

การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

นโยบาย

๑. พัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรเพื่อตอบสนองและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยง
๒. ค้นหา ฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงทุกประเภท เน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ
๓. มีระบบการรายงานความเสี่ยงที่ชัดเจน
๔. มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยงในทุกหน่วยงาน รวมทั้งวิเคราะห์และจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ
๕. ร่วมกันสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร โดยให้ถือว่าผู้รายงานไม่มีความผิด
๖. มีช่องทางรับรายงานความเสี่ยงและข้อร้องเรียนจากผู้รับ / ผู้ให้บริการ/ ภาคีเครือข่ายภายนอก
๗. มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ สะท้อนสถานการณ์ความเสี่ยง

เป้าหมาย

๑. เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและสิ่งแวดล้อม
๒. มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
๑. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการค้นหาและส่งรายงานความเสี่ยง	๑๐๐%
๒. อัตราการเกิดความเสี่ยง ระดับ Near miss : miss	เพิ่มขึ้น
๓. ร้อยละความเสี่ยง/ อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข	๑๐๐%
๔. ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ประเภท Clinic ระดับ E-F- G-H-I	< ๓๐%
๕. ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ประเภท Non Clinic ระดับ ๓-๔	< ๓๐%
๖. ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ ประเภท Clinic ระดับ E-F- G-H-I ที่ได้รับการทำ RCA	> ๘๐%
๗. ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ประเภท Non Clinic ระดับ ๓-๔ ที่ได้รับการทำ RCA	> ๘๐%
๘. ร้อยละตัวชี้ วัด SIMPLE ที่ผ่านเกณฑ์	> ๘๐%

บทบาทหน้าที่

๑. บทบาทหน้าที่ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- ๑.๑ เป็นที่ปรึกษาการวางระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- ๑.๒ พิจารณาสั่งการและดำเนินการกรณีที่มีความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์สำคัญเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล
- ๑.๓ รับทราบรายงาน การประเมินผล และการตอบสนองการบริหารความเสี่ยง

๒. บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

- ๒.๑ ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน
- ๒.๒ สนับสนุนกระบวนการจัดการ และทรัพยากรเพื่อแก้ไขความเสี่ยง
- ๒.๓ บริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ปัญหาความเสี่ยงที่ซับซ้อน ที่หน่วยงาน หรือทีม คร่อมไม่สามารถแก้ไขได้
- ๒.๔ ติดตามประเมินผลการจัดการความเสี่ยง

๓. บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

- ๓.๑ กำหนดนโยบายและแผนดำเนินงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
- ๓.๒ จัดทำคู่มือ แนวทางในการบริหารความเสี่ยง และสื่อสารให้บุคลากรทราบ
- ๓.๓ รวบรวมความเสี่ยง อุบัติการณ์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
- ๓.๔ ประสานระบบที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในด้านต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อป้องกัน และควบคุม ความเสี่ยง
- ๓.๕ รวบรวม วิเคราะห์ ทบทวนอุบัติการณ์ เพื่อหาแนวทางปรับปรุงและวางมาตรการป้องกันความเสี่ยง ในโรงพยาบาล
- ๓.๖ สื่อสารนโยบาย ระเบียบปฏิบัติที่ได้จากการทบทวน เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ
- ๓.๗ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่างๆ
- ๓.๘ สรุปรายงานและประมวลผลความเสี่ยง แจ้งทุกหน่วยงานและทีมทุกทีม
- ๓.๙ จัดทำรายงานความเสี่ยงเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุก ๑ เดือน

๔. บทบาทหน้าที่ของหัวหน้างานและผู้รับผิดชอบความเสี่ยงในหน่วยงาน

- ๔.๑ วางระบบการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน ค้นหา วิเคราะห์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงของ หน่วยงาน จัดทำมาตรการการป้องกันและจัดการที่ชัดเจนในประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ
- ๔.๒ ประเมินผล ติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยง และปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานอย่าง น้อยปีละ ๑ ครั้ง
- ๔.๓ สื่อสารให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีความเข้าใจในประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรม ความปลอดภัยอยู่ในกิจกรรมปกติประจำวัน

๔.๔ ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง การดักจับความเสี่ยง การแก้ไขปัญหา การหาสาเหตุรากเหง้า สาเหตุเชิงระบบ แนวทางป้องกันป้องกันและลดความสูญเสียที่วางไว้

๕ บทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบโปรแกรม หรือระบบที่เกี่ยวข้อง

มีหน้าที่ในการรายงานเหตุการณ์ / อุบัติการณ์ หรือความเสี่ยง และประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงในทีมไปยังผู้จัดการความเสี่ยง ดังนี้

- ๕.๑ ทีมดูแลผู้ป่วย (CLT) : มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษา และสิทธิผู้ป่วยซึ่งเป็นความเสี่ยงทางคลินิก
- ๕.๒ ทีมพัฒนาระบบยา (PTC) : มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยา และปัญหาเกี่ยวกับยา
- ๕.๓ ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) : มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับการติดเชื้อในโรงพยาบาล การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่
- ๕.๔ ทีมบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัย การฝึกซ้อมป้องกันอัคคีภัย การเกิดอัคคีภัย การตรวจคุณภาพน้ำทิ้ง การจัดการขยะ การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ การจัดหา เก็บรักษา แจกจ่าย ซ่อมบำรุง และจำหน่ายเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ
- ๕.๖ ทีมเทคโนโลยีสารสนเทศ (IM) มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับเวชระเบียน การตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ การจัดการความรู้ การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ และระบบฐานข้อมูลต่างๆ
- ๕.๗ ทีมรับเรื่องร้องเรียนและเจรจาไกล่เกลี่ย มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับด้านเรื่องร้องเรียน ผลการจัดการปัญหาข้อร้องเรียน
- ๕.๘ ทีมบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (HRD) มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงด้านพฤติกรรมบริการ และสมรรถนะบุคลากร

๖ บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทุกระดับ

- ๖.๑ ทำความเข้าใจแนวทาง ปฏิบัติตามคู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- ๖.๒ เป็นผู้จัดการความเสี่ยง และแก้ไขสถานการณ์เบื้องต้น
- ๖.๓ บันทึกอุบัติเหตุ การแก้ไข และรายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด
- ๖.๔ ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุซ้ำ

คำนิยามศัพท์

๑. ความเสี่ยง (Risk)

หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้รับบริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียหรือเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ การทำลายสิ่งแวดล้อม ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย

๒. การบริหารความเสี่ยง (Risk management)

หมายถึง การจัดการในเรื่องการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผล รวมทั้งการดำเนินการเพื่อป้องกันความเสี่ยงและการจัดการเมื่อเกิดปัญหา

๓. อุบัติการณ์ (Incident)

หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว

๔. บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile)

หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้รับผิดชอบ / หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้นโดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีตและหน่วยงานอื่นๆ ตลอดจนการทบทวนต่างๆ การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากกระบวนการทำงานและการสำรวจภายในหน่วยงานของตนเอง เพื่อหาประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวังทั้งในระดับหน่วยงาน ทีมคร่อมสายงานและระดับโรงพยาบาล

๕. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event)

หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งเกิดจากการรักษาและไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วย อันตรายดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลาการรักษานานขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรือเกิดความพิการตามมา ลักษณะของสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การบาดเจ็บ หารุ้ย ภัยอันตราย การคุกคามก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ความไม่แน่นอน การถูกเปิดเผย เป็นต้น

๖. เหตุการณ์พึงสังวรณ์ (Sentinel Event)

หมายถึง เหตุการณ์สำคัญรุนแรงและไม่พึงประสงค์ เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดหมายที่อาจเกิดขึ้นได้ มีผลต่อชีวิต ร่างกาย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะของผู้ป่วย ทรัพย์สินหรือมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ตามที่โรงพยาบาลกำหนด ๑๑ รายการ

๗. การวิเคราะห์สาเหตุราก (Root Cause Analysis)

หมายถึง การวิเคราะห์เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของอุบัติเหตุหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถพัฒนาแนวทางแก้ไขป้องกันได้อย่างเหมาะสมและตรงกับสาเหตุที่แท้จริง โดยมีวิธีการที่หลากหลายที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์

๘. ใบรายงานอุบัติเหตุ (Incident Report)

หมายถึง แบบฟอร์มที่ใช้ในการรายงานความเสี่ยงที่ได้กำหนดขึ้นสำหรับโรงพยาบาล ศิริมาศ ประกอบด้วย ส่วนของข้อมูลและตัวช่วยในการประเมิน ซึ่งเป็นช่องทางหนึ่งในการรายงานความเสี่ยง

ประเภทความเสี่ยง

๑. ความเสี่ยงทั่วไป (Non Clinic Risk)

๒. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

๒.๑ ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk)

๒.๒ ความเสี่ยงเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk)

๑. ความเสี่ยงทั่วไป (Non Clinic Risk)

ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น สิ่งแวดล้อม อัคคีภัย เครื่องมือ ข้อร้องเรียน เป็นต้น

๒. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

๒.๑ ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk)

เหตุการณ์หรือการดูแลรักษาที่อาจเกิดอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยทั่วไปรายใดก็ได้ไม่จำเพาะโรค

๒.๒ ความเสี่ยงเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk)

ความเสี่ยงใดๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและอาจเกิดภาวะไม่พึงประสงค์หรือเสียชีวิตโดยระบุเฉพาะโรคและภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับโรคนั้นๆ

ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทางคลินิก (Clinic)แบ่งเป็น ๙ ระดับ คือ A – I

ระดับ	ลักษณะการเกิดอุบัติการณ์	ผลกระทบ	ความหมาย
A	Near Miss	เหตุการณ์ที่มีโอกาสผิดพลาด	เสี่ยงแต่ยังไม่เกิด
B	Near Miss	ความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วยและ/หรือบุคลากร	เกิดแต่ยังไม่ถึง
C	Miss	ความผิดพลาดเกิดขึ้นถึงตัวผู้ป่วยแต่ไม่ถึงอันตราย	ถึงแต่ไม่เป็นไร
D	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ	ต้องเฝ้าระวังไว้
E	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและเกิดอันตรายชั่วคราวแก่ผู้ป่วยและต้องให้การรักษาเพิ่มมากขึ้น	ต้องให้การรักษา

F	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น	ต้องเสียเวลานาน
G	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร	ต้องพิการถาวร
H	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยชีวิต	ต้องช่วยชีวิต
I	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต	เสียชีวิต

ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไป (Non Clinic)

ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไป แบ่งเป็น ๔ ระดับ

ระดับความรุนแรง	ผลกระทบ
๑. เกือบพลาด (Near Miss)	ยังไม่เกิดความผิดพลาด แต่มีแนวโน้มหรือโอกาสที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้
๒. รุนแรงน้อย (Low Risk)	มีความผิดพลาดเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตราย เกิดความเสียหายเล็กน้อย มูลค่าความเสียหายน้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท
๓. รุนแรงปานกลาง (Moderate Risk)	มีความผิดพลาดเกิดขึ้น เกิดอันตรายหรือความเสียหายต่อผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/อุปกรณ์เครื่องมือ มูลค่าความเสียหายมากกว่า ๑๐,๐๐๐ – ๕๐,๐๐๐ บาท
๔. รุนแรงสูง (High Risk)	มีความผิดพลาดเกิดขึ้น เกิดอันตรายหรือความเสียหาย มีโอกาสสูญกริ่งเรียน/ฟ้องร้อง มูลค่าความเสียหายมากกว่า ๕๐,๐๐๐ บาท

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง

ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน คือ

๑. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) มีขั้นตอน ดังนี้
 - ๑.๑ การค้นหาจากอดีต เช่น ศึกษาความสูญเสียของหน่วยงานที่ผ่านมา เรียนรู้จากประสบการณ์ หรือความผิดพลาดของคนอื่น ทบทวนข้อร้องเรียน
 - ๑.๒ การศึกษาจากการสำรวจสภาพการณ์ในปัจจุบัน มี ๒ ประเภท คือ
 - ๑.๒.๑ การค้นหาเชิงรุกจากการตรวจสอบ เช่น ENV Round, IC Round, Risk Round, การทบทวนเวชระเบียน การค้นหาจากกระบวนการทำงาน
 - ๑.๒.๒ การค้นหาเชิงรับจากรายงานต่างๆ เช่น รายงานอุบัติการณ์ รายงาน เวิร์ทการ บันทึกรายงานประจำวันของหน่วยงาน เป็นต้น
 - ๑.๓ การจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk Profile)
 - ๑.๔ การจัดบัญชีความเสี่ยงเข้าโปรแกรมความเสี่ยง เพื่อแยกเป็นหมวดหมู่ สะดวกในการวิเคราะห์ แก้ไข ปรับปรุง
๒. การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment)
 - ๒.๑ ประเภทของความเสี่ยง
 - ๒.๑.๑ ความเสี่ยงทางคลินิก หมายถึง ความเสี่ยงเกี่ยวกับการดูแลรักษาซึ่งส่งผลต่อสภาพร่างกาย หรืออันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ ได้แก่ ความปลอดภัยจากการใช้ยา การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ กระบวนการดูแลผู้ป่วย
 - ๒.๑.๒ ความเสี่ยงทั่วไป หมายถึง ความเสี่ยงที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการรักษาพยาบาล แต่เกิดจากปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลทำให้เกิดความเสียหาย ได้แก่
 - ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัย และความปลอดภัย หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับอาคาร สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก อุบัติการณ์เกี่ยวกับผลที่เกิดจากการปฏิบัติงานที่มีต่อสุขภาพของบุคลากร ความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน อุบัติการณ์เกี่ยวกับเครื่องมือ อุปกรณ์ ที่ใช้ในการดูแลรักษา
 - ความเสี่ยงด้านข้อร้องเรียน และสิทธิผู้ป่วย หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูลก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย การตัดสินใจรับ หรือไม่รับการรักษา อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนด้านต่างๆ เช่น พฤติกรรมบริการ
 - ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและเวชระเบียน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ความไม่พร้อมใช้ของคอมพิวเตอร์ โปรแกรมการสื่อสารบันทึก การจัดเก็บข้อมูล และเกี่ยวกับข้อมูลสถิติต่างๆ อุบัติการณ์เกี่ยวกับเอกสารประวัติของผู้ป่วย เช่น การบันทึก การจัดเก็บ การค้นหา การระบุตัวผู้ป่วย การบันทึกสิทธิการรักษา การบันทึกค่า

รักษาพยาบาล การบันทึกที่แสดงถึงคุณภาพการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การสื่อสารของสาขาวิชาชีพ

- ด้านการสนับสนุนบริการ หมายถึง การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกจากงานสนับสนุน อุบัติการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียรายได้ ทรัพย์สินของทางราชการต่างๆ

๒.๒ การแบ่งระดับความรุนแรง

๒.๒.๑ ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทางคลินิก แบ่งเป็น ๙ ระดับ

ระดับ A : ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ขึ้นได้ หรือ ถ้าไม่ให้ความสนใจก็อาจมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น

ระดับ B : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตราย หรือ ไม่เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ เนื่องจากอุบัติการณ์นั้นไม่ถึงตัวผู้ป่วย

ระดับ C : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตราย หรือเกิด ไม่เกิดความเสียหาย แม้อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นถึงตัวผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่

ระดับ D : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตราย หรือเกิด ไม่เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ แต่จำเป็นต้องได้รับการติดตามดูแลและเฝ้าระวังเพิ่มเติม

ระดับ E : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตราย หรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ เพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา และแก้ไขเพิ่มเติม

ระดับ F : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นถึง และเป็นอันตราย หรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ เพียงชั่วคราว รวมถึงต้องได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล หรือยึดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป

ระดับ G : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นถึง และเป็นอันตราย หรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ ต้องส่งต่อ หรือเกิดความพิการอย่างถาวร

ระดับ H : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นถึง และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ จนเกือบถึงแก่ชีวิต ต้องช่วยชีวิต

ระดับ I : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นถึง และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ จนถึงแก่ชีวิต

๒.๒.๒ ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทั่วไป มี ๔ ระดับ คือ

ระดับ ๑ : Near Miss เป็นเรื่องปกติ อาจก่อหวน หรือสร้างความรำคาญ ยังไม่เกิดความเสียหาย หรือมีโอกาสสูญเสียทรัพย์สินแต่ยังไม่สูญเสีย

ระดับ ๒ : Low Risk ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (<๑๐,๐๐๐ บาท) แต่สามารถแก้ไขปัญหาได้ หรือผู้ป่วยไม่พอใจ แจ้งเจ้าหน้าที่

ระดับ ๓ : Moderate Risk ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (๑๐,๐๐๐ – ๕๐,๐๐๐ บาท) ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาได้ แต่ต้องสูญเสียบางอย่างไป หรือผู้ป่วยไม่พอใจต้องให้โรงพยาบาลรับผิดชอบโดยแจ้งหัวหน้างาน หรือผู้อำนวยการโดยตรง

ระดับ ๔ : High Risk ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (> ๕๐,๐๐๐ บาท) หรือเสียชื่อเสียงต่อโรงพยาบาลอย่างรุนแรง ไม่สามารถแก้ไขได้ หรือผู้ป่วยไม่พอใจอย่างมาก ต้องให้โรงพยาบาลรับผิดชอบโดยฟ้องร้องผ่านองค์กรภายนอก

๓. จัดการความเสี่ยง (Action to Manage Risk)

๓.๑ กลยุทธ์การควบคุมการสูญเสีย

๓.๑.๑ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่น การส่งต่อ

๓.๑.๒ การป้องกันความเสี่ยง เช่น จ้างเหมาบริษัทเพื่อดูแลเครื่องมือทางการแพทย์ และห้องปฏิบัติการ

๓.๑.๓ การป้องกันความเสี่ยง เช่น ใส่ของมีคมในกล่องที่หนา การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน เช่น การตรวจสอบเครื่องมือ การสอบเทียบเครื่องมือต่างๆ มีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา การตรวจอุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน การให้ความรู้เจ้าหน้าที่

๓.๑.๔ มีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้แก่ ทุกหน่วยงานมีระบบการรายงานความเสี่ยงหลายช่องทาง สะดวก มีการสื่อสารย้อนกลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ไม่เกี่ยวข้อง

๓.๒ การจัดการหลังเกิดเหตุ

๓.๒.๑ ลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ เป็นการดูแลแก้ปัญหาฉบับหลัก โดยการเอาใจใส่ ให้ข้อมูลตรงไปตรงมา ภายใต้คำแนะนำ การสื่อสาร ความเข้าใจที่ดีต่อกัน ประคับประคองจิตใจ ขวัญกำลังใจทั้งผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ รายงานผู้บริหารสูงสุดและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ติดตามประเมินผล

๓.๒.๒ การบริหารเงินค่าชดเชยกรณีต้องชดเชยค่าเสียหาย ทีมควบคุมค่าเสียหาย/ใกล้เคียงจะเป็นผู้สรุปข้อมูลปัญหา นำเสนอต่อผู้บริหารสูงสุด และทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาล ร่วมกันพิจารณา

๓.๒.๓ การรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยง (Incident Report)

ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ A-B, หรือความเสี่ยงทั่วไประดับ ๑ (Near Miss)

๑) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ประเมินสถานการณ์ / เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แจ้งหัวหน้าเวร/หัวหน้าหน่วยงานรับทราบ เพื่อหาแนวทางป้องกันแก้ไขโดยหัวหน้างาน เป็นความเสี่ยงระดับหน่วยงาน

๒) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์บันทึกใบรายงานอุบัติการณ์

- ๓) ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน ส่งเลขาทีมบริหารความเสี่ยงภายใน ๑ เดือน

ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ C-D หรือความเสี่ยงทั่วไประดับ ๒ (Low Risk)

- ๑) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ประเมินสถานการณ์ / เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แจ้งหัวหน้าเวร/หัวหน้าหน่วยงานรับทราบ เพื่อหาแนวทางป้องกันแก้ไขโดยหัวหน้างาน เป็นความเสี่ยงระดับหน่วยงาน
- ๒) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์บันทึกใบรายงานอุบัติการณ์
- ๓) ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน ส่งเลขาทีมบริหารความเสี่ยงภายใน ๑ สัปดาห์

ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ E- F, หรือความเสี่ยงทั่วไประดับ ๓ (Moderate Risk)

- ๑) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ประเมินสถานการณ์ / เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้น จากนั้น แจ้งหัวหน้าเวร/หัวหน้าหน่วยงานรับทราบภายใน ๒๔ ชั่วโมง
- ๒) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์บันทึกใบรายงานอุบัติการณ์
- ๓) ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน ส่งเลขาทีมบริหารความเสี่ยงภายใน ๗๒ ชั่วโมง (๓ วัน)
- ๔) ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน ส่งเลขาทีมบริหารความเสี่ยงทุกเดือน

ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ G H I, หรือความเสี่ยงทั่วไประดับ ๔ (High Risk) และ sentinel event (เหตุการณ์พึงสังวรณ์)

- ๑) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ประเมินสถานการณ์ / เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้น จากนั้นแจ้งหัวหน้าเวร/หัวหน้าหน่วยงานรับทราบทันที
- ๒) กรณีในเวลาราชการ หัวหน้าหน่วยงานรายงานผู้อำนวยการ/ผู้จัดการความเสี่ยง โปรแกรมที่เกี่ยวข้องทันที
- ๓) กรณีนอกเวลาราชการ หัวหน้าเวรรายงานแพทย์เวรทันที แล้วแพทย์เวรรายงานผู้อำนวยการทันที
- ๔) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์บันทึกใบรายงานอุบัติการณ์ ส่งเลขาทีมบริหารความเสี่ยงภายใน ๒๔ ชั่วโมง
- ๕) ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน ส่งเลขาทีมบริหารความเสี่ยงทุกเดือน

ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ

- ๑) รายงานหัวหน้างานและเลขาทีมบริหารความเสี่ยง ประสานทีมดำเนินการใกล้เคียง /ลดความเสี่ยง/ สอบสวนและแจ้งผู้อำนวยการทราบภายใน ๒๔ ชม.
- ๒) ทีมบริหารความเสี่ยงประเมินและติดตามผลการดำเนินการแก้ไข สรุปผลหลังเกิดเหตุการณ์ รายงานต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลภายใน ๑ สัปดาห์

๓.๒.๔ การจำแนกความเสี่ยงและการจัดการ

ทีม	PCT/CLT : การดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
ทีม	PTC : ความคลาดเคลื่อนทางยา
ทีม	IC : การควบคุมป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อ
ทีม	ENV : อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์
ทีม	IM : เทคโนโลยีและสารสนเทศ

ทีม HRD : บุคลากร การสนับสนุนบริการ และประสานงาน

ทีมเจรจาใกล้เคียง : ข้อร้องเรียนและสิทธิผู้ป่วย

๓.๒.๕ เรื่องที่ต้องประสานกับหน่วยงานอื่น / เรื่องที่ต้องวิเคราะห์ RCA

- ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ E ขึ้นไป / ความเสี่ยงทั่วไประดับ ๓ ขึ้นไป
- ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ C, D / ความเสี่ยงทั่วไประดับ ๒ ที่เกิดขึ้นซ้ำมากกว่า ๓ ครั้ง/เดือน

๓.๒.๖ การสรุปข้อมูลอุบัติการณ์/ความเสี่ยง

- ทีมบริหารความเสี่ยงสรุปข้อมูลทุกเดือน เสนอที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และสรุปข้อมูลรวมทุก ๓ เดือน
- ส่งกลับให้ทุกหน่วยงานรับทราบเพื่อนำไปวิเคราะห์ในหน่วยงาน หาแนวทางแก้ไขป้องกัน ต่อไปเรื่องที่ต้องวิเคราะห์ RCA ส่งข้อมูลกลับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ภายใน ๓๐ วัน

๔. ประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ นำไปสู่การปรับปรุงระบบให้ดีขึ้น

๔.๑ ประเมินระบบ/กระบวนการที่วางไว้ / ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่

๔.๒ ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง

- การเขียนรายงานอุบัติการณ์และการส่งใบรายงานตามระยะเวลาที่กำหนด
- จำนวน / ประเภท ของความเสี่ยง, อุบัติการณ์
- อัตราของความเสี่ยง / อุบัติการณ์ตามกลุ่มประเภทความเสี่ยง, ความรุนแรง
- ระดับความรุนแรง
- อัตราการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

Patient Safety Goals : SIMPLE

SIMPLE คืออักษรย่อของหมวดหมู่สำหรับ Patient Safety Goals

- S = Safe Surgery
 I = Infection Control
 M = Medication and Blood Safety
 P = Patient Care Process
 L = Line, Tube, Catheter
 E = Emergency Response

SIMPLE	จุดเน้นในแต่ละปี	เป้าหมาย
S:Safe surgery		
I = Infection Control	อัตราการติดเชื้อจากคาสายสวนปัสสาวะ(CAUTI)	๕:๑๐๐๐วันคาสาย
	อัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล :การติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด	๐
M:Medication	M๑: Safe from ADE HAD	
	IPD : HAD - อัตราความคลาดเคลื่อนทางยากลุ่มเสี่ยงสูง(ผู้ป่วยใน)ระดับความรุนแรง E-I	<๐.๑ /๑๐๐๐ วันนอน
	OPD : HAD - อัตราความคลาดเคลื่อนทางยากลุ่มเสี่ยงสูง(ผู้ป่วยนอก)ระดับความรุนแรง E-I	<๐.๑/๑๐๐๐ ไปสั่งยา
	M๒:Safe from medication error	
	IPD : LASA - อัตราความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา LASA (ผู้ป่วยใน)ทุกระดับความรุนแรง	≤ ๑:๑,๐๐๐ วันนอน
	OPD : LASA - อัตราความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา LASA (ผู้ป่วยนอก) ทุกระดับความรุนแรง	≤ ๑:๑,๐๐๐ ไปสั่งยา

SIMPLE	จุดเน้นในแต่ละปี	เป้าหมาย
P:Patient care process	P๑:Identification	
	: จำนวนครั้งของการรักษาผิดคน (ระดับ C ขึ้น)	๐ ครั้ง
	P๒:Communication	
	P๒.๑:Effective communication-SBAR	
L : line tube catheter	L๑:Avoiding catheter and tubing miss-connections	
	- จำนวนการเลื่อนหลุดของ ET tube, cut down, ICD	๐ ครั้ง
E:Emergency	E๑:Response to the Deteriorating Patient	
	- จำนวนอุบัติการณ์ที่ตอบสนองต่อการช่วยเหลือฉุกเฉินที่ไม่ทันเวลา	๐ ครั้ง
	E๒:Sepsis	
	-อุบัติการณ์เสียชีวิตจาก Septic Shock	๐ ครั้ง
	E๓:Acute coronary syndrome	
	ร้อยละของการได้รับ SK ภายใน ๓๐ นาที	๘๐%
	E๔:Maternal & Neonatal morbidity	
	- อัตราการเกิด hypovolemic shock จาก PPH	<๐.๓%
- BA	<๒๕:๑,๐๐๐ การเกิดมีซีฟ	

Sentinel event เหตุร้ายที่ต้องรายงานให้ผู้บริหารรับทราบทันทีตามความเหมาะสม

๑. อัคคีภัย
๒. อุบัติเหตุ-อุบัติเหตุหมู่
๓. ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด
๔. การระบาด และการแพร่กระจายโรค
๕. มารดาเสียชีวิต / Dead Fetus /ทารกตายคลอด
๖. สถานการณ์ความไม่สงบ
๗. ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล
๘. โจรกรรม
๙. เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายหรือเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล (Social Media :ออกสื่อ)และก่อให้เกิดการฟ้องร้อง
๑๐. การบาดเจ็บหรือเกิดความเสียหายที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ
๑๑. สาธารณภัยที่ต้องรายงานปลัดกระทรวงทันที

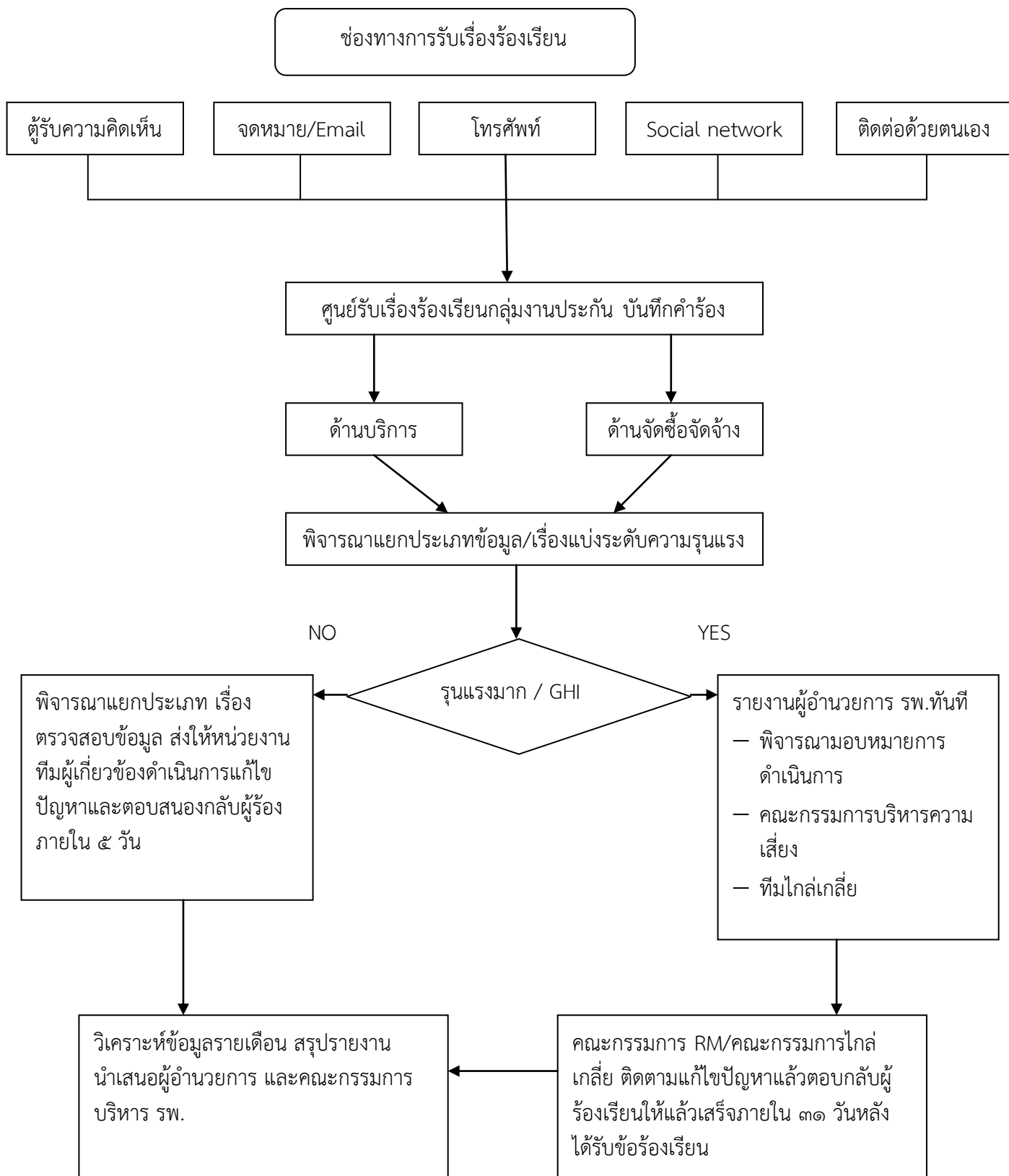
แนวทางรับข้อร้องเรียน

กรณีเข้าเกณฑ์และเงื่อนไขที่ควรส่งเข้ากระบวนการรับข้อร้องเรียนได้แก่

๑. ความเสี่ยงทางคลินิก ได้แก่
 - ระดับความรุนแรง G H I เพื่อพิจารณาว่า เสี่ยงต่อการเกิดข้อร้องเรียนหรือไม่
๒. ความเสี่ยงที่ไม่ใช่ความเสี่ยงทางคลินิก ได้แก่
 - เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในการให้บริการ / หรือผิดวินัยของข้าราชการ
 - ความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อรายได้ ทรัพย์สิน และทรัพยากรของโรงพยาบาล ในระดับ มาก
 - ความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล

Flow chart กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์

กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการโรงพยาบาลศิริมาศ



โปรแกรมความเสี่ยง แบ่งเป็นทั้งหมด ๙ โปรแกรม ดังต่อไปนี้

๑. ความเสี่ยงด้านการรักษาพยาบาล
 - a. โปรแกรมย่อยที่ ๑.๑ ความเสี่ยงทั่วไปทางคลินิก (common clinical risk)
 - b. โปรแกรมย่อยที่ ๑.๒ ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (specific clinical risk)
๒. ความเสี่ยงด้านระบบยา
๓. ความเสี่ยงเรื่องการแพร่กระจายเชื้อในรพ
๔. ความเสี่ยงด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ
๕. ความเสี่ยงด้านบุคลากร
๖. ด้านสิ่งแวดล้อม / โครงสร้างกายภาพ/ความปลอดภัย
๗. ความเสี่ยงด้านระบบเครื่องมือและอุปกรณ์
๘. ความเสี่ยงด้านรายได้ / ทรัพย์สิน/ ทรัพยากร
๙. ความเสี่ยงด้านข้อร้องเรียน เสียชื่อเสียง

ผู้รับผิดชอบประสานทีมคร่อมและหน่วยงานตามโปรแกรมความเสี่ยงแต่ละด้าน

โปรแกรมที่ ๑ ความเสี่ยงทางด้านการรักษาพยาบาล (clinical risk)

- ผู้รับผิดชอบ ๑. แพทย์หญิง วิทยาภรณ์ จีวนารายณ์
 ๒. นางปิยะฉัตร วงศ์วัฒน์
 ๓. นางสาวสุภาวดี แก้วทุ่ง

โปรแกรมที่ ๒ ความเสี่ยงด้านระบบยา

- ผู้รับผิดชอบ ๑. นายเขื่อน แยมขำ

โปรแกรมที่ ๓ ความเสี่ยงเรื่องการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล

- ผู้รับผิดชอบ ๑. นางศิริประภา อินทรครรชิต

โปรแกรมที่ ๔ ความเสี่ยงด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ

- ผู้รับผิดชอบ ๑. ทันตแพทย์หญิง ศิริพร อนุรักษ์แดนไทย
 ๒. นางสาวมนทยา ไก่แก้ว

โปรแกรมที่ ๕ ความเสี่ยงด้านบุคลากร

- ผู้รับผิดชอบ ๑. นางสาวรัชณี นวลจันทร์
 ๒. นางสาวจินตนา ช่วยเจริญ

โปรแกรมที่ ๖ ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม / โครงสร้างกายภาพ/ความปลอดภัย

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางสาวพนารัตน์ อินทร์ป้อม

๒. นางยอดรัก หาญอยู่

โปรแกรมที่ ๗ ความเสี่ยงด้านระบบเครื่องมือและอุปกรณ์

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางสาวพนารัตน์ อินทร์ป้อม

๒. นางยอดรัก หาญอยู่

โปรแกรมที่ ๘ ความเสี่ยงด้านทรัพย์สิน/ทรัพยากร

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางสาวจินตนา ช่วยเจริญ

๒. นางยอดรัก หาญอยู่

โปรแกรมที่ ๙ ความเสี่ยงด้านสิทธิ์ผู้ป่วย / ซ้ำร้องเรียน

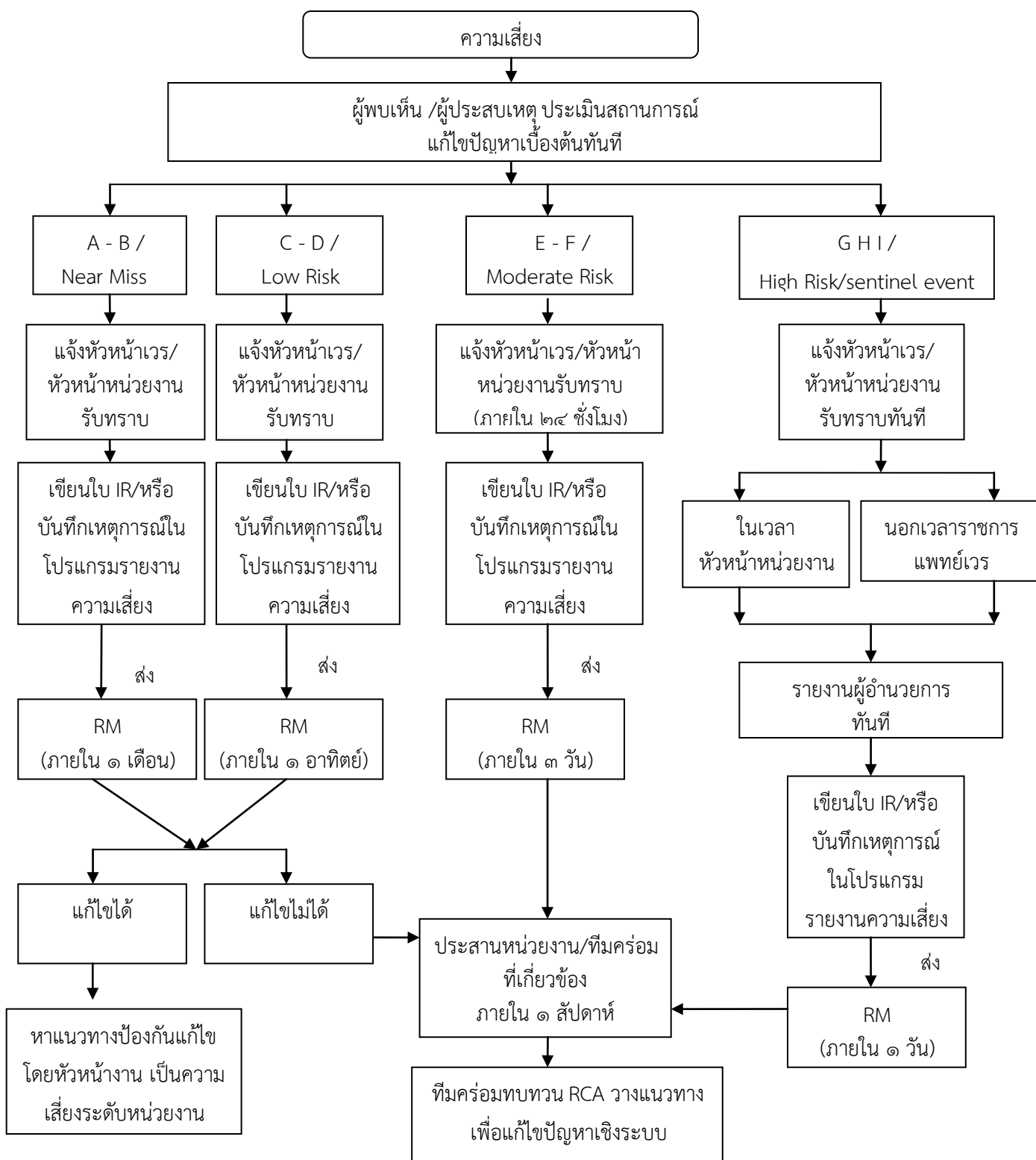
ผู้รับผิดชอบ ๑. นางปิยะฉัตร วงศ์วัฒน์

๒. นางเพ็ญททัย จันทร์ดี

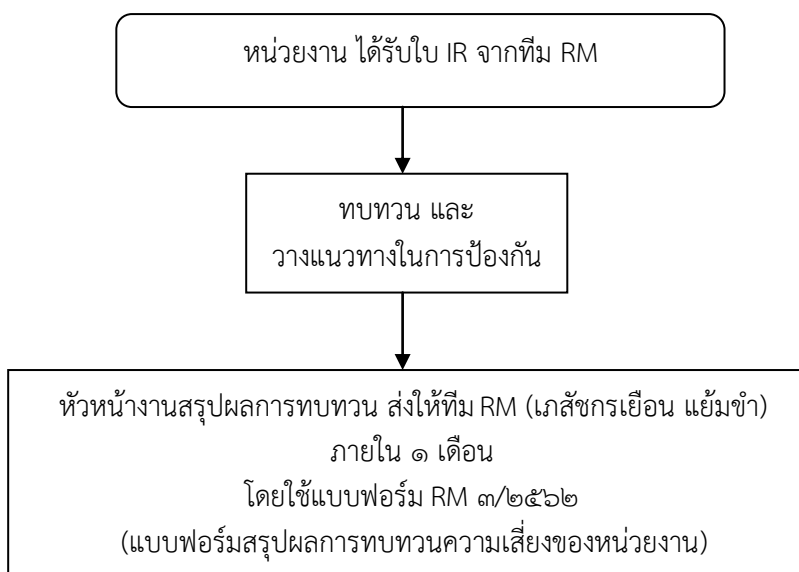
เหตุฉุกเฉินที่ต้องรายงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทันที (DCIRs)

๑. อุบัติเหตุ เหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิตที่เกิดขึ้นกับบุคคลสำคัญ ดังนี้
 - เชื้อพระวงศ์
 - คณะรัฐมนตรี
 - องคมนตรี
 - ผู้นำต่างประเทศ พระราชอาคันตุกะ เอกอัครราชทูต
 - ผู้บริหารระดับสูงนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (หัวหน้าส่วนราชการระดับ กระทรวง กรม กอง และผู้ว่าราชการจังหวัด)
๒. อุบัติเหตุ เหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ที่เกิด ขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูง เช่น รองปลัดฯ , ผู้ตรวจฯ ,อธิบดี ,รองอธิบดี , สาธารณสุขนิเทศ ,ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/ศูนย์ , นายแพทย์ สสจ. , ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
๓. อุบัติเหตุ เหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วยรุนแรงที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับ ในระหว่างปฏิบัติหน้าที่
๔. อุบัติเหตุรพพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เกิดระหว่างปฏิบัติหน้าที่
๕. อุบัติเหตุหรือสาธารณสุขภัยที่มีแนวโน้มรุนแรง / มีผลกระทบต่อสถานบริการหรือหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และส่งผลต่อการให้บริการหรือการปฏิบัติงาน
๖. อุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ที่มีการเสียชีวิต ≥ 5 ราย หรือบาดเจ็บ ≥ 15 ราย
๗. เหตุภัยความมั่นคงระดับประเทศ เนื่องจากการก่อการร้าย (Chemical Biological Radiological Nuclear Explosive : CBRNE)
๘. เหตุการณ์ที่ส่งผลเสียต่อภาพลักษณ์ ของกระทรวงสาธารณสุข

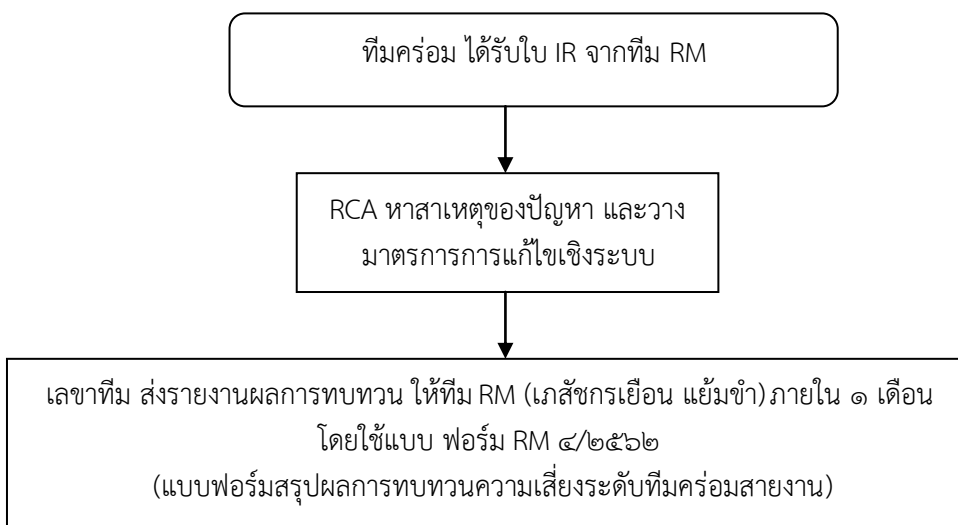
Flow chart กระบวนการการรายงานความเสี่ยง



Flow chart กระบวนการทบทวนความเสี่ยงและ อุบัติการณ์ที่สามารถทบทวน
ได้ในหน่วยงาน



Flow chart กระบวนการทบทวนความเสี่ยงระดับทีมคร่อมสายงาน



ภาคผนวก

การบันทึกผลงานอุบัติการณ์ทางโปรแกรมคอมพิวเตอร์