“คู่มือการบริหารความเสี่ยง”

โรงพยาบาลแกดำ

จัดทำโดย : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลแกดำ

คำนำ

การจัดทำคู่มือการจัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงานของโรงพยาบาลแกดำ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถจัดการความเสี่ยงไปในแนวทางเดียวกันทั่วทั้งโรงพยาบาล เนื้อหาในคู่มือได้เรียบเรียงจากนโยบาย เป้าหมายความปลอดภัย และแนวทางปฏิบัติต่างๆเกี่ยวกับการจัดการ ความเสี่ยง เพื่อประโยชน์ในการประสานงานและนำสู่การปฏิบัติ การจัดทำคู่มือการจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลแกดำ จะปรับปรุงเนื้อหา เป็นระยะๆเพื่อให้มีความเป็น ปัจจุบันมากที่สุด เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องสามารถให้ความคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะได้ที่คณะกรรมการความเสี่ยง ขอขอบพระคุณต่อการมีส่วนร่วมล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

นายชัยยุทธ์ ลามะให

ประธานทีมบริหารความเสี่ยง

สารบัญ

เรื่อง	**หน้า**
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
การบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลแกดำ	๑
แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลแกดำประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕	๑
พันธกิจ	๑
ค่านิยมหลัก	๑
เป้าประสงค์(Goal)	๑
เข็มมุ่งปี ๒๕๖๘	๒
ยุทธศาสตร์โรงพยาบาล	๒
นโยบายด้านระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลแกดำ	๓
ระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลแกดำ	๔
ประเภทการสื่อสารความเสี่ยง ที่จัดทำในโรงพยาบาล	๕
บทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ กับการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล	๕
คำจำกัดความที่สำคัญ	๗
ขั้นตอนการรายงานความเสี่ยง (Risk Management)	๙
การแบ่งประเภทความเสี่ยง	๑๓
การจัดการความเสี่ยง	๑๔
วิธีปฏิบัติ/ขั้นตอนการายงานความสี่ยง	๑๖
ความหมายระดับความรุนแรง	๑๗
การรายงานอุบัติการณ์	๒๐
ภาคผนวก	๒๗

การบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลแกดำ

เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงสุด ทีมบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลแกดำ จึงได้มีการปรับโครงสร้างการบริหารความเสี่ยง กำหนดนโยบาย เป้าหมายความปลอดภัย ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงให้ครอบคลุม ระบบแก้ไข และป้องกันความเสี่ยงที่เป็นข้นตอนและมีการเผยแพร่เชื่อมโยงข้อมูลไปสู่หน่วยงานต่างๆ ตลอดจนการประเมินผลและปรับปรุงแก้ไขในเชิงระบบเพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมหลัก เข็มมุ่ง และ นโยบายของโรงพยาบาลแกดำ

วิสัยทัศน์ : เป็นโรงพยาบาลในดวงใจของคนแกดำ ภายในปี ๒๕๗๒

พันธกิจ

๑. พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และคุ้มครองผู้บริโภค) อย่างต่อเนื่อง
๒. พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
๓. ส่งเสริมระบบสุขภาพโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม
๔.พัฒนาศักยภาพบุคลากร ให้มีคุณภาพ มีความสุข และมีความปลอดภัยในการทำงาน

ค่านิยมหลัก KAEDAM

Knowledge : มีความรู้ใหม่ๆอย่างต่อเนื่อง
Agility : มีความสามารถในการปรับตัว มีความยืดหยุ่น การตอบสนองผู้ป่วยและผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว
Effectiveness : มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยในการทำงาน
Development : มีการพัฒนาคนและพัฒนางาน
Accountability : มีความรับผิดชอบ ตรวจสอบ โปร่งใส และตอบสนองผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว
Moral : ให้บริการด้วยคุณธรรม จริยธรรม (คิดดี พูดดี ทำดี)"

เป้าประสงค์(Goal)

เป้าประสงค์ที่ ๑. ประชาชนเชื่อมั่น และวางใจในระบบบริการสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน
เป้าประสงค์ที่ ๒. ระบบบริหารจัดการที่ทันสมัย เอื้อต่อการสนับสนุนระบบบรการสุขภาพ และมีธรรมาภิบาล
เป้าประสงค์ที่ ๓. ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมจัดการสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน
เป้าประสงค์ที่ ๔. บุคลากรสาธารณสุข มีความสุขในการทำงาน มีความคงอยู่อย่างภาคภูมิใจและเป็นต้นแบบด้านสุขภาพทีดี

เข็มมุ่งปี ๒๕๖๘ : พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย Stroke ,STEMI ,Sepsis

ยุทธศาสตร์โรงพยาบาล

๑. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มาตรฐาน และผู้รับบริการพึงพอใจ

๒. พัฒนาระบบบริหารจัดการที่เป็นเลิศและมีธรรมาภิบาล

๓. เสริมสร้างความเข้มแข็ง ให้กับชุมชนและภาคีเครือขายให้มีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพ

๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความคุณภาพ เก่ง ดี มีสุข

ประกาศโรงพยาบาลแกดำ

เรื่อง นโยบายด้านระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลแกดำ

.....

โรงพยาบาลแกดำ มีนโยบายในการจัดการความเสี่ยง โดยมีกระบวนการบริหารความเสี่ยงให้เกิดความปลอดภัย ทั้งด้านกายภาพ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ องค์กร ตลอดจนชุมชน เพื่อการจัดการความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพโรงพยาบาลแกดำจึงได้ กำหนดนโยบายด้านการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

๑. ให้ทุกหน่วยงาน / ทุกทีม ค้นหาและประเมินความเสี่ยงในหน่วย / ทีม ให้ครอบคลุมประเด็นตามโปรแกรมความเสี่ยงที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนดให้ พร้อมทั้งกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่ค้นได้ และบันทึกรายการความเสี่ยงเป็น Risk Profile ของหน่วยงาน พร้อมทั้งทำความเข้าใจกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยง / อุบัติการณ์ซ้ำ

๒. ให้ทุกหน่วยงาน / ทุกทีม รายงานอุบัติการณ์ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานหรือที่พบเห็นในโรงพยาบาล พร้อมทั้งดำเนินการตามระบบการรายงานและบริหารจัดการความเสี่ยงที่ทีมบริหารความเสี่ยงกำหนดและบันทึกไว้ในโปรแกรม HRMS on Cloud

๓. ให้ทุกหน่วยงาน / ทุกทีม มีการทบทวนและใช้ข้อมูลที่ได้จากการบันทึก มาวางมาตรการในการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ให้มีการเฝ้าระวังและทบทวนความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ รายงานการบริหารจัดการความเสี่ยงให้หัวหน้ากลุ่ม / ทีมและกรรมการบริหารความเสี่ยงทราบตามระยะเวลาที่กำหนด

๔. ให้ทุกหน่วยงาน / ทุกทีม ใช้กระบวนการ No Shame (กล้าบอก กล้าเล่า) No Blame (ไม่ด่วนกล่าวตำหนิลงโทษ ก่อนพิจารณาหาความจริง) เพื่อให้ทุกคนในองค์กร สามารถรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

๕. คณะกรรมการและหน่วยงานทุกระดับต้องสร้างวัฒนธรรมองค์กร เพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นคุณค่าและมีส่วนร่วมในการค้นหาและรายงานความเสี่ยง ไม่เพิกเฉยต่อความเสี่ยงที่เป็นอันตราย

๖. มีการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารความเสี่ยงได้ให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานทุกแห่ง

๗. ทบทวนอุบัติการณ์และการร้องเรียนค่าเสียหาย เพื่อค้นหาจุดอ่อนของระบบและทบทวนสัญญาต่างๆ ที่โรงพยาบาลได้กระทำไว้ต่อบุคคล หรือ องค์กรภายนอก เพื่อตรวจสอบว่าโรงพยาบาลได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของกฎหมาย

๘. นำเสนอรายงานการบริหารความเสี่ยงต่อที่ประชุมคณะกรรมการบริหารทุกเดือน

จึงประกาศมาเพื่อทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นางเพชรดา ฉ่ำมณี)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ(ด้านเวชกรรม)
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกดำ

ระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลแกดำ

๑.เป้าหมาย

๓ ดี ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่สุขภาพดี อาคารสถานที่และสภาพการเงินของโรงพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ดี

๒.พันธกิจ

๑. มีระบบบริหารความเสี่ยงครอบคลุมทุกหน่วยงาน ทุกพื้นที่ในโรงพยาบาล

๒. จัดการอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียน ร่วมกับทีม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓. ร่วมกับทีมคร่อมสายงาน วิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อหาแนวทางป้องกัน แก้ไข และนำมาใช้ประโยชน์

๔. บุคลากรทุกระดับเห็นคุณค่าและมีส่วนร่วมในการค้นหาและรายงานความเสี่ยงเมื่อมีเหตุการณ์ความ เสี่ยงหรืออุบัติการณ์ต่างๆ เกิดขึ้น

๓. ขอบเขตการบริหารความเสี่ยง

กำหนดให้การบริหารความเสี่ยงเป็นหน้าที่ของบุคลากรทุกระดับ หน่วยงาน คณะกรรมการทีมต่างๆ ของโรงพยาบาล ซึ่งมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลและครอบคลุมความเสี่ยงทุกประเภทที่อาจส่งผลกระทบต่อนโยบาย การดำเนินงาน ภารกิจหลักของโรงพยาบาล

๔ ขอบเขตบริการ

๑. กำหนดนโยบายและแผนการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร่วมกับทีมบริหาร

๒. จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยง และสื่อสารให้บุคลากรทราบ

๓. วิเคราะห์ความเสี่ยงและบริหารจัดการเมื่อเกิดความเสี่ยงในโรงพยาบาล

๔. ให้ความรู้และสนับสนุนทุกหน่วยงานในการบริหารความเสี่ยง

๕. เฝ้าระวังความเสี่ยงทั้งหมดที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

๕ การสื่อสารและการประสานงานกับทีมต่างๆ

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้กำหนดให้มีการสื่อสารและประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องและมีส่วนได้เสียดังนี้

๑. ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเดือนละ ๑ ครั้ง และบันทึกรายงานการประชุมเป็นลายลักษณ์อักษรเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล

๒. รายงานสรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลและคณะกรรมการบริหาร เดือนละ ๑ ครั้ง

๓. รายงานสรุปความเสี่ยงแยกตามหน่วยงานและแยกตามคณะกรรมการต่างๆตามโปรแกรมความเสี่ยง ๓ เดือน / ๑ ครั้ง

๔. รายงานอุบัติการณ์หรือแนวทางการป้องกันความเสี่ยงของหน่วยงานต่างๆ ที่ต้องส่งให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงตามระยะเวลาที่ระบุไว้ในระเบียบปฏิบัติที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนด

๕. การสำรวจตรวจเยี่ยมความเสี่ยง(RM Round) ๓ เดือน/ครั้ง

๖. การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ

๗. บอร์ดประชาสัมพันธ์

๘. เอกสารประชาสัมพันธ์

๙. ทางโทรศัพท์หรือโซเชียลเน็ตเวิร์คต่างๆ

ประเภทการสื่อสารความเสี่ยง ที่จัดทำในโรงพยาบาล

๑. การสื่อสารด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับตนเองให้แก่บุคลากรทุกระดับทราบ

๒. การฝึกอบรม เพื่อทบทวนให้ผู้ปฏิบัติทราบเกี่ยวกับภัยคุกคามด้านความปลอดภัย และความเสี่ยงที่มีในรพ.

๓. ไฟแสดงสถานะ ไฟกระพริบ ในการแจ้งเตือนสถานะระบบที่มีในโรงพยาบาล เช่น ไฟบริเวณหน้าห้องรังสีวิทยาเมื่อมีการทำหัตถการกับผู้ป่วย การกระพริบเตือนเมื่อสั่งยาที่แพ้ ในระบบHosxp

๔. การจัดทำประกาศ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยง

๕. คำเตือน เป็นการเตือนผู้ใช้งานเกี่ยวกับอันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น สามารถหลีกเลี่ยงและปฏิบัติได้ทันที เช่นการกระพริบเตือนเมื่อสั่งยาที่แพ้ ในระบบHosxpทะเบียนความเสี่ยงโรงพยาบาล (Risk register)

บทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ กับการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

๑ บทบาทหน้าที่ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

๑. เป็นที่ปรึกษาการวางระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

๒. พิจารณาสั่งการและดำเนินการกรณีที่มีความเสี่ยงหรือเหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล

๓. รับทราบรายงาน การประเมินผล และการตอบสนองการบริหารความเสี่ยง

๒ บทบาทหน้าที่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

๑. ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน

๒. สนับสนุน กระบวนการจัดการและทรัพยากรเพื่อแก้ไขความเสี่ยง

๓. ร่วมบริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ปัญหาความเสี่ยงที่มีความซับซ้อน ที่หน่วยงานหรือทีมคร่อมไม่สามารถแก้ไขได้

๔. ติดตามประเมินผลการจัดการความเสี่ยง

๓ บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

๑. กำหนดนโยบาย กำหนดโปรแกรมความเสี่ยงและวางแผนกลยุทธ์ในการบริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

๒. จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยง และสื่อสารให้บุคลากรทราบ

๓. รวบรวมความเสี่ยง อุบัติการณ์และจัดทำบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

๔. ประสานระบบที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง ทีมคร่อมสายงาน ในด้านต่างๆ ของโรงพยาบาล ร่วม ดำเนินการทบทวนอุบัติการณ์ จัดการแก้ไขเชิงระบบ เพื่อป้องกันและควบคุมความเสี่ยง

๕. สื่อสารนโยบายบริหารความเสี่ยง สร้างความตื่นตัวในองค์กร ส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

๖. ติดตามประเมินผลการดำเนินการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่าง ๆ

๗. สรุปรายงานและประมวลผล ดูแนวโน้มความเสี่ยงโรงพยาบาล รายไตรมาศ รายปีเพื่อวางมาตรการบริหารความเสี่ยง

๔ บทบาทหน้าที่หัวหน้างานและผู้ประสานความเสี่ยงในหน่วยงาน (RM Network)

๑. หัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน ดำเนินการทบทวนและแก้ไขเหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน และกระตุ้นการค้นหาและรายงานความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

๒. หัวหน้าหน่วยงาน จัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน จัดทำมาตรการการป้องกันประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ

๓. ผู้ประสานความเสี่ยงดำเนินการจัดทำบัญชีการจัดลำดับความเสี่ยง (Risk matrix) รายงานต่อหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของระดับความเสี่ยง และลงนามรับทราบ จากนั้นรายงานต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ทุก ๓ เดือน

๔. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยง วางมาตรการป้องกัน และปรับปรุงบัญชีความเสี่ยง อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๕. มีการสื่อสารภายในหน่วยงานให้เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจในประเด็นเสี่ยงที่สำคัญ ส่งเสริมให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในกิจกรรมปกติประจำวัน

๖. นำเสนอข้อมูลความเสี่ยงที่สำคัญและการแก้ไขเชิงระบบต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง หรือทีมนำ/ทีมบริหารโรงพยาบาล

๕ บทบาททีมคุณภาพ

ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงประกอบด้วย ทีมต่างๆ ดังนี้

๑. ทีมดูแลผู้ป่วย(PCT) มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงเกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษาและสิทธิผู้ป่วยซึ่งเป็นความเสี่ยงทางคลินิก

๒. ทีมพัฒนาระบบยา(PTC) มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาและปัญหาเกี่ยวกับยา

๓. ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) มีหน้าที่รายงานอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลการจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

๔. ทีมบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย(ENV) มีหน้าที่รายงานความผิดพลาดในการรักษาความปลอดภัย, รายงานการฝึกซ้อมป้องกันอัคคีภัย, รายงานการเกิดอัคคีภัย, รายงานการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งการกำจัดขยะ การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ รวมทั้งรายงานความเสี่ยงด้านการจัดหา เก็บรักษาแจกจ่าย ซ่อมบำรุง และจำหน่ายเครื่องมือ/สิ่งอุปกรณ์ต่างๆ

๕. ทีมสารสนเทศและเวชระเบียน(IM) มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงเกี่ยวกับเวชระเบียน รับผิดชอบตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ รายงานความเสี่ยงด้านการสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ และระบบฐานข้อมูลต่างๆ

๖. ทีมบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (HR)มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงด้านพฤติกรรมบริการและสมรรถนะของบุคลากร

๗. ทีมไกล่เกลี่ย และ คณะกรรมการพิจารณาประเด็นทางจริยธรรม Ethical dilemma มีหน้าที่วางแผนติดตามความเสี่ยงทางจริยธรรมของบุคลากร รวมทั้งดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนจริยธรรม

๘. ทีมบริหารด้านการเงินและงบประมาณ มีหน้าที่วางแผนติดตามความเสี่ยงด้านการเงิน งบประมาณ ความโปร่งใส

๙ ทีมห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และรังสีวิทยา หน้าที่ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ให้บริการรังสีวิทยา /ภาพทางการแพทย์ ด้วยมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

๑. ร่วมทบทวนอุบัติการณ์ จัดทำมาตรการการป้องกันความเสี่ยงและการแก้ไขเชิงระบบ ในงานที่เกี่ยวข้อง

๒. รวบรวมข้อมูลสถิติ วิเคราะห์เกี่ยวกับความเสี่ยง ดูแนวโน้ม จัดอันดับความเสี่ยง ของทีมและวางมาตรการป้องกัน

๓. นำเสนอข้อมูลความเสี่ยงที่สำคัญและการแก้ไขเชิงระบบต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง หรือทีมนำ/ทีมบริหารโรงพยาบาล

๖ บทบาทหน้าที่บุคลากรทุกระดับ

๑. ทำความเข้าใจ แนวทางปฏิบัติตามคู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

๒. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์/อุบัติการณ์เบื้องต้น

๓. บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไข และรายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด

๔. ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์/ อุบัติการณ์ซ้ำ

คำจำกัดความที่สำคัญ

๑. การบริหารความเสี่ยง (Risk Management / RM) หมายถึง การจัดการในเรื่องการค้นหา ความเสี่ยงการประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผล รวมทั้งการดำเนินการเพื่อป้องกันความเสี่ยงและการจัดการเมื่อเกิดปัญหา

๒. ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์เช่น ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ใช้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน กาบาดเจ็บหรืออันตราย ต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การท าลายสิ่งแวดล้อม ภาระในการชดใช้ค่าเสียหาย

๓. บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้น โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ข้อมูลในอดีต และหน่วยงานอื่นๆ ตลอดจนการทบทวน ต่าง ๆ การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากกระบวนการทำงานและการสำรวจภายในหน่วยงานของตนเอง เพื่อหาประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวัง โดยมีทั้งระดับโรงพยาบาล กลุ่มงาน/แผนก หน่วยงาน

๔. การจัดลำดับสำคัญความเสี่ยง (Risk Matrix) คือ ตารางในการนำตัวแปร ๒ ตัว ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มาวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อใช้ประกอบในการดำเนินการแก้ไข โดยตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์คือ ความรุนแรงของเหตุการณ์ และ ความถี่ที่เกิดขึ้นRisk profile & Risk Matrix เพื่อคุณภาพ และความปลอดภัย

๕. ทะเบียนความเสี่ยง (Risk register) คือ เอกสารหลักหรือ Master document ที่รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของความเสี่ยงซึ่งเป็นขั้นตอนที่ดำเนินการ ก่อนที่จะดำเนินการจริงเพื่อการพัฒนาขั้นต่อไป ซึ่งหากการวางแผนไม่เหมาะสมหรือได้แผนบริหารความเสี่ยงที่ไม่ดีก็เท่ากับว่าหน่วยงานหรือองค์กรไม่มีแผนสำหรับบริการจัดการความเสี่ยง

๖. การระบุความเสี่ยง (Risk Identification) หมายถึง การระบุความเสี่ยงที่องค์กรเผชิญอยู่หรือแฝงอยู่ในกระบวนการทำงาน ซึ่งจะต้องสามารถอธิบาย ถึงผลกระทบความเสี่ยงหรือลักษณะความเสียหายที่เกิดจากความเสี่ยงได้

๗. เหตุเกือบพลาด (Near Miss) หมายถึง เหตุการณ์ (มักเป็น error) ที่มีโอกาสทำอันตรายแก่ผู้ป่วย แต่ไม่เกิดอันตรายจริงเพราะดักจับได้ก่อนถึงผู้ป่วย(intercept) หรือแก้ไขทันท่วงที หรือโชคช่วย

๘. อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น (Potential Adverse Event) คือ การกระทำหรือการละเว้นการกระทำซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อ ผู้ป่วย แต่ไม่เกิดอันตรายเนื่องจาก ความบังเอิญ เกิดการป้องกัน ดักจับได้ หรือการทำให้ปัญหาทุเลาลง ถ้าเทียบระดับความรุนแรงส่วน ใหญ่คือความรุนแรงระดับ C, D

๙. อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) หมายถึง การบาดเจ็บ อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นผลจากการดูแลรักษา มิใช่กระบวนการตามธรรมชาติของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต นอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรืออวัยวะสูญเสียการทำหน้าที่ หรือได้รับการรักษาเพิ่มเติม นั่นคือมีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E-I

๑๐. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง (Sentinel Events) หมายถึง เหตุการณ์สำคัญรุนแรงและไม่พึงประสงค์ เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดหมาย อาจมีผลต่อชีวิต ร่างกาย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะหรือถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วยบุคลากรหรือมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาลอย่างมาก ซึ่งผู้ประสบเหตุการณ์ต้องรายงานหัวหน้า หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนทันทีหรือโดยเร็วที่สุด

ความเสี่ยงที่ควรรายงานผู้อำนวยการเร่งด่วน (sentinel event)

๑.โรงพยาบาลแกดำระบุเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง (Sentinel Events) เป็นความเสี่ยงที่ควรรายงานตามลำดับบังคับบัญชา ดังนี้

ความเสี่ยงรุนแรงด้านคลีนิค	ความเสี่ยงรุนแรงด้านระบบ
๑.การเสียชีวิตจากการทำหัตถการ	๑.เกิดอัคคีภัย
๒.การให้เลือดผิดหมู่ ผิดคน ผิดชนิด เกิดปฏิกิริยารุนแรง ถึงขั้นเสียชีวิต	๒.ผู้รับบริการ /เจ้าหน้าที่ถูกทำร้ายร่างกายหรือถูกข่มขู่รุนแรงขณะอยู่ในโรงพยาบาล
๓.เจ้าหน้าที่ติดเชื้อรุนแรงจากการปฏิบัติงาน	๓.เจ้าหน้าที่เกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิต เช่น ตกจากที่สูง อุบัติเหตุทางรถ เป็นต้น
๔.ความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับรุนแรงถึงแก่ชีวิต	๔.ภัยธรรมชาติที่ส่งผลต่อชีวิตและทรัพย์สิน

๕.การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	๕.เกิดเหตุทะเลาะวิวาท ในโรงพยาบาล
๖.ผู้ป่วยหนีออกจากโรงพยาบาล	๖.การโจรกรรม ลักขโมย ยาเสพติด การล่วงละเมิดทางเพศ
๗.การระบุทารกแรกคลอดผิด	๗.การถูกร้องเรียนที่รุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชื่อเสียง

ตารางที่ ๑ เหตุการณ์ที่ระบุเป็น Sentinel Event ของโรงพยาบาลแกดำ

ขั้นตอนการรายงานความเสี่ยง (Risk Management)

โรงพยาบาลแกดำกำหนดให้การบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานและทีมคร่อมสายงานแบ่งเป็น ๒ ส่วนใหญ่ ดังนี้

๑. การบริหารความเสี่ยงกรณีที่ยังไม่เกิดเหตุการณ์/เชิงรุก : เป็นการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันเหตุการณ์ความเสี่ยงไม่ให้เกิดขึ้น

๒. การบริหารความเสี่ยงกรณีที่เกิดเหตุขึ้นแล้ว : เป็นการบริหารจัดการเพื่อบรรเทาความรุนแรงของเหตุการณ์ ก่อนที่จะเกิดความสูญเสียให้เหลือน้อยที่สุดและ เกิดการเรียนรู้เพื่อป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ

๑.การบริหารความเสี่ยงกรณีที่ยังไม่เกิดเหตุการณ์ /ไม่พบเหตุการณ์/เชิงรุก

ขั้นตอนที่ ๑ การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification) โดย

๑.๑ การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก

- การสำรวจความเสี่ยงหน่วยงาน ผู้บริหารเยี่ยมสำรวจภายในและภายนอก
- การสำรวจหน้างาน โดยทีมคร่อมสายงาน
- ค้นหาจากกระบวนการหลักของหน่วยงาน
- การสังเกตขณะปฏิบัติ การตรวจเยี่ยมสิ่งแวดล้อม
- ทบทวนข้างเตียง สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ
- ทบทวน ๑๒ กิจกรรมทางคลินิก

๑.๒. การศึกษาจากการสำรวจสภาพการในปัจจุบัน ซึ่งการค้นหาความเสี่ยงมี ๒ ประเภท ได้แก่

- การค้นหาเชิงรุก จากการตรวจสอบ เช่น ENV Round , IC Round , Risk Round , การ ทบทวนเวชระเบียน การค้นหาจากกระบวนการทำงาน , การทำกิจกรรมทบทวน
- การค้นหาจากรายงานต่างๆ เช่น รายงานอุบัติการณ์ รายงานเวรตรวจการณ์ บันทึก ประจำวันของหน่วยงาน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ ๒ การประเมินความเสี่ยงและวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis Matrix) เมื่อค้นหา ความเสี่ยงได้แล้วนำมาประเมินความเสี่ยงและจัดลำดับโดยการประเมินค่าคะแนนความถี่ของเหตุการณ์ (ตารางที่ ๒) และ ค่าคะแนนระดับความรุนแรงของผลกระทบ (ตารางที่ ๓) นำมาคำนวณและวิเคราะห์Risk Matrix (ตารางที่ ๔) และจัดการความเสี่ยงหลังการคำนวณและวิเคราะห์ Risk matrix (ตารางที่ ๕) โดยมี รายละเอียด วิธีการการให้ค่าคะแนนและการวิเคราะห์ความเสี่ยง ดังนี้

๑. แทนค่าคะแนนของโอกาสและความถี่การเกิดเหตุการณ์ เปรียบเทียบค่าสถิติจากตารางที่ ๒-๓

๒. นำค่าคะแนนที่ได้จากการเทียบมาบวกกัน ดังตารางที่ ๔

๓. นำค่าของผลบวกที่ได้เทียบกับตารางที่ ๕ เพื่อจัดระดับว่าอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงระดับใด เช่น ความ เสี่ยงสูงมาก (Extreme risk: Red), ความเสี่ยงสูง (High risk: Oranges), ความเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk: Yellow), ความเสี่ยงต่ำ (Low risk : Green)

๔. เมื่อหน่วยงานประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง ดำเนินการจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงและ แก้ไขในระดับหน่วยงาน ระดับองค์กร และรวบรวมเป็น Risk register ของหน่วยงาน

ค่าคะแนนความถี่ของเหตุการณ์	
จำนวนครั้งที่เกิด	ค่าคะแนน
เกิด ๑ ครั้งใน ๔-๕ ป	๒
เกิด ๑ ครั้งใน ๒-๓ ปี	๓
เกิด ๑ ครั้งใน ๑ ปี	๔
เกิดไม่เกิด ๕ ครั้ง ใน ๖ – ๑๐ เดือน	๕
เกิดเดือนละครั้งหรือ มากกว่า	๖

ตารางที่ ๒ ค่าคะแนนความถี่ของเหตุการณ์

ค่าคะแนนความถี่ของเหตุการณ์	
ระดับความรุนแรง	ค่าคะแนน
ระดับ A – B และระดับ ๑	๒
ระดับ C – D และระดับ ๒	๓
ระดับ E – F และระดับ ๓	๔
ระดับ G – H และระดับ ๔	๕
ระดับ I และระดับ ๕	๖

ตารางที่ ๓ ค่าคะแนนระดับความรุนแรงของผลกระทบ

ความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)	**โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood)**				
	น้อยมาก Rare (๑)	น้อย Unlikely (๒)	ปานกลาง Possible (๓)	สูง Likely (๔)	สูงมาก Almost certain (๕)
Catastrophic event (๕)	๕+๑=๖	๕+๒=๗	๕+๓=๘	๕+๔=๙	๕+๕=๑๐
Major (๔)	๔+๑=๕	๔+๒=๖	๔+๓=๗	๔+๔=๘	๔+๕=๙
Moderate (๓)	๓+๑=๔	๓+๒=๕	๓+๓=๖	๓+๔=๗	๓+๕=๘
Minor (๒)	๒+๑=๓	๒+๒=๔	๒+๓=๕	๒+๔=๖	๒+๕=๗
Negligible (๑)	๑+๑=๒	๑+๒=๓	๑+๓=๔	๑+๔=๕	๑+๕=๖

ตารางที่ ๔ ตารางการคำนวณและวิเคราะห์ Risk Matrix

การจัดการความเสี่ยงหลังการคำนวณและวิเคราะห์ Risk matrix			
ระดับความรุนแรง	กลุ่มความเสี่ยง	คะแนน	แนวทางการปฏิบัติ
วามเสี่ยงสูงมาก	Extreme risk Red	๙-๑๐	รายงานทันทีเมื่อเกิดเหตุ/RCAทบทวนเหตุการณ์
ความเสี่ยงสูง	High risk Oranges	๖-๘	ทำ RCA วางแนวทางเชิงระบบเพื่อป้องกันเกิดซ้ำ
ความเสี่ยงปานกลาง	Moderate risk Yellow	๔-๕	หาแนวทาง/กระบวนการป้องกัน
ความเสี่ยงต่ำ	Low risk Green	๒-๓	เฝ้าระวัง

ตารางที่ ๕ การจัดการความเสี่ยงหลังการคำนวณและวิเคราะห์ Risk matrix

ขั้นตอนที่ ๓ การจัดการความเสี่ยง /การวางมาตรการป้องกัน จากการทำ Risk matrix หน่วยงาน จะได้ความเสี่ยงที่มีลำดับความสำคัญสูงจากการประเมินค่าคะแนน จากนั้นปฏิบัติดังนี้

๑. หน่วยงานร่วมกันค้นหาแนวทางการปฏิบัติใหม่ๆ หรือแก้ไขกระบวนการเดิมในเชิงระบบ ตามแนวทางการจัดการความเสี่ยง ตามตารางที่ ๕

๒. ในความเสี่ยงระดับสูง มีการทำการทบทวนและวิเคราะห์ค้นหาสาเหตุRCA (แบบฟอร์ม ๒)

๓. ค่าคะแนน Risk matrix มีส่วนช่วยในการทำ FMEA (Failure mode and Effect analysis)

๔. หน่วยงานจัดทำมาตรการเพื่อป้องกันความเสี่ยงในระดับ High risk และระดับอื่นๆ ที่มีค่า คะแนนตั้งแต่ ๖ ขึ้นไป ซึ่งก่อให้เกิดการบริหารความเสี่ยงเชิงรุกในหน่วยงาน (Risk Profile เชิงรุก)

ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินผล ประเมินจากผลของการนำมาตรการที่วางไว้ไปใช้ในการปฏิบัติงานว่า สามารถป้องกันความเสี่ยงได้จริงหรือไม่ มีการเกิดเหตุการณ์เดิมซ้ำหรือไม่ หากยังมีเกิดขึ้นต้องมีการนำ กระบวนการมาปรับปรุงและวางมาตรการใหม่ (ตามแนวทาง PDCA)

๒ การบริหารความเสี่ยงกรณีที่เกิดเหตุขึ้นแล้ว

การบริหารความเสี่ยงกรณีที่เกิดเหตุขึ้นแล้ว ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ ๑ ค้นหาความเสี่ยง ขั้นนตอนที่ ๒ ประเมินและวิเคราะห์ขั้นตอนที่ ๓ การจัดการความเสี่ยง และ ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินผล

ขั้นตอนที่ ๑ ค้นหาความเสี่ยง

๑.๑ การค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ ได้จาก บันทึกที่มีอยู่ เช่น

- รายงานอุบัติการณ์
- รายงานการตรวจสอบเพื่อป้องกันอัคคีภัย
- รายงานด้านอาชีวอนามัย
- รายงานการติดเชื้อ
- รายงานของห้องปฏิบัติการ
- บันทึกมอบหมายงานของแต่ละหน่วยงาน

๑.๒ การค้นหาจากอดีต

- การทบทวนเวชระเบียน
- เรียนรู้จากการรายงานอุบัติการณ์
- เรียนรู้จากประสบการณ์ความผิดพลาดของผู้อื่น
- การทบทวนข้อร้องเรียน
- ศึกษาความสูญเสียของหน่วยงานที่ผ่านมา
- การทบทวน ปรับปรุงRisk profile
- รายงานการประชุมของคณะกรรมการต่างๆ

ขั้นตอนที่ ๒-๔ ปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงเชิงรุก และทบทวนตามแนวทาง RCA เมื่อเกิดความเสี่ยงระดับ D และ ๒ ขึ้นไป

๓ วิธีค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย

๑. Patient round เป็นการค้นหาความเสี่ยงจากผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ เช่น C๓THER ,Nursing round ,Grand round เป็นต้น

๒. Chart round การนำเวชระเบียนมาอ่านทบทวน ค้นหาสิ่งที่ไม่สอดคล้องกัน เช่น แพทย์ประเมินของแพทย์ พยาบาลประเมินของพยาบาล เป็นต้น เมื่อเห็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกันจึงนำมาร่วมพูดคุยทบทวนร่วมกัน

๔ ประเด็นทบทวนเพื่อการค้นหาความเสี่ยง

๑. Disease round โดยเอาตัวโรคเป็นที่ตั้ง พิจารณาประเด็นที่สำคัญในแต่ละโรค ตั้งคำถาม จะดูแลโรคนี้ให้ดีขึ้นได้อย่างไร โดยพิจารณาประเด็นแบบองค์รวม การใช้ความรู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงไป การใช้การทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา

๒. การทบทวน ๑๒ กิจกรรมตามแบบบันไดขั้นที่ ๑ โดย ๑๒ กิจกรรมทบทวนประกอบไปด้วย

๑. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย/ข้างเตียงผู้ป่วย เป็นการตรวจหาปัญหาในด้านความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย อาจพบเหตุเกือบพลาดหรือภาวะแทรกซ้อนและสามารถแก้ไขได้ทันที

๒. การทบทวนความคิดเห็น/ข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ เป็นการรับทราบความไม่พึงพอใจ ของผู้รับบริการ/ผู้ป่วย ไม่ว่าเป็นความไม่พึงพอใจระดับใดก็สามารถสะท้อนปัญหาเชิงระบบขององค์กรได้

๓. การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา เป็นการตรวจสอบปัญหาเรื่อง competency ขององค์กร รวมทั้งความไม่พึงพอใจที่แฝงอยู่

๔. การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า เป็นการทบทวน Competency ของผู้ประกอบวิชาชีพ

๕. การค้นหา/ป้องกันความเสี่ยง ทบทวนประสบการณ์ในหน่วยงานตนเองและองค์กรอื่น รวมทั้งความเป็นไปได้ ที่จะเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ โดยไม่ต้องรอให้เกิดเหตุก่อนนำเหตุการณ์มาพิจารณาเชิงรุก ตั้งคำถามว่า รพ.เราจะสามารถเกิดเหตุการณ์นี้ได้หรือไม่

๖. การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ เป็นการตรวจสอบเหตุที่เกิดขึ้นแล้วเป็นเหตุไม่พึงประสงค์ รุนแรง เช่น เสียชีวิต พิการ

๗. การทบทวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การตรวจสอบเหตุการไม่พึงประสงค์ด้านระบบการป้องกันการติดเชื้อใน รพ.

๘. การทบทวนการใช้ยา ความคลาดเคลื่อนทางยา

๙. การทบทวนเวชระเบียน เป็นการตรวจหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเกือบพลาด ซึ่งบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร การทบทวนหลังจำหน่ายผป. ตรวจจับเหตุไม่พึงประสงค์ที่หลุดรอดไป

๑๐. การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ เป็นการหาโอกาสปรับปรุงการดูแลผป.โดยไม่ต้องรอให้เกิดเหตุ

๑๑. การทบทวนการใช้ทรัพยากร เป็นการทบทวนการตัดสินใจใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติงานเป็นไปอย่างเหมาะสม คุ้มค่า อยู่บนพื้นฐานทางวิชาการ

๑๒. การทบทวนตัวชี้วัด เป็นการศึกษาผลการปฏิบัติ ของระบบในหน่วยงานว่า น่าพึงพอใจหรือไม่

การแบ่งประเภทความเสี่ยง

การแบ่งประเภทความเสี่ยง แบ่งเป็น ๒ ประเภท ได้แก่

๑ ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk) คือเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายกับผู้ป่วย อันเป็นเหตุจากกระบวนการให้บริการ หรือกิจกรรมการตรวจวินิจฉัย การดูแลทางการพยาบาล หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยา แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม

๑. ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common clinical risk) เหตุการณ์ที่เกิดอันตรายหรือเหตุไม่พึงประสงค์ อันเนื่องมาจากกระบวนการรักษาไม่ถูกต้อง ไม่มีประสิทธิภาพ เกิดกับผป.ทั่วไป เช่น ผล LAB /X-ray ผิดพลาด การให้ยาผิดขนาด ให้เลือดผิด ตกเตียง เป็นลมในห้องน้ำ แผลกดทับ ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง เป็นต้น

๒. ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical risk) คือ เหตุการณ์ที่เกิดอันตรายหรือเหตุไม่พึงประสงค์ อันเนื่องมาจากกระบวนการรักษาไม่ถูกต้อง ไม่มีประสิทธิภาพ ใน ผป.โรคใดโรคหนึ่ง

๒ ความเสี่ยงทั่วไป (non-Clinical risk) ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ไม่ได้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเอกสาร โครงสร้างกายภาพ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ การประสานงาน เสียงสะท้อนของผู้รับบริการ แบ่งเป็น

๑. ความเสี่ยงทั่วไป(General risk) หมายถึง หมายถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่เกี่ยวกับความไม่ปลอดภัย อันเนื่องมาจากอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ พฤติกรรมบริการและระบบสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยภายในรพ.ซึ่งอาจมีผลต่อผู้ป่วยและผู้ใช้บริการ เป็นความเสี่ยงโดยทั่วไปที่ไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาดูแล อาทิ เช่น สิ่งของสูญหาย การทะเลาะวิวาท ท่อน้ำแตก คอมพิวเตอร์ เสีย คิดค่าใช้จ่ายผิด เป็นต้น

๒. ความเสี่ยงขององค์กร (Organization risk) หมายถึง ความเสี่ยงระดับนโยบาย กลยุทธ์หรือความเสี่ยงที่ทำให้ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ระดับกลยุทธ์องค์กรได้ โดยการใช้วิธีบริหารความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยงของ

องค์กร (Enterprise Risk Management – ERM) ใช้ โดยองค์กรต้องประเมินความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องทั้งหมดตามชนิดและระดับความรุนแรงของความเสี่ยง และกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อจัดการความเสี่ยงเหล่านั้น วัตถุประสงค์หลักของ ERM เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลกิจการ การดำเนินงาน และระบบสารสนเทศ กระบวนการทำ ERM จะช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ และถูกต้องในเรื่องทางการเงิน การดำเนินงาน และการรายงานให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการดำเนินงาน การป้องกันรักษาทรัพย์สินและการปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎระเบียบ สัญญา และประมวลจรรยาบรรณขององค์กร

การจัดการความเสี่ยง

๑. การจัดการก่อนเกิดเหตุ ปฏิบัติโดย

๑. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่น การ Refer การงดทำหัตถการกลุ่มเสี่ยงเมื่อไม่มีทันตแพทย์

๒. การผ่องถ่ายความเสี่ยง เช่น การจ้างเหมาบริษัทเพื่อดูแลเครื่องมือทางการแพทย์และ ห้องปฏิบัติการ ดูแลออกซิเจน

๓. การป้องกันความเสี่ยง เช่น การบำรุงรักษาเครื่องมือ อุปกรณ์ การตรวจสอบรถ Emergency การสอบเทียบเครื่องมือ การให้ความรู้เจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดความตระหนัก ในการดูแลเครื่องมือ

๔. การแบ่งแยกความเสี่ยง เช่น ระบบสำรองไฟ เครื่องมืออุปกรณ์ การสำรองข้อมูล

๕. มีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้แก่

- ทุกหน่วยงานมีระบบรายงานความเสี่ยง
- บุคลากรสามารถรายงานความเสี่ยงได้หลายช่องทาง มีการสื่อสารย้อนกลับ และ เป็นความลับ
- จัดทำฐานข้อมูลความเสี่ยง เพื่อการสื่อสารทั้งองค์กร

๒ การจัดการหลังเกิดเหตุปฏิบัติโดย

๑. ลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ เป็นการดูแลแก้ปัญหาฉับพลัน โดยการเอาใจใส่ให้ ข้อมูลตรงไปตรงมาภายใต้การแนะนำที่ดี การสื่อสารที่ดี ความเข้าใจอันดีต่อกัน ประคับประคอง เป็นขวัญและกำลังใจแก่กันทั้งผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรผู้ให้บริการ รายงานต่อผู้บังคับบัญชา ผู้บริหาร คณะกรรมการ และติดตามประเมินผลหลังการไกล่เกลี่ย

๒. การบริหารเงินชดเชยค่าเสียหาย กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหาย ทีมไกล่เกลี่ยเป็นผู้ สรุปข้อมูล ปัญหา นำเสนอผู้บริหารสูงสุดและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อ พิจารณาชดเชยค่าเสียหายอย่างเหมาะสม

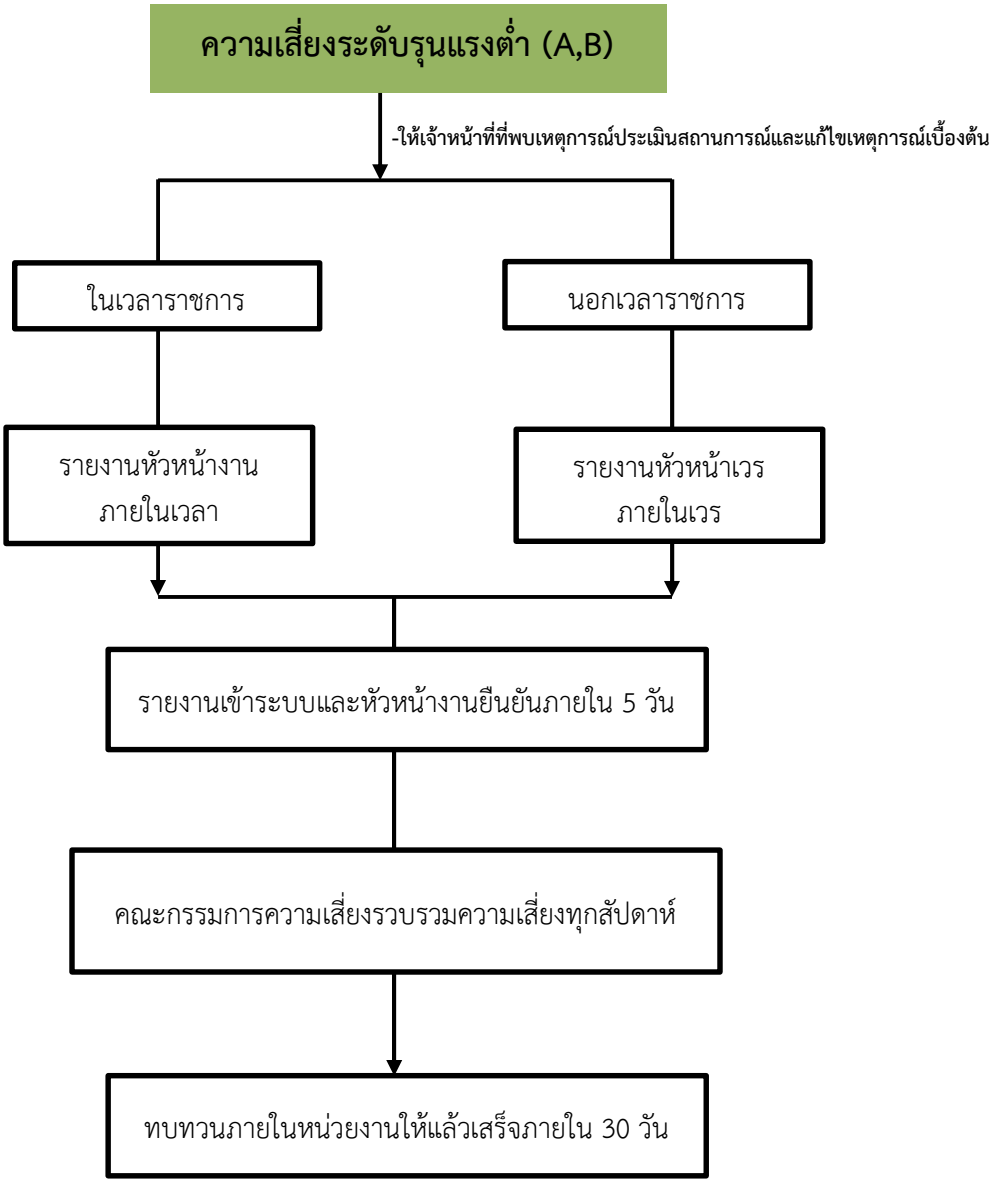
๓ การจัดการความเสี่ยงในกรณี พิเศษ

๑. กรณีความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเป็นความขัดแย้งในระหว่างวิชาชีพ หรือเกิดความเสี่ยง/ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการซ้ำซาก/ข้อแนะนำจากผู้บังคับบัญชา หัวหน้าหน่วยงาน รายงาน ผอ.รพ. ผอ.รพ.พิจารณาเข้าคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

๒. กรณีเหตุวิกฤติด้านสาธารณูปโภคและความปลอดภัย กำหนดให้-เรื่องสาธารณูปโภค แจ้งหัวหน้างานเพื่อแจ้งหัวหน้าบริหารต่อไป

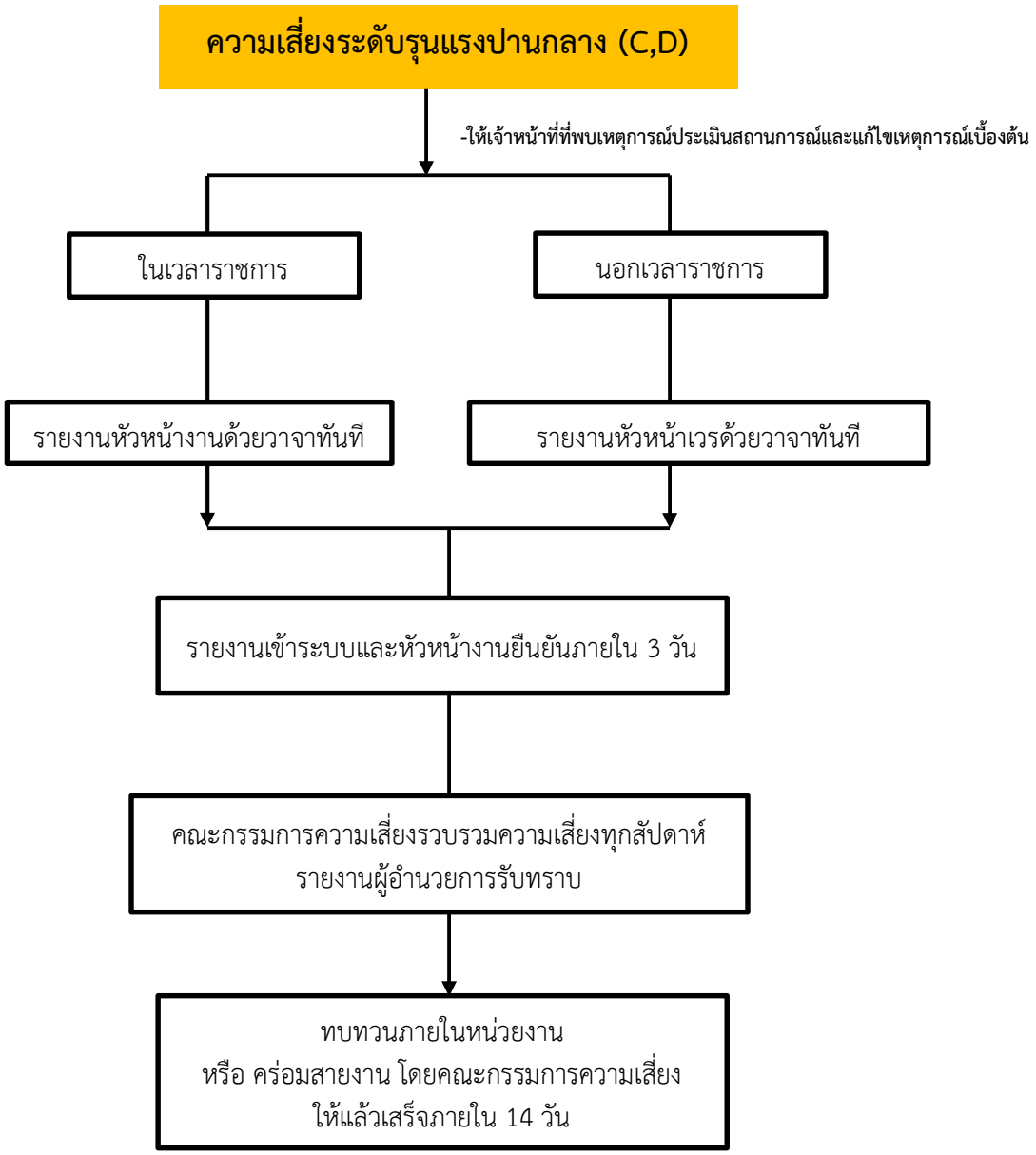
๓. กรณีผู้อำนวยการติดภารกิจ รายงานหัวหน้าฝ่ายเกี่ยวข้องที่อาวุโสสูงสุด หรือ หน.ศูนย์ พัฒนาคุณภาพ

วิธีปฏิบัติ/ขั้นตอนการรายงานความเสี่ยง



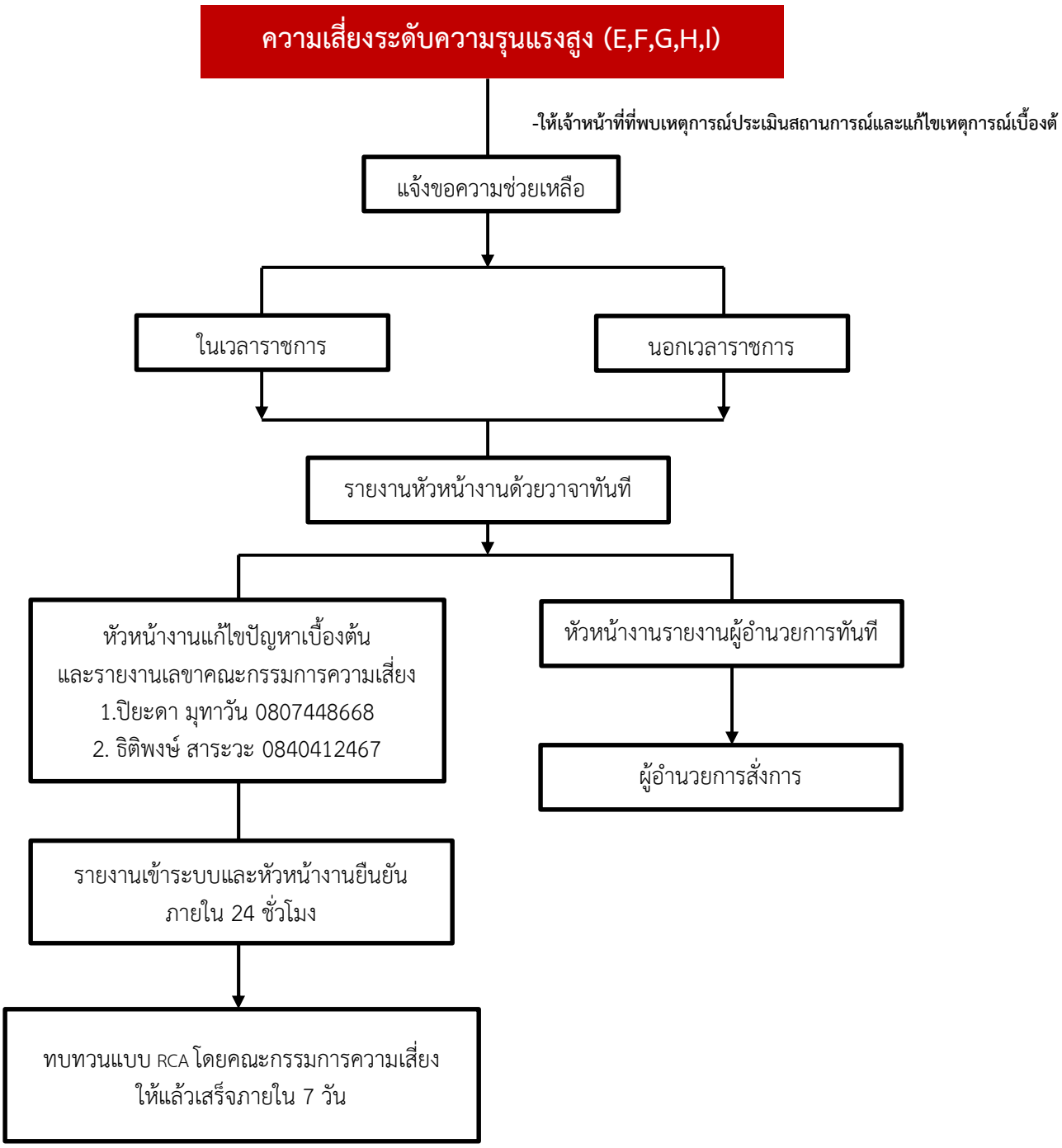
หมายเหตุ : รายงานในระบบบันทึกความเสี่ยง HRMS ภายใน 5 วัน และทบทวนให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน

ปรับปรุง วันที่ 10 มิ.ย. 2568



หมายเหตุ : รายงานในระบบบันทึกความเสี่ยง HRMS ภายใน 3 วัน และทบทวนให้แล้วเสร็จภายใน 14 วัน

ปรับปรุงวันที่ 10 มิ.ย.2568



หมายเหตุ : รายงานในระบบบันทึกความเสี่ยง HRMS ภายใน 24 ชม และทบทวนให้แล้วเสร็จภายใน 14 วัน

ปรับปรุง วันที่ 10 มิ.ย.2568

ความหมายระดับความรุนแรง

ระดับ A – I ใช้เฉพาะกับรายการอุบัติการณ์ด้านคลินิก และอุบัติการณ์ทั่วไปในหมวด Personnel Safety Goals (รหัส GPxxxx)ตามความหมายดังนี้

ระดับ	ผลกระทบ
A	(เกิดที่นี่)เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเองและค้นพบได้ด้วยตัวเองสามารถปรับแก้ไขได้ไม่ส่งผลกระทบถึงผู้อื่นและผู้ป่วยหรือบุคลากร
B	(เกิดที่ไกล)เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยส่งต่อเหตุการณ์/ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบใดๆถึงผู้ป่วยหรือบุคคลากร
C	(เกิดกับใคร)เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบถึงผู้ป่วยหรือบุคลากรแต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย
D	(ให้ระวัง)เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้อวให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย
E	(ต้องรักษา)เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/รักษาเพิ่มมากขึ้น
F	(เยียวยานาน)เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนดผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องรักษา/นอนโรงพยาบาล
G	(ต้องพิการ)เกิดความผอดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากรทำให้เกิดความพิการถาวรหรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ความเชื่อถือและ/หรือมีการร้องเรียน
H	(ต้องการปั๊ม)เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร มีผลทำให้ต้องการทำการช่วยชีวิตหรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล
I	(จำใจลา)เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตเสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/สื่อ

การแบ่งระดับความรุนแรงและผลกระทบ แบ่งเป็น 9 ระดับ A – I

การจัดกลุ่ม	ความรุนแรง	ระดับ	ผลกระทบ			
			บุคคล	ทรัพย์สิน	ระบบงาน	ชื่อเสียง
1 (เกือบพลาด) Near miss	น้อย	A	“ดักจับได้” โดยหน่วยงานก่อนที่จะไปถึงผู้ป่วย/เจ้าหน้าที	-	-	-
		B	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ **<u>สามารถตรวจ</u>**	-	-	-

			<u>พบได้ก่อน ยัง ไม่ถึงตัวผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่</u>			
2 (เสี่ยงต่ำ) Low Risk		C	เกิดอุบัติการณ์ “ส่งผลกระทบ” ถึง ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ **<u>แต่ไม่ได้รับอันตราย</u>**			
	ปานกลาง	D	เกิดอุบัติการณ์ แต่ไม่เป็นอันตราย ต้องมีติดตาม การเฝ้าระวังเพิ่มเติม เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย	ทรัพย์สินเสียหาย มูลค่า **>500 – 1000 บาท**	ภารกิจหยุดชะงักชั่วคราวต้องมีการเฝ้าระวัง **<u>แก้ไขภายในหน่วยงาน</u>** และต้องมีการปรับระบบงานภายใน	ถูกร้องเรียนภายในโรงพยาบาล ระบุชื่อยังไม่แพร่กระจายออกนอก รพ.
3 (เสี่ยงปานกลาง) Moderate Risk		E	เกิดอุบัติการณ์และเป็นอันตราย **“ต้องมีการดูแลรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม”**	ทรัพย์สินเสียหาย มูลค่า **> 1,000 – 5,000 บาท**	มีผลกระทบต่อนอกหน่วยงาน **ต้องวิเคราะห์สาเหตุ** ปรับระบบงานภายใน ร่วมกัน	บุคคลภายนอกหน่วยงานเริ่มทราบเรื่อง อาจเกิดการเสียชื่อเสียงของรพ. แต่ควบคุมได้
		F	เป็นอันตราย **“ต้องรับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลหรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น”**	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า **>5,000-10,000 บาท**	มีผลกระทบต่อนอกหน่วยงาน **ต้องวิเคราะห์สาเหตุ ปรับระบบงานที่สำคัญ**ร่วมกับทีมนา	มีบุคคลภายนอกทราบเรื่อง มีแนวโน้มจะเกิดการ**ร้องเรียน**
4 (เสี่ยงสูง) High Risk	มาก	G	เกิดความสูญเสียเป็น **“อันตรายถาวร” เช่น สูญเสียอวัยวะ / พิการ**	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า **> 10,000-50,000 บาท**	มีผลกระทบต่อชุมชน **<u>แก้ปัญหาระดับรพ.</u>**	เกิดการร้องเรียนขึ้นในชุมชน
		H	เป็น**“อันตราย**	ทรัพย์สิน	เกิดผลกระทบ	มีแนวโน้ม**เสี่ยง**

			เกือบเสียชีวิต ” เช่น การแพ้ยา anaphylaxis หัวใจหยุดเต้น ต้องช่วย CPR	เสียหายมูลค่า **> 50,000-100,000 บาท**	ต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อม **แก้ปัญหาระดับโรงพยาบาล**	**ต่อการฟ้องร้อง** และ เรียกค่าเสียหาย
		I	**เสียชีวิต**	ทรัพย์สินเสียหายมากกว่า **100,000 บาท**	เกิดผลกระทบต่อสาธารณะ ออกข่าวผ่านสื่อ **<u>แก้ปัญหาระดับโรงพยาบาล</u>**	เกิดกรณีฟ้องร้อง

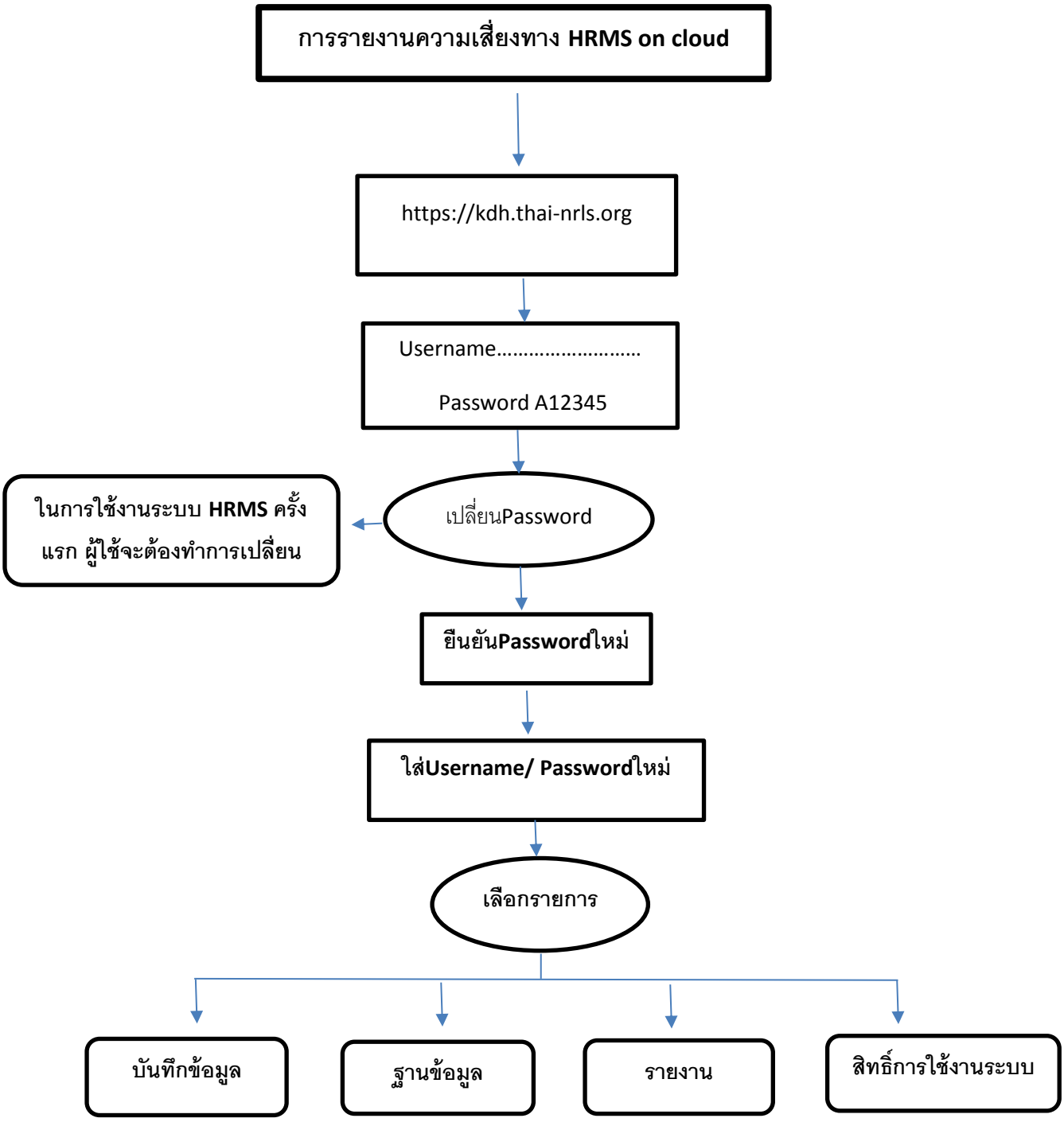
ระดับ 1 – 5 ใช้เฉพาะกับกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป ยกเว้นหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Personnel Safety Goals ตามรายละเอียด ดังนี้

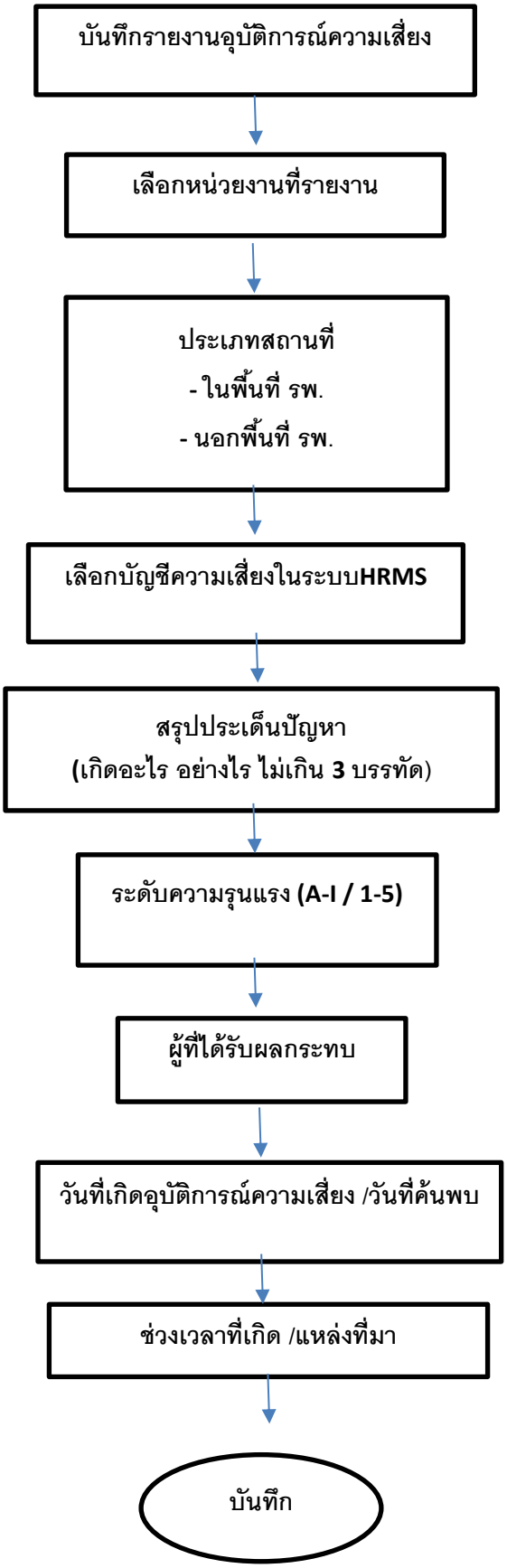
ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง
1	เกิดความผิดพลาดขึ้นแต่ไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 0 10,000 บาท)	น้อย
2	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยมีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จ หรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความ เสียหาย 10,001 50,000 บาท)	
3	3 เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลกระทบ (ที่ต้องทาการแก้ไข) ต่อ ผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มี มูลค่าความเสียหาย 50,001-250,000 บาท)	ปานกลาง
4	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และทาให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ ตามเป้าหมาย (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 250,001 – 10,000,000 บาท) มาก	มาก
5	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลให้ การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ ตามเป้าหมาย ทาให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง (* เกิดผล กระทบที่มีมูลค่าความเสียหายมากกว่า 10 ล้านบาท)	

* หมายเหตุ : การประมาณการตัวเลขของมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้น ควรพิจารณาตามความเหมาะสมกับขนาดภารกิจ และการดำเนินงานขององค์กร

การรายงานอุบัติการณ์

กำหนดให้รายงานอุบัติการณ์ทาง HRMS on cloud




บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
เลือกหน่วยงานที่รายงาน
ประเภทสถานที่
- ในพื้นที่ รพ.
- นอกพื้นที่ รพ.
เลือกบัญชีความเสี่ยงในระบบHRMS
สรุปประเด็นปัญหา
(เกิดอะไร อย่างไร ไม่เกิน 3 บรรทัด)
ระดับความรุนแรง (A-I / 1-5)
ผู้ที่ได้รับผลกระทบ
วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง /วันที่ค้นพบ
ช่วงเวลาที่เกิด /แหล่งที่มา
บันทึก

การรายงานความเสี่ยงระดับความรุนแรงสูงสุด (Sentinel Event)ที่ต้องรายงานผู้บริหารทันที

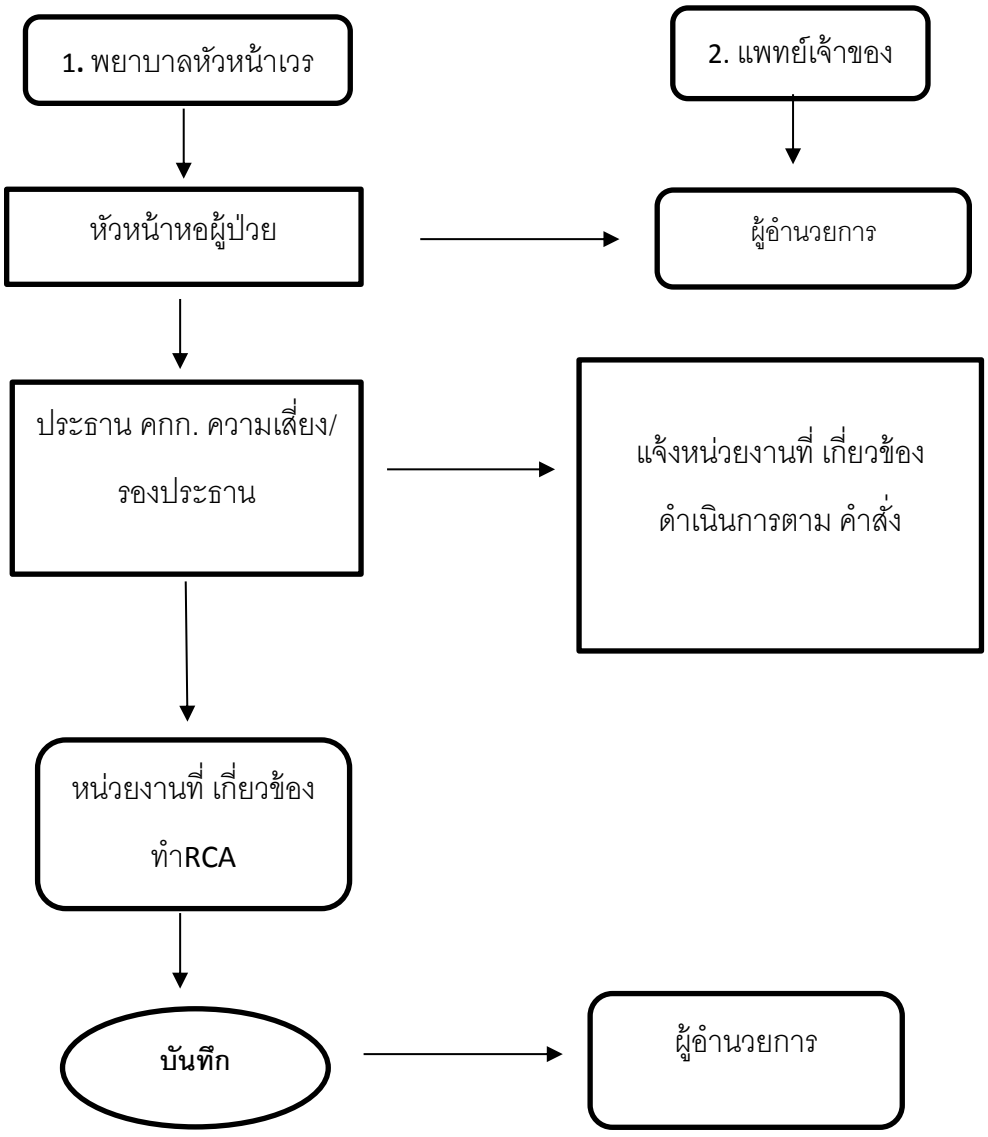
๑. Unexpected death กรณีตายโดยไม่คาดฝันเช่น

- ผู้ป่วยขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยหรือรอจำหน่ายแล้วเสียชีวิต
- โรคที่ไม่ควรเสียชีวิต แต่เสียชีวิต เช่น ไส้ติ่งอักเสบ อาหารเป็นพิษ

๒. การผ่าตัดผิดข้าง, ผิดคน, ผิดอวัยวะ

๓. ให้เลือดผิด

๔. ระบุทารกแรกคลอดผิด



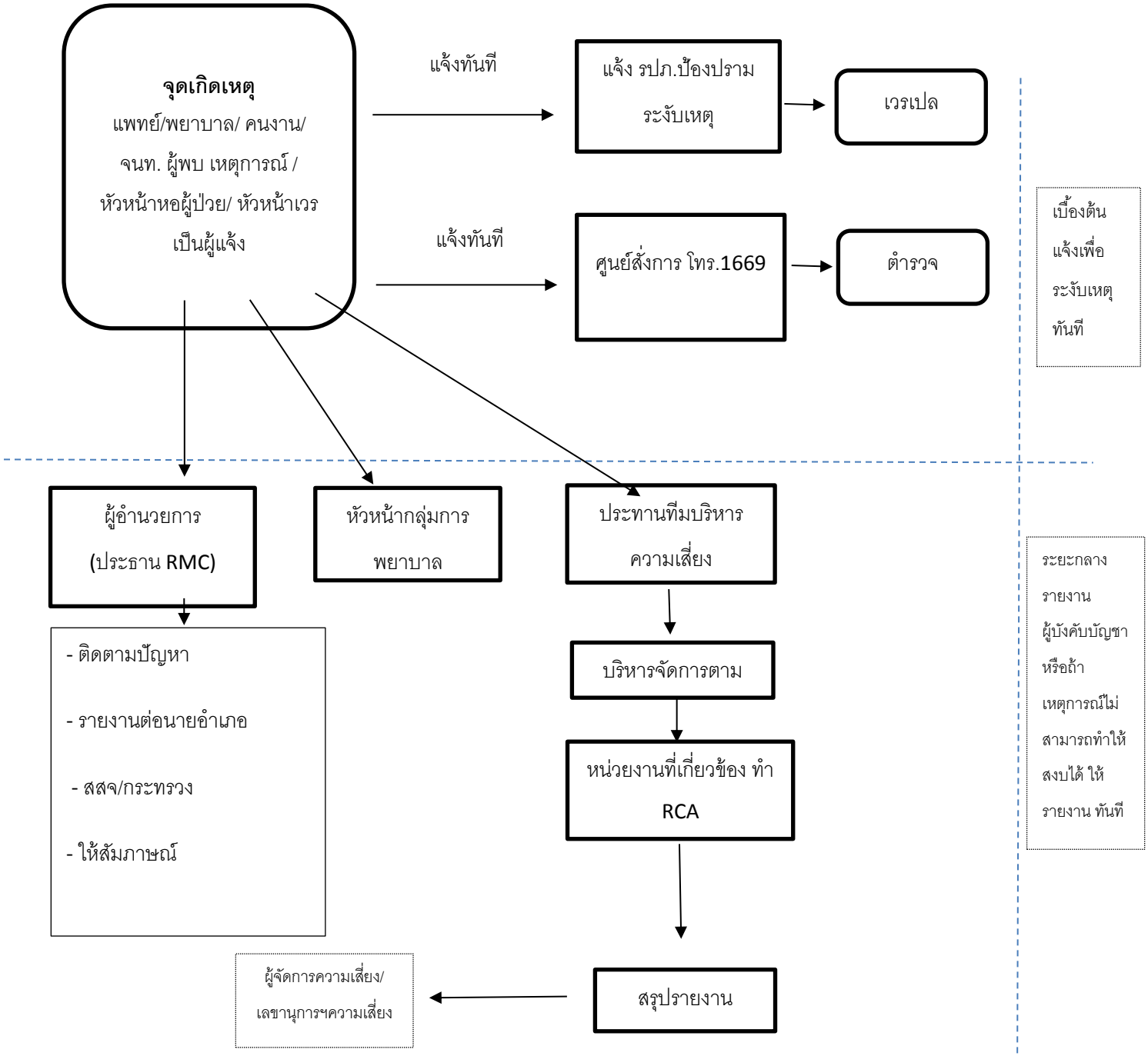
๕. กรณีทำร้ายร่างกาย/ทะเลาะวิวาทในโรงพยาบาล

๖. กรณีอัคคีภัยขู่วางระเบิด/วินาศภัย

๗. อุบัติการณ์อื่นๆ ที่เสี่ยงต่อ ความสูญเสียต่อชีวิต / ทรัพย์สิน ต่อตัวมนุษย์เช่นโจรกรรม

๘. ทรัพย์สินมีค่าเสียหายตั้งแต่ ๑๐,๐๐๐ บาทขึ้นไป

๙. อุบัติการณ์ สำคัญที่อาจมีผลกระทบรุนแรง เช่น เสี่ยงต่อการฟ้องร้อง / เสี่ยงต่อการแพร่ข่าวในสื่อสารมวลชน)ให้รายงานผู้อำนวยการทันที



เทคนิคในการทำ Root Cause Analysis (RCA) RCA

คือการค้นหาปัจจัย ที่เป็นสาเหตุของปัญหาหรือสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยมุ่งเน้นที่ระบบ/กระบวนการ เพื่อที่จะหาโอกาสที่จะปรับปรุงอันจะนำไปสู่การลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ซ้ำ

เป้าหมายของการทำ RCA

- การนำความบกพร่องของระบบและกระบวนการที่เป็นสาเหตุพื้นฐานของปัญหาไปสู่การแก้ไข/ ปรับปรุง

เมื่อใดจึงควรมีการทำ RCA

- ทุกครั้งที่เกิดเหตุผิดพลั้งที่รุนแรง หรือ Sentinel event
- ทุกครั้งที่เกิดเหตุเกือบพลาดหรือ Near miss (Close call) ที่รุนแรง

ประเภทอุบัติการณ์ตามความรุนแรง

- เหตุการณ์เกือบพลาด (near miss) เป็นเหตุการณ์ที่เกือบจะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AE) แต่ไม่เกิดขึ้น
- เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event-AE) เป็นเหตุการณ์/อุบัติการณ์ซึ่งนำไปสู่อันตราย
- เหตุการณ์ที่เฝ้ามอง (sentinel event) เป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงส่งสัญญาณถึงความจำเป็นที่ต้อง มีการสอบสวนและตอบสนองทันที
- การกระทำที่ไม่ปลอดภัยโดยเจตนา

ขั้นตอนการทำ Root Cause Analysis (RCA)

- จัดทีม
- ตั้งโจทย์
- ศึกษาปัญหา
- หาสาเหตุเบื้องต้น
- วิเคราะห์หาสาเหตุเบื้องหลัง
- คัดเลือก root cause
- ออกแบบและแก้ไขปัญหาเชิงระบบ

จัดตั้งทีม

- ผู้ที่เกี่ยวข้องใกล้ชิด และมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นเป็นอย่างดี
- ผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลง (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย)
- ผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจ
- ผู้ที่มีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง
- ผู้ที่มีทักษะในการวิเคราะห์

ตั้งโจทย์

- ระบุด้วยข้อความที่ชัดเจนและเจาะจงว่า “เกิดอะไรขึ้น” เพื่อช่วยให้ทีมมีจุดเน้นในการวิเคราะห์และปรับปรุง
- ตัวอย่างโจทย์ (เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือ adverse event)
    - ทันตแพทย์ถอนฟันผิดคน
    - ผู้ป่วยที่ถูกผูกยึดเสียชีวิต
    - ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังตกเตียง

ศึกษาปัญหา

- ข้อมูลที่ทีมควรเก็บรวบรวมซึ่งควรกระทำโดยเร็วเพื่อป้องกันการหลงลืม ได้แก่
    - คำบอกเล่าและข้อสังเกตของผู้ใกล้ชิดเหตุการณ์ และผู้เกี่ยวข้อง (โดยการสัมภาษณ์)
    - หลักฐานทางกายภาพ
    - หลักฐานทางเอกสาร เช่น เวชระเบียนผู้ป่วย เป็นต้น

หาสาเหตุเบื้องต้น (Active failure or Unsafe act)

- สิ่งที่ได้กระทำ (actions) หรือไม่กระทำ (omissions) ซึ่งเบี่ยงเบนไปจากเหตุการณ์ประจำ (routine) ที่สามารถเชื่อมโยงว่าเกี่ยวข้องกับการเกิด sentinel event ซึ่งคำตอบที่ได้จะเป็นสาเหตุเบื้องต้นได้แก่

- วินิจฉัยล่าช้า	- ขาดการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
- ประเมินความเสี่ยงผิดพลาด	– ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด
- ข้อมูลไม่ครบถ้วน	- เลือกใช้แนวทางการรักษา
- อุปกรณ์ชำรุด	- ขาดการเฝ้าระวังที่เหมาะสม

วิเคราะห์หาสาเหตุเบื้องหลัง (System analysis)

- ใช้กรอบแนวคิดต่อไปนี้ เป็นคำถามที่ใช้กระตุ้นทีม
    - มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เกี่ยวข้อง หรือไม่ (Patient factors)
    - มีปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ให้บริการ เกี่ยวข้อง หรือไม่ (Provider factors)
    - มีปัจจัยเกี่ยวกับงานที่มอบหมาย เกี่ยวข้อง หรือไม่ (Task factors)
    - มีปัจจัยที่เกี่ยวกับทีมงาน เกี่ยวข้อง หรือไม่ (Team factors)
    - มีปัจจัยที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เกี่ยวข้อง หรือไม่ (Environment factors)
    - มีปัจจัยที่เกี่ยวกับองค์กร เกี่ยวข้อง หรือไม่ (Institutional factors)

ออกแบบและแก้ไขปัญหาเชิงระบบ

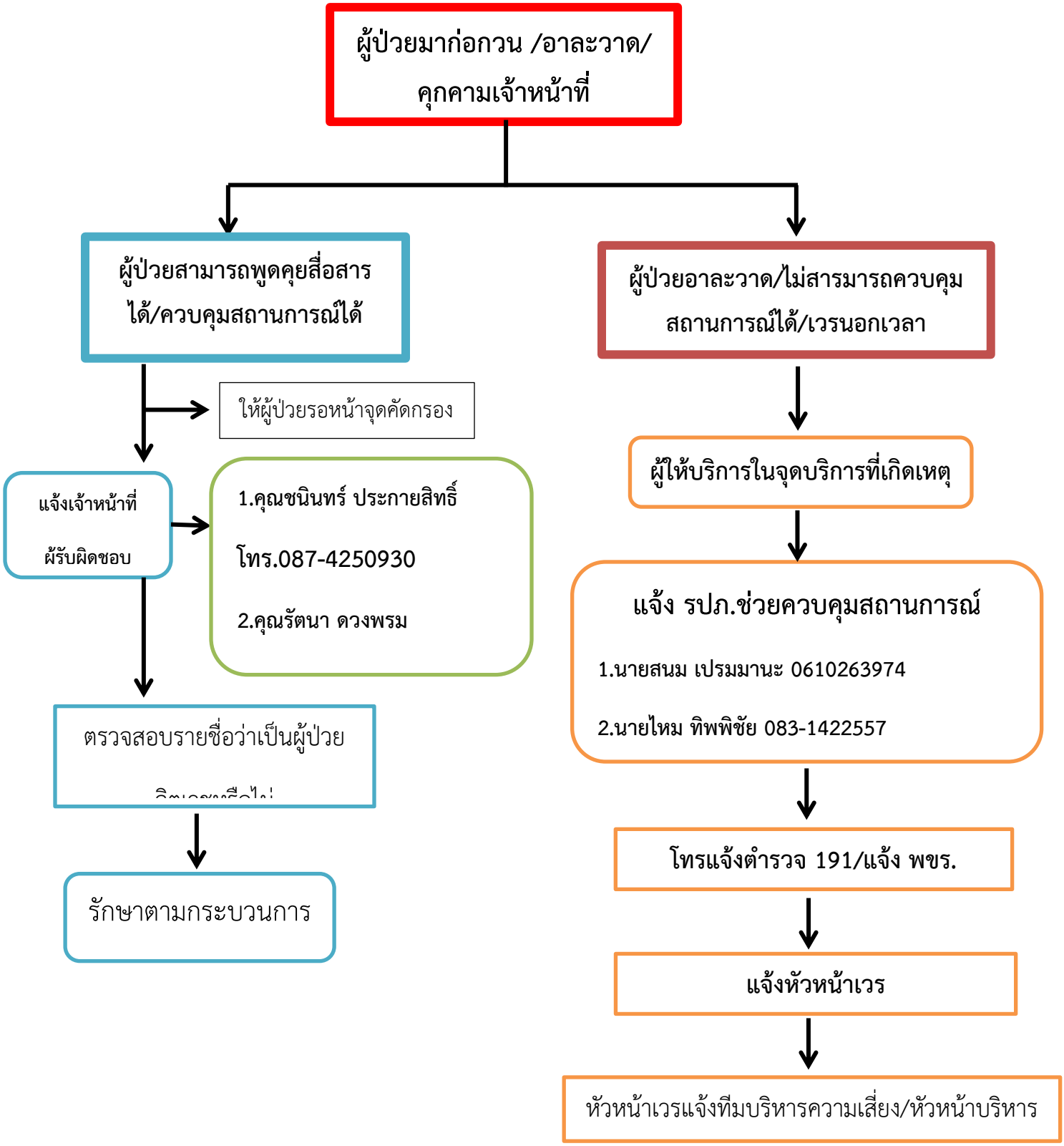
- การสร้างระบบเพื่อให้ยากที่จะเกิดความผิดพลั้ง(มีปราการมากกว่าหนึ่งชั้น) โดยเน้นที่การขจัด root cause
- ควรมีมาตรการในการติดตามและตรวจสอบซึ่งมีความไวฝังอยู่ในระบบให้มากพอที่จะตรวจจับเมื่อเกิดปัญหา
- การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมักเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลั้งขึ้นในกรณีส่วนใหญ่

*** Simplified RCA**

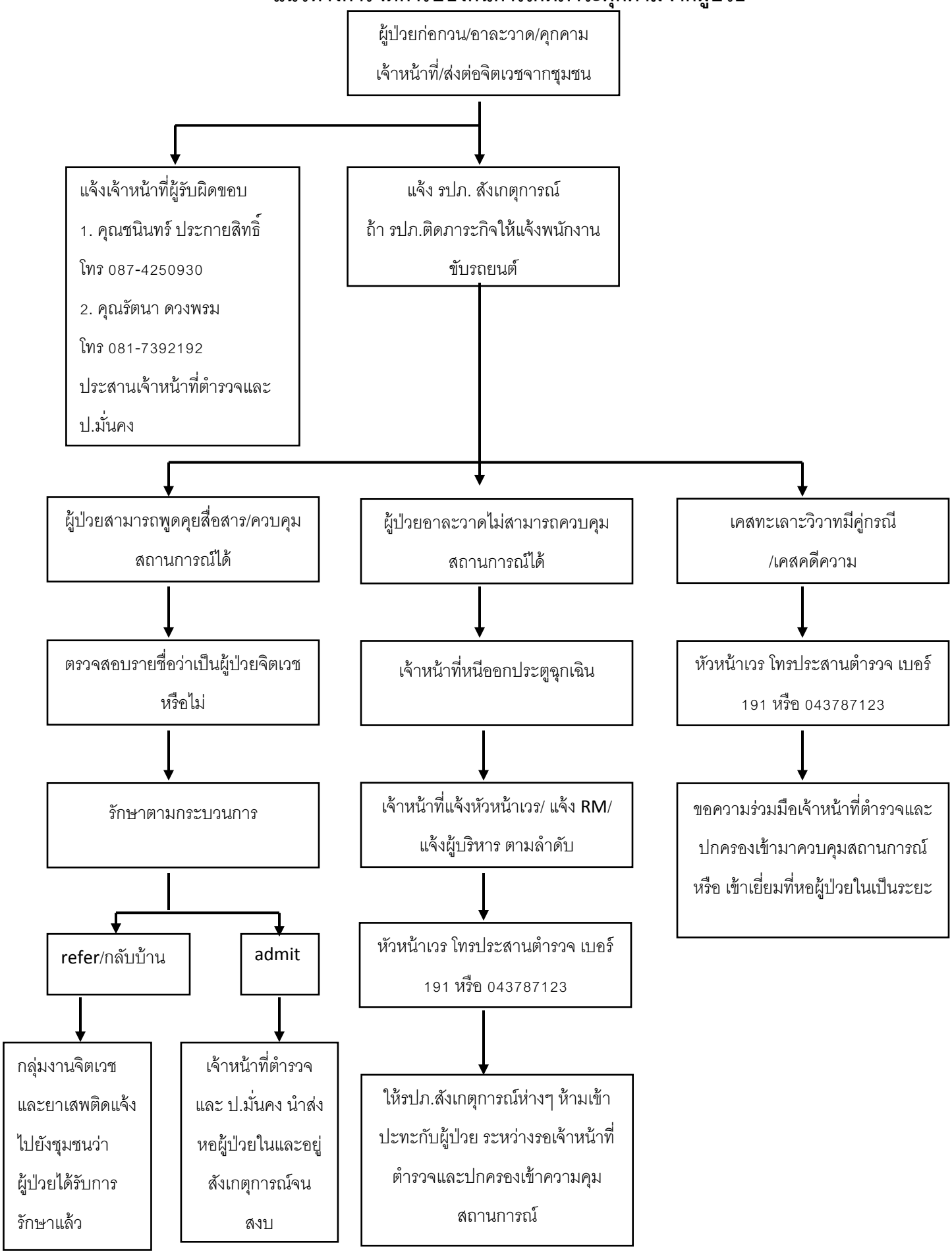
- ไม่วิเคราะห์บนกระดาษ
- วิเคราะห์จากเหตุการณ์จริง เข้าไปดูในสถานที่จริง คุยกับผู้คนที่เกี่ยวข้อง
- ถาม “ทำไม” เพื่อโยงไปสู่ปัจจัยองค์กร • ถามว่า “ถ้าจัดการตรงสาเหตุนี้แล้ว ปัญหาจะลดลงหรือหมดไป
- ใช้สถิติวิเคราะห์เมื่อจำเป็น

ภาคผนวก

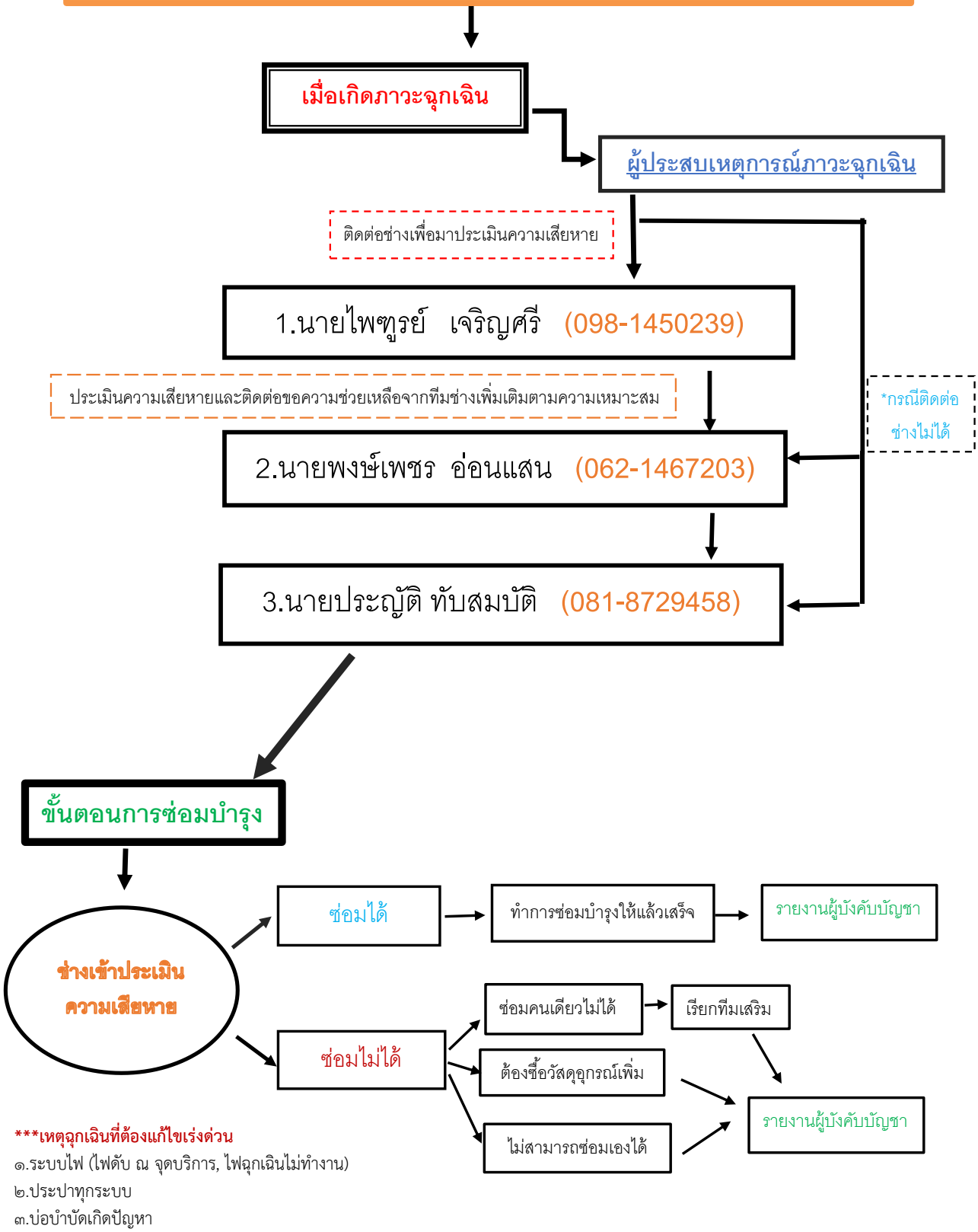
แนวทางการจัดการภาวะคุกคามจากผู้ป่วย



แนวทางการจัดการป้องกันการเกิดภาวะคุกคามจากผู้ป่วย



แนวทางแก้ไขภาวะฉุกเฉินกรณีสาธารณูปโภคเกิด



***เหตุฉุกเฉินที่ต้องแก้ไขเร่งด่วน**

๑.ระบบไฟ (ไฟดับ ณ จุดบริการ, ไฟฉุกเฉินไม่ทำงาน)

๒.ประปาทุกระบบ

๓.บ่อบำบัดเกิดปัญหา

บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของระบบ NRLS & HRMS on Cloud
ประจำปีงบประมาณ 2568

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 ที่ใช้งานในระหว่างปีงบประมาณ 2565 - 2567 นั้น มีการจัดแบ่งรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงออกเป็น กลุ่ม หมวด ประเภท ประเภทย่อย และรายการ (เรื่อง) รวมจำนวนรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมด 315 รายการ และในปีงบประมาณ 2568 นี้ มีการทบทวนและปรับปรุงรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยการเพิ่มเติมใหม่ 8 รายการ และตัดออก 2 รายการ ดังนี้

รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เพิ่มเติมใหม่ จำนวน 8 รายการ ได้แก่

- CPI205 เกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการสอดใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Peripheral Line Associated Bloodstream -PLABSI)

- CPP407 เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา/สารน้ำ/เลือด/ส่วนประกอบของเลือดทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Infusion related complication)

- GOI107 โปรแกรม/ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ เช่น HIS, LIS, โปรแกรมระบบยา ล่ม/ไม่สามารถใช้งานได้ นานเกินกว่าระยะเวลาที่ประกันเวลาไว้

- GOI108 โปรแกรม/ระบบสารสนเทศการบริการอื่นๆ ที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์ ล่ม/ไม่สามารถใช้งานได้ นานเกินกว่าระยะเวลาที่ประกันเวลาไว้

- GOI204 เกิดปัญหาด้านอุปกรณ์เทคโนโลยีทางการแพทย์/เครื่องมือ-อุปกรณ์การแพทย์ที่ไม่ใช่เครื่องมือ-อุปกรณ์ผ่าตัด (Error of Medical device) เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ตรงวัตถุประสงค์/ใช้ผิดวิธี- เทคนิค

- GOI205 เกิดปัญหาด้านเครื่องมือ อุปกรณ์สำนักงาน หรือ เครื่องมือ อุปกรณ์อื่นๆ ที่ไม่ใช่เทคโนโลยีหรือเครื่องมือ-อุปกรณ์การแพทย์ เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ตรงวัตถุประสงค์/ใช้ผิดวิธี- เทคนิค

- GOI206 เกิดปัญหาด้านเวชภัณฑ์ทางการแพทย์/เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่มีคุณภาพ/ไม่เพียงพอ/หมดอายุหรืออยู่ในสภาพไม่พร้อมใช้งาน

- GOI207 เกิดปัญหาด้านเวชภัณฑ์ยา เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่มีคุณภาพ/ไม่เพียงพอ/หมดอายุหรืออยู่ในสภาพไม่พร้อมใช้งาน

รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ตัดออก จำนวน 2 รายการ ได้แก่

- CPO101 เรื่องอื่นๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE โปรดระบุ

- GPO101 เรื่องอื่นๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE โปรดระบุ

ดังนั้น **บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของระบบ NRLS & HRMS on Cloud ในปีงบประมาณ 2568 จึงมีจำนวนรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมด 321 รายการ** แยกตามกลุ่ม หมวด ประเภท ประเภทย่อย อุบัติการณ์ ดังนี้

1. กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk Incident : C) จำนวน 219 รายการ (เรื่อง) แยกเป็น 2 หมวด ได้แก่

1) หมวด Patient Safety Goals (Common Clinical Risk Incident) มีจำนวน 130 รายการ (เรื่อง) ใน 25 ประเภทย่อย และ 6 ประเภท (SIMPLE)

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

2. กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk Incident : G) จำนวน 102 รายการ (เรื่อง) แยกเป็น 2 หมวด ได้แก่

1) หมวด Personnel Safety Goals มีจำนวน 71 รายการ (เรื่อง) ใน 15 ประเภทย่อย และ 6 ประเภท (SIMPLE)

2) หมวด Organization Safety Goals มีจำนวน 31 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 Goals หรือ Common Clinical Risk Incident	S	Safe Surgery	1	Safe Surgery and Invasive Procedure
				2	Safe Anesthesia
				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

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

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

1) เฉพาะในโปรแกรม/ระบบ HRMS on Cloud การใช้งานรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกรายการ/รหัส (เรื่อง) โรงพยาบาลสมาชิกสามารถเพิ่มเติมรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงย่อยภายในโรงพยาบาลได้ตามบริบท/ความต้องการ
2) กรณีโรงพยาบาลสมาชิกใด ต้องการเพิ่มรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงหลักรายการใหม่ ที่ไม่มีอยู่ในบัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้ง 321 รายการ สามารถขอเพิ่มได้โดยต้องจัดทำรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ต้องการเพิ่มใหม่นั้นตาม Template ดังนี้

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยง	
หมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง	
ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง	
ประเภทย่อยอุบัติการณ์ความเสี่ยง	
ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของอุบัติการณ์ความเสี่ยง	
หมายเหตุ	

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

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
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
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 10 เรื่อง ได้แก่

I1 : Hand Hygiene จำนวน 1 เรื่อง

I2 : Prevention of Healthcare Associated Infection จำนวน 5 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
5	CPI204	การไม่ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อโรคในสถานพยาบาล Standard Precautions (ยกเว้นการล้างมือ)	I2
6	CPI205	เกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการสอดใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Peripheral Line Associated Bloodstream -PLABSI)	I2
7	CPI301	การเกิดระบาดโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ	I3
8	CPI302	เกิดการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (Vaccine Preventable Disease) ภายในโรงพยาบาล	I3
9	CPI303	เกิดการระบาดของโรคติดต่ออื่น ๆ (Other Communication Disease) ภายในโรงพยาบาล	I3
10	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
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

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

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง P: Patient Care Processes มี 6 ประเภทย่อย จำนวน 34 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 7 เรื่อง

P5 : Pain Management จำนวน 6 เรื่อง

P6 : Refer and Transfer Safety จำนวน 2 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	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
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

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
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	CPP407	เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา/สารน้ำ/เลือด/ส่วนประกอบของเลือดทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Infusion related complication)	P4
27	CPP501	ผู้ป่วยไม่ได้รับ หรือได้รับการบรรเทาอาการปวดไม่เหมาะสมกับสภาพอาการ	P5.1
28	CPP502	ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการจัดการความปวด	P5.1
29	CPP503	ผู้ป่วย Acute Pain ไม่ได้รับ หรือได้รับการบรรเทาอาการปวดไม่เหมาะสม	P5.2
30	CPP504	Chronic Non-Cancer Patients ได้รับการสั่งใช้ Opioids ไม่เหมาะสม	P5.3
31	CPP505	ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ opioids ในการระงับปวดเรื้อรังที่มิใช่มะเร็ง	P5.3
32	CPP506	Management for Cancer Pain and Palliative Care ไม่เหมาะสม	P5.4

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
33	CPP601	ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อเพื่อการรักษา ไม่ได้รับการส่งต่อหรือส่งต่อได้ในช่วงเวลาไม่เหมาะสม	P6
34	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	รหัสอุบัติการณ์	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	รหัสอุบัติการณ์	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
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

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

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
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
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

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
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

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
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
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

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
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

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
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

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
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
3	GPM103	เจ้าหน้าที่มีภาวะเป็น second victim	M1.2
4	GPM104	เจ้าหน้าที่มีภาวะเครียดจากการทำงาน	M1.3
5	GPM203	เกิดเรื่องร้องเรียนจากการบริการทางการแพทย์	M2

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
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

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
10	GPP207	องค์กรเกิดความไม่ปลอดภัยจากรังสีในที่ทำงาน เช่น เกิดการรั่วไหลของรังสี	P2.3
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 ซึ่งมีโปรแกรมการตรวจไม่ครบถ้วนเหมาะสม 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

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
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
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

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
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
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

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 15 เรื่อง ได้แก่

I1 : Information Technology & Communication จำนวน 8 เรื่อง

I2 : Internal control & Inventory จำนวน 7 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	GOI101	เกิดปัญหาด้าน Hardware/อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ตรงวัตถุประสงค์/ใช้ผิดวิธี- เทคนิค	ตอนที่ I-4 / I1
2	GOI102	เกิดปัญหาด้าน Network & Security เช่น ไม่พร้อมใช้/ระบบล่ม/มีการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีสิทธิ์	ตอนที่ I-4 / I1
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	GOI107	โปรแกรม/ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ เช่น HIS, LIS, โปรแกรมระบบยา ล่ม/ไม่สามารถใช้งานได้ นานเกินกว่าระยะเวลาที่ประกันเวลาไว้	ตอนที่ I-3 / I1
8	GOI108	โปรแกรม/ระบบสารสนเทศการบริการอื่นๆ ที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์ ล่ม/ไม่สามารถใช้งานได้ นานเกินกว่าระยะเวลาที่ประกันเวลาไว้	ตอนที่ I-3 / I1
9	GOI201	เกิดปัญหาด้านการควบคุมทรัพย์สิน เช่น ไม่กำหนดระเบียบ/ผู้รับผิดชอบ, ไม่มีทะเบียนคุม/เอกสารหลักฐานกำกับ, ขาดการตรวจสอบหรือสอบทาน	ตอนที่ I-1 / I2
10	GOI202	เกิดปัญหาด้านระบบบริหารการพัสดุ เช่น ไม่กำหนดระเบียบ/แผนความต้องการและการจัดหา, ไม่มีทะเบียนคุม/การตรวจรับ/การบำรุงรักษา, ขาดการควบคุมการแจกจ่าย/การจำหน่าย	ตอนที่ I-1 / I2
11	GOI203	เกิดปัญหาด้านการควบคุมการใช้ทรัพยากร เช่น จัดสรรไม่เหมาะสม/ใช้ไม่คุ้ม-ไม่ถูกตามมาตรฐาน/บุคลากรไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด-ขาดทักษะการใช้	ตอนที่ II-3 / I2

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
12	GOI204	เกิดปัญหาด้านอุปกรณ์เทคโนโลยีทางการแพทย์/เครื่องมือ-อุปกรณ์การแพทย์ที่ไม่ใช่เครื่องมือ-อุปกรณ์ผ่าตัด (Error of Medical device) เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ตรงวัตถุประสงค์/ใช้ผิดวิธี- เทคนิค	ตอนที่ II-3 / I2
13	GOI205	เกิดปัญหาด้านเครื่องมือ อุปกรณ์สำนักงาน หรือ เครื่องมือ อุปกรณ์อื่นๆ ที่ไม่ใช่เทคโนโลยีหรือเครื่องมือ-อุปกรณ์การแพทย์ เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ตรงวัตถุประสงค์/ใช้ผิดวิธี- เทคนิค	ตอนที่ II-3 / I2
14	GOI206	เกิดปัญหาด้านเวชภัณฑ์ทางการแพทย์/เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่มีคุณภาพ/ไม่เพียงพอ/หมดอายุหรืออยู่ในสภาพไม่พร้อมใช้งาน	ตอนที่ II-3 / I2
15	GOI207	เกิดปัญหาด้านเวชภัณฑ์ยา เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่มีคุณภาพ/ไม่เพียงพอ/หมดอายุหรืออยู่ในสภาพไม่พร้อมใช้งาน	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
3	GOM103	เกิดปัญหาด้านการพัฒนาบุคลากร เช่น ไม่มีการจัดสรรงบประมาณ/ทรัพยากร/เครื่องมือ และการจัดฝึกอบรม, ไม่มีการพิจารณาความต้องการฝึกอบรมของบุคลากรเพื่อพัฒนาทักษะ	ตอนที่ I-5 / M1

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
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 หรือปฏิบัติโดยมิอคติ 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