสี่ยง

การจำแนกประเภทความเสี่ยงแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. **ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk)** หมายถึง เหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งเกิดในกระบวนการให้บริการ การตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาล หรืออุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ แบ่งเป็น

1.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk) หมายถึง เป็นความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยในกระบวนการรักษาที่ไม่จำเพาะต่อโรคใดโรคหนึ่ง เช่น การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา, การให้เลือดผิดหมู่, ตกเตียง, ผล Lab/ X-ray ผิดพลาด เป็นต้น

1.2 ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk) หมายถึง เป็นความเสี่ยงเฉพาะตามกลุ่มโรค/หัตถการที่สำคัญ หรือภาวะแทรกซ้อน โดยกำหนดโรคหรือหัตถการเป็นตัวตั้ง เพื่อพิจารณาว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงอะไรบ้าง เช่น ภาวะ Hypoglycemia/DKA ในผู้ป่วยเบาหวาน

2. ความเสี่ยงทั่วไป (Non-clinical risk) หมายถึง ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์เครื่องมือ ข้อร้องเรียน

การแบ่งระดับความรุนแรงและการจัดกลุ่มความเสี่ยง

แยกระดับตามกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยง จากระบบการรายงานและเรียนรู้ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับประเทศ (National Reporting and Learning System) ดังนี้

<u>กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก และหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Personnel Safety Goals ของกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป</u> กำหนดระดับความรุนแรง เป็นระดับ A - I ตามรายละเอียดดังนี้

ระดับ	คำอธิบาย	การจัดกลุ่ม
A	(เกิดที่นี่) เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเองและค้นพบได้ด้วยตัวเองสามารถปรับแก้ไขได้ ไม่ส่งผลกระทบถึงผู้อื่นและผู้ป่วยหรือบุคลากร รวมถึงเหตุการณ์ที่เสี่ยงที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน	เกือบพลาด/ความรุนแรงน้อยมาก (Near miss)
B	(เกิดที่ไกล) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยส่งต่อเหตุการณ์/ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบใด ๆ ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร	
C	(เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร แต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย	ความรุนแรงน้อย
D	(ให้ระวัง) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย	
E	(ต้องรักษา) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/รักษาเพิ่มมากขึ้น	ความรุนแรงปานกลาง
F	(เยียวยานาน) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น	

G	(ต้องพิการ) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร ทำให้เกิดความพิการถาวร หรือมี ผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ความเชื่อถือและ/หรือมีการร้องเรียน	ความรุนแรงมาก
H	(ต้องการปั๊ม) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร มีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต หรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล	
I	(จำใจลา) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/สื่อ	ความรุนแรงมากที่สุด

<u>กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป</u> ยกเว้นหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Personnel Safety Goals กำหนดและแยกระดับความรุนแรงเป็นระดับ 1 – 5 ตามรายละเอียด ดังนี้

ลำดับ	คำอธิบาย	การจัดกลุ่ม
1	ความผิดพลาดยังไม่เกิด แต่มีโอกาสเกิดความเสียหายได้ หรือเกิดความผิดพลาดขึ้นแต่ไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 0 - 5,000 บาท)	เกือบพลาด/ ความรุนแรงน้อยมาก (Near miss)
2	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยมีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 5,001 - 10,000 บาท)	ความรุนแรงน้อย
3	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลกระทบ (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 10,001 -50,000 บาท)	ความรุนแรงปานกลาง
4	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (กรณีเกิดต่ออุปกรณ์ต้องเป็นอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง แต่ไม่ใช่อุปกรณ์ช่วยฉุกเฉิน) (*เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 50,001 – 100,000 บาท)	ความรุนแรงมาก
5	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง (กรณีเกิดต่ออุปกรณ์ต้องเป็นอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงและเป็นอุปกรณ์สำคัญในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน (Ambo bag, Suction, Defibrillation, Laryngoscope) หรือเกี่ยวข้องกับระบบการทำงานที่สำคัญ (รถ Refer, ออกซิเจน, รถ Emergency) (*เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 100,001 บาทขึ้นไป)	ความรุนแรงมากที่สุด

จัดกลุ่มตามระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ เพื่อใช้ในการรายงานความเสี่ยง

จัดกลุ่ม	ระดับความรุนแรงทางคลินิก	ระดับความรุนแรงทั่วไป
1.เกือบพลาด/ความรุนแรงน้อยมาก (Near miss)	A - B	1
2. ความรุนแรงน้อย	C - D	2
3. ความรุนแรงปานกลาง	E – F	3
4 ความรุนแรงมาก	G - H	4
5. ความรุนแรงมากที่สุด	I/Sentinel event	5

<u>การประเมินความเสี่ยง</u> เป็นการจำแนกและพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่มีอยู่โดยประเมินจากโอกาสที่จะเกิด (Likelihood) และผลกระทบ (Impact) หรือความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)

ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยงในรูปแบบ Risk matrix 5x5

ความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)		**โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood)**				
		อาจเกิด 1 ครั้งใน 2-5 ปี	อาจเกิด 1 ครั้งต่อปี	เกิดเกือบทุกเดือน	เกิดเกือบทุกสัปดาห์	เกิดเกือบทุกวัน
		Remote (1)	Uncommon (2)	Occasional (3)	Probable (4)	Frequent (5)
I, 5	Catastrophic (5)	5	10	15	20	25
G-H, 4	Major (4)	4	8	12	16	20
E-F, 3	Moderate (3)	3	6	9	12	15
C-D, 2	Minor (2)	2	4	6	8	10
A-B, 1	Negligible (1)	1	2	3	4	5

***สีเขียว= เสี่ยงต่ำ, สีเหลือง=เสี่ยงปานกลาง, สีส้ม=เสี่ยงสูง, สีแดง=เสี่ยงสูงมาก**

ความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)	คะแนน
Negligible (น้อยมาก) = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ A-B หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 1	1
Minor (น้อย) = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ C-D หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 2	2
Moderate (ปานกลาง) = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ E-F หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 3	3
Major (มาก) = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ G-H หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 4	4
Catastrophic (มากที่สุด) = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ I หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 5	5
โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood)	**คะแนน**
Remote คือ โอกาสเกิดน้อยมาก อาจเกิดขึ้น 1 ครั้งในรอบ 2-5 ปี	1
Uncommon คือ เกิดเป็นครั้งคราวในรอบปี อาจเกิด 1 ครั้งต่อปี	2
Occasional คือ มีโอกาสเกิดหลายครั้งในรอบปี อาจเกิดเกือบทุกเดือน	3
Probable คือ มีโอกาสเกิดบ่อยในรอบเดือน อาจเกิดเกือบทุกสัปดาห์	4
Frequent คือ มีโอกาสเกิดเกือบจะทุกวัน	5

เมื่อนำความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence) คูณด้วย โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood) ตามตาราง Risk matrix จะได้เป็น **Risk level** คือระดับความสำคัญของความเสี่ยง จัดกลุ่มได้ 4 ระดับ ได้แก่

1. สีเขียว = ความเสี่ยงระดับต่ำ (Low risk)
2. สีเหลือง = ความเสี่ยงระดับปานกลาง (moderate risk)
3. สีส้ม = ความเสี่ยงระดับสูง (high risk)
4. สีแดง = ความเสี่ยงระดับสูงมาก (Extreme risk)

การวิเคราะห์

1. ให้แทนค่าคะแนนของโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ หรือความถี่และความรุนแรงของเหตุการณ์หรือผลที่จะเกิดตามมา โดยเปรียบเทียบจากสถิติที่กำหนด
2. นำค่าคะแนน 2 มาคูณกันในตาราง
3. นำผลคูณของค่าคะแนนที่ได้เทียบตามตาราง ว่าความเสี่ยงนั้นอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงใด (อยู่สีใด)
4. หน่วยงานประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน โดยนำความเสี่ยงที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลางขึ้นไป จัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยง และรวบรวมเป็น Risk profile ของหน่วยงาน
5. หน่วยงานและองค์กร ใช้ Risk level ในการจัดทำ Risk register

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความเสี่ยง

การจัดการกับความเสี่ยง ประกอบด้วยการควบคุมความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย

<u>การควบคุมความเสี่ยง (Risk Control)</u> เป็นความพยายามที่จะหยุดหรือลดความเสียหาย ซึ่งสามารถทำได้โดยใช้กลยุทธ์ 5 ประการ ดังนี้:

1. **การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance)** คือ การที่บุคคลหรือองค์กร ยุติการทำหน้าที่บางอย่างที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การปิดห้องคลอด, การปิดห้องผ่าตัด
2. **การผ่องถ่ายความเสี่ยง (risk transfer)** คือ การที่มอบหมายให้บุคคล หรือองค์กรอื่นมาทำหน้าที่ที่มีความเสี่ยงแทน เช่น การส่งผู้ป่วยไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือเอกซเรย์นอกสถานที่ก็เป็นการผ่องถ่ายความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยผิดพลาดไปให้ด้วย
3. **การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention)** คือ การใช้มาตรการต่าง ๆ เพื่อลดโอกาส ที่จะเกิดอุบัติเหตุหรือความเสียหาย เช่น การป้องกันอุบัติเหตุ การใช้วัสดุทนไฟ และการฝึกซ้อมเมื่อเกิดอัคคีภัย
4. **การลดความสูญเสีย (loss reduction)** คือ กลยุทธ์ที่ใช้เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแล้ว เช่น การสอบสวนและการบันทึกหลักฐานที่สมบูรณ์เพื่อลดภาระการชดใช้ การให้ข้อมูลที่สมบูรณ์และตรงไปตรงมาเพื่อลดการเสียชื่อเสียง กลยุทธ์ที่สำคัญเพื่อลดความสูญเสียคือการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบปัญหาด้วยความใส่ใจทันที
5. **การแบ่งแยกความเสี่ยง (risk segregation)** เป็นการกระจายความเสี่ยงออกไป ในรูปแบบต่าง ๆ หรือการมีระบบสำรอง เช่น มีเครื่องกำเนิดไอน้ำ 2 ใบ มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้า 2 เครื่อง สิ่งเหล่านี้ไม่สามารถลดความเสี่ยงในตัวเองได้ แต่เมื่อรวมกันแล้วทำให้ ผลกระทบต่อองค์กรลดลง

<u>การบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย (Risk Financing)</u> มีเป้าหมายที่จะจ่ายชดเชยเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้นแล้วอย่างเหมาะสมและไม่กระทบต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหายทีมไกล่เกลี่ย จะเป็นผู้สรุปปัญหา นำเสนอผู้บริหารสูงสุดและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาลร่วมกันพิจารณาชดเชยค่าเสียหายอย่างเหมาะสม

เพื่อให้มีการบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ กำหนดให้หน่วยงาน ทีมคร่อมสายงาน และองค์กร จัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) และทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register)

ก.ระดับหน่วยงาน

1. รายการความเสี่ยงของหน่วยงาน ส่งทีม RM ทุกเดือน
2. จัดทำ Risk profile ของหน่วยงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และรายงานทีม RM
3. นำความเสี่ยงที่ค้นหาและประเมินระดับแล้วมาเรียงลำดับความสำคัญตั้งแต่ระดับ Extreme risk, High risk, moderate risk, และ Low risk
4. วางแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญระดับ moderate risk ขึ้นไปโดยการระดมสมอง
   - วางแนวทางการจัดการเชิงระบบ
   - วิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Root Cause Analysis)
   - ในกรณีที่คาดว่าไม่สามารถจัดการได้ภายในหน่วยงานให้นำเสนอต่อผู้บังคับบัญชาเพื่อนำไปหาแนวทางจัดการในระดับคระกรรมการคร่อมสายงาน เช่น PCT ENV IC ต่อไป
5. นำข้อมูลมาสรุปจัดทำคู่มือสำหรับบุคลากรในหน่วยงาน ในการป้องกันและจัดการความเสี่ยง
6. เฝ้าระวังและติดตามการดำเนินงานโดยดูจากรายงานอุบัติการณ์ และเครื่องชี้วัดที่มีการเก็บข้อมูล
7. ทบทวนคู่มือ และมาตรการที่จัดทำไว้เป็นระยะ ๆ และเมื่อเกิดความเสี่ยงที่มีระดับผลกระทบรุนแรง
8. จัดทำ Risk register สำหรับความเสี่ยงระดับ high risk ขึ้นไป หรือความเสี่ยงที่เกิดบ่อยแล้วต้องการติดตาม

ข. ระดับโรงพยาบาล

1. ทีม RM รวบรวมความเสี่ยงของทั้งองค์กร และจัดทำ Hospital risk profile อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
2. จัดทำ Risk register ของโรงพยาบาล วางแนวทาง/มาตรการการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ

แนวทางในการรายงานและจัดการความเสี่ยงตามลักษณะการเกิดอุบัติการณ์ และระดับของความรุนแรง ดังนี้

1. **ความเสี่ยงเกือบพลาด (A-B, 1) และความเสี่ยงรุนแรงน้อย (C-D, 2)**

   - ผู้ประสบเหตุแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และรายงานหัวหน้าหน่วยงานหรือหัวหน้าเวร
   - ให้เจ้าหน้าที่ที่พบเหตุลงบันทึกอุบัติการณ์ใน HRMS on cloud ได้ทันที
   - หรือสามารถบันทึกเหตุการณ์ผ่าน Line official: RM BBHOS หรือบันทึกเหตุการณ์ในสมุด บันทึกความเสี่ยงประจำหน่วยงาน แล้วให้ตัวแทนหน่วยงานบันทึกข้อมูลในระบบ HRMS on cloud
   - ทำการทบทวน/แก้ไข/วางมาตรการป้องกัน ภายในหน่วยงานหรือระหว่างหน่วยงาน
   - รวบรวมส่งทีม RM ภายใน 1 เดือน

2. **ความเสี่ยงรุนแรงปานกลาง (E-F, 3)**

   - ผู้ประสบเหตุรายงานหัวหน้าหน่วยงานทันที ร่วมกันแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า
   - หากแก้ไขไม่ได้ ให้รายงานหัวหน้าฝ่าย/แพทย์เวร/แพทย์เจ้าของไข้ จัดการแก้ไขปัญหาต่อไป
   - บันทึกข้อมูลในระบบ HRMS on cloud
   - ทบทวน ทำ RCA หามาตรการป้องกัน ภายใน 2 สัปดาห์

3. **ความเสี่ยงรุนแรงมาก (G-H, 4), ความเสี่ยงรุนแรงมากที่สุด (I, 5) และ Sentinel event (SE)**

   - ผู้ประสบเหตุรายงานแพทย์เวร/แพทย์เจ้าของไข้ ทันที, SE รายงานผอ. ทันที (ภายใน 3 ชั่วโมง)
   - ทีม RM ประสานทีมที่เกี่ยวข้อง แก้ไข/บรรเทาความรุนแรง ภายใน 1 วัน
   - บันทึกข้อมูลในระบบ HRMS on cloud
   - ทบทวน ทำ RCA หามาตรการป้องกัน ภายใน 7 วัน (SE ภายใน 3 วัน)

ตารางแสดงแนวทางการรายงานและแก้ไข

ระดับความรุนแรง	ระยะเวลาการลงรายงานในระบบ	แนวทางการจัดการ	ระยะเวลาการวางมาตรการป้องกัน/ส่งรายงานการทบทวน	ระยะเวลาการติดตามผล
A-B ระดับ 1 (Near miss)	รายงานได้ทุกวัน ภายใน 1 เดือน	รวบรวมและดูแนวโน้มว่ามีความถี่ที่สูงขึ้นหรือไม่/วางมาตรการป้องกัน	ดูแนวโน้มความถี่	3 เดือน
C-D ระดับ 2	รายงานได้ทุกวัน ภายใน 1 เดือน	ทบทวนหาแนวทางปฏิบัติ/จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน	ภายใน 1 เดือน	3 เดือน
E-F ระดับ 3	ภายใน 1 วัน	ดำเนินการหา RCA วางมาตรการป้องกัน/แก้ไข	ภายใน 14 วัน	1 เดือน
G-I ระดับ 4-5	ภายใน 1 วัน	ดำเนินการหา RCA วางมาตรการป้องกัน/แก้ไข	ภายใน 7 วัน	2 สัปดาห์
Sentinel event	ภายใน 1 วัน	ดำเนินการหา RCA วางมาตรการป้องกัน/แก้ไข	ภายใน 3 วัน	2 สัปดาห์

*อุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E และ 3 ขึ้นไป ดำเนินการหา RCA

Flow การรายงาน การบริหารจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลบึงบูรพ์

อุบัติเหตุหมู่/อัคคีภัย
ดำเนินการตามแผน

ผอ.พิเชฏฐ์ จงเจริญ โทร.0885806001
นพ.ธราวริทธิ์ ทีคำแก้ว โทร.0859553350
ทพญ.พรทิพย์ พรหมทา โทร.0910698244
ภก.คเชนทร์ ชนะชัย โทร.0827541902
นางวิไลพร ปุละ โทร.0879393892

ความเสี่ยง/อุบัติการณ์

ผู้ประสบเหตุประเมิน
จำแนกระดับความรุนแรง

*Sentinel event

1.ตกเตียง/พลัดตกหกล้ม 2.ฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตาย
3.ลักทรัพย์/ทรัพย์สินสูญหาย 4.ไฟไหม้/ไฟฟ้าช็อต
5.รถ รพ. เกิดอุบัติเหตุ 6.ถูกข่มขู่/ทำร้าย/ทะเลาะวิวาท
7.ผู้ป่วยหนีออกจากรพ. 8.ระบบ server ล่ม > 30 นาที
9.ไฟฟ้าดับ แก้ไม่ได้ > 1 ชม. 10.เกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน
11.ความผิดพลาดที่มีโอกาสนำไปซึ่งการฟ้องร้อง/เสียชื่อเสียง

A-D, 1-2
ความรุนแรงน้อย
(ไม่อันตรายถึงผู้ป่วย)

E-F, 3
ความรุนแรงปานกลาง
(อันตรายถึงผู้ป่วย
ต้องรักษาเพิ่มเติม)

G-H,4 / I,5
ความรุนแรงมาก/มากที่สุด
(เหตุการณ์ที่มีผลให้ผู้ป่วย
พิการ/CPR/dead)

Sentinel event*
รุนแรงมาก
ที่สุด

<u>รายงานหัวหน้าเวร/</u>
<u>หัวหน้าหน่วยงาน</u>
·แก้ไขปัญหาเบื้องต้น
·จัดการ/แก้ไขภายใน
หน่วยงานหรือระหว่าง
หน่วยงาน

·บันทึกลงใน HRMS ทันที
หรือ บันทึกลงสมุด
ความเสี่ยงประจำ
หน่วยงาน หรือ Line
·รวบรวม แก้ไขและ
รายงานในระบบ HRMS
ภายใน 1 เดือน

<u>รายงานหัวหน้าเวร/</u>
<u>หัวหน้าหน่วยงาน</u>
·แก้ไขปัญหาเบื้องต้น

<u>รายงานหัวหน้าฝ่าย/</u>
<u>แพทย์เจ้าของไข้</u>
·จัดการแก้ไขปัญหา

รายงานในระบบ HRMS
ภายใน 1 วัน และหา RCA
วางมาตรการป้องกัน
ภายใน 2 สัปดาห์

แก้ไขไม่ได้

<u>รายงานแพทย์เวร/</u>
<u>แพทย์เจ้าของไข้ ทันที</u>
·แก้ปัญหาเบื้องต้น

ทีม RM ประสานทีมที่เกี่ยวข้อง
แกไข/บรรเทาความรุนแรง ภายใน 1 วัน
และรายงานในระบบ HRMS ภายใน 1 วัน

ทบทวน
หา RCA
วางมาตรการป้องกัน
ภายใน 7 วัน

<u>รายงานผอ.</u>
ทันที (ภายใน
3 ชั่วโมง)

หา RCA
วางมาตรการ
ป้องกัน
ภายใน 3 วัน

·ทีม RM รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล สะท้อนกลับสู่หน่วยงาน/ผู้ปฏิบัติงาน
·ทีมนำ/หน่วยงาน รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล ระดับหน่วยงาน ทุกเดือน
·ประเมินระบบบริหารความเสี่ยง ทุก 6 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและติดตาม

การประเมินผล หมายถึง การนำเหตุการณ์ และความสูญเสียที่เกิดขึ้น มาตรวจสอบความเพียงพอของวิธีการที่ใช้ป้องกันความเสี่ยง ซึ่งสิ่งที่ต้องประเมินได้แก่

- การติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน
- การประเมินผลระบบบริหารความเสี่ยงทั้งระบบ
- การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
- การทบทวนความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
- มีการส่งต่อข้อมูลความเสี่ยงกลับสู่หน่วยงานและเจ้าหน้าที่

ตัวชี้วัดการบริหารจัดการความเสี่ยง

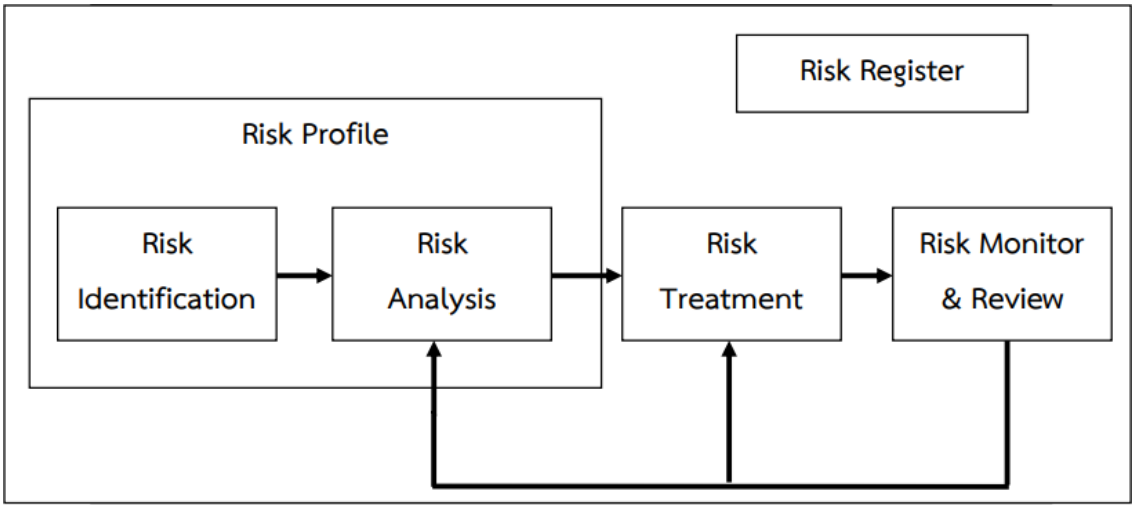
ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1	จำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงานเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา	≥5%
2	สัดส่วนของการรายงานเหตุการณ์ near miss: miss	≥60%
3	ร้อยละหน่วยงานที่รายงานความเสี่ยง	≥100%
4	ร้อยละหน่วยงานที่จัดทำ Risk register	≥80%
5	ร้อยละของอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก ระดับ C-D ได้รับการแก้ไข	≥80%
6	ร้อยละของอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก ระดับ E-I ที่ได้รับการทำ RCA	≥80%
7	ร้อยละของอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านทั่วไป ระดับ 3-5 ที่ได้รับการทำ RCA	≥80%
8	ร้อยละของการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรง G-I ที่ได้รับการทบทวนแล้วเกิดซ้ำ	<10%
9	ตัวชี้วัดตามมาตรฐานความปลอดภัย 9 ข้อ ที่ผ่านเกณฑ์	≥80%

ภาคผนวก

วิธีการทำ Risk register

ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register) หมายถึง เอกสารที่ช่วยในการบริหารจัดการความเสี่ยงให้ครอบคลุมทุกขั้นตอน พร้อมทั้งมีการวางแผนในการป้องกัน การจัดการและประเมินผล เพื่อให้การบริหารจัดการความเสียงมีชีวิต มีพลวัตร เห็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่เป็นระบบ

ทุกหน่วยงาน/ทีมจัดทำ Risk Register (ทะเบียนจัดการความเสี่ยง) ผ่านโปรแกรม Excel อย่างน้อยปีละครั้ง



Risk register ประกอบด้วย 4 ส่วน และมีรายละเอียดการจัดทำ ดังนี้

1. Risk Identification

Risk Identification			
Risk ID	**Date Added**	**Risk Title**	**Risk Definition**
เป็นการระบุลำดับที่ของความเสี่ยงที่นำเข้า (โดยระบุเป็นหน่วยงานแล้วตามด้วยลำดับ)	ระบุวันที่นำความเสี่ยงเข้าทำ Risk register เช่น 1 ตุลาคม 2565	ระบุชื่อความเสี่ยงและเหตุการไม่พึงประสงค์เช่น แพ้ยาซ้ำ ตกเตียง Unplane cpr (หาได้จากคู่มือ HRMS)	เป็นการให้คำนิยามของความเสี่ยงเช่น PPH คือการตกเลือดหลังคลอดมากกว่า 500 ซีซี

การขึ้นทะเบียนความเสี่ยง ใช้ชื่อหรือลักษณะความเสี่ยงเป็นฐาน มิใช่อุบัติการณ์แต่ละครั้ง การระบุความเสี่ยงไม่จำกัดเฉพาะอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น แต่ควรวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ไม่เคยเกิด แต่มีโอกาสเกิดได้

2. **Risk Analysis** เป็นการวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิด (likelihood) และความรุนแรงหรือผลที่จะตามมา (consequence)

Risk Analysis		
Likelihood (frequency)	**Consequence (Impact)**	**Risk Level**
1-5	1-5	
โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงตามเกณฑ์	ระดับของผลกระทบหรือความรุนแรงตามเกณฑ์การประเมิน Matrix ของโรงพยาบาล	ระดับคะแนนที่เราใช้วิธีการคูณได้ตามเกณฑ์การประเมิน Matrix แทนด้วยสี

ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยงในรูปแบบ Risk matrix 5x5 ของโรงพยาบาลบึงบูรพ์

ความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)		**โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood)**				
		อาจเกิด 1 ครั้งใน 2-5 ปี	อาจเกิด 1 ครั้งต่อปี	เกิดเกือบทุกเดือน	เกิดเกือบทุกสัปดาห์	เกิดเกือบทุกวัน
		Remote (1)	Uncommon (2)	Occasional (3)	Probable (4)	Frequent (5)
I, 5	Catastrophic (5)	5	10	15	20	25
G-H, 4	Major (4)	4	8	12	16	20
E-F, 3	Moderate (3)	3	6	9	12	15
C-D, 2	Minor (2)	2	4	6	8	10
A-B, 1	Negligible (1)	1	2	3	4	5

***สีเขียว= เสี่ยงต่ำ, สีเหลือง=เสี่ยงปานกลาง, สีส้ม=เสี่ยงสูง, สีแดง=เสี่ยงสูงมาก**

สีแดง เป็นความเสี่ยงที่ต้องทบทวนมาตรการป้องกันทุกครั้งที่เกิดอุบัติการณ์หรืออย่างน้อยทุก 3 เดือน

สีส้ม เป็นความเสี่ยงที่ต้องทบทวนมาตรการป้องกันทุก 3 เดือน

สีเหลือง เป็นความเสี่ยงที่ต้องทบทวนมาตรการป้องกันทุก 6 เดือน

สีเขียว เป็นความเสี่ยงที่ต้องทบทวนมาตรการป้องกันทุกอย่างน้อยทุกปี

3. Risk Treatment Plan

Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง เพื่อถ่ายโอนความเสี่ยงหรือวิธีการป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัดในการติดตาม/การติดตามอุบัติการณ์	การบรรเทาความเสียหาย เช่นการใช้ม.41การเจรจา หรือการให้การรักษาเพื่อบรรเทาผลกระทบจากอุบัติการณ์ให้ลดลงให้บรรเทาลง	การหาวิธีการใหม่ ๆ คำตอบใหม่เพื่อให้การป้องกันการเกิดอุบัติการณ์นั้น หรือทำให้ดีขึ้น หรือEvidense based ใหม่เพื่อลด ป้องกันการเกิดอุบัติการณ์

- Risk Prevention กำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม หมายถึง มาตรการป้องกันที่เราใช้ในปัจจุบัน ระบุมาตรการป้องกันที่ความเฉพาะเจาะจงกับความเสี่ยงนั้น ๆ
- Risk monitor เป็นการกำหนดว่าจะเฝ้าติดตามตัววัดหรือข้อมูลอะไรเพื่อให้สามารถตรวจพบความเสี่ยงได้ไวยิ่งขึ้น
- Risk mitigation หมายถึง การปฏิบัติและหรือกระบวนการดูแลที่บรรเทาความรุนแรงความเสียหายถ้าเกิดเหตุการณ์นั้นขึ้น
- QI Plan เพื่อหาคำตอบใหม่ ๆ หรือทำให้ดีขึ้น (มาตรการใหม่) หมายถึง ขั้นตอนใหม่ หรือสิ่งใหม่ที่เราต้องการพัฒนาขึ้น เพื่อลดโอกาสเกิด ลดความรุนแรงของความเสี่ยงที่นำมาขึ้นทะเบียน อีกทั้งสิ่งที่ต้องการสร้างขึ้นใหม่ต้องสัมพันธ์กับผลการทบทวน ใน result of review เมื่อนำ QI plan ไปปฏิบัติ ในไตรมาสถัดไปจะกลายเป็นมาตรการป้องกัน

4. Risk Monitoring & Review

Risk Monitoring & Review			
Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review
กำหนดผู้รับผิดชอบความเสี่ยงที่จะนำมาขึ้นทะเบียน risk register หรือคณะกรรมการ เพื่อกำกับติดตาม และประเมินผล	ความถี่ในการทบทวนความบ่อย ถี่ในการทบทวนอาจกำหนดเป็นทุกเดือนหรือไตรมาส หรือทุกครั้งที่เกิดหรือร่วมกันขึ้นกับลักษณะอุบัติการณ์และบริบทแต่ละองค์กร	วันที่ทบทวน	เป็นผลการทบทวนจากการปฏิบัติในมาตรการการ ป้องกัน, การปฏิบัติตาม CPG ,แนวทางที่วางไว้ แนวทางการบรรเทาความเสียหาย, การติดตามประเมินผล ว่าผลการปฏิบัติเป็นอย่างไรบ้างมีโอกาสพัฒนา ทำได้ดีเพียงใด นอกจากนี้เป็นการทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อสรุปหาสาเหตนั้น คือเชื่อมต่อกับการทำ RCA จากการทบทวนครั้งสุดท้าย และผลการทบทวนทั้งหมดนำมาส่ฏารวิเคราะห์ พื่อกำหนด QI plan ต่อไป

- Risk owner คือ บุคคลหรือทีมที่ได้รับ Authority เพื่อจัดการกับความเสี่ยงใดความเสี่ยงหนึ่งและออกหน้ารับผิดชอบ (Accountable) ในการทำหน้ากำกับติดตามและประเมินผล โดยผู้รับผิดชอบความเสี่ยง (risk owner) แต่ละตัว มีหน้าที่ประสานงานกับระบบงานปกติที่หน่วยงานต่างๆ ทำอยู่แล้วในการรายงานความเสี่ยงและการทำ RCA มิได้มาทำหน้าที่แทน

- Review frequency คือ ความบ่อย ถี่ในการทบทวนอาจกำหนดเป็นทุกเดือนหรือไตรมาส หรือทุกครั้งที่เกิด
- Date last review คือ วันที่ ที่เราทบทวนเหตุการณ์นี้ครั้งสุดท้าย
- Result of review เป็นผลการทบทวนจากการปฏิบัติในมาตรการการป้องกัน การปฏิบัติตาม CPG, แนวทางที่วางไว้ในแนวทางการบรรเทาความเสียหาย การติดตามผลว่าผลการปฏิบัติเป็นอย่างไรบ้าง มีโอกาสพัฒนาทำได้ดีเพียงใด นอกจากนี้เป็นการทบทวนอุบัติการณ์เกิดขึ้น เพื่อสรุปหาสาเหตุนั่นคือเชื่อมต่อกับการทำ RCA จากกการทบทวนครั้งสุดท้ายและผลการทบทวนทั้งหมดนำมาสู่การวิเคราะห์เพื่อทำ QI plan ต่อไป
- ถ้าเป็นการทบทวนครั้งแรกของการใช้ Risk Register ควรทบทวนข้อมูลในรอบปีที่ผ่านมา

  ถ้าเป็นการทบทวนครั้งต่อๆ ไป จะเป็นการทบทวนข้อมูลในรอบเวลาที่ผ่านมาตามความถี่ที่กำหนดไว้ การทบทวนควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้

  1) แนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ เท่าเดิม มากขึ้น หรือลดลง เป็นเพราะอะไร

  2) การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันที่กำหนดไว้ (อาจใช้การตามรอย) ทำได้ครบถ้วนเพียงใด มีปัญหาข้อคิดขัดอะไร ควรมีการปรับปรับให้ปฏิบัติได้ง่ายขึ้นอย่างไร

  3) ความครอบคลุมของมาตรการป้องกัน มีเพียงพอที่จะป้องกัน root cause ของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในรอบเวลาที่ผ่านมาหรือไม่ อะไรคือมาตรการป้องกันที่ควรเพิ่มเติม

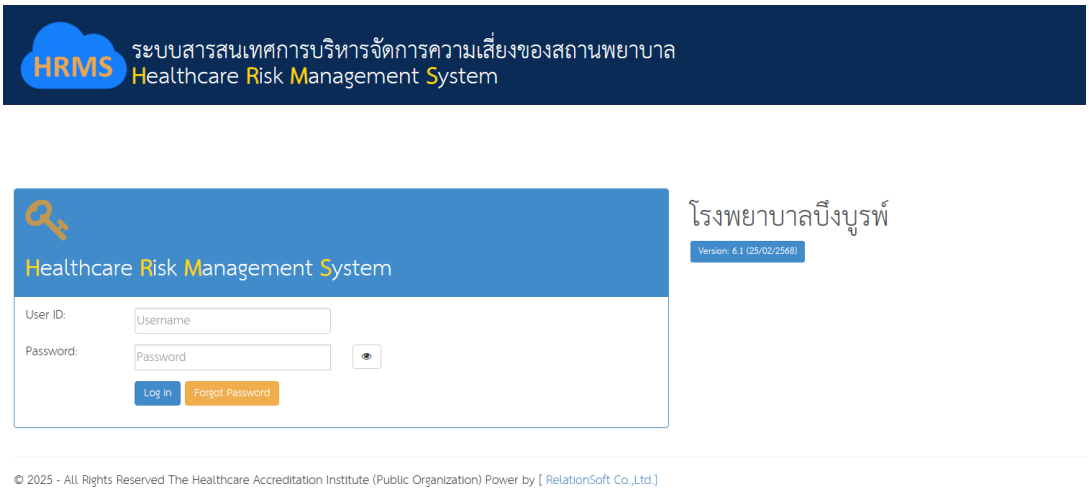
คู่มือการใช้งาน

ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล

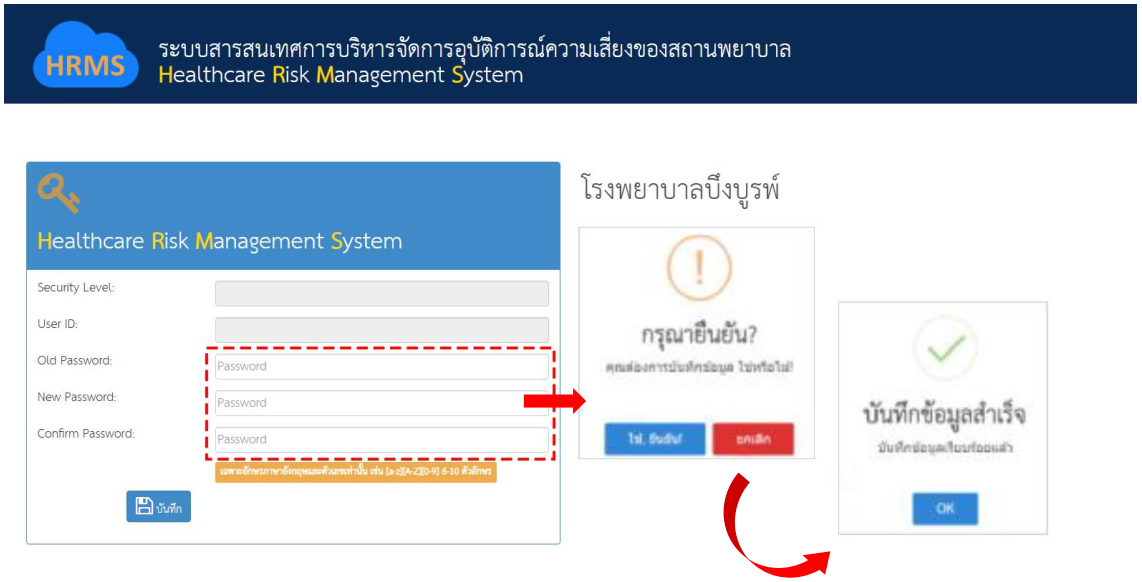
(Healthcare Risk Management System: HRMS)

1. การเข้าใช้งาน HRMS: User และ Password

- เข้าสู่ระบบ HRMS ผ่านหน้าเว็บ Internet Web Browser ต่าง ๆ (เช่น Google Chrome หรือ หากเป็น Internet Explorer: IE ควรเป็น version 9 ขึ้นไป) เว็บไซต์ https://bbhos.thai-nrls.org/
- หรือ เข้าไปที่หน้าเว็บไซต์ของโรงพยาบาลบึงบูรพ์ และกดเข้า Risk สรพ.
- หรือ แอด Line official ชื่อ RM BBHOS และกดรายงานผ่านระบบ HRMS



- การเข้าใช้งานครั้งแรก ให้ขอ User ID จาก Admin ทีม RM (งาน IT)
- Password ครั้งแรกจะเป็น a12345
- เมื่อ Log in ครั้งแรก ทางระบบจะให้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง password เป็นของตนเอง
- จดจำ User และ Password ของตนเพื่อใช้ในการรายงานอุบัติการณ์



2. **สิทธิการใช้งานในระบบ:** ทีม RM จะเป็นผู้กำหนดให

กลุ่มผู้ใช้ในระบบ HRMS on Cloud แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ตามระดับสิทธิ์ บทบาทและหน้าที่รับผิดชอบในการเข้าใช้งานระบบ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ดูแลระบบ (Admin) มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบทั้งหมด (ยกเว้นการบริหารจัดการความเสี่ยง ซึ่งเป็นการยืนยัน/แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง)

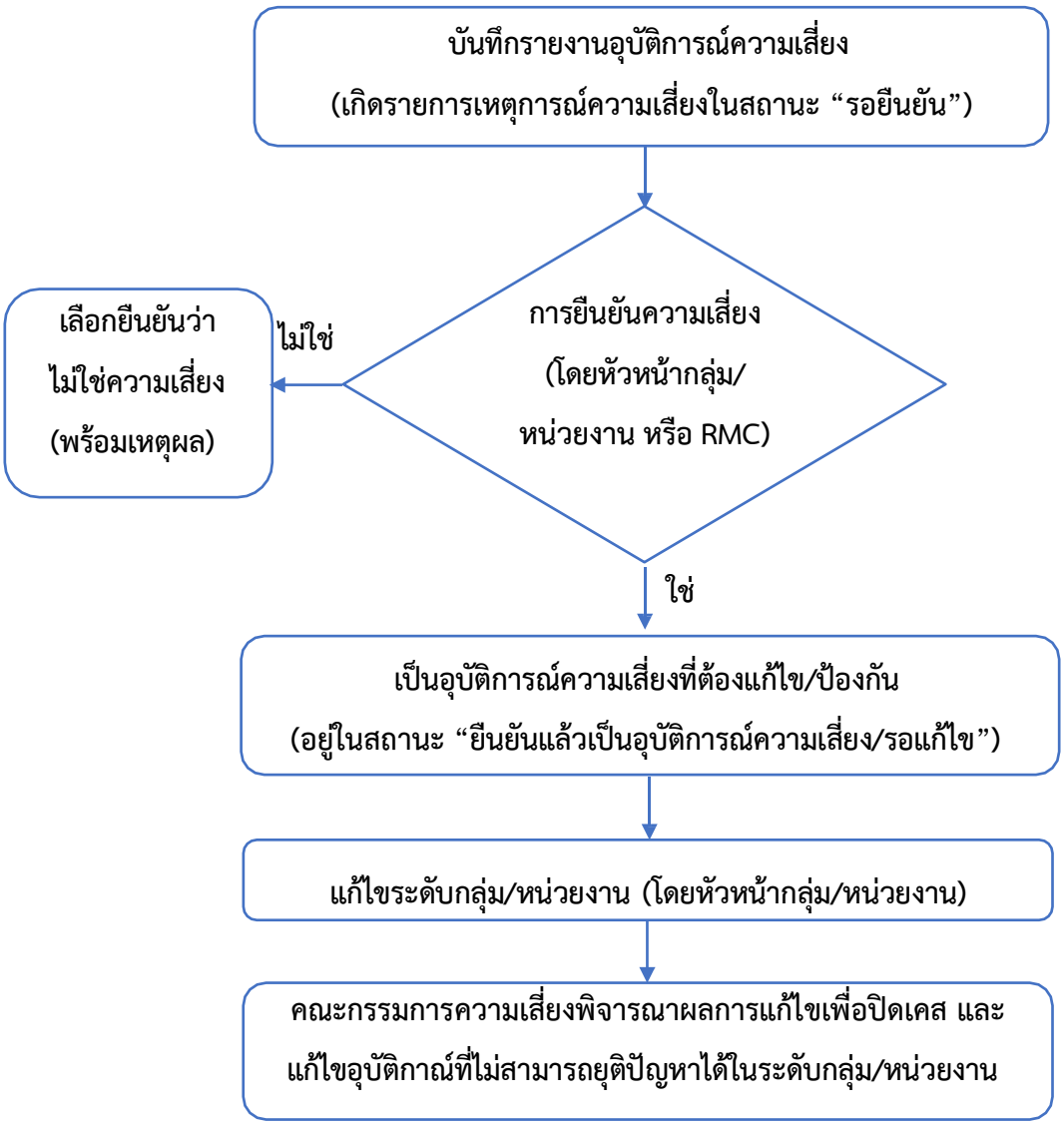
กลุ่มที่ 2 กลุ่มกรรมการบริหารความเสี่ยง มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาลทั้งระบบ โดยมีสิทธิ์เข้าถึงรายงานความเสี่ยงได้ทั้งองค์กร

กลุ่มที่ 3 กลุ่มหัวหน้ากลุ่ม/หน่วยงาน มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการความเสี่ยง ของกลุ่ม/หน่วยงาน โดยมีสิทธิ์เข้าถึงรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้เฉพาะในกลุ่ม/หน่วยงาน ที่ตนสังกัดอยู่ในความเท่านั้น

กลุ่มที่ 4 กลุ่มผู้กรอกข้อมูล Data Set มีบทบาทหน้าที่ในการกรอกและบันทึกข้อมูลในชุดข้อมูลกลางของระบบ (Data Set) ของหน่วยงานต่างๆ ตามที่ admin กำหนดให้

กลุ่มที่ 5 กลุ่มเจ้าหน้าที่ หรือผู้ใช้ทั่วไป เป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ทุกคนของสถานพยาบาล ที่มีบัญชีผู้ใช้ในระบบ โดยสามารถบันทึกรายงานการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงและเรียกดูรายงานภาพรวมของระบบได้ตามที่ระบบกำหนดไว้

3. **Work Flow ระบบการรายงาน และการจัดการความเสี่ยง ของ HRMS on cloud**



4. สถานะของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่บันทึกลงในระบบ

รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการบันทึกลงในระบบ สามารถจัดแบ่งเป็นสถานะต่าง ๆ ดังนี้

1) วันนี้มีรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงใหม่ หมายถึง การแจ้งจำนวนที่มีการรายงานการเกิดเหตุการณ์ที่เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงในวันปัจจุบัน (วันนี้)

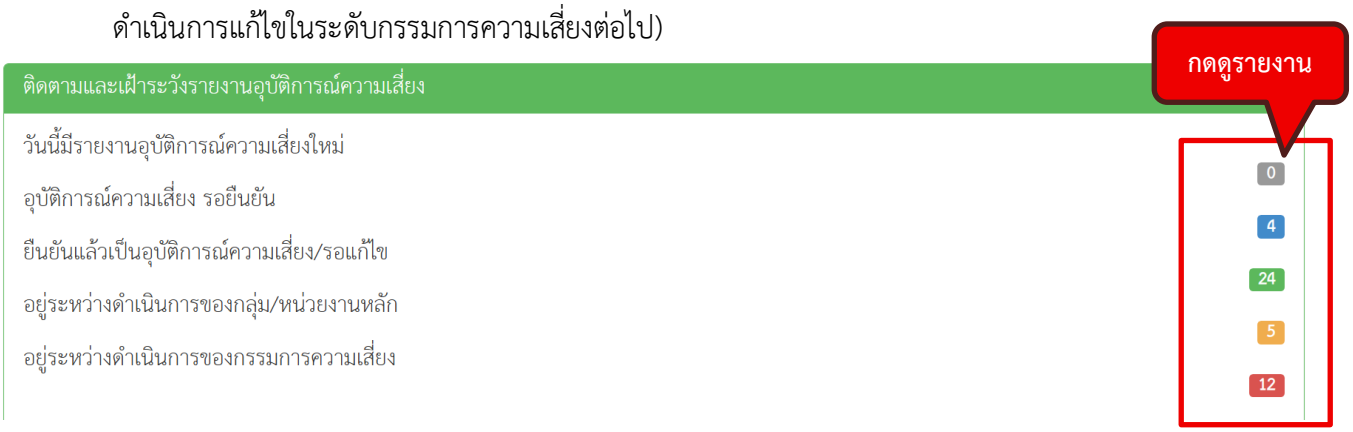
2) อุบัติการณ์ความเสี่ยงรอยืนยัน หมายถึง จำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีการรายงานเข้าสู่ระบบ แต่ยังไม่ได้รับการตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงจริงหรือไม่ โดยจะรวมรายงานที่เกิดขึ้นในระบบที่มีการบันทึกเข้ามาในอดีตจนถึงปัจจุบัน

3) ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข หมายถึง รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการยืนยันแล้วว่าเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจริงในสถานพยาบาล แต่ยังไม่ได้รับการตรวจสอบและแก้ไขจากกลุ่ม/หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง หรือกลุ่ม/หน่วยงานที่ถูกระบุให้เป็นผู้แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงรายการนี้ ดังนั้น สถานะรายงานจึงอยู่ระหว่างรอการแก้ไข

4) อยู่ระหว่างดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก หมายถึง รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการแก้ไขของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก ซึ่งได้ทำการตรวจสอบและเริ่มดำเนินการแก้ไขแล้ว แต่ยังอยู่ระหว่างการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น ๆ คือ ยังไม่ยุติการแก้ไขปัญหาในระดับกลุ่ม/หน่วยงานหลัก (กลุ่ม/หน่วยงานหลัก หมายถึง กลุ่ม/หน่วยงานที่ได้รับมอบหมายหรือถูกระบุให้ทำการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยอาจมีกลุ่ม/หน่วยงานร่วม เข้าร่วมแก้ปัญหาอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหรือไม่ก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ผู้ยืนยันรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น)

5) อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง หมายถึง รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สิ้นสุดการแก้ไขในระดับกลุ่ม/หน่วยงานหลักแล้ว โดยกรรมการความเสี่ยงจะเป็นผู้ตรวจสอบผลการแก้ไขปัญหาในระดับกลุ่ม/หน่วยงานหลักและยุติการแก้ไขปัญหา (ปิดเคสอุบัติการณ์ความเสี่ยง) ซึ่งแยกเป็น 2 กรณีคือ

- แก้ไขได้ในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน (กรณีการสิ้นสุดและยุติปัญหาได้ของกลุ่ม/หน่วยงานหลักมีความเหมาะสม) หรือ
- แก้ไขได้ในระดับกรรมการความเสี่ยง (กรณีการสิ้นสุดและยุติปัญหาได้ของกลุ่ม/หน่วยงานหลักยังไม่ครอบคลุมหรือไม่เหมาะสมและ/หรือไม่สามารถยุติปัญหาได้ในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน จำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขในระดับกรรมการความเสี่ยงต่อไป)

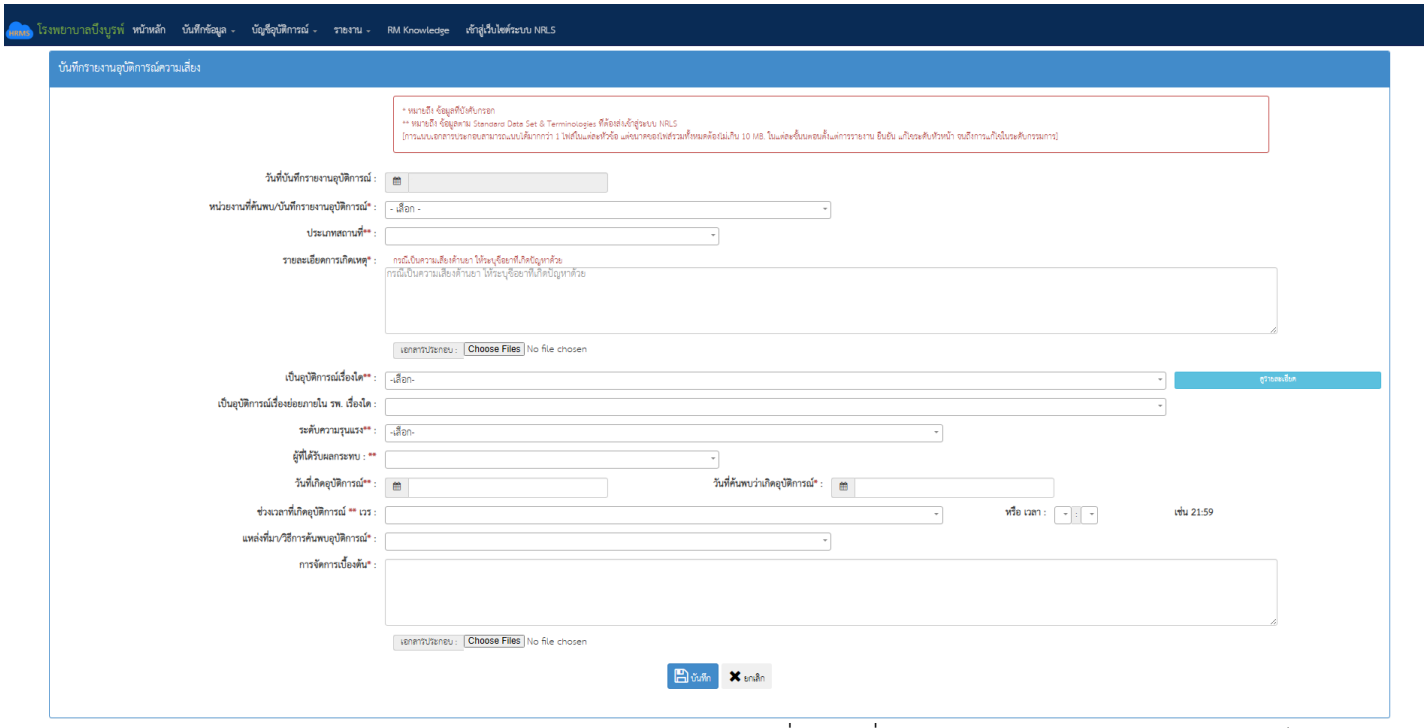


ผู้ใช้งานสามารถกดเรียกดูข้อมูลได้ ซึ่งข้อมูลในแต่ละส่วนจะปรากฏตามสิทธิการเข้าถึงข้อมูลของบัญชีผู้ใช้

5. การบันทึกรายงานอุบัติการณ์

1) เข้าสู่ระบบด้วย user และ password ประจำตัว จะแสดงหน้าจอหลักดังรูป

2) กด “บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง” จะแสดงหน้าจอให้กรอกรายละเอียดดังนี้



กรอกข้อมูลในช่องต่าง ๆ ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (เครื่องหมาย *ดอกจันทร์แดง หมายถึง เป็นข้อกำหนดที่ผู้ใช้จะต้องกรอกข้อมูลหรือเลือกข้อมูลในช่องนั้น หากไม่กรอกหรือไม่เลือกระบบจะ ไม่อนุญาตให้ทำการบันทึกข้อมูล ส่วนเครื่องหมาย ** หมายถึง ข้อมูลตาม Standard Data Set & Terminologies ที่ต้องส่งเข้าสู่ระบบ NRLS) โดยข้อความของแต่ละช่องที่ให้กรอกข้อมูลนั้น มีความหมาย ดังนี้

หน่วยงานที่ค้นพบ/บันทึกรายงานอุบัติการณ์*: หมายถึง หน่วยงานต้นสังกัด และ/หรือ หน่วยงานภายใต้สังกัดที่อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ที่ค้นพบเหตุการณ์และเป็นผู้บันทึกรายงานการเกิดเหตุการณ์นั้น ๆ

ประเภท**/ชนิด**/สถานที่เกิดเหตุ*: หมายถึง สถานที่ที่เกิดเหตุการณ์/อุบัติการณ์ความเสี่ยง รายการนั้น ๆ

เป็นอุบัติการณ์เรื่องใด**: หมายถึง ระบุว่าเหตุการณ์/อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้น เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องใด (รหัสของอุบัติการณ์ความเสี่ยงจะบอกที่มาว่าเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงของประเภทย่อยในประเภท หมวด และกลุ่มอุบัติการณ์ใด) ** รหัสอุบัติการณ์เลือกจาก รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงในกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงหน้า 43 ถึง 72

เป็นอุบัติการณ์เรื่องย่อยภายใน รพ. เรื่องใด : หมายถึง หัวข้ออุบัติการณ์ความเสี่ยงย่อยของแต่ละรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องนั้น

สรุปประเด็นปัญหา/การเกิดอุบัติการณ์**: หมายถึง การสรุปเรื่องราวการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงพอสังเขป โดยบอกให้รู้ว่าเกิดอะไร อย่างไร

ระดับความรุนแรง**: หมายถึง ระบุว่าระดับความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์/อุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น อยู่ในระดับใด

ผู้ที่ได้รับผลกระทบ**: หมายถึง ระบุว่าการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น ใครเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบหลักจากเหตุการณ์นั้น ๆ ทั้งนี้หากเป็นรายบุคคล ให้ระบุ เพศ*: และ อายุ*: ด้วยเสมอ (การนับอายุให้นับเป็นปี โดยเศษของปีหากน้อยกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 0 ปี ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี)

วันที่เกิดอุบัติการณ์**: หมายถึง ระบุว่าวันที่เกิดเหตุการณ์/อุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น เกิดวันที่เท่าไหร่ (วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น อาจไม่ใช่วันที่ค้นพบหรือวันที่ลงบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง)

วันที่ค้นพบว่าเกิดอุบัติการณ์*: หมายถึง ระบุว่าวันที่ค้นพบการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นคือวันที่เท่าไหร่ (อาจเป็นวันเดียวกันกับวันที่เกิดเหตุการณ์ หรือหลังจากที่เกิดเหตุการณ์แล้วก็ได้ แต่ระบบจะไม่อนุญาตให้ระบุวันที่มากกว่าวันที่ปัจจุบันซึ่งลงบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนี้)

ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์** เวร : หมายถึง ระบุว่ารอบเวรที่เกิดเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นใน รอบเวรใด หรือหากสามารถระบุเวลาที่ชัดเจนและต้องการระบุเวลาที่เกิดเหตุการณ์จริง ก็ให้เลือก ระบุเวลาที่เกิดเหตุการณ์ ในช่อง หรือเวลา :

แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบอุบัติการณ์*: หมายถึง ระบุว่าการค้นพบเหตุการณ์/อุบัติการณ์ความเสี่ยงรายการนั้นค้นพบด้วยวิธีการใด

รายละเอียดการเกิดเหตุ*: หมายถึง ให้ระบุรายละเอียดการเกิดเหตุการณ์/อุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น ๆ สามารถแนบไฟล์เพิ่มเติมที่ช่อง “เลือกไฟล์”

การจัดการเบื้องต้น*: หมายถึง ให้ระบุจากเหตุการณ์/อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนี้ ผู้ที่ค้นพบปัญหาและบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง มีการจัดการหรือดำเนินการเบื้องต้นอย่างไรไปแล้วบ้าง สามารถแนบไฟล์เพิ่มเติมที่ช่อง “เลือกไฟล์”

3) เมื่อกรอกข้อมูลเสร็จแล้ว กดปุ่ม “บันทึก” ระบบจะแสดงข้อความแจ้งให้ยืนยันการบันทึกข้อมูล จากนั้นกดปุ่ม “ใช่, ยืนยัน!” ระบบจะแสดงข้อความว่าบันทึกข้อมูลสำเร็จ กดปุ่ม “OK” จากนั้นระบบจะแสดงข้อความ (popup) แจ้งให้ทราบว่าการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นสำเร็จ กดปุ่ม “OK” อีกครั้งระบบจะกลับเข้าสู่หน้าจอของการติดตาม เฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยง

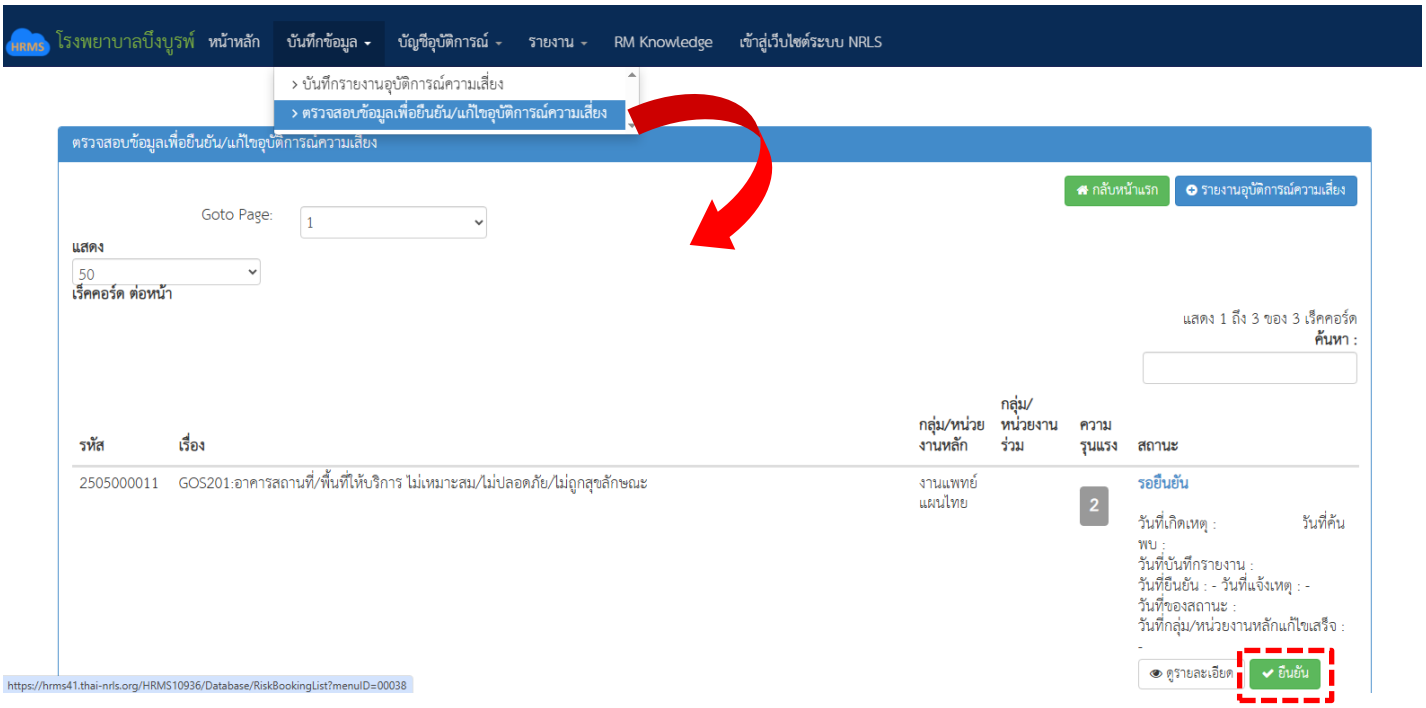
6. การยืนยัน แก้ไข และปิดเคสอุบัติการณ์

การยืนยันอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “รอยืนยัน”

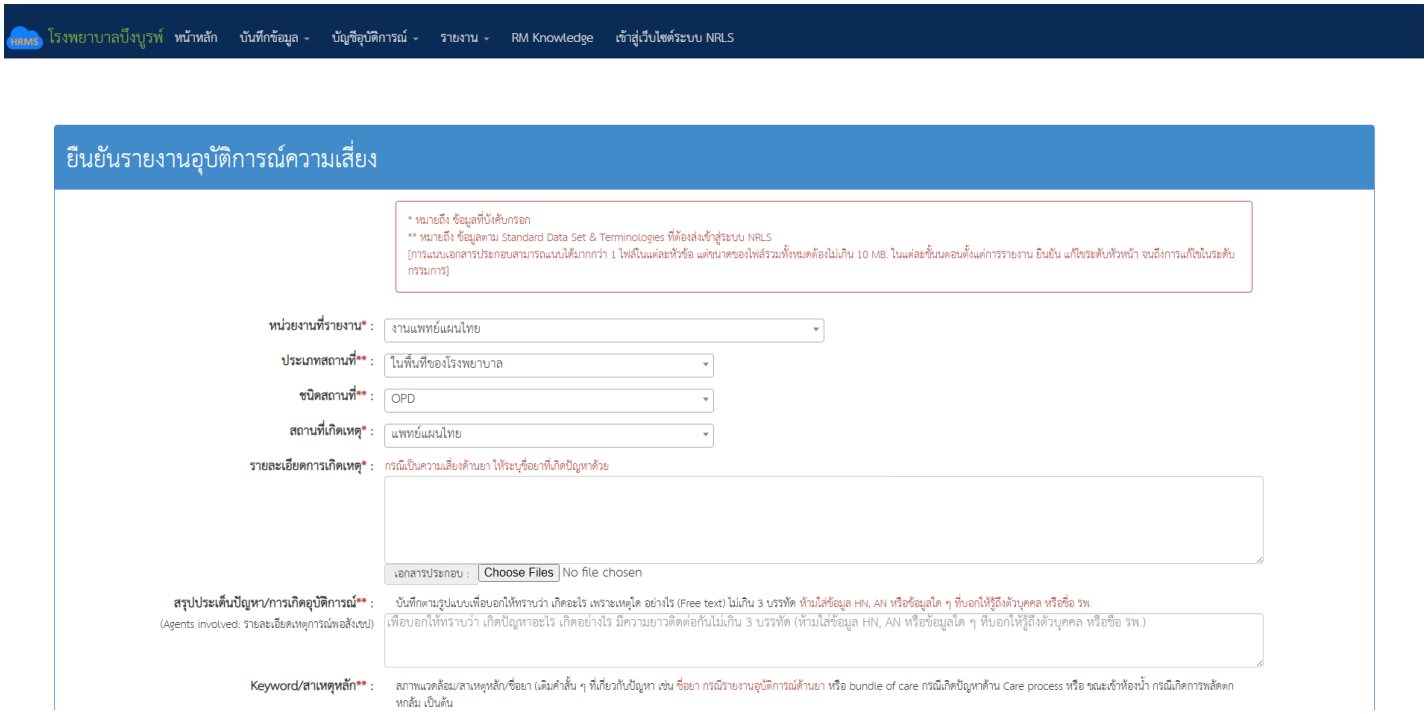
ผู้ใช้งานระบบ (User) ที่สามารถทำการยืนยันอบัติการณความเสี่ยงได้นั้นเป็นผู้ใชเฉพาะที่อยู่ใน กลุ่มผู้ใช้ “กรรมการบริหารความเสี่ยง” และกลุ่มผู้ใช้ “หัวหน้ากลุ่ม/หน่วยงาน” โดยผู้ใช้ในระดับสิทธิ์กรรมการบริหารความเสี่ยง สามารถทำการยืนยันอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้ทุกรายงานทั้งระบบ ส่วนผู้ใช้ในระดับสิทธิ์หัวหน้ากลุ่ม/หน่วยงาน สามารถยืนยันอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้เฉพาะรายงานอุบัติการณ์ที่หน่วยงานในสังกัด/หน่วยงานที่อยู่ในความรับผิดชอบ เป็นหน่วยงานที่รายงาน เท่านั้น

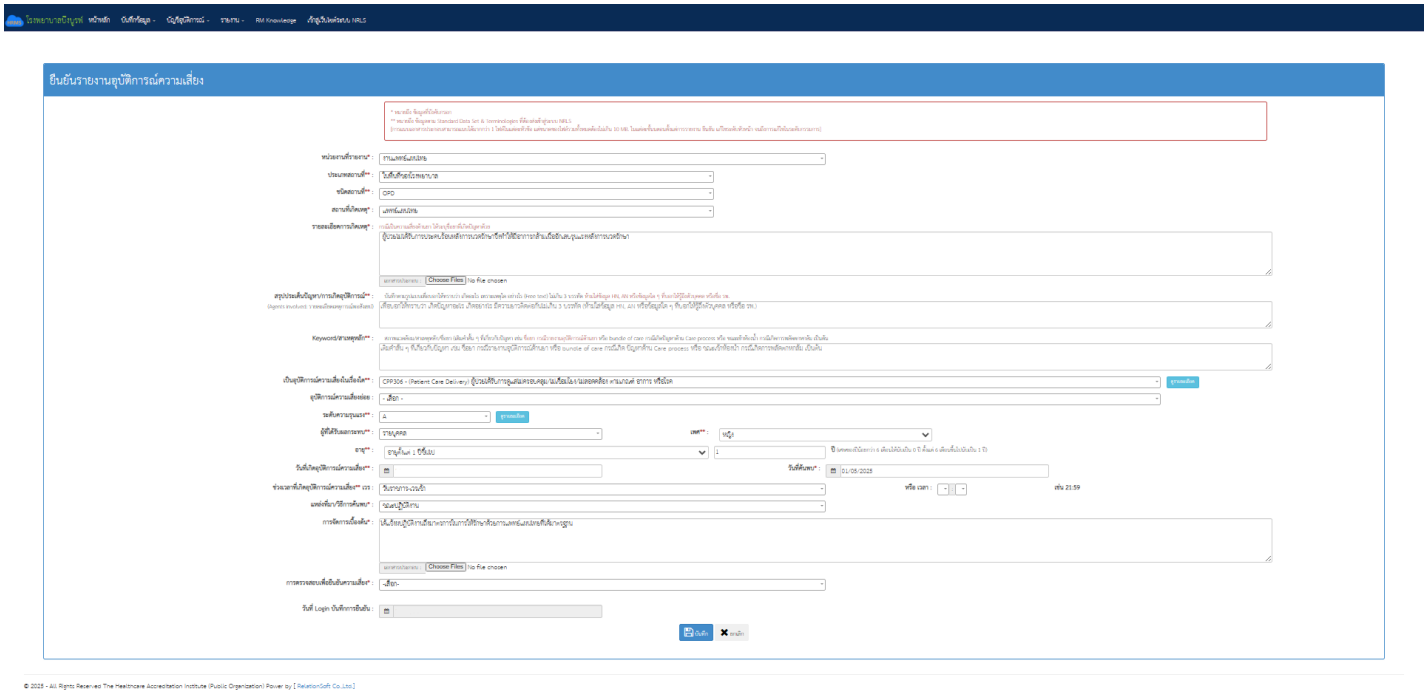
การยืนยันอุบัติการณ์ความเสี่ยง เป็นการพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมเกี่ยวกับเรื่องอุบัติการณ์ความเสี่ยง ประเด็นปัญหา (เกิดอะไร อย่างไร) และระดับความรุนแรง ของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีการบันทึกรายงานเหตุการณ์เข้ามาในระบบ เพื่อยืนยันว่ารายงานเหตุการณ์นั้นเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงหรือไม่ อย่างไรและหากเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงจริง ใครควรเป็นผู้ดำเนินการแก้ไขและแก้ไขในระดับใดได้แก่ ระดับกลุ่มหน่วยงาน (กลุ่มภารกิจ) หรือ ระดับประเภทหน่วยงาน (กลุ่มงาน) หรือ ระดับหน่วยงาน ซึ่งมีขั้นตอนและวิธีการยืนยัน ดังนี้

1. เมื่อผู้ใช้ login เข้าสู่ระบบตามระดับสิทธิ์แล้ว ไปที่เมนู “บันทึกข้อมูล” คลิกเลือกรายการเมนูย่อย “ตรวจสอบข้อมูลเพื่อยืนยัน/แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง” ระบบจะแสดงหน้าจอแสดงรายละเอียดของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมดที่ผู้ใช้มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูล จากนั้น กรอกข้อมูลคำสำคัญในช่อง “ค้นหา” เพื่อค้นหารายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ต้องการยืนยัน (ค้นหารายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “รอยืนยัน”)



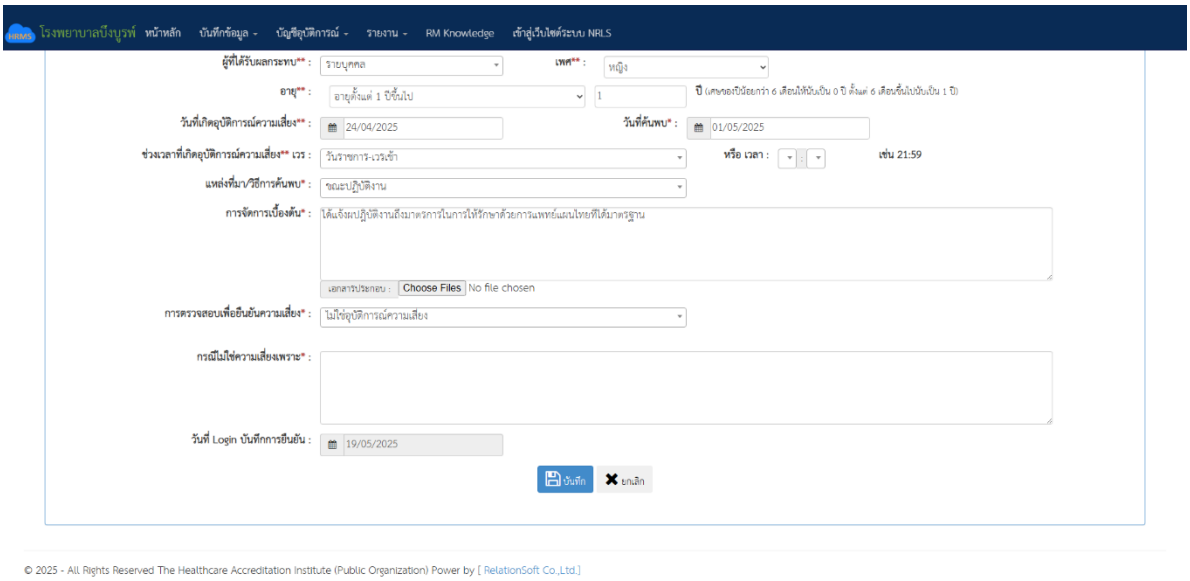
2. คลิกที่ปุ่ม ✔ ยืนยัน ของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ต้องการยืนยัน ระบบจะแสดงหน้าจอดังรูป



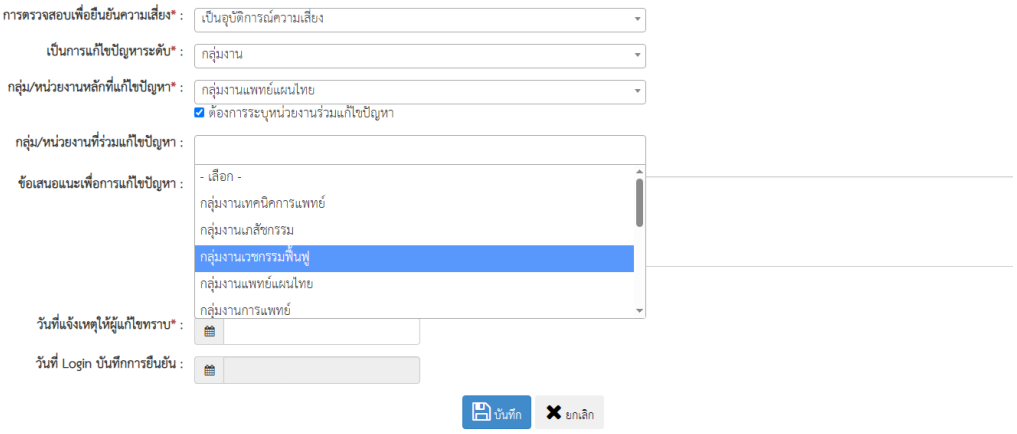


3. ตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนและเพิ่มเติมข้อมูลได้ตามความเป็นจริง (ข้อมูลในช่องที่เป็นสีทึบ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้) พร้อมทั้งพิจารณาว่าเหตุการณ์ความเสี่ยงที่มีการรายงานเข้ามานั้นเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงหรือไม่ โดยสามารถเลือกระบุผลการพิจารณาได้จากตัวเลือกในช่อง “การตรวจสอบเพื่อยืนยันความเสี่ยง” ซึ่งมีให้เลือก 2 กรณี ดังนี้ (ในช่องที่มีเครื่องหมาย *ดอกจันทร์สีแดง จะเป็นช่องบังคับให้ทำการกรอกข้อมูล หากไม่กรอก ระบบจะไม่บันทึกข้อมูล)

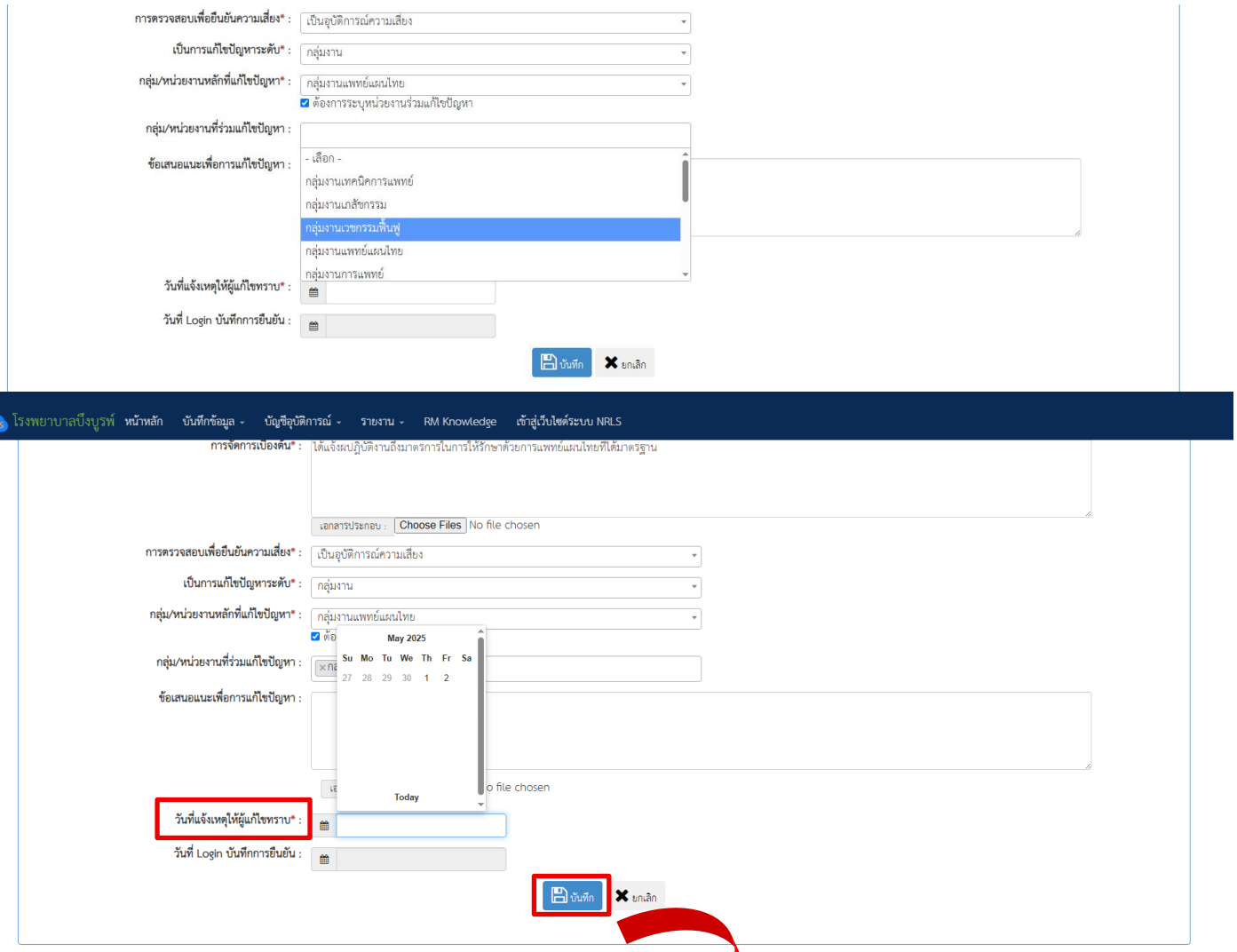
- <u>เมื่อเลือกระบุว่า “ไม่ใช่อุบัติการณ์ความเสี่ยง”</u> จะมีช่องให้กรอกข้อมูลเพื่อแจ้งเหตุผลที่แสดงว่า ทำไมรายงานเหตุการณ์นั้นจึงไม่ใช่อุบัติการณ์ความเสี่ยง จากนั้นกดปุ่ม บันทึก รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงนี้ก็จะไม่ปรากฏอยู่ในหน้าจอของระบบ (แต่จะถูกบันทึกไว้ในฐานข้อมูล)



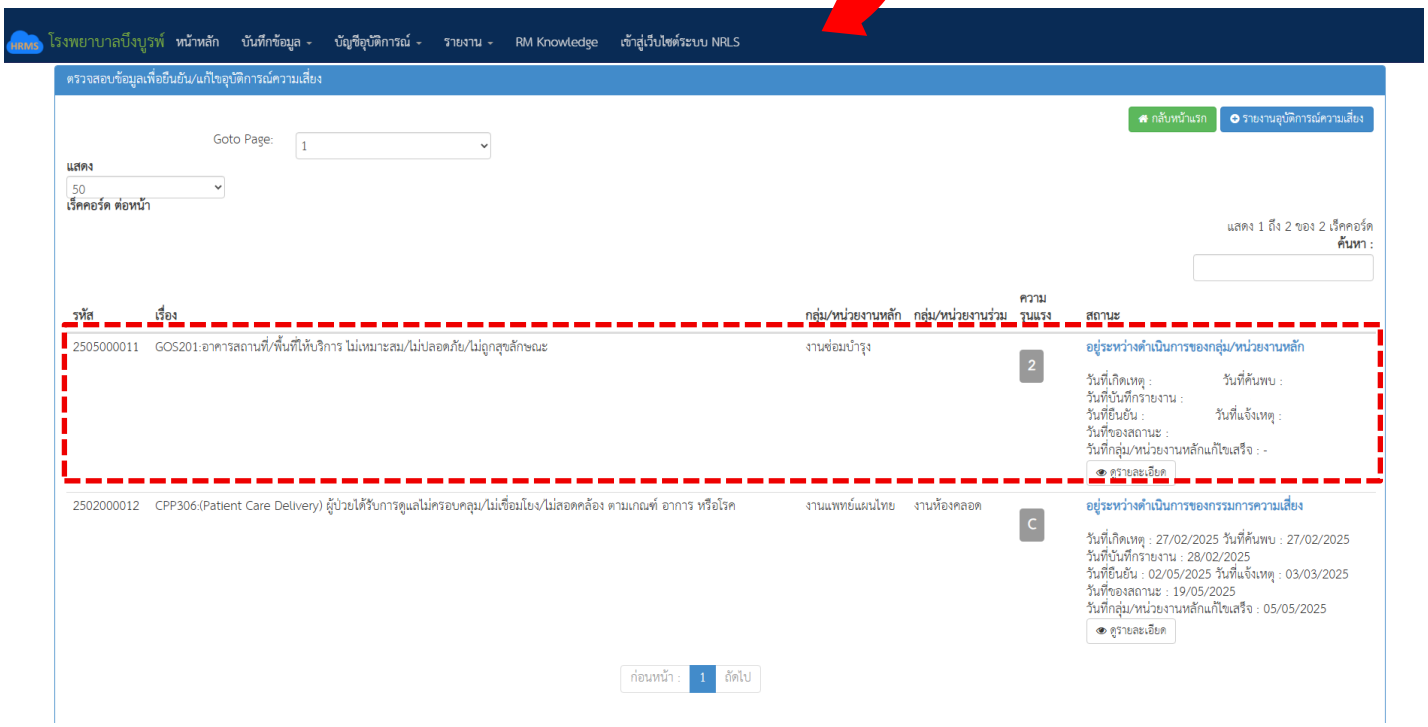
- <u>เมื่อเลือกระบุว่า “เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง”</u> ระบบจะปรากฏช่องข้อมูลตัวเลือกสำหรับการพิจารณาระดับการแก้ไขปัญหา เพื่อให้เลือกว่ารายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องนี้ควรจะเสนอให้มีการแก้ไขในระดับกลุ่มหน่วยงาน (กลุ่มภารกิจ) หรือ ระดับประเภทหน่วยงาน (กลุ่มงาน) หรือ ระดับหน่วยงาน โดย เลือกตัวเลือกจากช่อง “เลือกระดับกลุ่ม/หน่วยงานที่แก้ไขปัญหา”



4. พิจารณาเลือกระบุชื่อกลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน/หน่วยงานหลักที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหา (ตามระดับของปัญหาและการแก้ไข) จากช่อง “กลุ่ม/หน่วยงานหลักที่แก้ไขปัญหา” ทั้งนี้ สามารถเลือกให้มีกลุ่ม ภารกิจ/กลุ่มงาน/หน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหาได้ (ถ้าต้องการ) โดยการติ๊กถูกที่ช่อง ☑ ต้องการระบุหน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหา จากนั้นเลือกระบุชื่อกลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน/หน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหา จากช่อง “กลุ่ม/หน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหา” ระบบจะทำการเพิ่มกลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน/หน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหาให้ตามต้องการ จากนั้นให้พิจารณากรอกข้อมูลซึ่งเป็นรายละเอียดอเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินการแก้ไขปัญหา ลงในช่อง “ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปัญหา” พร้อมทั้งระบุวันที่แจ้งเหตุให้ผู้แก้ไขทราบ แล้วกดปุ่ม บันทึก ระบบจะแสดงข้อความแจ้งให้ยืนยันการบันทึกข้อมูล จากนั้นกดปุ่ม ใช่, ยืนยัน! ระบบจะแสดง ข้อความว่าบันทึกข้อมูลสำเร็จ กดปุ่ม OK อีกครั้ง หลังจากนั้นระบบจะเปลี่ยนสถานะอุบัติการณ์ความเสี่ยง นั้นเป็น **“ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข”**



© 2025 - All Rights Reserved The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization) Power by [RelationSoft Co.,Ltd.]



การแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข หรือ สถานะ “อยู่ระหว่างดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก”

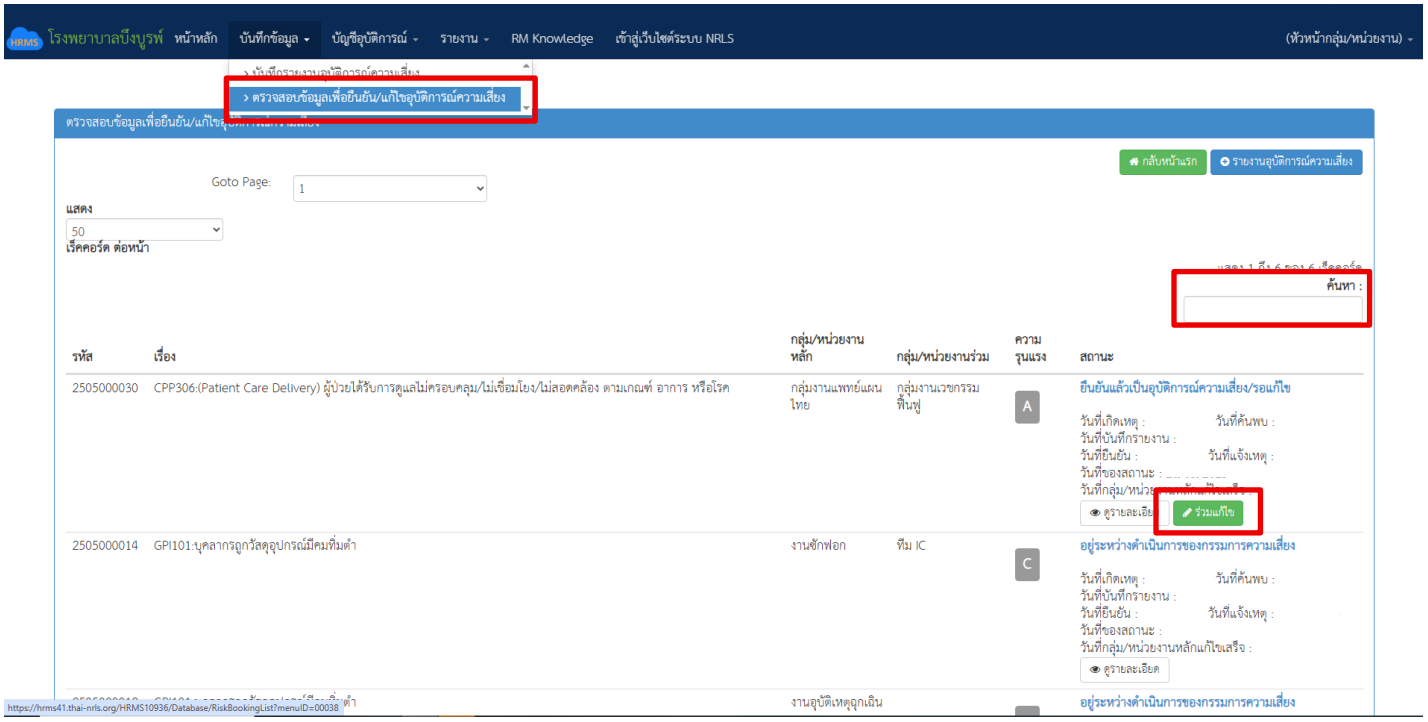
ผู้ใช้งานระบบ (User) ที่สามารถทำการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข” หรือสถานะ “อยู่ระหว่างดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก” ได้นั้นเป็น ผู้ใช้เฉพาะที่อยู่ในกลุ่มผู้ใช้ “หัวหน้ากลุ่ม/หน่วยงาน”

การแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน แยกออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

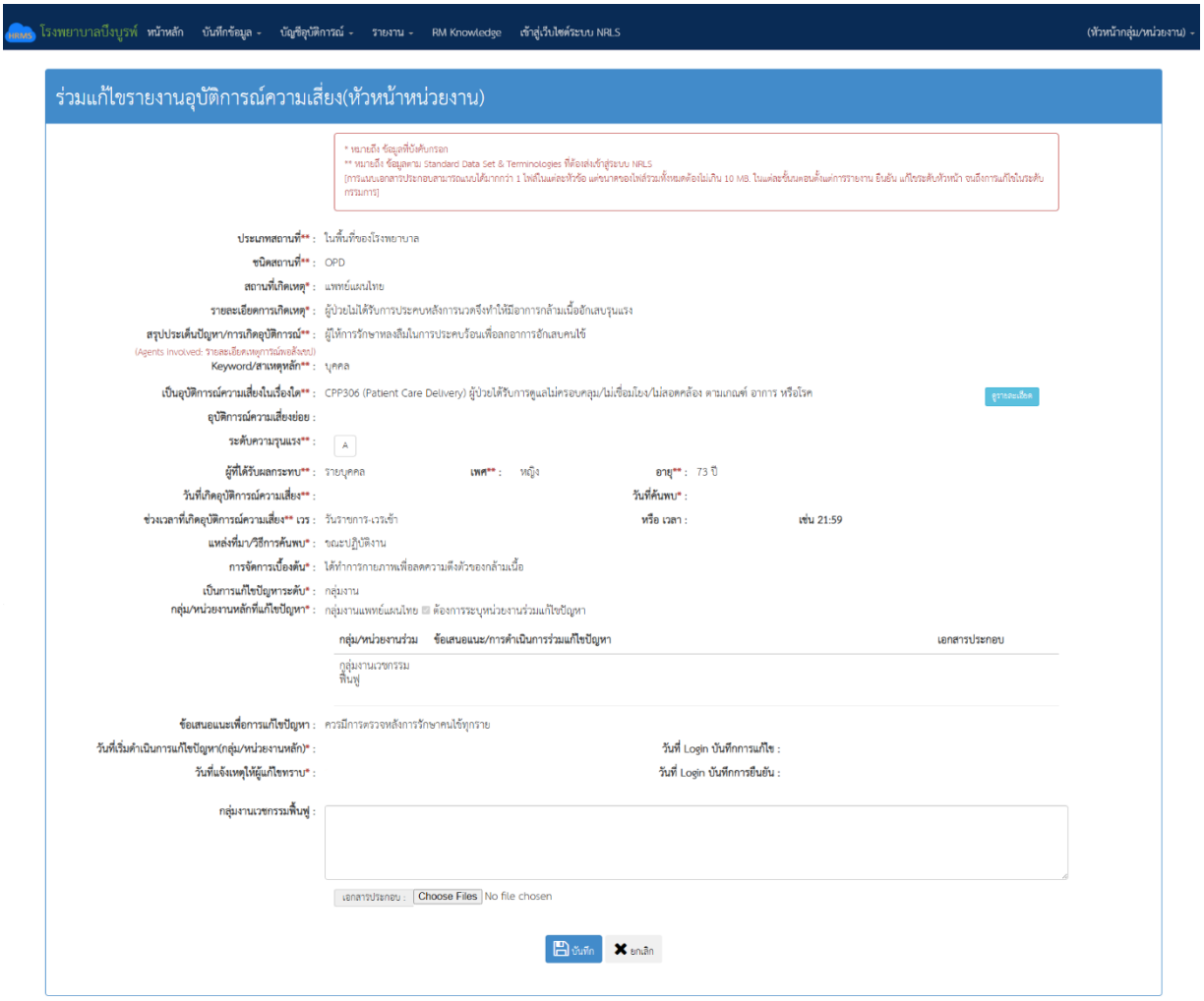
1) การแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก หมายถึง <u>กลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน/หน่วยงาน ซึ่งมีสิทธิ์ยุติการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง</u> และส่งต่อรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เสร็จสิ้นการแก้ไขแล้วนั้นให้กรรมการบริหารความเสี่ยงดำเนินการต่อไป

2) การแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงของกลุ่ม/หน่วยงานร่วม หมายถึง กลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน/หน่วยงาน ซึ่ง<u>ถูกระบุให้เป็นกลุ่ม/หน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหา</u>ของอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องนั้น ๆ ซึ่งจะร่วมกันพิจารณาและตรวจวิเคราะห์หาสาเหตุการเกิด เพื่อดำเนินการจัดการแก้ไข วางระบบป้องกันการเกิดซ้ำและ/หรือลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้น มีขั้นตอนและวิธีการแก้ไข ดังนี้

1. เมื่อผู้ใช้ login เข้าสู่ระบบตามระดับสิทธิ์แล้ว ไปที่เมนู “บันทึกข้อมูล” คลิกเลือกรายการเมนูย่อย “ตรวจสอบข้อมูลเพื่อยืนยัน/แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง” หรือเลือกคลิกที่ตัวเลขจำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข” หรือ สถานะ “อยู่ระหว่างดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก” ระบบจะแสดงหน้าจอแสดงรายละเอียดของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมดที่ผู้ใช้มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูล จากนั้น กรอกข้อมูลคำสำคัญในช่อง “ค้นหา :” เพื่อค้นหารายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ต้องการแก้ไข



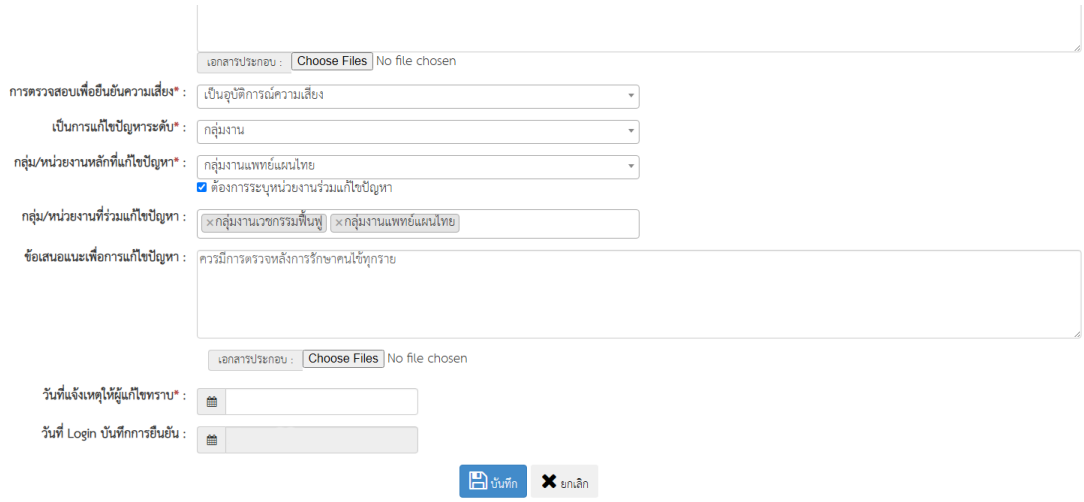
2. คลิกที่ปุ่ม แก้ไข (กรณีเป็นกลุ่ม/หน่วยงานหลัก) หรือปุ่ม ร่วมแก้ไข (กรณีเป็นกลุ่ม/หน่วยงานร่วมแก้ไข) ของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ต้องการแก้ไข จะแสดงหน้าจอดังรูป



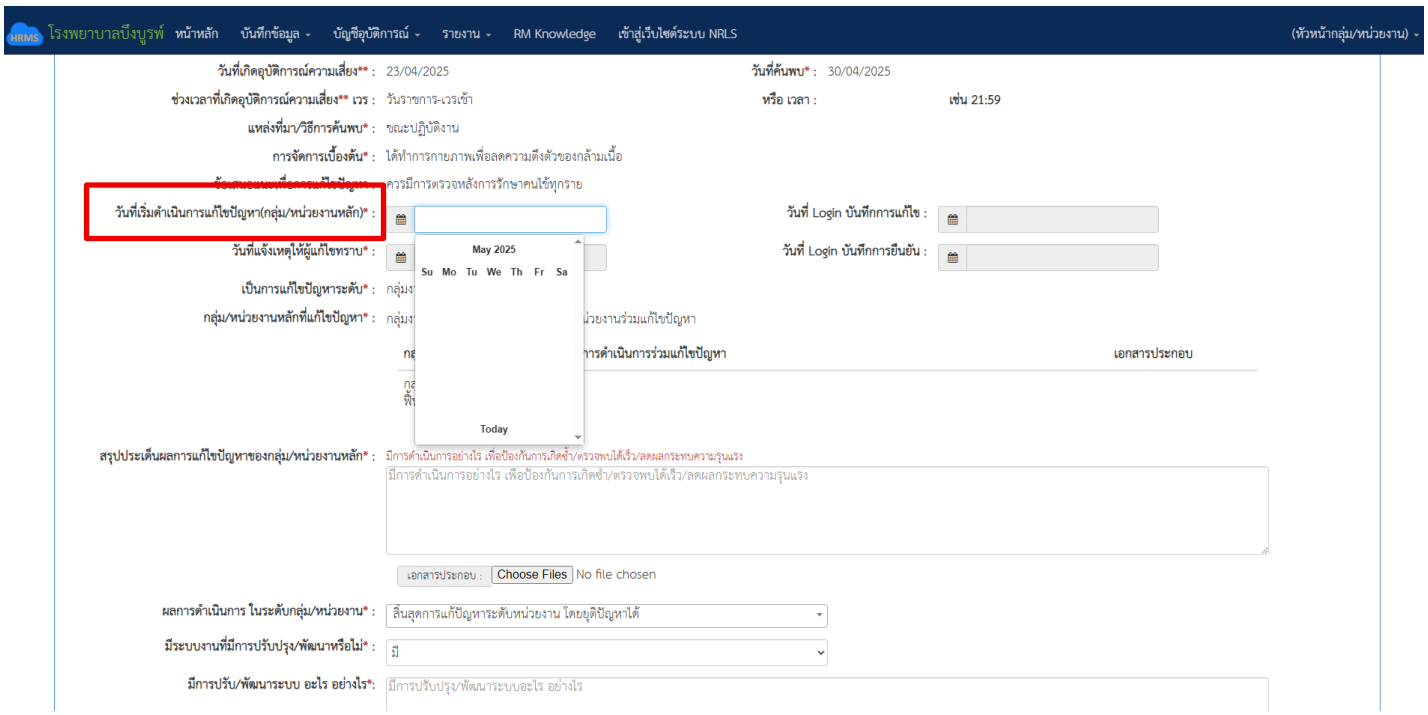
3. ตรวจสอบและวิเคราะห์เหตุการณ์ หาสาเหตุการเกิด ต้นตอ/รากเหง้าของปัญหา เพื่อดำเนินการจัดการแก้ไข วางระบบป้องกันการเกิดซ้ำ และ/หรือลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้น (ข้อมูลในช่องที่เป็นสีทึบ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้) ทั้งนี้ การบันทึกรายละเอียดของการจัดการแก้ไขปัญหาของกลุ่ม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่มีกลุ่ม/หน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหา แยกการบันทึกเป็น 2 ส่วนตามลักษณะการเกี่ยวข้อง ดังนี้ (เครื่องหมาย *ดอกจันทร์แดง

หมายถึง เป็นข้อกำหนดที่ผู้ใช้จะต้องกรอกข้อมูลหรือเลือกข้อมูลในช่องนั้น หากไม่กรอกหรือไม่เลือกระบบจะไม่อนุญาตให้ทำการบันทึกข้อมูล)

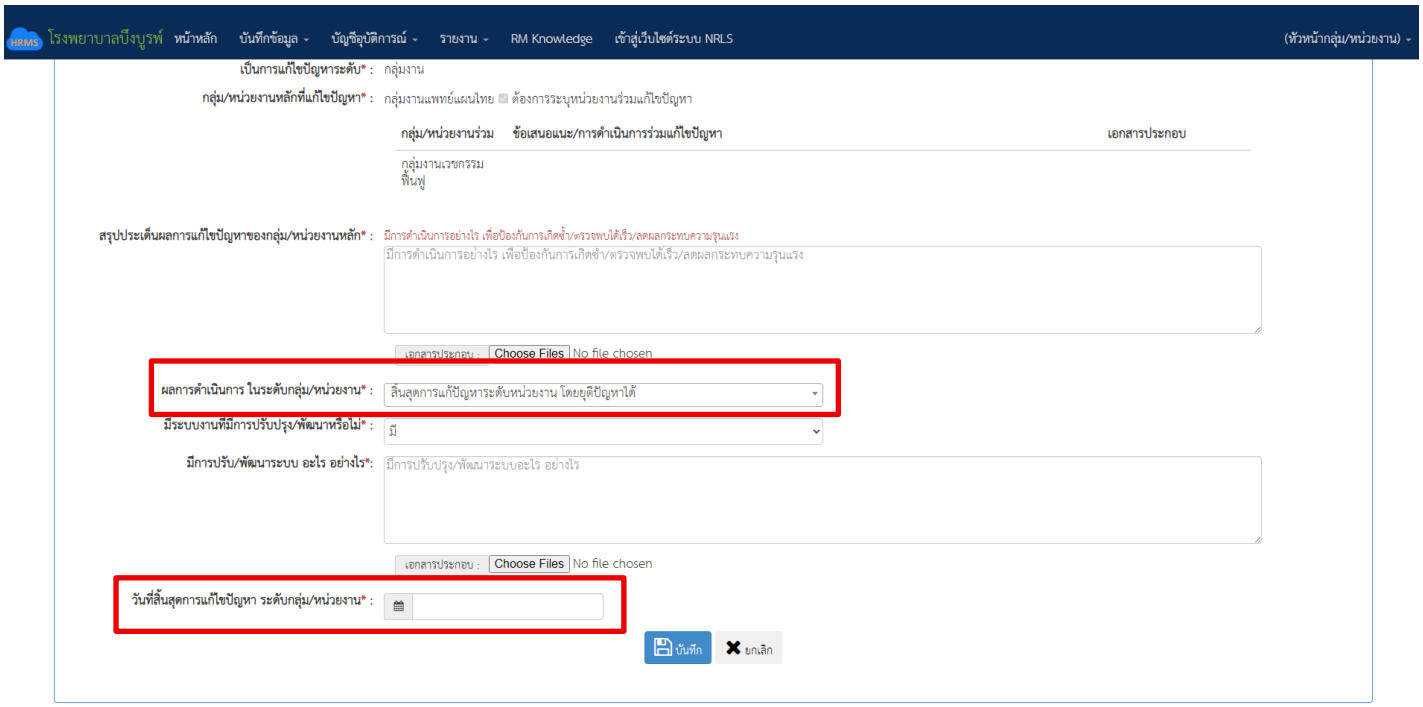
- การบันทึกรายละเอียดการจัดการแก้ไขปัญหาของกลุ่ม/หน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหา โดยกรอกข้อมูลรายละเอียดการดำเนินการลงในช่อง “ข้อเสนอแนะ/การดำเนินการร่วมแก้ไขปัญหา” โดยสามารถแนบไฟล์รายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)



- การบันทึกรายละเอียดการจัดการแก้ไขปัญหาของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก โดยเริ่มจากการระบุวันที่เริ่มดำเนินการแก้ไขปัญหา (กลุ่ม/หน่วยงานหลัก) ตามความเป็นจริง จากนั้น กรอกข้อมูลสรุปรายละเอียดของการดำเนินการแก้ไขปัญหาลงในช่อง “สรุปประเด็นการจัดการแก้ไขปัญหาของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก” กดปุ่ม เลือกไฟล์ เพื่อแนบไฟล์รายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)



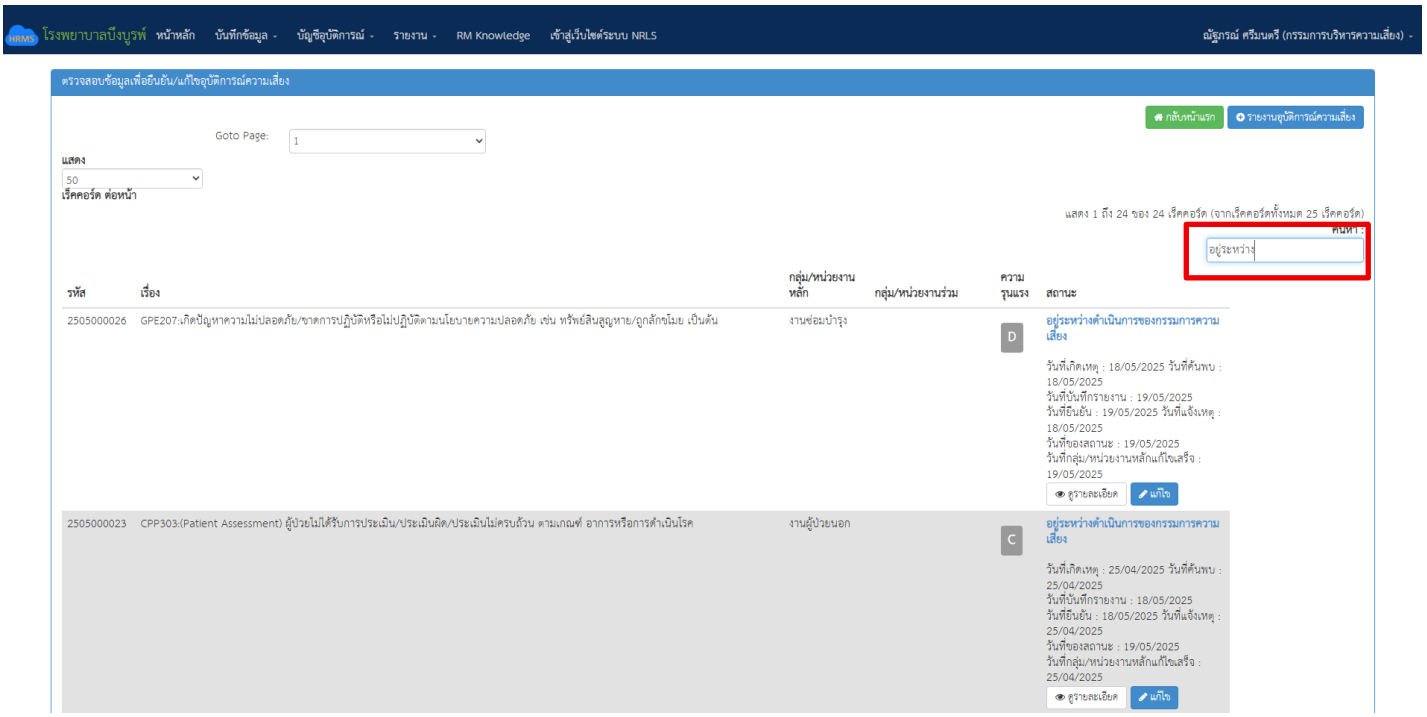
4. ระบุผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน ซึ่งมี 3 กรณีให้เลือกตามการดำเนินการจัดการแก้ไขปัญหา (อยู่ระหว่างการดำเนินการแก้ปัญหาระดับหน่วยงาน, สิ้นสุดการแก้ปัญหาระดับหน่วยงานโดยยุติปัญหาได้, สิ้นสุดการแก้ปัญหาระดับหน่วยงาน แต่ไม่สามารถยุติปัญหาได้) โดยหากเลือก **"สิ้นสุดการแก้ปัญหาระดับหน่วยงาน โดยยุติปัญหาได้"** แสดงว่ากลุ่ม/หน่วยงานสามารถแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงและยุติปัญหาได้ พร้อมทั้งระบุระบบงานที่มีการปรับปรุงหรือมีการพัฒนา (ถ้ามี) ลงในช่อง "ระบบงานที่มีการปรับปรุง/พัฒนา :" สามารถแนบไฟล์รายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) และ ระบุวันที่สิ้นสุดการแก้ไขปัญหาตามจริง ลงในช่อง "วันที่สิ้นสุดการแก้ไขปัญหาระดับกลุ่ม/หน่วยงาน* :" กดบันทึกข้อมูล (หลังจากนั้น สถานะของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนี้จะเปลี่ยนสถานะเป็น "อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง")



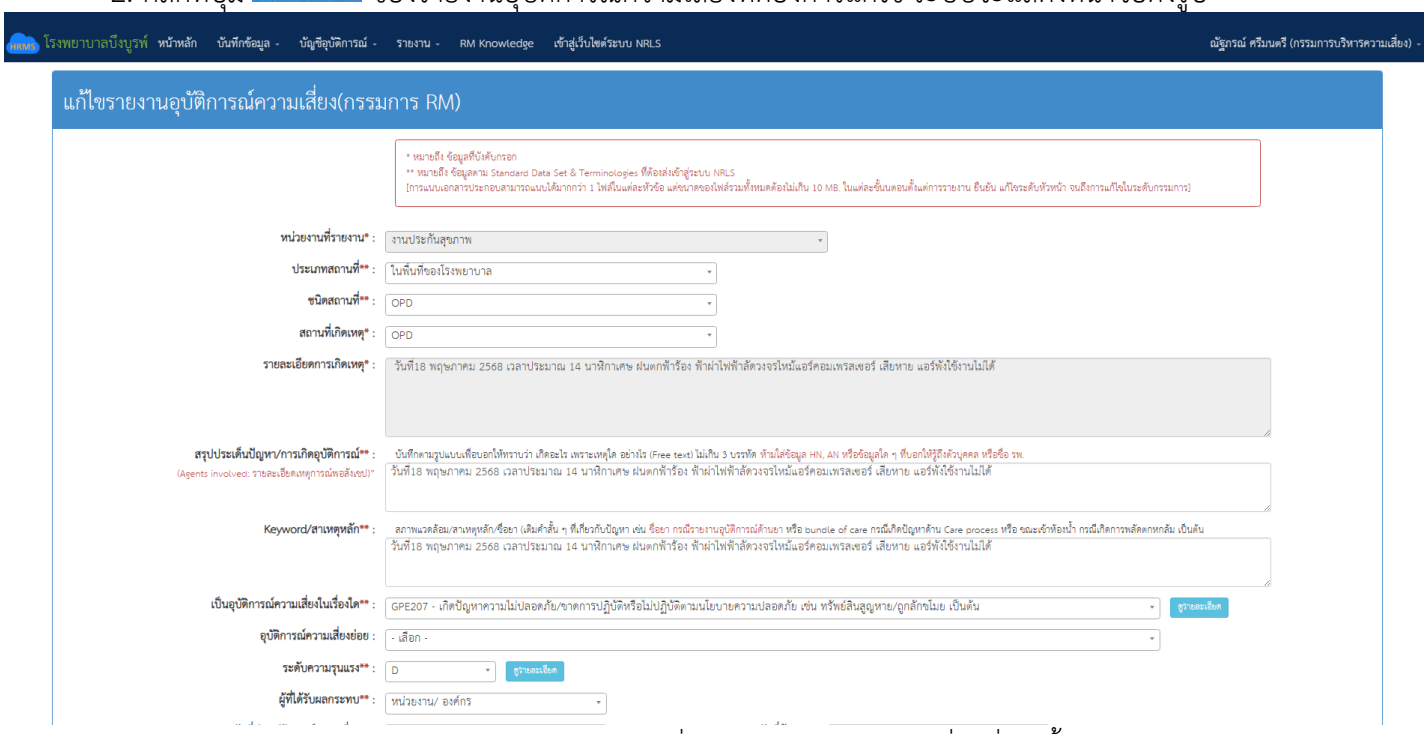
การแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ "อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง"/ปิดเคส

เป็นการพิจารณาความเหมาะสม (ความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล และการแก้ไขเชิงระบบ) ของผลการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน (กรณี ผลการดำเนินการในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน เป็น"สิ้นสุดการแก้ปัญหาระดับหน่วยงาน โดยยุติปัญหาได้") และ/หรือเป็นการดำเนินการเพื่อแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับกรรมการบริหารความเสี่ยง (กรณีพิจารณาแล้วพบว่าการสิ้นสุดการแก้ไขปัญหา โดยยุติปัญหาได้ในระดับกลุ่ม/หน่วยงานนั้นไม่เหมาะสม หรือในกรณีที่ผลการดำเนินการในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน เป็น "สิ้นสุดการแก้ปัญหาระดับหน่วยงาน แต่ไม่สามารถยุติปัญหาได้") เพื่อทำการปิดเคสรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นรายเคส ซึ่งเป็นการสิ้นสุดการแก้ไขปัญหาอุบัติการณ์ความเสี่ยงแต่ละรายงานขององค์กร ซึ่งมีขั้นตอนและวิธีการ ดังนี้

1. เมื่อผู้ใช้ login เข้าสู่ระบบตามระดับสิทธิ์แล้ว ไปที่เมนู "บันทึกข้อมูล" คลิกเลือกรายการเมนูย่อย "ตรวจสอบข้อมูลเพื่อยืนยัน/แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง" หรือเลือกคลิกที่ตัวเลขจำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ "อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง" ในส่วนของ "ติดตามและเฝ้าระวังรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง" ระบบจะแสดงหน้าจอแสดงรายละเอียดของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมดที่ผู้ใช้มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูล จากนั้นกรอกข้อมูลคำสำคัญในช่อง "ค้นหา :" เพื่อค้นหารายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ต้องการแก้ไข



2. คลิกที่ปุ่ม ของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ต้องการแก้ไข ระบบจะแสดงหน้าจอดังรูป



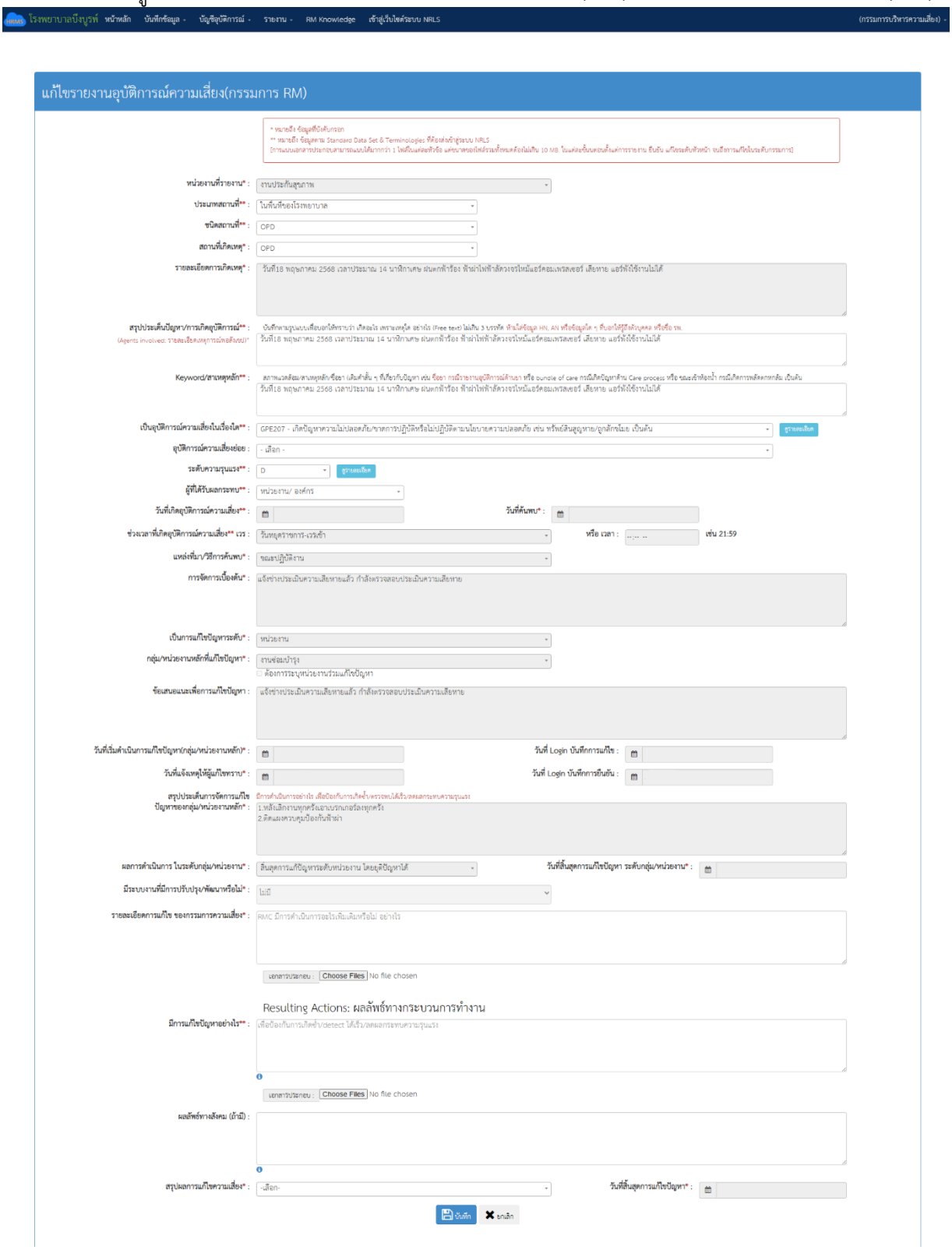
3. ทำการตรวจสอบ วิเคราะห์ และพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน ว่ามีความถูกต้อง เหมาะสมตามสภาพปัญหาและความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้น หรือมีแนวทางการป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำหรือไม่ (ข้อมูลในช่องที่เป็นสีทึบ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้) โดยสามารถ ปรับเปลี่ยนและเพิ่มเติมข้อมูลตามความเป็นจริง ดังนี้ (เครื่องหมาย *ดอกจันทร์แดง หมายถึง เป็นข้อกำหนดที่ผู้ใช้จะต้อง กรอกข้อมูลหรือเลือกข้อมูลในช่องนั้น หากไม่กรอก หรือไม่เลือก ระบบจะไม่อนุญาตให้ทำการบันทึกข้อมูล)

- การปรับเปลี่ยน เพิ่มเติมข้อมูลในฟิลด์ต่าง ๆ ที่มีการบันทึกมาตั้งแต่ขั้นตอนการยืนยัน และการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากระดับกลุ่ม/หน่วยงาน ตามที่ระบบเปิดให้แก้ไขได้ (ข้อมูลในช่องที่ไม่ใช่สีทึบ)

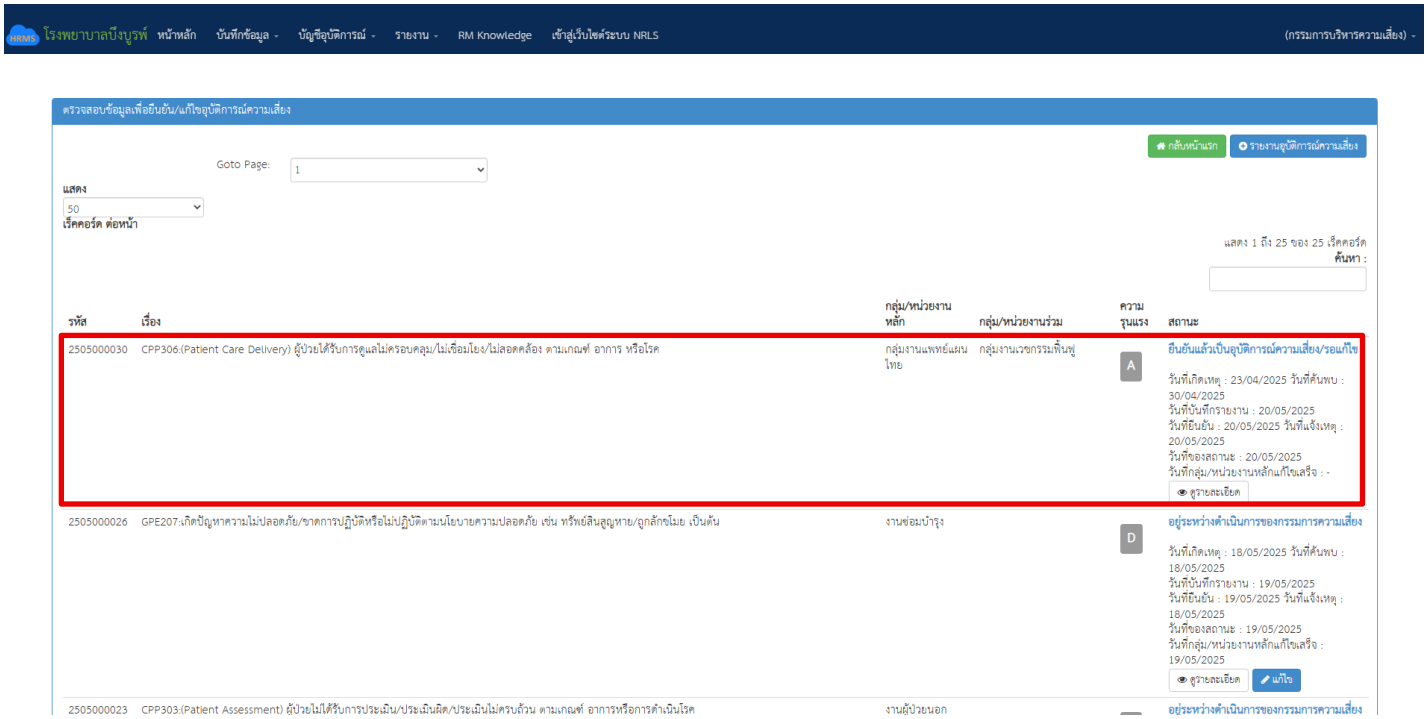
- การบันทึกผลการพิจารณาผลการดำเนินการแก้ปัญหาในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน และ/หรือ บันทึกรายละเอียดการดำเนินการแก้ไขปัญหาในระดับกรรมการบริหารความเสี่ยงลงในช่อง“รายละเอียดการแก้ไขของกรรมการความเสี่ยง* :”

- การบันทึกผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการทำงานในการแก้ไขปัญหาที่แสดงรายละเอียดว่ามีการปรับปรุงระบบงานอะไร หรือมีการพัฒนาระบบอย่างไร ลงในช่อง “ผลลัพธ์ทางกระบวนการทำงาน ** :” พร้อมไฟล์แนบ (ถ้ามี)

- การบันทึกข้อมูลผลกระทบทางสังคมว่ามีผลกระทบอะไร อย่างไร (ถ้ามี) ลงในช่อง “ผลลัพธ์ทางสังคม (ถ้ามี):”

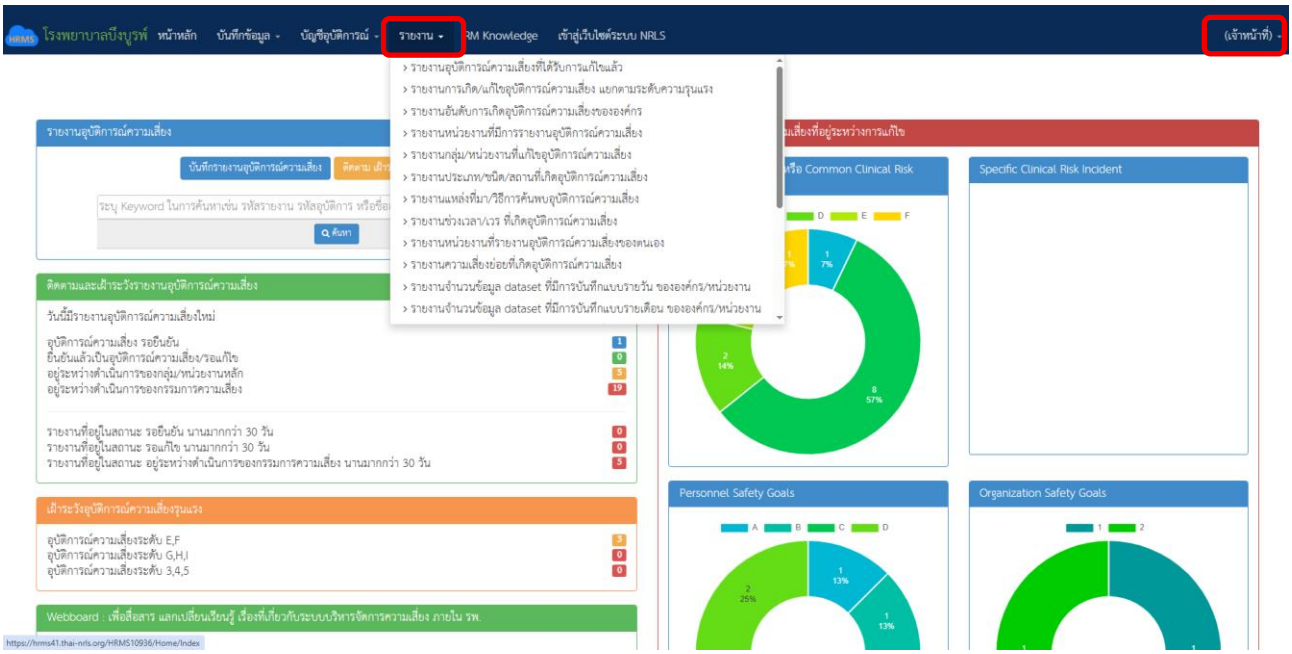


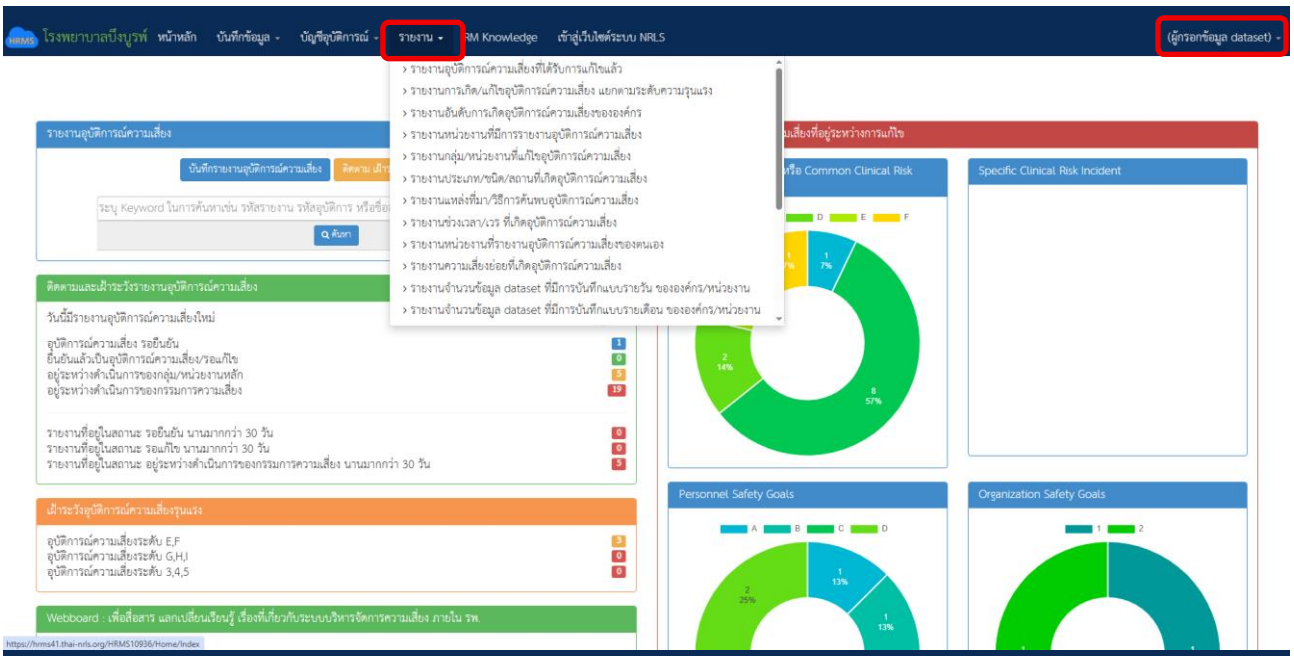
4. การสรุปผลการดำเนินการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพื่อปิดเคส โดยการปิดเคสแต่ละเคสจะต้องระบุวันที่สิ้นสุดการแก้ไขปัญหาซึ่งเป็นวันที่เสร็จสิ้นการดำเนินการแก้ไขปัญหาจริง โดยหากระบุผลการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็น “แก้ไขได้ในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน” ระบบจะแสดงวันที่สิ้นสุดการแก้ไขปัญหาระดับกลุ่ม/หน่วยงาน เป็นวันที่สิ้นสุดการแก้ไขปัญหาโดยอัตโนมัติ แต่ถ้าหากระบุผลการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็น “แก้ไขได้ในระดับกรรมการความเสี่ยง” จะต้องระบุวันที่สิ้นสุดการแก้ไขปัญหาตามวันที่เสร็จสิ้นการดำเนินการแก้ไขปัญหาจริง แล้วกดปุ่ม บันทึก ระบบจะแสดงข้อความแจ้งให้ยืนยันการบันทึกข้อมูล จากนั้นกดปุ่ม ใช่, ยืนยัน! ระบบจะแสดงข้อความว่าบันทึกข้อมูลสำเร็จ กดปุ่ม OK อีกครั้ง หลังจากนั้นระบบจะเปลี่ยนสถานะอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นเป็น **“อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขแล้ว”**

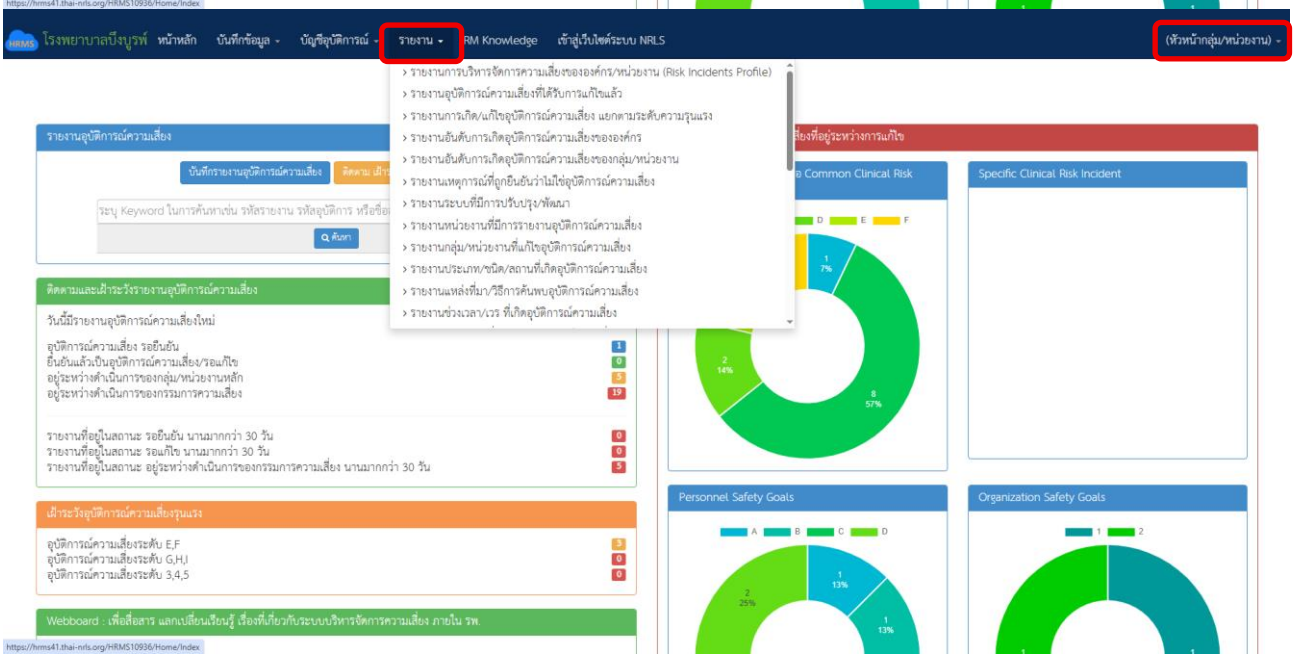


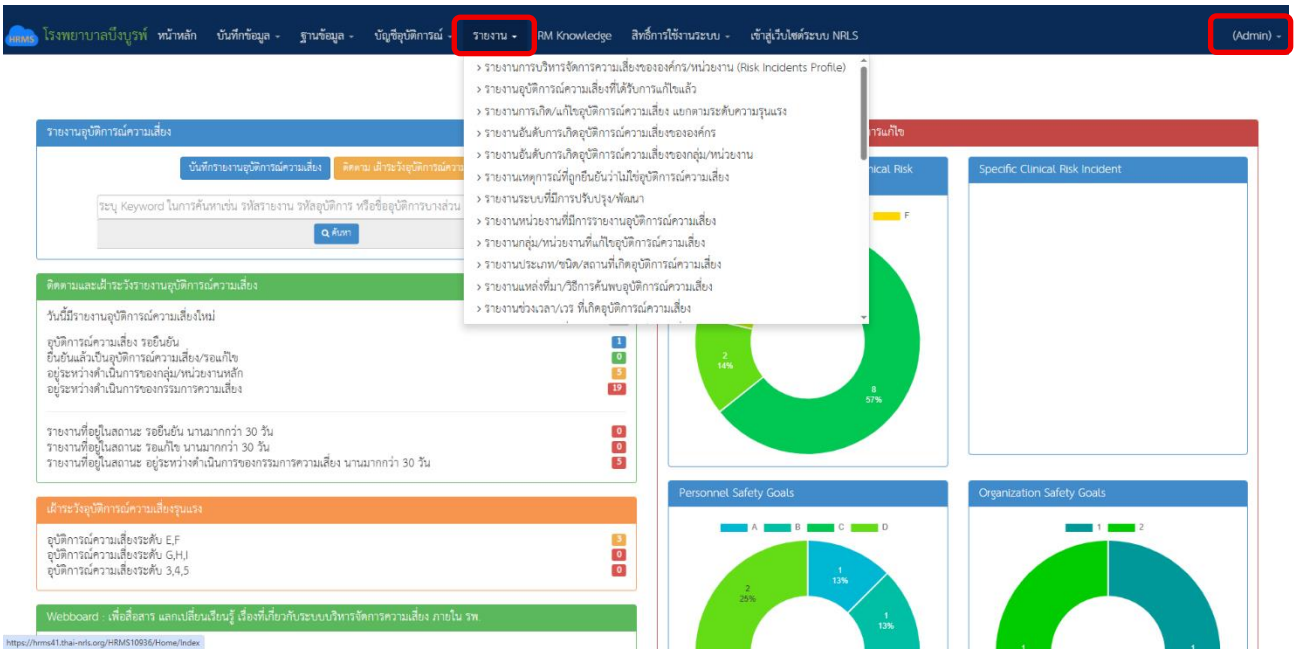
7. ระบบรายงานและการเรียกดูรายงาน

การเรียกดูรายการของรายงานเกี่ยวกับการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล สามารถเรียกดูได้ที่เมนู “รายงาน” ซึ่งระบบจะแสดงจำนวนรายการรายงานให้เรียกดูได้ตามสิทธิ์ของกลุ่มผู้ใช้


โรงพยาบาลบึงบูรพ์
หน้าหลัก
บันทึกข้อมูล
บัญชีอุบัติการณ์
รายงาน
RM Knowledge
เข้าสู่เว็บไซต์ระบบ NRLS
(เจ้าหน้าที่)
รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขแล้ว
รายงานการเกิด/แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง แยกตามระดับความรุนแรง
รายงานอันดับการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงขององค์กร
รายงานหน่วยงานที่มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
รายงานกลุ่ม/หน่วยงานที่แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง
รายงานประเภท/ชนิด/สถานที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง
รายงานแหล่งที่มา/วิธีการค้นพบอุบัติการณ์ความเสี่ยง
รายงานช่วงเวลา/เวร ที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง
รายงานหน่วยงานที่รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของตนเอง
รายงานความเสี่ยงย่อยที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง
รายงานจำนวนข้อมูล dataset ที่มีการบันทึกแบบรายวัน ขององค์กร/หน่วยงาน
รายงานจำนวนข้อมูล dataset ที่มีการบันทึกแบบรายเดือน ขององค์กร/หน่วยงาน
รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
ติดตามและเฝ้าระวังรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
วันนี้มีรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงใหม่
อุบัติการณ์ความเสี่ยง รอยืนยัน
ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข
อยู่ระหว่างดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก
อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง
รายงานที่อยู่ในสถานะ รอยืนยัน นานมากกว่า 30 วัน
รายงานที่อยู่ในสถานะ รอแก้ไข นานมากกว่า 30 วัน
รายงานที่อยู่ในสถานะ อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง นานมากกว่า 30 วัน
เฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรง
อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E,F
อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ G,H,I
อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ 3,4,5
Webboard : เพื่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องที่เกี่ยวกับระบบบริหารจัดการความเสี่ยง ภายใน รพ.
Common Clinical Risk
Specific Clinical Risk Incident
Personnel Safety Goals
Organization Safety Goals
https://hrms41.thai-nrls.org/HRMS10936/Home/Index


โรงพยาบาลบึงบูรพ์
หน้าหลัก
บันทึกข้อมูล
บัญชีอุบัติการณ์
รายงาน
RM Knowledge
เข้าสู่เว็บไซต์ระบบ NRLS
(ผู้กรอกข้อมูล dataset)
รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขแล้ว
รายงานการเกิด/แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง แยกตามระดับความรุนแรง
รายงานอันดับการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงขององค์กร
รายงานหน่วยงานที่มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
รายงานกลุ่ม/หน่วยงานที่แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง
รายงานประเภท/ชนิด/สถานที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง
รายงานแหล่งที่มา/วิธีการค้นพบอุบัติการณ์ความเสี่ยง
รายงานช่วงเวลา/เวร ที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง
รายงานหน่วยงานที่รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของตนเอง
รายงานความเสี่ยงย่อยที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง
รายงานจำนวนข้อมูล dataset ที่มีการบันทึกแบบรายวัน ขององค์กร/หน่วยงาน
รายงานจำนวนข้อมูล dataset ที่มีการบันทึกแบบรายเดือน ขององค์กร/หน่วยงาน
รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
ติดตามและเฝ้าระวังรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
วันนี้มีรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงใหม่
อุบัติการณ์ความเสี่ยง รอยืนยัน
ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข
อยู่ระหว่างดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก
อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง
รายงานที่อยู่ในสถานะ รอยืนยัน นานมากกว่า 30 วัน
รายงานที่อยู่ในสถานะ รอแก้ไข นานมากกว่า 30 วัน
รายงานที่อยู่ในสถานะ อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง นานมากกว่า 30 วัน
เฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรง
อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E,F
อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ G,H,I
อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ 3,4,5
Webboard : เพื่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องที่เกี่ยวกับระบบบริหารจัดการความเสี่ยง ภายใน รพ.
Common Clinical Risk
Specific Clinical Risk Incident
Personnel Safety Goals
Organization Safety Goals
https://hrms41.thai-nrls.org/HRMS10936/Home/Index


โรงพยาบาลบึงบูรพ์
หน้าหลัก
บันทึกข้อมูล
บัญชีอุบัติการณ์
รายงาน
RM Knowledge
เข้าสู่เว็บไซต์ระบบ NRLS
(หัวหน้ากลุ่ม/หน่วยงาน)
รายงานการบริหารจัดการความเสี่ยงขององค์กร/หน่วยงาน (Risk Incidents Profile)
รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขแล้ว
รายงานการเกิด/แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง แยกตามระดับความรุนแรง
รายงานอันดับการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงขององค์กร
รายงานอันดับการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงของกลุ่ม/หน่วยงาน
รายงานเหตุการณ์ที่ถูกยืนยันว่าไม่ใช่อุบัติการณ์ความเสี่ยง
รายงานระบบที่มีการปรับปรุง/พัฒนา
รายงานหน่วยงานที่มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
รายงานกลุ่ม/หน่วยงานที่แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง
รายงานประเภท/ชนิด/สถานที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง
รายงานแหล่งที่มา/วิธีการค้นพบอุบัติการณ์ความเสี่ยง
รายงานช่วงเวลา/เวร ที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง
รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
ติดตามและเฝ้าระวังรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
วันนี้มีรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงใหม่
อุบัติการณ์ความเสี่ยง รอยืนยัน
ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข
อยู่ระหว่างดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก
อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง
รายงานที่อยู่ในสถานะ รอยืนยัน นานมากกว่า 30 วัน
รายงานที่อยู่ในสถานะ รอแก้ไข นานมากกว่า 30 วัน
รายงานที่อยู่ในสถานะ อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง นานมากกว่า 30 วัน
เฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรง
อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E,F
อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ G,H,I
อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ 3,4,5
Webboard : เพื่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องที่เกี่ยวกับระบบบริหารจัดการความเสี่ยง ภายใน รพ.
Common Clinical Risk
Specific Clinical Risk Incident
Personnel Safety Goals
Organization Safety Goals
https://hrms41.thai-nrls.org/HRMS10936/Home/Index

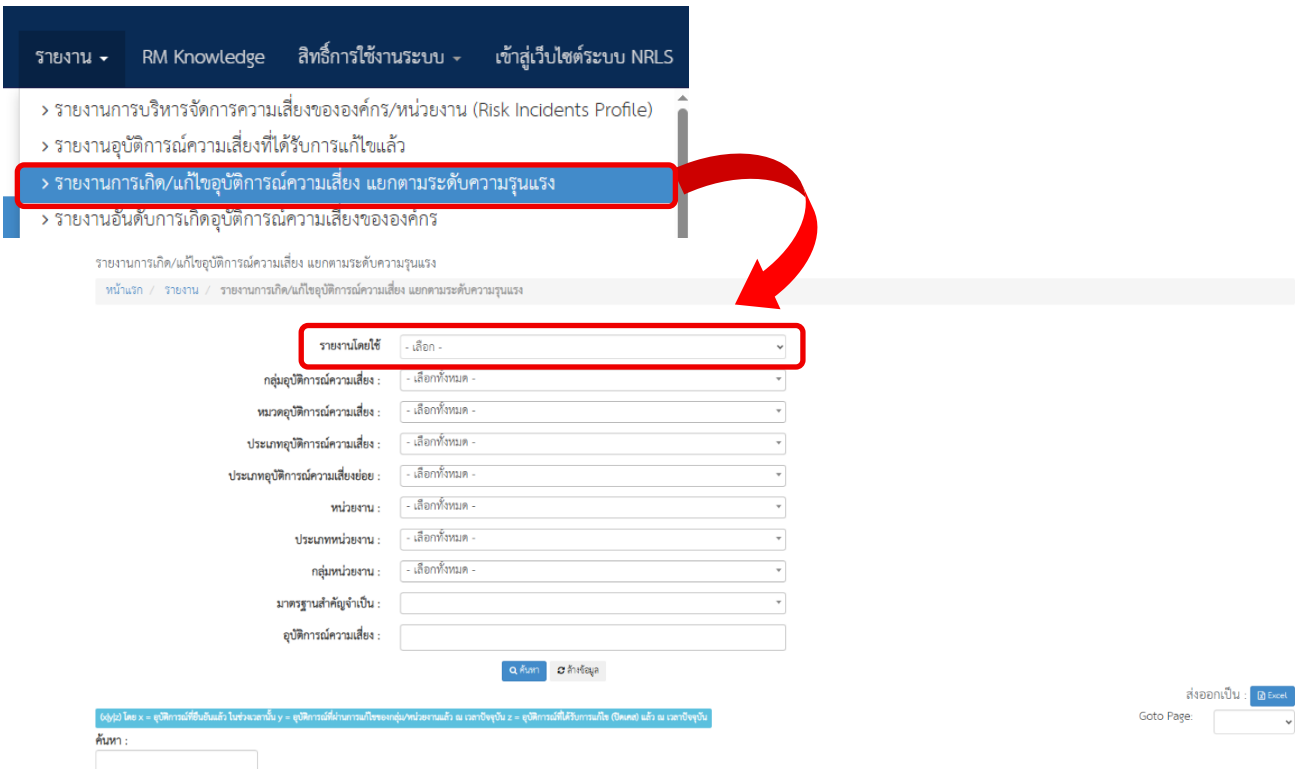


ตัวอย่างขั้นตอนการเรียกดูรายงาน

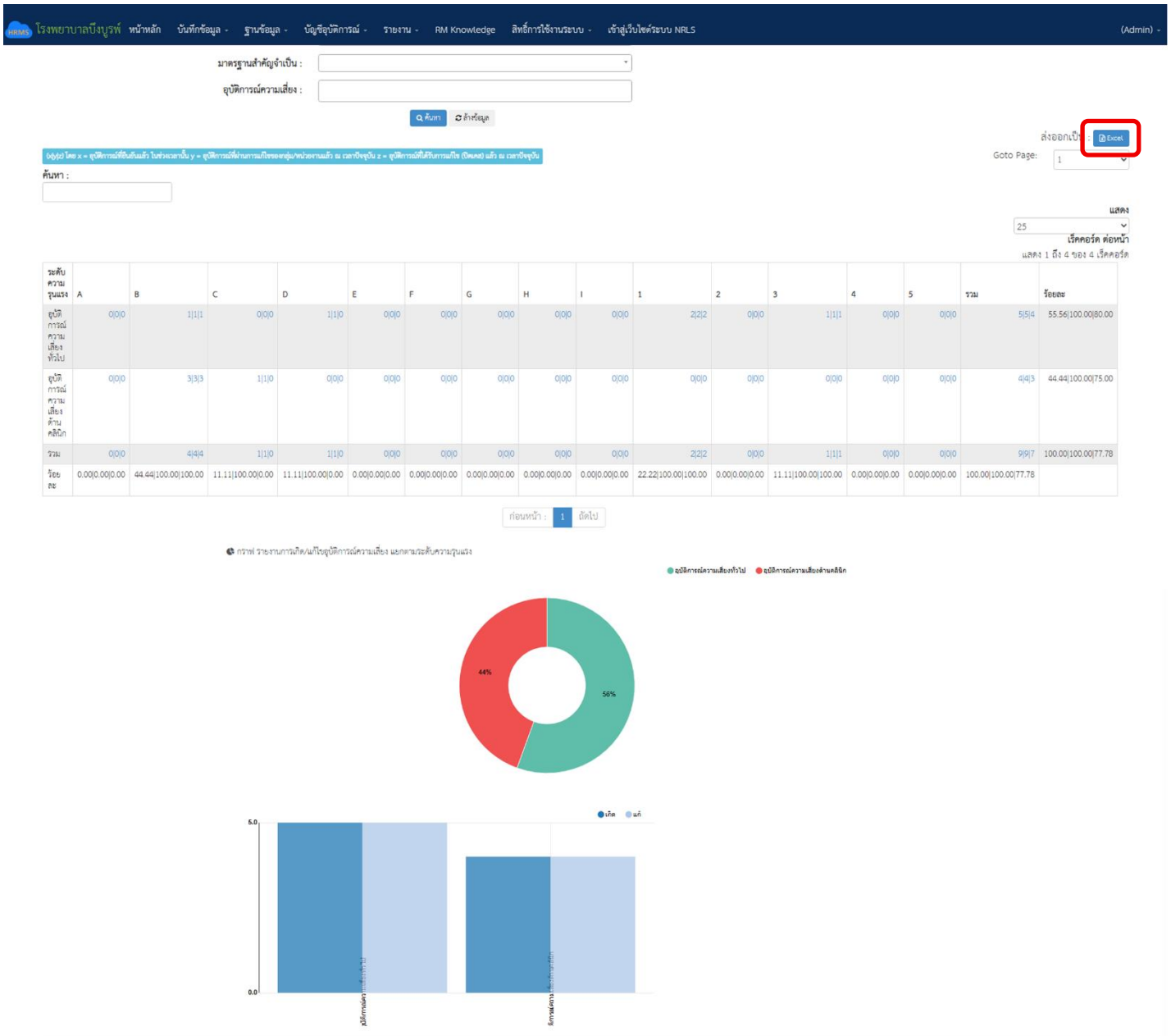
การเรียกดูรายงานต่าง ๆ มีขั้นตอนและวิธีการในการเรียกดู คล้ายๆ กัน ตามตัวอย่างการเรียกดูรายงานการเกิด/แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง แยกตามระดับความรุนแรง โดยเมื่อผ่านการ login เข้าสู่ระบบตามระดับสิทธิ์แล้ว ไปที่เมนู “รายงาน” และคลิกเลือกรายการ “รายงานการเกิด/แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง แยกตามระดับความรุนแรง” จากนั้นดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) เลือกระบุรอบของช่วงเวลาที่ต้องการดูรายงาน จากช่อง

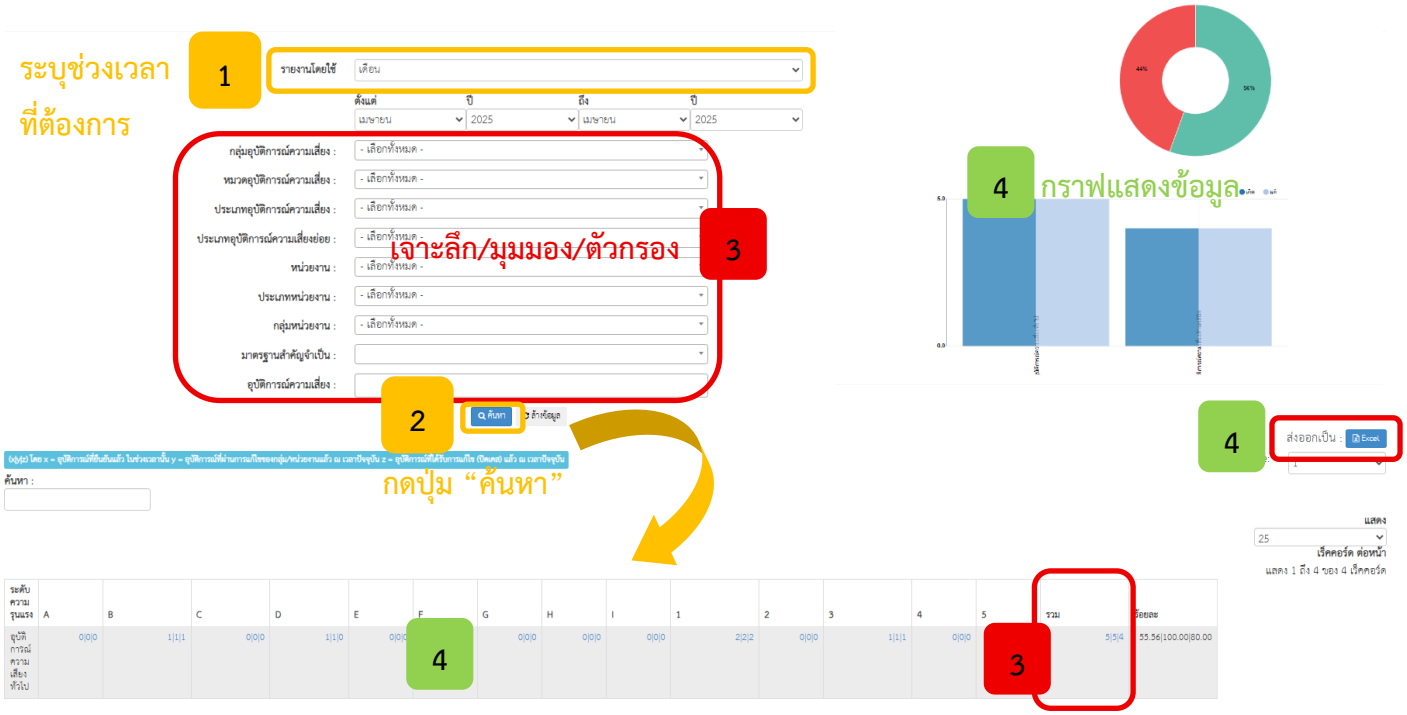
ซึ่งจะมีให้เลือกเป็น รอบเดือน ถึง เดือน/ไตรมาสของปีงบประมาณ ถึง ไตรมาสของปีงบประมาณ/ปีงบประมาณถึง ปีงบประมาณ/ปี ถึง ปี โดย ให้เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง



2) กดปุ่ม ค้นหา ระบบจะแสดงรายงานการเกิด/แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง แยกตามระดับความรุนแรงรวมทั้งหมดขององค์กร ซึ่งแสดงสถานะและข้อมูลเกี่ยวกับรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

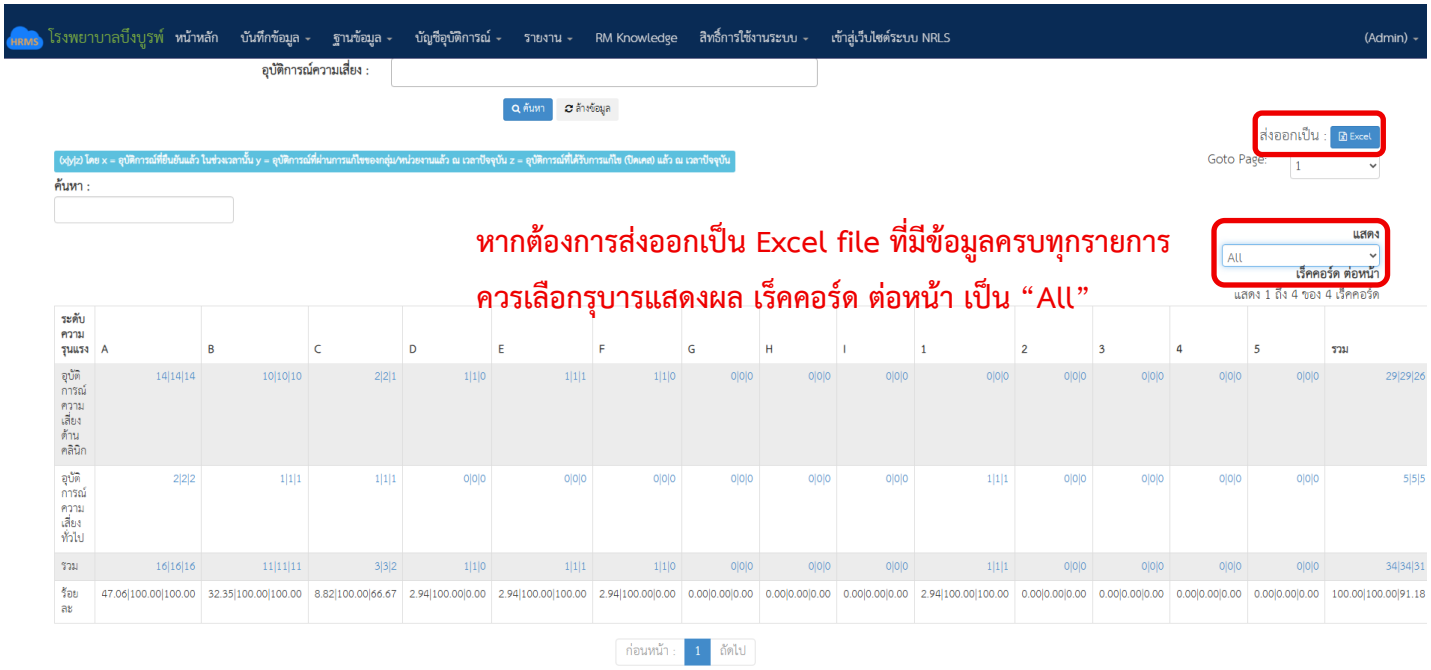


3) หากต้องการเจาะลึกเพื่อดูรายละเอียดเพิ่มเติมในมิติ/มุมมองต่าง ๆ ซึ่งสามารถทำได้ตามระดับสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลของแต่ละกลุ่มสิทธิ์ผู้ใช้ สามารถเลือกระบุมิติ/มุมมองต่าง ๆ ตามตัวเลือกที่ระบบมีไว้ให้ จากนั้น กดปุ่ม ค้นหา อีกครั้ง ระบบจะแสดงข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามมิติ/มุมมองที่เลือก ทั้งนี้ เมื่อ นำเมาส์ไปชี้ที่ตัวเลขจำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงใด ๆ แล้วพบว่ามีรูปมือแสดงที่ตัวเลขนั้น ๆ แสดงว่าผู้ใช้รายนั้นมีสิทธิ์ และสามารถเจาะลึกดูรายละเอียดได้มากขึ้น



4) รายละเอียดของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงใดที่มีปุ่ม ส่งออกเป็น : Excel แสดงไว้ที่มุมบนขวาแสดงว่าสามารถส่งออกและ save ในรูปแบบไฟล์ Excel เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

5)



ระดับความรุนแรง	A	B	C	D	E	F	G	H	I	1	2	3	4	5	รวม
อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก	14|14|14	10|10|10	2|2|1	1|1|0	1|1|1	1|1|0	0|0|0	0|0|0	0|0|0	0|0|0	0|0|0	0|0|0	0|0|0	0|0|0	29|29|26
อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป	2|2|2	1|1|1	1|1|1	0|0|0	0|0|0	0|0|0	0|0|0	0|0|0	0|0|0	1|1|1	0|0|0	0|0|0	0|0|0	0|0|0	5|5|5
รวม	16|16|16	11|11|11	3|3|2	1|1|0	1|1|1	1|1|0	0|0|0	0|0|0	0|0|0	1|1|1	0|0|0	0|0|0	0|0|0	0|0|0	34|34|31
ร้อยละ	47.06|100.00|100.00	32.35|100.00|100.00	8.82|100.00|66.67	2.94|100.00|0.00	2.94|100.00|100.00	2.94|100.00|0.00	0.00|0.00|0.00	0.00|0.00|0.00	0.00|0.00|0.00	2.94|100.00|100.00	0.00|0.00|0.00	0.00|0.00|0.00	0.00|0.00|0.00	0.00|0.00|0.00	100.00|100.00|91.18

บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของระบบ NRLS & HRMS on cloud

รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงในบัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของระบบ HRMS on Cloud เป็นรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สอดคล้องและครอบคลุมตาม Standard Data set & Terminologies ของระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย (National Reporting and Learning System: NRLS) ดังนั้น รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีอยู่ในบัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของทั้งสองระบบนี้ จึงเป็นบัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเดียวกัน

ทั้งนี้ ตามบัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของระบบ NRLS & HRMS on Cloud มีการจัดแบ่งรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงออกเป็น กลุ่ม หมวด ประเภท ประเภทย่อย และรายการ (เรื่อง) โดยในปีงบประมาณ 2566 นี้ยังคงเป็นเช่นเดียวกันกับปีงบประมาณ 2565 คือ มีการจัดแบ่งรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ NRLS & HRMS on Cloud ออกเป็น 2 กลุ่ม 4 หมวด 27 ประเภท 69 ประเภทย่อย และรายการ (เรื่อง) ทั้งหมด **จำนวน 315 รายการ (เรื่อง)** ดังนี้

1. กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk Incident : C) จำนวน 218 รายการ (เรื่อง) แยกเป็น 2 หมวด ได้แก่

1) หมวด Patient Safety Goals (Common Clinical Risk Incident) มีจำนวน 129 รายการ (เรื่อง) ใน 25 ประเภทย่อย และ 7 ประเภท (SIMPLE-O)

2) หมวด Specific Clinical Risk Incident มีจำนวน 89 รายการ (เรื่อง) ใน 17 ประเภทย่อย และ 7 ประเภท (สาขาโรค)

2. กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk Incident : G) จำนวน 97 รายการ (เรื่อง) แยกเป็น 2 หมวด ได้แก่

1) หมวด Personnel Safety Goals มีจำนวน 72 รายการ (เรื่อง) ใน 15 ประเภทย่อย และ 7 ประเภท (SIMPLE-O)

2) หมวด Organization Safety Goals มีจำนวน 25 รายการ (เรื่อง) ใน 12 ประเภทย่อย และ 6 ประเภท (SIMPLE)

รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงตาม Standard Data Set & Terminologies ระบบ NRLS ทุกรายการจะมีรหัสซึ่งเป็นตัวอักษรย่อและตัวเลขกำกับไว้ เพื่อบอกให้รู้ว่ารายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นอยู่ใน กลุ่ม หมวด ประเภท และประเภทย่อยของอุบัติการณ์ความเสี่ยงใด รายละเอียดดังตาราง

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk Incident: C)					
อักษรย่อ	หมวด	อักษรย่อ	ประเภท	ตัวเลขหลักหน่วย	ประเภทย่อย
P	Patient Safety	S	Safe Surgery	1	Safe Surgery and Invasive Procedure
				2	Safe Anesthesia

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk Incident: C)					
อักษรย่อ	หมวด	อักษรย่อ	ประเภท	ตัวเลขหลักหน่วย	ประเภทย่อย
	Goals หรือ Common Clinical Risk Incident			3	Safe Operating Room
		I	Infection Prevention and Control	1	Hand Hygiene
				2	Prevention of Healthcare Associated Infection
				3	Isolation Precautions
				4	Prevention and Control Spread of Multidrug-Resistant Organisms (MDRO)
		M	Medication & Blood Safety	1	Safe from Adverse Drug Events (ADE)
				2	Safe from Medication Error
				3	Medication Reconciliation
				4	Rational Drug Use (RDU)
				5	Blood Transfusion Safety
		P	Patient Care Processes	1	Patient Identification
				2	Communication
				3	Reduction of Diagnostic Errors
				4	Preventing Common Complications
				5	Pain Management
				6	Refer and Transfer Safety
		L	Line, Tube, and Catheter & Laboratory	1	Catheter, Tubing Connection, and Infusion Pump
				2	Right and Accurate Laboratory Results
		E	Emergency Response	1	Response to the Deteriorating Patient
				2	Medical Emergency
				3	Maternal and Neonatal Morbidity
				4	ER Safety
		O	Other (อื่น ๆ ซึ่งไม่สามารถจัดเข้า SIMPLE ได้)	1	อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk Incident: C) (ต่อ)					
อักษรย่อ	หมวด	อักษรย่อ	ประเภท	ตัวเลขหลักหน่วย	ประเภทย่อย
S	Specific Clinical Risk Incident	G	Gynecology & Obstetrics diseases and procedure	1	Maternal Health Care Process
				2	Child Health Care Process
				3	Gynecology diseases and procedure
		S	Surgical diseases and procedure	1	Specific complications in Surgery
				2	Urological Surgery
		M	Medical diseases and procedure	1	Respiratory System
				2	Cardiovascular System
				3	Gastrointestinal System
				4	Neurological System
				5	Specific Complications of Medical Procedure
				6	Medical Emergencies Complications
		P	Pediatric diseases and procedure	1	Pediatric Disease
				2	Pediatric Medical Disease/ Complications
		O	Orthopedic diseases and procedure	1	Ortho-Surgery Complications
		E	Eye, Ear, Nose, Throat diseases and procedure	1	Eye/Ophthalmic Diseases
				2	ENT Diseases
		D	Dental diseases and procedure	1	Dental Treatment Complications

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk Incident: G)					
อักษรย่อ	หมวด	อักษรย่อ	ประเภท	ตัวเลขหลักหน่วย	ประเภทย่อย
P	Personnel Safety Goals	S	Security and Privacy of Information and Social Media	1	Security and Privacy of Information
				2	Social Media and Communication Professionalism
		I	Infection and Exposure	1	Fundamental of Infection Control and Prevention for Workforce
				2	Specific Infection Control and Prevention for Workforce
		M	Mental Health and Mediation	1	Mental Health
				2	Mediation
		P	Process of work	1	Fundamental Guideline for Prevention of Work-Related Disorder
				2	Specific Guideline for Prevention of Work-Related Disorder
				3	Fitness for Work or Duty Health Assessment
		L	Lane (Ambulance) and Legal Issues	1	Ambulance and Referral Safety
				2	Legal Issues
		E	Environment and Working Conditions	1	Safe Physical Environment
				2	Working Conditions
				3	Workplace Violence
		O	Other (อื่น ๆ ซึ่งไม่สามารถจัดเข้า SIMPLE ได้)	1	อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk Incident: G) (ต่อ)					
อักษรย่อ	หมวด	อักษรย่อ	ประเภท	ตัวเลขหลักหน่วย	ประเภทย่อย
O	Organization Safety Goals	S	Strategy, Structure, Security	1	Strategy System
				2	Structure System
				3	Security System
		I	Information Technology & Communication, Internal control & Inventory	1	Information Technology & Communication
				2	Internal control & Inventory
		M	Manpower, Management	1	Manpower
				2	Management
		P	Policy, Process of work & Operation	1	Policy
				2	Process of work & Operation
		L	Licensed & Professional certificate	1	Professional & Operational Supervision
		E	Economy	1	Financial
				2	Budget

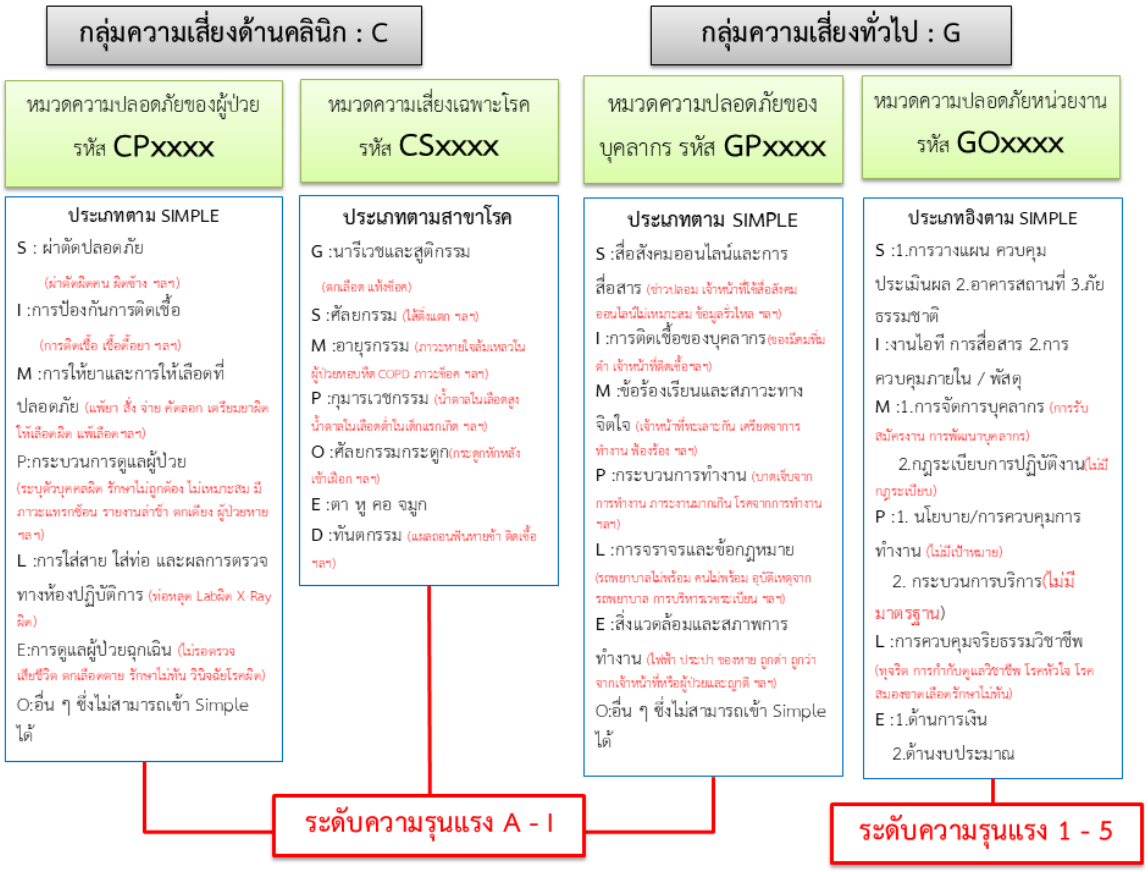
โดยรหัสรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงแต่ละรายการ ประกอบด้วยตัวอักษร 3 ตัว และ ชุดตัวเลข 3 ตัว (ตัวเลขตัวแรกเป็นหลักหน่วย 1 ตัวและตัวเลข 2 ตัวหลังเป็นตัวเลขหลักสิบ) ซึ่งมีความหมายดังนี้

- **ตัวอักษรตัวแรก** เป็นอักษรย่อที่**แสดงถึงกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยง** ว่าอยู่กลุ่มใด
- **ตัวอักษรตัวที่ 2** เป็นอักษรย่อที่**แสดงถึงหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** ว่าอยู่ในหมวดใด
- **ตัวอักษรตัวที่ 3** เป็นอักษรย่อที่**แสดงถึงประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง** ว่าอยู่ในประเภทใด
- **ตัวเลขตัวแรก (เลขหลักหน่วย) แสดงถึง ประเภทย่อยของอุบัติการณ์ความเสี่ยง**ที่มีอยู่ในแต่ละประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง
- **ตัวเลขสองตัวหลัง (เลขหลักสิบ) แสดงถึง รายการ (เรื่อง) อุบัติการณ์ความเสี่ยง** ว่าเป็นเรื่องลำดับใดในแต่ละประเภทย่อยอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นๆ

ดังตัวอย่าง ตารางแสดงความหมายของรหัสอุบัติการณ์ความเสี่ยง **รหัส** CPS101 : **ผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดข้าง** (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong body part)

กลุ่ม	หมวด	ประเภท	ประเภทย่อย	รายการ/ลำดับ	รหัส : เรื่อง
C ย่อมาจาก Clinical Risk Incident **บอกถึง กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก**	P ย่อมาจาก Patient Safety Goals **บอกถึงหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Patient Safety Goals**/Common Clinical Risk Incident	S ย่อมาจาก Safe Surgery **บอกถึงประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง Safe Surgery**	1 **บอกถึงประเภทย่อยอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ S1:** Safe Surgery and Invasive Procedure	01 บอกถึงอุบัติการณ์รายการ/ลำดับที่ 1	CPS101 **ผ่าตัดผิดตำแหน่งผิดข้าง** (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong body part)

หมายเหตุ เฉพาะในโปรแกรม/ระบบ HRMS on Cloud การใช้งานรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกรายการ/รหัส (เรื่อง) โรงพยาบาลสมาชิกสามารถเพิ่มเติมรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงย่อยภายในโรงพยาบาลได้ตามบริบท/ความต้องการ **ยกเว้น** รหัส CPOxxx และรหัส GPOxxx ไม่สามารถเพิ่มเติมได้



รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงในกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk Incident: C)

หมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Patient Safety Goals: P (Common Clinical Risk Incident)

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง S: Safe Surgery มี 3 ประเภทย่อย จำนวน 29 เรื่อง ได้แก่

S1 : Safe Surgery and Invasive Procedure จำนวน 18 เรื่อง

S2 : Safe Anesthesia จำนวน 3 เรื่อง

S3 : Safe Operating Room จำนวน 8 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	CPS101	ผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดข้าง (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong body part)*	S1.1
2	CPS102	ผ่าตัดผิดคน (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong patient)*	S1.1
3	CPS103	ผ่าตัดผิดชนิด (Wrong surgical or other invasive procedure performed on a patient)*	S1.1
4	CPS104	Wrong implant/prosthetic***	S1.1
5	CPS105	บาดเจ็บอวัยวะข้างเคียงระหว่างผ่าตัด (Internal organ injury or Accidental puncture or laceration)**	S1.1
6	CPS106	Perioperative hemorrhage or hematoma**	S1.1
7	CPS107	ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัดที่ป้องกันได้	S1.1
8	CPS108	ผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผน	S1.1
9	CPS109	ความคาดเคลื่อนของการส่งผลชิ้นเนื้อ หรือสิ่งส่งตรวจอื่นในกระบวนการผ่าตัด	S1.1
10	CPS110	Intraoperative or immediately postoperative/post procedure death in an ASA PS I patient*	S1.1
11	CPS111	SSI: Surgical Site Infection	S1.2
12	CPS112	Postoperative Acute Kidney Injury Requiring Dialysis**	S1.3
13	CPS113	Postoperative Hip Fracture**	S1.3
14	CPS114	Postoperative Respiratory failure**	S1.3
15	CPS115	Postoperative Sepsis**	S1.3
16	CPS116	Postoperative Wound dehiscence**	S1.3
17	CPS117	ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ป้องกันได้	S1.3
18	CPS118	เกิดภาวะ Venous Thromboembolism (VTE) หลังผ่าตัด	S1.4
19	CPS201	เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึก	S2

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
20	CPS202	ภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างผ่าตัดในผู้ป่วย ASA PS I, II	S2
21	CPS203	ใส่ท่อหายใจซ้ำภายใน 2 ชั่วโมงหลังการถอดท่อหายใจ (re-intubation within 2 hrs. after ex-tubation)	S2
22	CPS301	สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดไม่ปลอดภัย	S3.1
23	CPS302	ไฟฟ้าสำรองไม่ทำงานภายในระยะเวลาที่กำหนดเมื่อไฟดับระหว่างผ่าตัด	S3.1
24	CPS303	เครื่องมือ-อุปกรณ์สำหรับผ่าตัดไม่พร้อมใช้งาน	S3.2
25	CPS304	ภาวะแทรกซ้อนจากเครื่องมือ/อุปกรณ์เกี่ยวกับการผ่าตัด	S3.2
26	CPS305	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด	S3.3
27	CPS306	การเลื่อนการผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วนจากความไม่พร้อมหรือการประเมินไม่ครบถ้วน	S3.3
28	CPS307	การมีอุปกรณ์หรือสิ่งตกค้างอื่นใดในร่างกายผู้ป่วย (Unintended retention of foreign object in a patient after surgery or other procedure)***	S3.3
29	CPS308	การปฏิบัติโดยไม่คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิผู้ป่วย	S3.3
* อ้างอิงจาก AHRQ, Patient Safety Network, Never Events			
** อ้างอิงจาก AHRQ, Patient Safety indicators			
*** อ้างอิงจาก NHS, Provisional publication of Never Events reported			

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง I: Infection Prevention and Control มี 4 ประเภทย่อย จำนวน 9 เรื่อง ได้แก่

I1 : Hand Hygiene จำนวน 1 เรื่อง

I2 : Prevention of Healthcare Associated Infection จำนวน 4 เรื่อง

I3 : Isolation Precautions จำนวน 3 เรื่อง

I4 : Prevention and Control Spread of Multidrug-Resistant Organisms (MDRO) จำนวน 1 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	CPI101	ไม่ล้างมือ/ล้างไม่เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ของการทำความสะอาดมือ (5 moments for hand hygiene)	I1
2	CPI201	CAUTI: Catheter Associated Urinary Tract Infection	I2.1
3	CPI202	VAP: Ventilator-Associated Pneumonia	I2.2
4	CPI203	CLABSI: Central Line-Associated Bloodstream Infection	I2.3

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
5	CPI204	การไม่ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อโรคในสถานพยาบาล Standard Precautions (ยกเว้นการล้างมือ)	I2
6	CPI301	การเกิดระบาดโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ	I3
7	CPI302	เกิดการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (Vaccine Preventable Disease) ภายในโรงพยาบาล	I3
8	CPI303	เกิดการระบาดของโรคติดต่ออื่น ๆ (Other Communication Disease) ภายในโรงพยาบาล	I3
9	CPI401	การเกิดการติดเชื้อดื้อยา	I4

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง M: Medication & Blood Safety มี 5 ประเภทย่อย จำนวน 29 เรื่อง ได้แก่

M1 : Safe from Adverse Drug Events (ADE) จำนวน 7 เรื่อง

M2 : Safe from Medication Error จำนวน 8 เรื่อง

M3 : Medication Reconciliation จำนวน 4 เรื่อง

M4 : Rational Drug Use (RDU) จำนวน 4 เรื่อง

M5 : Blood Transfusion Safety จำนวน 6 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	CPM101	แพ้ยาซ้ำ	M1
2	CPM102	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตาม Guideline ของการใช้ High Alert Drug	M1.1
3	CPM103	ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการได้รับยาความเสี่ยงสูง	M1.1
4	CPM104	Mis selection of a strong potassium containing solution***	M1.1
5	CPM105	แพ้ยา (ยกเว้น แพ้ยาซ้ำ)/ADE: Adverse Drug Events ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	M1.2
6	CPM106	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตาม Guideline ของการใช้ Fatal Drug	M1.3
7	CPM107	ผู้ป่วยได้รับยาที่มีคู่ยาปฏิกิริยารุนแรง	M1.3
8	CPM201	Medication error : Prescribing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการสั่งใช้ยา)	M2
9	CPM202	Medication error : Transcribing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการคัดลอกยา)	M2

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
10	CPM203	Medication error : Pre-dispensing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการจัดเตรียมจ่ายยา)	M2
11	CPM204	Medication error : Dispensing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการจ่ายยา)	M2
12	CPM205	Medication error : Administration (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการให้ยา)	M2
13	CPM206	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Look-Alike Sound-Alike Medication Names	M2.1
14	CPM207	ผู้ป่วยได้รับยา ในกลุ่ม Look-Alike Sound-Alike Medication Names	M2.1
15	CPM208	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน หรือ Guideline ของการใช้ยา ยกเว้น HAD, Fatal drug, Look-Alike Sound-Alike, Antibiotics	M2.2
16	CPM301	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Medication Reconciliation	M3
17	CPM302	ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมต่อเนื่องจากไม่ได้ทำ Medication Reconciliation	M3
18	CPM303	ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อนจากไม่ได้ทำ Medication Reconciliation	M3
19	CPM304	ผู้ป่วยได้รับยาที่มีปฏิกิริยากันโดยไม่ได้ทำ Medication Reconciliation	M3
20	CPM401	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Rational Drug Use	M4
21	CPM402	การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	M4
22	CPM403	การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	M4
23	CPM404	การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล (ยกเว้นยาปฏิชีวนะ)	M4
24	CPM501	การให้เลือดผิด (Incorrect blood component transfused, IBCT หรือ Wrong blood transfused)	M5
25	CPM502	การมีปฏิกิริยาจากการได้รับเลือด (Transfusion reaction)**	M5
26	CPM503	การไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด (Specific requirements not met, SRNM) ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยได้รับส่วนประกอบของเลือดที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนด	M5
27	CPM504	การให้เลือดที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate transfusion)	M5
28	CPM505	เกิดความผิดพลาดในการนำส่งและจัดเก็บส่วนประกอบของเลือด (Handling and storage errors, HSE)	M5
29	CPM506	กระบวนการปฏิบัติงาน/ขั้นตอนการดำเนินงานในการให้เลือดผู้ป่วยคลาดเคลื่อนจากข้อกำหนด (Right blood right patient, RBRP)	M5
* อ้างอิงจาก AHRQ, Patient Safety Network, Never Events			

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
** อ้างอิงจาก AHRQ, Patient Safety indicators			
*** อ้างอิงจาก NHS, Provisional publication of Never Events reported			

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง P: Patient Care Processes มี 6 ประเภทย่อย จำนวน 33 เรื่อง ได้แก่

P1 : Patient Identification จำนวน 1 เรื่อง

P2 : Communication จำนวน 7 เรื่อง

P3 : Reduction of Diagnostic Errors จำนวน 11 เรื่อง

P4 : Preventing Common Complications จำนวน 6 เรื่อง

P5 : Pain Management จำนวน 6 เรื่อง

P6 : Refer and Transfer Safety จำนวน 2 เรื่อง

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	CPP101	Patient Identification	P1
2	CPP201	การรายงานอาการ หรือสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่เหมาะสม/ไม่ครบถ้วน	P2.1
3	CPP202	การสื่อสารเพื่อการส่งตรวจหรือการรักษาทางรังสีวิทยาผิดพลาด/ไม่ครบถ้วน	P2.2
4	CPP203	การสื่อสารเพื่อการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด/ไม่ครบถ้วน	P2.2
5	CPP204	การสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยผิดพลาด เช่น ไม่สื่อสาร/สื่อสารผิด/สื่อสารไม่ครบถ้วน/สื่อสารล่าช้า	P2.2
6	CPP205	ไม่รายงาน Critical Test Results หรือรายงานล่าช้า	P2.3
7	CPP206	เกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลซึ่งมีสาเหตุมาจาก Verbal or Telephone Order/Communication	P2.4
8	CPP207	เกิดความผิดพลาดจากการใช้สื่อในกระบวนการรักษาพยาบาล เช่น ใช้คำย่อ/ชื่อย่อ/สัญลักษณ์ที่ไม่เป็นสากล	P2.5
9	CPP301	Misdiagnosis or delay diagnosis	P3
10	CPP302	(Access & Entry) ผู้ป่วยเข้าถึงหรือได้รับบริการ ผิด/ล่าช้าไปจากเกณฑ์ หรือโรคที่เป็น	P3
11	CPP303	(Patient Assessment) ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมิน/ประเมินผิด/ประเมินไม่ครบถ้วน ตามเกณฑ์ อาการหรือการดำเนินโรค	P3
12	CPP304	(Planning of Care) ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนดูแล/วางแผนไม่ครอบคลุม หรือวางแผนผิดไปจากพยาธิสภาพ/สภาวะของโรค	P3

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
13	CPP305	(Discharge Planning) ผู้ป่วยกลุ่มโรคจำเป็นไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย/ วางแผนไม่ครอบคลุม ตามเกณฑ์ หรือประเด็น	P3
14	CPP306	(Patient Care Delivery) ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ครอบคลุม/ ไม่เชื่อมโยง/ไม่สอดคล้อง ตามเกณฑ์ อาการ หรือโรค	P3
15	CPP307	(Patient Care Delivery) ผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงในสถานการณ์ หรือสถานที่ไม่เหมาะสม	P3
16	CPP308	(Patient Care Delivery) ผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เหมาะสมตามความต้องการพื้นฐาน หรือข้อบ่งชี้ของโรค/การเจ็บป่วย	P3
17	CPP309	(Information and Empowerment) ผู้ป่วย/ครอบครัวไม่ได้รับข้อมูลเพื่อเสริมพลัง หรือได้รับไม่ชัดเจน/ ไม่ต่อเนื่อง/ไม่เหมาะสม กับการรับรู้หรือมีส่วนร่วม	P3
18	CPP310	(Information and Empowerment) ข้อมูลการวินิจฉัย/การดูแลรักษาของผู้ป่วยไม่ได้รับการบันทึกหรือได้รับการบันทึกไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน ไม่เชื่อมโยงต่อเนื่อง	P3
19	CPP311	(Continuity of Care) ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง/ไม่เชื่อมโยง/ไม่สอดคล้อง กับบริบทและสภาวะของโรค	P3
20	CPP401	ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลซึ่งป้องกันได้ **(ยกเว้น เกิดแผลกดทับ, ตกเตียง/fall)**	P4
21	CPP402	ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย/ฆ่าตัวตาย	P4
22	CPP403	ผู้ป่วยถูกลักพาตัว สลับ หรือสูญหาย หรือพลัดหลง หรือหลบหนี	P4
23	CPP404	เกิดแผลกดทับ	P4.1
24	CPP405	ตกเตียง/fall	P4.2
25	CPP406	ผู้ป่วยอาละวาดก้าวร้าว	P4
26	CPP501	ผู้ป่วยไม่ได้รับ หรือได้รับการบรรเทาอาการปวดไม่เหมาะสมกับสภาพอาการ	P5.1
27	CPP502	ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการจัดการความปวด	P5.1
28	CPP503	ผู้ป่วย Acute Pain ไม่ได้รับ หรือได้รับการบรรเทาอาการปวดไม่เหมาะสม	P5.2
29	CPP504	Chronic Non-Cancer Patients ได้รับการสั่งใช้ Opioids ไม่เหมาะสม	P5.3
30	CPP505	ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ opioids ในการระงับปวดเรื้อรังที่มีใช่มะเร็ง	P5.3
31	CPP506	Management for Cancer Pain and Palliative Care ไม่เหมาะสม	P5.4

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
32	CPP601	ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อเพื่อการรักษา ไม่ได้รับการส่งต่อหรือส่งต่อได้ในช่วงเวลาไม่เหมาะสม	P6
33	CPP602	มีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ระหว่างส่งต่อ	P6

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง L: Line, Tube, and Catheter & Laboratory มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่

L1 : Catheter, Tubing Connection, and Infusion Pump จำนวน 3 เรื่อง

L2 : Right and Accurate Laboratory Results จำนวน 3 เรื่อง

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	CPL101	ท่อ เลื่อนหลุดเกิด re-intubation	L1
2	CPL102	Mis-connect, Dis-connect	L1
3	CPL103	ความคลาดเคลื่อนการให้สารน้ำจากการใช้ Infusion pump	L1
4	CPL201	ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด ล่าช้า หรือไม่สามารถปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ได้	L2
5	CPL202	สิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม หรือไม่มีสิ่งส่งตรวจ	L2
6	CPL203	เตรียมตรวจ/ตรวจทางรังสีผิดพลาด (เช่น ผิดประเภท/ผิดคำสั่ง/ผิดตำแหน่ง/ผิดข้าง/ผิดเทคนิคการตรวจ)	L2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง E: Emergency Response มี 4 ประเภทย่อย จำนวน 22 เรื่อง ได้แก่

E1 : Response to the Deteriorating Patient จำนวน 1 เรื่อง

E2 : Medical Emergency จำนวน 4 เรื่อง

E3 : Maternal and Neonatal Morbidity จำนวน 6 เรื่อง

E4 : ER Safety จำนวน 11 เรื่อง

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่อความเสี่ยง	SIMPLE
1	CPE101	Un-planed Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)	E1
2	CPE201	Sepsis with death	E2.1
3	CPE202	ผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome ไม่ได้รับการตรวจรักษาในช่วงเวลา golden period	E2.2

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่อความเสี่ยง	SIMPLE
4	CPE203	Acute Ischemic Stroke ที่ให้การรักษาไม่ทัน golden period	E2.3
5	CPE204	เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำ Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)	E2.4
6	CPE301	PPH with Complicate	E3.1
7	CPE302	มารดาเสียชีวิตจากการคลอด	E3.2
8	CPE303	ทารกเสียชีวิตจากการคลอด	E3.2
9	CPE304	ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดที่ป้องกันได้เกิดขึ้นกับมารดา	E3.2
10	CPE305	ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดที่ป้องกันได้เกิดขึ้นกับทารก (Birth injury)	E3.2
11	CPE306	Severe Birth Asphyxia	E3.3
12	CPE401	ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้รับการตรวจรักษาภายในระยะเวลา 30 นาที	E4.1
13	CPE402	Under triage	E4.1
14	CPE403	Over triage	E4.1
15	CPE404	ผู้ป่วยไม่รอตรวจ ไม่พึงพอใจ ร้องเรียน	E4.1
16	CPE405	Delay Diagnosis and Delay treatment ในผู้ป่วย ฉุกเฉิน และผู้ป่วย Fast Track	E4.1
17	CPE406	ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉินระหว่างรอการตรวจรักษา	E4.2
18	CPE407	Missed Diagnosis	E4.2
19	CPE408	Un-planed ICU ในผู้ป่วยฉุกเฉิน/ผู้ป่วยวิกฤติ	E4.3
20	CPE409	ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาในห้องฉุกเฉินนานมากกว่า 2 ชั่วโมงก่อน Admit หรือนานมากกว่า 4 ชั่วโมงก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน	E4.4
21	CPE410	เกิดอุบัติภัยหมู่ที่ให้ความช่วยเหลือได้ไม่ทันเวลา	E4.5
22	CPE411	เกิด disaster หรือภาวะฉุกเฉินที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ที่ ER	E4.5

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง O: Other (อื่น ๆ ซึ่งไม่สามารถจัดเข้า SIMPLE ได้) มี 1 ประเภทย่อย จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่

O1 : อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE จำนวน 1 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่อความเสี่ยง	SIMPLE
1	CPO101	เรื่องอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE โปรดระบุ	-

รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงในกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk Incident: C)

หมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางด้านคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk Incident: S)

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง G: Gynecology & Obstetrics diseases and procedure มี 3 ประเภทย่อย จำนวน 14 เรื่อง ได้แก่

G1 : Maternal Health Care Process จำนวน 7 เรื่อง

G2 : Child Health Care Process จำนวน 1 เรื่อง

G3 : Gynecology diseases and procedure จำนวน 6 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	CSG101	เกิดปัญหา in VBAC (Vaginal Birth after Cesarean) เช่น Uterine rupture/ตกเลือด	ตอนที่ III / G1
2	CSG102	เกิดปัญหาใน Preeclampsia (เช่น Eclampsia/HELLP Syndrome/Severe eclampsia/Abruption/SE from MgSO4)	ตอนที่ III / G1
3	CSG103	เกิดปัญหาใน Pregnancy with GDM (เช่น Polyhydramnios/PIH/Macrosomia/DFIU)	ตอนที่ III / G1
4	CSG104	เกิดปัญหาใน Pregnancy with HIV เช่น M-F transmission	ตอนที่ III/ G1
5	CSG105	เกิดภาวะวิกฤติใน Placenta Previa (เช่น APH/PPH)	ตอนที่ III / G1
6	CSG106	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Amniocentesis (เช่น Haemorrhage/Sepsis/Fetal loss/Abort/Uterine contraction)	ตอนที่ III / G1
7	CSG107	เกิดปัญหาใน Premature Contraction (เช่น Preterm labour/SE from Inhibit)	ตอนที่ III / G1
8	CSG201	เกิดปัญหาใน Twin (เช่น Preterm labour/PROM/PPH/Birth asphyxia/PIH/Discordant twin)	ตอนที่ III / G2
9	CSG301	เกิด TOA (Tubo-ovarian abscess) ใน PID (Pelvic Inflammatory Disease)	ตอนที่ III / G3
10	CSG302	เกิดภาวะวิกฤติ ใน Abort (เช่น Embolism/Shock)	ตอนที่ III / G3
11	CSG303	เกิดภาวะวิกฤติใน Ectopic pregnancy (เช่น Rupture/Shock)	ตอนที่ III / G3
12	CSG304	เกิดภาวะวิกฤติใน Ovarian tumor (เช่น Rupture/Twist)	ตอนที่ III / G3
13	CSG305	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน CIN (Cervical of intraepithelial neoplasia) (เช่น Persistence/Recurrent/CA Cervix)	ตอนที่ III / G3
14	CSG306	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Myoma uteri (เช่น Hypermenorrhea/Infertile/Urinary Incontinence)	ตอนที่ III / G3

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง S: Surgical diseases and procedure มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 11 เรื่อง ได้แก่

S1 : Specific complications in Surgery จำนวน 8 เรื่อง

S2 : Urological Surgery จำนวน 3 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	CSS101	ทำ Perm-cath insertion แล้วเกิด Bleeding/Pneumothorax	ตอนที่ III / S1
2	CSS102	เกิด Bleeding with shock ในโรค Blunt abdominal injury	ตอนที่ III / S1
3	CSS103	เกิด Bowel gangrene ในโรค Hernia	ตอนที่ III / S1
4	CSS104	เกิด Gut obstruction ในโรค Carcinoma of colon	ตอนที่ III / S1
5	CSS105	เกิด Intracranial hemorrhage ในโรค Head injury	ตอนที่ III / S1
6	CSS106	เกิด Rupture ในโรค Acute appendicitis	ตอนที่ III / S1
7	CSS107	เกิด Sepsis ในโรค Acute cholecystitis	ตอนที่ III / S1
8	CSS108	เกิด Sepsis ในโรค Cellulitis	ตอนที่ III / S1
9	CSS201	เกิด Bleeding ใน PCNC (Percutaneous Nephrocystostomy catheter)	ตอนที่ III / S2
10	CSS202	เกิด Hydro-pneumothorax ใน PCNC (Percutaneous Nephrocystostomy catheter)	ตอนที่ III / S2
11	CSS203	เกิด Renal pelvis perforation ใน PCNC (Percutaneous Nephrocystostomy catheter)	ตอนที่ III / S2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง M: Medical diseases and procedure มี 6 ประเภทย่อย จำนวน 28 เรื่อง ได้แก่

M1 : Respiratory System จำนวน 7 เรื่อง

M2 : Cardiovascular System จำนวน 1 เรื่อง

M3 : Gastrointestinal System จำนวน 3 เรื่อง

M4 : Neurological System จำนวน 4 เรื่อง

M5 : Specific Complications of Medical Procedure จำนวน 4 เรื่อง

M6 : Medical Emergencies Complications จำนวน 9 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	CSM101	เกิด Hypoxemia/Respiratory failure ใน Exacerbation of COPD	ตอนที่ III / M1
2	CSM102	เกิด Hypoxemia/Respiratory failure ใน Severe asthma	ตอนที่ III / M1

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
3	CSM103	เกิด Hypoxemia/Respiratory failure ในโรค Avian influenza	ตอนที่ III / M1
4	CSM104	เกิด Hypoxemia/Respiratory failure ในโรค H1N1 influenza	ตอนที่ III / M1
5	CSM105	เกิด Hypoxemia/Respiratory failure ในโรค SARS	ตอนที่ III / M1
6	CSM106	เกิดภาวะ Hypoxemia/Pneumothorax ในโรค PCP	ตอนที่ III / M1
7	CSM107	เกิดภาวะ Hypoxemia/Respiratory failure ในโรค TB Lung	ตอนที่ III / M1
8	CSM201	เกิด CHF/Arrhythmia/Cardiogenic shock ใน AMI	ตอนที่ III / M2
9	CSM301	เกิดภาวะ Hypokalemia ในโรค Acute/Chronic Diarrhea	ตอนที่ III / M3
10	CSM302	เกิดภาวะ Hypovolemic Shock ในโรค Acute/Chronic Diarrhea	ตอนที่ III / M3
11	CSM303	เกิดภาวะ Hypovolemic Shock ในโรค UGI Bleeding	ตอนที่ III / M3
12	CSM401	เกิดภาวะ Brain herniation ในโรค Toxoplasmosis	ตอนที่ III / M4
13	CSM402	เกิดภาวะ Brain herniation ในโรค CVA	ตอนที่ III / M4
14	CSM403	เกิดภาวะ Aspirate pneumonia ในโรค CVA	ตอนที่ III / M4
15	CSM404	เกิดภาวะ IICP ในโรค Cryptococcal meningitis	ตอนที่ III / M4
16	CSM501	เกิด Internal bleeding จากการทำ Liver biopsy	ตอนที่ III / M5
17	CSM502	เกิด Pneumothorax จากการทำ Bronchoscopy	ตอนที่ III / M5
18	CSM503	เกิด Brain herniation จากการทำ Lumbar puncture	ตอนที่ III / M5
19	CSM504	เกิด Gut perforation จากการทำ Gastroscopy/Colonoscopy	ตอนที่ III / M5
20	CSM601	เกิดภาวะ Sepsis/Malnutrition ใน Steven Johnson Syndrome	ตอนที่ III / M6
21	CSM602	เกิดภาวะ Septic shock ในโรค Acute pyelonephritis	ตอนที่ III / M6
22	CSM603	เกิดภาวะ Septic shock/Cardiac arrest ใน Sepsis	ตอนที่ III / M6
23	CSM604	เกิดภาวะ Severe acidosis ใน Lactic acidosis	ตอนที่ III / M6
24	CSM605	เกิดภาวะ Shock/Arrhythmia จากการทำ Hemodialysis	ตอนที่ III / M5
25	CSM606	เกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินในโรค DM (เช่น Hypoglycemia/DKA)	ตอนที่ III / M6
26	CSM607	เกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินในโรค Dengue fever (เช่น Shock/Bleeding)	ตอนที่ III / M6
27	CSM608	เกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินในโรค ESRD (เช่น Fluid overload/Hyperkalemia)	ตอนที่ III / M6
28	CSM609	เกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินในโรค HT (เช่น CVA/Encephalopathy)	ตอนที่ III / M6

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง P: Pediatric diseases and procedure มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 8 เรื่อง ได้แก่

P1 : Pediatric Disease จำนวน 5 เรื่อง

P2 : Pediatric Medical Disease/ Complications จำนวน 3 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	CSP101	เกิด Apnea/RDS/BPD/ROP/NEC/Anemia ใน Preterm ที่ VLBW	ตอนที่ III / P1
2	CSP102	เกิด Hypo-Hyperglycemia ใน Preterm ที่ VLBW	ตอนที่ III / P1
3	CSP103	เกิด Hypo-Hyperthermia ใน Preterm ที่ VLBW	ตอนที่ III / P1
4	CSP104	เกิด Hypo-Hyperglycemia/Polycythemia ใน Macrosomia/LGA/GDM	ตอนที่ III / P1
5	CSP105	เกิด PPHN/Pneumothorax ใน MAS	ตอนที่ III / P1
6	CSP201	เกิด Acidosis/Electrolyte Imbalance ในโรค Acute Diarrhea	ตอนที่ III / P2
7	CSP202	เกิด Sepsis/Emphysema/IRDS/Hypoxia ในโรค Pneumonia	ตอนที่ III / P2
8	CSP203	เกิด Shock/Bleeding/Pleural effusion ในโรค DHF	ตอนที่ III / P2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง O: Orthopedic diseases and procedure มี 1 ประเภทย่อย จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่

O1 : Ortho-Surgery Complications จำนวน 6 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	CSO101	กระดูกหักใกล้ข้อ/หลังเข้าเฝือก 24 ชั่วโมง แล้วเกิด Compartment syndrome	ตอนที่ III / O1
2	CSO102	ดึงถ่วงน้ำหนักผ่านกระดูก แล้วเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนเลือดส่วนปลาย และระบบประสาท	ตอนที่ III / O1
3	CSO103	เกิดภาวะแทรกซ้อนในโรค Long bone fracture เช่น Chest injury/Abdominal injury/C-spine injury/Fat embolism	ตอนที่ III / O1
4	CSO104	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Total knee replacement เช่น Active blood loss/spinal shock	ตอนที่ III / O1
5	CSO105	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Hip replacement เช่น Dislocation/Sciatic nerve injury/Hematoma/Fracture	ตอนที่ III / O1
6	CSO106	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Laminectomy/Discectomy เช่น Cauda equina syndrome/Nerve root injury	ตอนที่ III / O1

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง E: Eye, Ear, Nose, Throat diseases and procedure มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 11 เรื่อง ได้แก่

E1 : Eye/Ophthalmic Diseases จำนวน 8 เรื่อง

E2 : ENT Diseases จำนวน 3 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	CSE101	Iris prolapsed ใน ECCE	ตอนที่ III / E1
2	CSE102	Rupture posterior capsule ใน ECCE	ตอนที่ III / E1
3	CSE103	Rupture posterior capsule ใน Phaco with IOL	ตอนที่ III / E1
4	CSE104	กระจกตาบวม ใน ECCE	ตอนที่ III / E1
5	CSE105	กระจกตาบวม ใน Phaco with IOL	ตอนที่ III / E1
6	CSE106	Endophthalmitis ใน ECCE	ตอนที่ III / E1
7	CSE107	Endophthalmitis ใน Phaco with IOL	ตอนที่ III / E1
8	CSE108	Endophthalmitis ใน Intravitreous	ตอนที่ III / E1
9	CSE201	เกิดภาวะแทรกซ้อนในการทำ Tracheostomy Tube (เช่น Subcutaneous Emphysema/Bleeding/Pneumothorax/T-E fistula/Nerve injury)	ตอนที่ III / E2
10	CSE202	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Thyroidectomy (เช่น Nerve injury/Hematoma/Hypoparathyroidism/Dysphagia)	ตอนที่ III / E2
11	CSE203	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Tonsillectomy (เช่น Bleeding/Nasopharyngeal stenosis)	ตอนที่ III / E2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง D: Dental diseases and procedure มี 1 ประเภทย่อย จำนวน 11 เรื่อง ได้แก่

D1 : Dental Treatment Complications จำนวน 11 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	CSD101	เกิดปัญหาใน Dental Tx ผู้ป่วยโรค DM เช่น Hypo-Hyperglycemia/แผลหายช้า/Advance Periodontitis	ตอนที่ III / D1
2	CSD102	เกิดปัญหาใน Dental Tx in Hemorrhagic disorders เช่น Spontaneous or prolong bleeding/Delayed healing	ตอนที่ III / D1
3	CSD103	เกิด Airway obstruction ในโรค Ludwig's Angina	ตอนที่ III / D1
4	CSD104	เกิด Allergy to Local anesthesia ใน Dental Tx	ตอนที่ III / D1

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
5	CSD105	เกิด Chest pain/Acute MI ใน Dental Tx ผู้ป่วยโรค Angina pectoris or MI	ตอนที่ III / D1
6	CSD106	เกิด Subacute bacterial endocarditis ใน Dental Tx ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจหรือใส่ลิ้นหัวใจเทียม	ตอนที่ III / D1
7	CSD107	เกิด Tumor that extends to malignancy ในโรค Oral lesion แผลในช่องปาก	ตอนที่ III / D1
8	CSD108	เกิดภาวะฉุกเฉินใน Emergency in dental clinic เช่น Syncope/Hyperventilation/Toxic effect of local anesthesia	ตอนที่ III / D1
9	CSD109	เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Head and neck cancer therapy เช่น Osteoradionecrosis/Halitosis/Mucositis	ตอนที่ III / D1
10	CSD110	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Oral surgery/Simple-Surgical extraction เช่น Bleeding/Pain and Swelling/Fibrinolytic alveolitis	ตอนที่ III / D1
11	CSD111	แผลถอนฟันหายช้าและติดเชื้อ ในผู้ป่วย HIV/Immunosuppressive/On steroid	ตอนที่ III / D1

รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงในกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk Incident: G)

หมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Personnel Safety Goals: P

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง S: Security and Privacy of Information and Social Media

มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 10 เรื่อง ได้แก่

S1 : Security and Privacy of Information จำนวน 6 เรื่อง

S2 : Social Media and Communication Professionalism จำนวน 4 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	GPS101	เกิดอุบัติการณ์ด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ที่ทำให้ข้อมูลความลับของสถานพยาบาลรั่วไหล (Confidentiality Failure)	S1
2	GPS102	เกิดอุบัติการณ์ด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ที่ทำให้ข้อมูลสารสนเทศของสถานพยาบาลถูกแก้ไข/ลบ/เพิ่มเติม/ทำให้เสียหายหรือสูญหายโดยมิชอบ (Integrity Failure)	S1
3	GPS103	เกิดอุบัติการณ์ด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ที่ทำให้ระบบสารสนเทศของสถานพยาบาลขัดข้อง/ใช้การไม่ได้/ทำงานช้าหรือไม่ปกติ (Availability Failure)	S1
4	GPS104	เกิดอุบัติการณ์ด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อข้อมูลหรือระบบสารสนเทศของสถานพยาบาลมากกว่าหนึ่งด้าน (Multiple Failures) ระหว่าง Confidentiality Failure, Integrity Failure และ Availability Failure	S1
5	GPS105	เกิดอุบัติการณ์การละเมิดความเป็นส่วนตัว (Privacy) ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรหรือนักศึกษาของสถานพยาบาล ที่ไม่ใช่อุบัติการณ์ด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์	S1
6	GPS106	เกิดอุบัติการณ์ความละเมิดความเป็นส่วนตัว (Privacy) ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ หรือบุคคลภายนอก ที่ไม่ใช่อุบัติการณ์ด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์	S1
7	GPS201	บุคลากรถูกกล่าวถึงหรือวิพากษ์วิจารณ์ในทางลบบนสื่อสังคมออนไลน์หรือสื่อสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่	S2
8	GPS202	บุคลากรถูกกล่าวถึงหรือวิพากษ์วิจารณ์ในทางลบบนสื่อสังคมออนไลน์หรือสื่อสาธารณะที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่	S2
9	GPS203	บุคลากรใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่เหมาะสม เกิดผลกระทบทางลบต่อตนเอง บุคลากรคนอื่น สถานพยาบาล ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ หรือบุคคลภายนอก	S2

10	GPS204	เกิดอุบัติการณ์ที่ส่งผลกระทบทางลบต่อสถานพยาบาลบนสื่อสังคมออนไลน์ เช่น Drama, Fake News แต่ไม่ได้เกิดจากบุคลากร และไม่กระทบบุคลากรคนใดคนหนึ่งโดยตรง	S2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง I: Infection and Exposure มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 8 เรื่อง ได้แก่

I1 : Fundamental of Infection Control and Prevention for Workforce จำนวน 4 เรื่อง

I2 : Specific Infection Control and Prevention for Workforce จำนวน 4 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	GPI101	บุคลากรถูกวัสดุอุปกรณ์มีคมทิ่มตำ	I1
2	GPI102	บุคลากรสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งบริเวณเยื่อบุหรือผิวหนังที่มีแผล (mucous membrane and non-intact skin exposure to blood and body fluid)	I1
3	GPI103	บุคลากรไม่ได้รับการสร้างภูมิคุ้มกันโรคก่อนสัมผัส (pre-exposure prophylaxis, active immunization) ที่เหมาะสมตามลำดับความสำคัญและหน้าที่	I1
4	GPI104	บุคลากรไม่ได้รับการป้องกันการติดเชื้อหลังสัมผัสเชื้อที่อาจก่อโรคได้จากการปฏิบัติงาน (post-exposure prophylaxis, passive immunization)	I1
5	GPI201	บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ทางอากาศ (airborne transmission) จากการปฏิบัติงาน ได้แก่ วัณโรค หัด และอีสุกอีใส	I2.1
6	GPI202	บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ผ่านละอองฝอย (droplet transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น ไข้หวัดใหญ่ หัดเยอรมัน ฯลฯ	I2.2
7	GPI203	บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ทางการสัมผัส (contact transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น เอชไอวี ตับอักเสบบี ตับอักเสบซี ฯลฯ	I2.3
8	GPI204	บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ผ่านพาหะ (vector borne transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น ไข้เลือดออก ซิก้า ฯลฯ	I2.4

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง M: Mental Health and Mediation มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 10 เรื่อง ได้แก่

M1 : Mental Health จำนวน 4 เรื่อง

M2 : Mediation จำนวน 6 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	GPM101	เจ้าหน้าที่ทะเลาะกันในขณะปฏิบัติงาน	M1.1
2	GPM102	เจ้าหน้าที่ถูกคุกคามทางจิตใจ	M1.2

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
3	GPM103	เจ้าหน้าที่มีภาวะเป็น second victim	M1.2
4	GPM104	เจ้าหน้าที่มีภาวะเครียดจากการทำงาน	M1.3
5	GPM203	เกิดเรื่องร้องเรียนจากการบริการทางการแพทย์	M2
6	GPM204	เกิดเรื่องร้องเรียนทั่วไป ซึ่งไม่เกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์	M2
7	GPM205	เกิดเรื่องฟ้องร้องทางคดีผู้บริโภค	M2
8	GPM206	เกิดเรื่องฟ้องร้องทางคดีแพ่ง	M2
9	GPM207	เกิดเรื่องฟ้องร้องทางคดีอาญา	M2
10	GPM208	เกิดเรื่องฟ้องร้องทางคดีปกครอง	M2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง P: Process of work มี 3 ประเภทย่อย จำนวน 18 เรื่อง ได้แก่

P1 : Fundamental Guideline for Prevention of Work-Related Disorder จำนวน 3 เรื่อง

P2 : Specific Guideline for Prevention of Work-Related Disorder จำนวน 12 เรื่อง

P3 : Fitness for Work or Duty Health Assessment จำนวน 3 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	GPP101	บุคลากรปฏิบัติงานโดยมีภาระงานที่มากเกินเกณฑ์มาตรฐาน (work load)	P1
2	GPP102	บุคลากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือรับการแพร่กระจายเชื้อ ไม่ได้รับการป้องกันหรือดูแลที่เหมาะสม	P1
3	GPP103	บุคลากรประสบอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน (ยกเว้น ถูกวัสดุอุปกรณ์มีคมทิ่มตำ)	P1
4	GPP201	องค์กรเกิดภาวะที่คุกคามบุคลากรด้านกายภาพ ได้แก่ เสียงดัง (noise) แสงสว่าง (light) ความร้อน (heat)	P2.1
5	GPP202	บุคลากรไม่ได้รับ/ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ หรือใช้ไม่ถูกต้องในการป้องกันและคุ้มครองความปลอดภัยทางกายภาพ	P2.1
6	GPP203	บุคลากรเกิดโรคจากการทำงาน ซึ่งมีสาเหตุจาก Physical Hazard	P2.1
7	GPP204	องค์กรมีภาวะความไม่ปลอดภัยจากสารเคมีและวัตถุอันตราย	P2.2
8	GPP205	บุคลากรไม่ได้รับ/ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ หรือใช้ไม่ถูกต้องในการป้องกันและคุ้มครองความปลอดภัยทางเคมี	P2.2
9	GPP206	บุคลากรเกิดโรคจากการทำงาน ซึ่งมีสาเหตุจาก Chemical Hazard	P2.2
10	GPP207	องค์กรเกิดความไม่ปลอดภัยจากรังสีในที่ทำงาน เช่น เกิดการรั่วไหลของรังสี	P2.3

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
11	GPP208	บุคลากรไม่ได้รับ/ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ หรือใช้ไม่ถูกต้องในการป้องกันและคุ้มครองความปลอดภัยทางรังสี	P2.3
12	GPP209	บุคลากรเกิดโรคจากการทำงาน ซึ่งมีสาเหตุจาก Radiation Hazard	P2.3
13	GPP210	บุคคลากรมีการทำงานในท่าทางหรือลักษณะอันอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพด้านโครงร่างของกระดูกและกล้ามเนื้อ	P2.4
14	GPP211	บุคลากรไม่ได้รับคำแนะนำ/อุปกรณ์ในการปรับ การทำงานเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพด้านโครงร่างของกระดูกและกล้ามเนื้อ	P2.4
15	GPP212	บุคลากรเกิดโรคจากการทำงานเกี่ยวกับโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งมีสาเหตุจาก Biomechanical Hazard	P2.4
16	GPP301	บุคลากรไม่ได้ตรวจสุขภาพก่อนการรับเข้าทำงาน	P3.1
17	GPP302	บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งมีโปรแกรมการตรวจไม่ครบถ้วน เหมาะสม ตรงตามลักษณะงาน	P3.2
18	GPP303	บุคลากรที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อต่างๆ มาทำงานโดยไม่ป้องกันและควบคุม	P3.2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง L: Lane (Ambulance) and Legal Issues มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 11 เรื่อง ได้แก่

L1 : Ambulance and Referral Safety จำนวน 6 เรื่อง

L2 : Legal Issues จำนวน 5 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	GPL101	อุปกรณ์บนรถพยาบาลไม่พร้อมใช้ ไม่เหมาะสมและไม่ปลอดภัยสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย	L1.1
2	GPL102	บุคคลากรที่เกิดอุบัติเหตุจากการคมนาคมหรือการเดินทางโดยระบบขนส่งสาธารณะระหว่างการปฏิบัติงาน	L1.2
3	GPL103	บุคลากรเสียชีวิตหรือบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่ระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยด้วยรถพยาบาล	L1.2
4	GPL104	เกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาลระหว่างปฏิบัติหน้าที่	L1.2
5	GPL105	พนักงานขับรถมีสภาพไม่พร้อมสมบูรณ์สำหรับการขับรถพยาบาล เช่น พักผ่อนน้อย อายุมาก ดื่มสุรา	L1.3
6	GPL106	พนักงานขับรถไม่ปฏิบัติตามแนวทางความปลอดภัยของรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และรถพยาบาล เช่น ขับรถเร็วเกินกว่ากำหนด	L1.3

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
7	GPL201	บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทางการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ	L2.1
8	GPL202	บุคลากรให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนแก่ผู้ป่วยและญาติ	L2.1
9	GPL203	บุคลากรบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง	L2.2
10	GPL204	บุคลากรแก้ไขข้อมูลในเวชระเบียนโดยไม่ถูกต้องตามแนวทางและข้อกำหนดตามกฎหมาย	L2.2
11	GPL205	เกิดปัญหาด้านการบริหารจัดการ/การเก็บรักษาเวชระเบียน เช่น เวชระเบียนสูญหาย ผู้ป่วยคนเดียวมีเวชระเบียนสองฉบับ เป็นต้น	L2.2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง E: Environment and Working Conditions มี 3 ประเภทย่อย จำนวน 14 เรื่อง ได้แก่

E1 : Safe Physical Environment จำนวน 2 เรื่อง

E2 : Working Conditions จำนวน 7 เรื่อง

E3 : Workplace Violence จำนวน 5 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	GPE101	อันตรายจากโครงสร้างอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเชิงกายภาพ เช่น แสง เสียง ฝุ่นละออง มีเชื้อรา เป็นต้น	E1
2	GPE102	ห้องแยกโรค/Isolation room มีการระบายอากาศไม่เหมาะสม และ/หรือ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน	E1
3	GPE201	บุคลากรได้รับผลกระทบ Psychosocial factors จากผู้บังคับบัญชา หรือเพื่อนร่วมงาน	E2
4	GPE202	บุคลากรไม่มี work-life balance	E2
5	GPE203	บรรยากาศในการทำงานและสภาวะแวดล้อมไม่เหมาะสม	E2
6	GPE204	บุคคลากรได้ทำงานในตำแหน่งที่ไม่มีความชำนาญ และไม่มีการเตรียมความพร้อม	E2
7	GPE205	เกิดปัญหาด้านการจัดการสภาพแวดล้อมในการให้บริการ เช่น ไม่มีป้ายให้คำแนะนำ/บอกทาง, ไม่มีทางหนีไฟหรือมีแต่ไม่พร้อมใช้/มีสิ่งกีดขวาง, ลิฟต์ขัดข้อง มีคนติดในลิฟต์ หรือ ลิฟต์ไม่พร้อมใช้งาน/ชำรุด/ติดค้าง เป็นต้น	E2
8	GPE206	เกิดปัญหาด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน เช่น ระบบน้ำอุปโภค-บริโภคไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้, ระบบไฟฟ้าไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้/ดับ/ช็อต/กระพริบ, การบำบัดน้ำเสีย/กำจัดขยะ ไม่ถูกวิธี/ไม่ได้มาตรฐาน	E2

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
9	GPE207	เกิดปัญหาความไม่ปลอดภัย/ขาดการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามนโยบายความปลอดภัย เช่น ทรัพย์สินสูญหาย/ถูกลักขโมย เป็นต้น	E2
10	GPE301	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางวาจาจากบุคคลภายใน	E3
11	GPE302	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางกายจากบุคคลภายใน	E3
12	GPE303	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางวาจาจากผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลภายนอก	E3
13	GPE304	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางกายจากผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลภายนอก	E3
14	GPE305	เกิดกรณีความไม่สงบในสถานพยาบาล เช่น เมาสุราอาละวาด	E3

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง O: Other (อื่น ๆ ซึ่งไม่สามารถจัดเข้า SIMPLE ได้) มี 1 ประเภทย่อย จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่

O1 : อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE จำนวน 1 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่อความเสี่ยง	SIMPLE
1	GPO101	เรื่องอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE โปรดระบุ	-

รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงในกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk Incident: G)

หมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Organization Safety Goals: O

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง S: Strategy, Structure, Security มี 3 ประเภทย่อย จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่

S1 : Strategy System จำนวน 3 เรื่อง

S2 : Structure System จำนวน 2 เรื่อง

S3 : Security System จำนวน 1 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	GOS101	เกิดปัญหาด้านการควบคุมการวางแผน เช่น ไม่มีแผนปฏิบัติการ-แผนไม่ครอบคลุม/การสื่อสารแผน/การมอบหมายผู้รับผิดชอบ/ไม่กำหนดวัตถุประสงค์	ตอนที่ I-2 / S1
2	GOS102	เกิดปัญหาด้านการควบคุมกระบวนการปฏิบัติงาน เช่น ไม่กำหนดกระบวนการปฏิบัติงานที่สำคัญ/ขาดการประเมินประสิทธิภาพ/ขาดการติดตามผล/ไม่มีการปรับปรุงแก้ไขข้อเสนอแนะ	ตอนที่ I-6 / S1
3	GOS103	เกิดปัญหาด้านการติดตามประเมินผล เช่น ไม่มีการประเมินความคืบหน้า/ไม่เปรียบเทียบผลการใช้จ่ายเงิน/ไม่แจ้งผลการประเมินให้ทราบ/ไม่ได้ทบทวนวัตถุประสงค์-แผนและกระบวนการดำเนินงาน	ตอนที่ I-4 / S1
4	GOS201	อาคารสถานที่/พื้นที่ให้บริการ ไม่เหมาะสม/ไม่ปลอดภัย/ไม่ถูกสุขลักษณะ	ตอนที่ I-3 / S2
5	GOS202	ห้องน้ำหรือห้องสุขาไม่พร้อมใช้ (เช่น ชำรุด/กดชักโครกไม่ลง/ส้วมเต็ม/ไม่พอใช้) หรือไม่สะดวกต่อผู้พิการ	ตอนที่ I-3 / S2
6	GOS301	อันตรายจากภัยธรรมชาติ อุทกภัย อัคคีภัย วาตภัย	ตอนที่ II-1 / S3

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง I: Information Technology & Communication, Internal control & Inventory มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 9 เรื่อง ได้แก่

I1 : Information Technology & Communication จำนวน 6 เรื่อง

I2 : Internal control & Inventory จำนวน 3 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	GOI101	เกิดปัญหาด้าน Hardware เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ตรงวัตถุประสงค์/ใช้ผิดวิธี- เทคนิค	ตอนที่ I-4 / I1
2	GOI102	เกิดปัญหาด้าน Network & Security เช่น ไม่พร้อมใช้/ระบบล่ม/มีการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีสิทธิ์	ตอนที่ I-4 / I1

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
3	GOI103	เกิดปัญหาด้าน Software เช่น ไม่เข้ากับ hardware/ไม่พร้อมใช้/ไม่ตอบสนองความต้องการ/ใช้ผิดวิธี-เทคนิค	ตอนที่ I-4 / I1
4	GOI104	เกิดปัญหาด้าน User & IT Team เช่น ไม่มอบหมายผู้รับผิดชอบ/ไม่พร้อม/ไม่ครอบคลุมบทบาทหน้าที่/ขาดความรู้และทักษะ	ตอนที่ I-4 / I1
5	GOI105	เกิดปัญหาด้านข้อมูล สารสนเทศ เช่น ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน/ไม่น่าเชื่อถือ/ไม่เป็นปัจจุบัน	ตอนที่ I-4 / I1
6	GOI106	เกิดปัญหาด้านระบบ/กระบวนการสื่อสาร เช่น ไม่มีแผน/วิธีการหรือช่องทางการสื่อสาร, ไม่สื่อสารหรือสื่อสารไม่ต่อเนื่อง/ไม่ครบถ้วน, ขาดการติดตามประเมินผลการสื่อสาร	ตอนที่ I-3 / I1
7	GOI201	เกิดปัญหาด้านการควบคุมทรัพย์สิน เช่น ไม่กำหนดระเบียบ/ผู้รับผิดชอบ, ไม่มีทะเบียนคุม/เอกสารหลักฐานกำกับ, ขาดการตรวจสอบหรือสอบทาน	ตอนที่ I-1 / I2
8	GOI202	เกิดปัญหาด้านระบบบริหารการพัสดุ เช่น ไม่กำหนดระเบียบ/แผนความต้องการและการจัดหา, ไม่มีทะเบียนคุม/การตรวจรับ/การบำรุงรักษา, ขาดการควบคุมการแจกจ่าย/การจำหน่าย	ตอนที่ I-1 / I2
9	GOI203	เกิดปัญหาด้านการควบคุมการใช้ทรัพยากร เช่น จัดสรรไม่เหมาะสม/ใช้ไม่คุ้ม-ไม่ถูกตามมาตรฐาน/บุคลากรไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด-ขาดทักษะการใช้	ตอนที่ II-3 / I2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง M: Manpower, Management มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่

M1 : Manpower จำนวน 3 เรื่อง

M2 : Management จำนวน 1 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	GOM101	เกิดปัญหาด้านการรับสมัคร บรรจุ แต่งตั้งบุคลากร เช่น ไม่มีการกำหนดกระบวนการคัดเลือก/ทักษะและความสามารถที่จำเป็นกับตำแหน่ง, ไม่มีการเผยแพร่ข้อมูลการรับสมัคร/การสอบคัดเลือก, ไม่มีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรโดยผู้บริหารสูงสุด	ตอนที่ I-5 / M1
2	GOM102	เกิดปัญหาด้านการบริหารจัดการเกี่ยวกับบุคลากร เช่น ไม่กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ/การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกี่ยวกับการมอบหมายงานเป็นลายลักษณ์อักษร, ไม่มีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติเรื่องค่าตอบแทน, การเลื่อนขั้นเงินเดือนไม่มีการพิจารณาอนุมัติและจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร	ตอนที่ I-5 / M1

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
3	GOM103	เกิดปัญหาด้านการพัฒนาบุคลากร เช่น ไม่มีการจัดสรรงบประมาณ/ทรัพยากร/เครื่องมือ และการจัดฝึกอบรม, ไม่มีการพิจารณาความต้องการฝึกอบรมของบุคลากรเพื่อพัฒนาทักษะ	ตอนที่ I-5 / M1
4	GOM201	เกิดปัญหาด้านการควบคุมสภาพแวดล้อมของการดำเนินงาน เช่น เอกสารกระบวนการดำเนินงานไม่เป็นปัจจุบัน/ไม่มีกฎ ระเบียบ ความรับผิดชอบที่ชัดเจน/ขาดการติดตามผลและวางแผนป้องกัน	ตอนที่ I-6 / M2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง P: Policy, Process of work & Operation มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่

P1 : Policy จำนวน 1 เรื่อง

P2 : Process of work & Operation จำนวน 1 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	GOP101	เกิดปัญหาด้านการควบคุมภารกิจ เช่น ไม่กำหนดวัตถุประสงค์-เป้าหมายการดำเนินงาน/ภารกิจไม่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร/ขาดการประกาศสื่อสารภารกิจ	ตอนที่ I-1 / P1
2	GOP201	เกิดปัญหาด้านกระบวนการบริการ เช่น ไม่มีการกำหนดมาตรฐานขั้นตอนกระบวนการบริการ, ให้บริการไม่ครอบคลุม/ไม่พร้อม/ไม่ตรงตามช่วงระยะเวลา	ตอนที่ I-6 / P2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง L: Licensed & Professional certificate มี 1 ประเภทย่อย จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่

L1 : Professional & Operational Supervision จำนวน 2 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	GOL101	เกิดปัญหาด้านการควบคุม กำกับดูแลด้านวิชาชีพ เช่น บุคลากรมีคุณสมบัติไม่เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ, ละเลยการปฏิบัติหน้าที่ หรือปฏิบัติหน้าที่โดยไม่ใช้ความรู้ตามหลักวิชาการ, ประพฤติตนและประกอบกิจแห่งวิชาชีพโดยไม่ถูกต้องตามกฎหมาย	ตอนที่ II-2 / L1
2	GOL102	เกิดเหตุการณ์การทุจริตในหน้าที่ หรือปฏิบัติโดยมีอคติ และ/หรือใช้อำนาจหน้าที่เพื่อผลประโยชน์ส่วนตน	ตอนที่ II-2 / L1

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง E: Economy มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่

E1 : Financial จำนวน 1 เรื่อง

E2 : Budget จำนวน 1 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	GOE101	เกิดปัญหาด้านการควบคุมการเงิน เช่น ไม่กำหนดระเบียบ/ผู้รับผิดชอบ, ไม่มีเอกสารหลักฐานกำกับ, ขาดการตรวจสอบหรือสอบทาน เป็นต้น	ตอนที่ I-6 / E1
2	GOE201	เกิดปัญหาด้านการควบคุมงบประมาณ เช่น ไม่กำหนดระเบียบ/ผู้รับผิดชอบ, ไม่มีทะเบียนคุม/เอกสารหลักฐานกำกับ, ขาดการตรวจสอบหรือสอบทาน เป็นต้น	ตอนที่ I-6 / E2

รหัสอุบัติการณ์ที่ใช้บ่อยในหน่วยงาน.....

รหัสอุบัติการณ์ใน HRMS	เหตุการณ์

เป็นโรงพยาบาลที่มีมาตรฐาน มุ่งเน้นสุขภาพดี ภาคีมีส่วนร่วม