

## โรงพยาบาลมวกเหล็ก

ระเบียบปฏิบัติงาน	เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง		
รหัสเอกสาร : P-RSM-001	เริ่มใช้ : 1 เมษายน 2562	พิมพ์ครั้งที่ : 6	แก้ไขครั้งที่ : 6      หน้า: 32

### ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง การบริหารความเสี่ยง

	ผู้รับผิดชอบ	ลงชื่อ	วัน/ เดือน/ ปี
จัดทำโดย	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง		มีนาคม 2562
ทบทวนโดย	นางสมบูรณ์ เอกเจริญ		มีนาคม 2562
อนุมัติโดย	พญ.ศิรดา ภูริวัฒนพงศ์		มีนาคม 2562

#### บันทึกการแก้ไข

ฉบับที่	วันที่มีผลบังคับใช้	ลักษณะการแก้ไข
ฉบับที่ 2	12 กันยายน 2552	- ปรับโครงสร้างทีม, ปรับนโยบายและวิธีปฏิบัติให้รัดกุมยิ่งขึ้น
ฉบับที่ 3	20 กันยายน 2552	- เพิ่มตัวชี้วัด, ปรับเพิ่มโปรแกรมความเสี่ยง, ปรับผู้รับผิดชอบโปรแกรม, เพิ่มภาคผนวกที่ 9 ใบสรุปอุบัติการณ์ความเสี่ยงประจำสัปดาห์ และปรับรายชื่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
ฉบับที่ 4	28 กุมภาพันธ์ 2554	- ปรับรายชื่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง, เปลี่ยนแบบใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เพิ่มภาคผนวกที่ 9-10, ยกเลิกใบสรุปอุบัติการณ์ประจำสัปดาห์
ฉบับที่ 5	9 เมษายน 2557	-ปรับรายชื่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง -ขั้นตอนบันทึกอุบัติการณ์ผ่านเว็บไซต์
ฉบับที่ 6	1 ตุลาคม 2561	- ปรับนโยบาย, ตัวชี้วัด, ตารางการประเมินความเสี่ยง, Flow การรายงานและการจัดการความเสี่ยง - ยกเลิกโปรแกรมความเสี่ยง 9 โปรแกรม, เกณฑ์การประเมินความเสี่ยง 9 ระดับ, ภาคผนวก รายชื่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง, ระดับความรุนแรง ความคลาดเคลื่อนทางคลินิกและด้านอื่นๆ - เพิ่มกลุ่มและหมวดหมู่อุบัติการณ์ความเสี่ยง ตามหลัก SIMPLE (ภาคผนวก)

สำเนาเอกสารฉบับที่ :

เอกสารฉบับ

( ) ควบคุม

( ) ไม่ควบคุม

โรงพยาบาลมวกเหล็ก	หน้า : 1/32
ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	ฉบับที่ : 6
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	วันที่บังคับใช้ : 1 เมษายน 2562
แผนก : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	แผนกที่เกี่ยวข้อง :ทุกหน่วยงาน
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมวกเหล็ก

## การบริหารความเสี่ยง

### 1. นโยบาย

โรงพยาบาลมวกเหล็กมีการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ

### 2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถจัดระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อสร้างหลักประกันแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ ว่าจะได้รับความปลอดภัยจากบริการสุขภาพของโรงพยาบาล
3. เพื่อลดความเสี่ยงและความเสียหายทุกรูปแบบที่จะเกิดขึ้นในโรงพยาบาล

### 3. ขอบข่าย

ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้ครอบคลุมการจัดการความเสี่ยงทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลมวกเหล็ก

### 4. เป้าหมาย

1. ลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุ/ความเสี่ยงที่ป้องกันได้
2. เพิ่มประสิทธิภาพการจัดระบบบริหารความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการเจ้าหน้าที่และโรงพยาบาล

### 5. ตัวชี้วัด

1. ร้อยละรายงาน Near miss เทียบกับรายงานอุบัติเหตุทั้งหมด > 20 %
2. ร้อยละของอุบัติการณ์รุนแรงระดับ E-I เทียบกับรายงานอุบัติเหตุทั้งหมด < 2%
3. อัตราการเกิดอุบัติเหตุซ้ำระดับ E-I < 10%
4. ร้อยละของอุบัติการณ์ระดับ E-I ได้รับการวิเคราะห์สาเหตุ (RCA) และแก้ไขอย่างเป็นระบบ 100 %

### 6. คำนิยามศัพท์

**6.1 ความเสี่ยง ( Risk )** คือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ และพร้อมที่จะเกิดความเสียหายขึ้นได้ เมื่อมีปัจจัยเหมาะสม เช่น การเกิดอัคคีภัย ทรัพย์สินสูญหาย ถังแก๊สระเบิด การร้องเรียน เกิดการบาดเจ็บ รวมทั้งความไม่แน่นอน เป็นต้น

**6.2 การบริหารความเสี่ยง ( Risk Management / RM )** หมายถึงการจัดการในเรื่องการค้นหา ความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผล รวมทั้งการดำเนินการเพื่อป้องกันความเสี่ยงและการจัดการเมื่อเกิดปัญหา

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 2/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

## 7. ความรับผิดชอบ

### 7.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / ผู้รักษาการแทนมีหน้าที่

- เป็นที่ปรึกษาการวางระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- รับรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยงตั้งแต่ระดับ E ดำเนินการควบคุม / จัดการความเสี่ยงทันที
- การบริหารการเงินเพื่อชดเชยความสูญเสียของโรงพยาบาล พิจารณาและดำเนินการเกี่ยวกับค่าเรียกร้องค่าเสียหาย

### 7.2 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง มีหน้าที่

- กำหนดนโยบายและวางแผนการบริหารความเสี่ยงรับทราบรายงานความเสี่ยง
- ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง
- บริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล , ปัญหาความเสี่ยงที่มีความซับซ้อน
- ติดตามผลการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง
- เป็นศูนย์กลางการประสานข้อมูลและกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล การประสานโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง
- รวบรวมตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
- ติดตาม ควบคุม กำกับดูแล ให้มีการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงในโรงพยาบาล
- ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน
- ส่งเสริมและสนับสนุน เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ
- สรุปรายงานอุบัติการณ์ของแต่ละหน่วยงานทุก 1 เดือน ส่งกลับให้แต่ละหน่วยงานรับทราบและปรับปรุงแก้ไข
- ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

### 7.3 ผู้จัดการความเสี่ยงมีหน้าที่

- รับรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยงตั้งแต่ระดับ E ที่เกิดขึ้นดำเนินการแก้ไขเบื้องต้นทันที
- วิเคราะห์หาสาเหตุ และแนวทางการลดความเสียหาย
- ประสานงานด้านกฎหมาย / หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ร่วมพิจารณาการช่วยเหลือและค่าเรียกร้องความเสียหาย
- สรุปรายงานส่งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

### 7.4 หัวหน้างานมีหน้าที่

- รับรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยงที่เกิดในหน่วยงานดำเนินการ แก้ไขเบื้องต้น
- วิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงาน จัดทำบัญชีความเสี่ยง และกำหนดมาตรการเพื่อป้องกัน / ลดความสูญเสีย
- รายงานความเสี่ยงระดับ E-I ต่อผู้จัดการความเสี่ยงทันที
- สรุปรายงานความเสี่ยงระดับ A-D ส่งผู้จัดการความเสี่ยงทุกวันศุกร์

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 3/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

## 8. วิธีปฏิบัติ / ขั้นตอนการดำเนินงาน

8.1 การค้นหาความเสี่ยง ( Risk Identification ) เป็นการทบทวนเพื่อดูว่ามีโอกาสจะเกิดความเสี่ยงในด้านใดบ้าง และนำมากำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม โดยมีหลักในการค้นหาความเสี่ยง ดังนี้

8.1.1 ทีมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเข้าไปเยี่ยมและสังเกตการณ์ความเสี่ยงในหน่วยงานและวิธีปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในแต่ละหน่วยงาน รวบรวมความเสี่ยงที่ค้นพบ และส่งให้แต่ละหน่วยงานทบทวนตนเอง

8.1.2 ให้แต่ละหน่วยงานค้นหาความเสี่ยงโดยการตั้งคำถามในหน่วยงานตนเอง เช่น

- ในหน่วยงานของท่านอะไรคือสิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้น
- ประสบการณ์ของท่านเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้าง
- มีข้อมูลหรือปัญหาที่ได้รับรายงานจากการบริการอะไรบ้าง
- ช่วงเวลาหรือสถานการณ์ใดที่ทำงานของหน่วยงานนั้นมีความเสี่ยงมาก
- ปัญหาหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในหน่วยงาน
- จากกระบวนการทำงานของหน่วยงาน
- มีข้อร้องเรียนอะไรบ้าง

เมื่อแต่ละหน่วยงานค้นหาความเสี่ยงได้แล้วให้จัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานโดยลงบันทึกในแบบฟอร์มบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน( Risk Profile ) และจัดทำมาตรการป้องกัน

## 8.2 การรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยง ( Incident Report )

8.2.1 ความเสี่ยงระดับ A คือมีแนวโน้มที่จะเกิดอุบัติการณ์ได้ (near miss)

- เมื่อพบความเสี่ยงระดับ A คือมีแนวโน้มที่จะเกิดอุบัติการณ์ได้ (near miss) ให้เจ้าหน้าที่ที่พบเหตุการณ์ประเมินสถานการณ์ แจ้งหัวหน้าเวร / หัวหน้าหน่วยงานรับทราบเพื่อหาแนวทางป้องกันแก้ไข โดยหัวหน้างานเป็นผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ผู้พบเหตุการณ์บันทึกใบรายงานอุบัติการณ์ หัวหน้างาน / ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานรวบรวมใบอุบัติการณ์ส่งผู้จัดการความเสี่ยงโรงพยาบาลทุกวันศุกร์

8.2.2 อุบัติการณ์ / ความเสี่ยงที่มีความรุนแรงระดับ B รุนแรงน้อย

8.2.3 อุบัติการณ์ / ความเสี่ยงที่มีความรุนแรงระดับ C-D รุนแรงปานกลาง

- เมื่อเกิดอุบัติการณ์ / ความเสี่ยงความรุนแรงระดับ C-D ให้เจ้าหน้าที่ที่พบเหตุการณ์ประเมิน สถานการณ์ / เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และพยายามแก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้นจากนั้น ให้แจ้งขอความช่วยเหลือจากหัวหน้า เวร / หัวหน้างาน โดยหัวหน้างานเป็นผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ที่พบเหตุการณ์ต้องเขียนรายงานอุบัติการณ์ หัวหน้างาน / ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยวิเคราะห์สาเหตุและแนวทางการแก้ไขเบื้องต้นส่ง ผู้จัดการความเสี่ยงทุกวันศุกร์

8.2.4 อุบัติการณ์ / ความเสี่ยงที่มีความรุนแรงระดับ E,F,G,H,I รุนแรงมาก

- เมื่อเกิดอุบัติการณ์ / ความเสี่ยงความรุนแรงระดับ E,F,G,H,I ให้เจ้าหน้าที่ที่พบเหตุการณ์ประเมินสถานการณ์ / เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และพยายามแก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้น จากนั้นให้แจ้งขอความช่วยเหลือจากหัวหน้าเวร / หัวหน้างาน ในกรณีเหตุการณ์เกิดในเวลาราชการให้หัวหน้างานรายงานผู้อำนวยการ / ผู้รักษาการแทนผู้จัดการความเสี่ยง และผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องทันที ถ้าเหตุการณ์เกิดนอกเวลาราชการให้หัวหน้าเวรรายงานแพทย์เวรทันที แล้วแพทย์เวรต้องรายงานให้ผู้อำนวยการ / ผู้รักษาการแทนทราบข้อมูลทันที เพื่อดำเนินการแก้ไขและ

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 4/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

ช่วยเหลือเบื้องต้น จากนั้นเจ้าหน้าที่ผู้พบเหตุการณ์เขียนบันทึกรายงานอุบัติการณ์ ส่งหัวหน้าเวร / หัวหน้างาน หัวหน้างานวิเคราะห์สาเหตุของอุบัติการณ์ส่งที่ผู้จัดการความเสี่ยงโดยตรงภายใน 24 ชม. เพื่อเสนอต่อผู้อำนวยการ ทีม RM ประสานให้ผู้ที่รับผิดชอบโปรแกรมที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการหาแนวทางแก้ไข และจัดทำมาตรการป้องกัน เพื่อไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ / ความเสี่ยงซ้ำและรายงานผลการดำเนินงานให้ผู้อำนวยการรับทราบภายใน 1 สัปดาห์

8.2.5 ขอร้องเรียนจากผู้รับบริการ กรณีได้รับข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการโดยมีหนังสือ / ไม่มีหนังสือ ร้องเรียนให้เลขาทีมบริหารความเสี่ยงประสานกับทีมผู้บริหารความเสี่ยง เพื่อดำเนินการไกล่เกลี่ย / ลดความเสี่ยง / สอบสวนและแจ้งผู้อำนวยการทราบภายใน 24 ชม. จากนั้นทีมบริหารความเสี่ยงทำการประเมินและติดตามผลการ ดำเนินการแก้ไขสรุปผลหลังเกิดเหตุการณ์แล้วรายงานต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลภายใน 1 สัปดาห์

**8.3 การจัดการความเสี่ยง (Action To Manage Risk)** แต่ละหน่วยงานประเมินความเสี่ยง ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข และจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงโดยให้ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางก่อนเสมอและใช้กลยุทธ์ สำคัญในการควบคุมความสูญเสีย ได้แก่การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง, การป้องกันความเสี่ยง, การลดความสูญเสียหลังเกิด เหตุการณ์ และการแบ่งแยกความเสี่ยง

**แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา**

- การตรวจพบปัญหา
- การลดความเสียหาย
- การรายงาน

เมื่อจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงแล้ว เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานต้องรับทราบและถือปฏิบัติเป็น แนวทางเดียวกัน และเมื่อเกิดอุบัติการณ์ใดๆขึ้น หน่วยงานต้องมีการทบทวนโดยมีเป้าหมายอยู่ที่การค้นหาความ ผิดพลาดของระบบและดำเนินการปรับปรุง ต้องไม่มีการมุ่งหาผู้กระทำผิดหรือใช้มาตรการการลงโทษ

**8.4 การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)**

8.4.1 กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกและหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Personnel Safety Goals ของกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป กำหนดระดับความรุนแรงเป็นระดับ A-I ตามรายละเอียด ดังนี้

ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง
A	(เกิดที่นี้) เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเองและค้นพบได้ด้วยตัวเองสามารถปรับแก้ไขได้ไม่ ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและผู้ป่วย	น้อย
B	(เกิดที่ไกล) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยส่งต่อเหตุการณ์/ความผิดพลาดนั้นไป ที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบใดๆ ถึงผู้ป่วย	
C	(เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตราย หรือเสียหาย	
D	(ให้ระวัง) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่า จะไม่เป็นอันตราย	ปานกลาง
E	(ต้องรักษา) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/ รักษาเพิ่มมากขึ้น	
F	(เยียวยาวนาน) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกิน กำหนด ผู้ป่วยต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น	

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 5/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

G	(ต้องพิจารณา) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ความเชื่อถือและ/หรือมีการร้องเรียน	มาก
H	(ต้องพิจารณา) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต หรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/หรือมีการเรียกค่าเสียหายจากโรงพยาบาล	
I	(จำใจลา) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/สื่อ	

8.4.2 กลุ่มปฏิบัติการความเสี่ยงทั่วไป ยกเว้นหมวดปฏิบัติการความเสี่ยง Personnel Safety Goals กำหนดระดับความรุนแรงเป็นระดับ 1-5 ตามรายละเอียด ดังนี้

ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง
1	เกิดความผิดพลาดขึ้น แต่ <b>ไม่มีผลกระทบ</b> ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (*เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 1-10,000 บาท)	น้อย
2	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยมี <b>ผลกระทบ (ที่ควบคุมได้)</b> ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (*เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 10,001-50,000 บาท)	
3	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมี <b>ผลกระทบ (ที่ต้องทำการแก้ไข)</b> ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (*เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 50,001-250,000 บาท)	ปานกลาง
4	เกิดความผิดพลาดขึ้น และ <b>ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย</b> (*เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 250,001-10,000,000 บาท)	มาก
5	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมี <b>ผลกระทบ</b> ให้การดำเนินงาน <b>ไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง</b> (*เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหายมากกว่า 10 ล้านบาท)	

\*หมายเหตุ : การประมาณการตัวเลขของมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้น ควรพิจารณาตามความเหมาะสมกับขนาดภารกิจ และการดำเนินงานขององค์กร

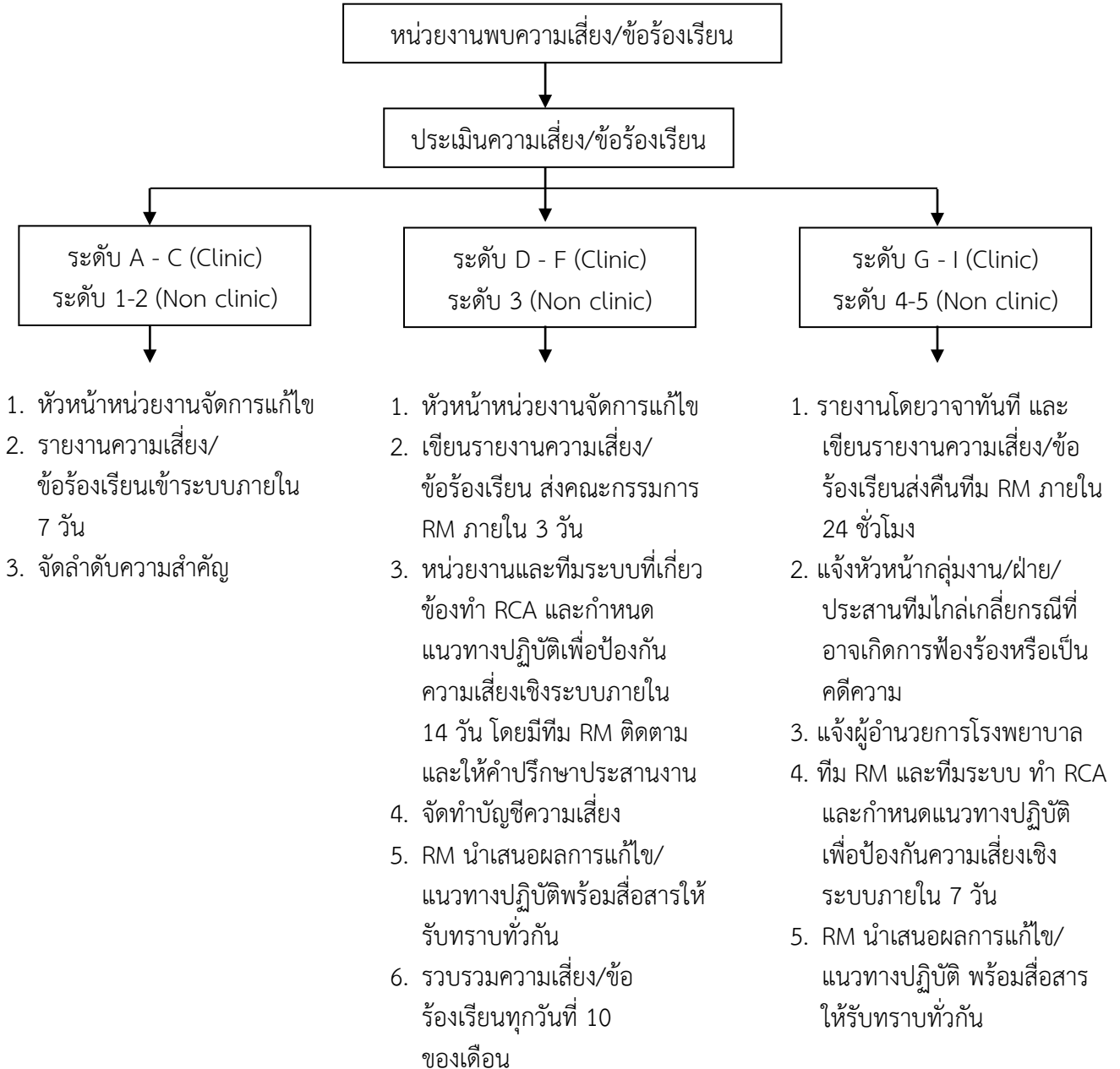
### 8.5 ความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

ทบทวนความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล (ความเสี่ยงที่รุนแรงที่สุด การรายงานต้องถึงผู้อำนวยการ)

ความเสี่ยงทางคลินิก	ความเสี่ยงทั่วไป
ส่งมอบทารกผิดคน	เกิดอัคคีภัยในโรงพยาบาล
ผู้ป่วยฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล	เกิดแก๊สหรือหมอนิ่งระเบิด
หัตถการผิดคน ผิดข้าง	เกิดน้ำท่วมในโรงพยาบาล
ผู้ป่วยหนีออกจากโรงพยาบาล	รถฉุกเฉินโรงพยาบาลเกิดอุบัติเหตุ
มารดาเสียชีวิตขณะคลอด	เกิดอุบัติเหตุร้ายแรงต่อเจ้าหน้าที่/ญาติ/ผู้ป่วย จนถึงแก่ชีวิต
ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเกิด violence ขึ้นในโรงพยาบาล	เกิดการฟ้องร้องจนต้องใช้ ม.๔๑
มีโรคติดต่อร้ายแรงในโรงพยาบาล	โจรกรรมทรัพย์สินสูญหาย (ตั้งแต่มูลค่า ๕,๐๐๐ บาทขึ้นไป)

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 6/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

แนวทางการจัดการความเสี่ยงและข้อร้องเรียน



9. การส่งใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

- 9.1 ความเสี่ยงระดับ A-D ส่งรายงานอุบัติการณ์ทุกวันศุกร์
- 9.2 ความเสี่ยงระดับ E,F,G,H,I ส่งรายงานอุบัติการณ์ภายใน 24 ชั่วโมง

10. จัดทำทะเบียนความเสี่ยง (Risk register)

- ทีมบริหารความเสี่ยงปรับปรุงบัญชีรายการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลทุก 1 ปี
- ทีมบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงานทบทวนบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานทุก 6 เดือน

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 7/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

## 11. การรายงานข้อมูลอุบัติการณ์/ ความเสี่ยง

ทีมบริหารความเสี่ยงสรุปข้อมูลทุกเดือน ในแบบฟอร์มสรุปความเสี่ยงประจำเดือน เสนอที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และประชุมประจำเดือนทุก 1 เดือน และส่งกลับให้ทุกหน่วยงานรับทราบและนำไปวิเคราะห์การบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน เพื่อหาแนวทางแก้ไขป้องกันความเสี่ยงต่อไป

## 12. ภาคผนวก

- ภาคผนวก 1 แบบรายงานอุบัติการณ์ (F-RSM-001)
- ภาคผนวก 2 แบบสรุปการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงานประจำเดือน (F-RSM-002)
- ภาคผนวก 3 แบบฟอร์มบัญชีรายการความเสี่ยง (F-RSM-003)
- ภาคผนวก 4 แผนผังการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบการบริหารความเสี่ยง
- ภาคผนวก 5 Workflow จัดการความเสี่ยง HRMS on cloud ตามแนวทางของ สรพ.
- ภาคผนวก 6 กลุ่มและหมวดหมู่อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก ตามหลัก SIMPLE
- ภาคผนวก 7 กลุ่มและหมวดหมู่อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป ตามหลัก SIMPLE



ภาคผนวก

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 8/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

ภาคผนวก 1 แบบรายงานอุบัติการณ์ (F-RSM-001)

ความรุนแรงระดับ E-F ให้ทบทวนภายใน 7 วัน / G,H,I ทบทวนทันทีภายใน 3 วันและมีการรายงานทางวาจาภายใน 24 ชั่วโมง

หน่วยงานที่รายงาน.....อยู่ในโปรแกรมรายงานความเสี่ยง.....		
วัน เดือน ปี/ เวลา ที่เกิด.....		สถานที่เกิดเหตุการณ์.....
<b>ระดับความรุนแรงน้อย</b>	<b>ระดับความรุนแรงปานกลาง</b>	<b>ระดับความรุนแรงมาก</b>
A : มีโอกาสผิดพลาด B : เกิดขึ้นแต่ไม่ถึงผู้ประสบเหตุ	C : ถึงผู้ประสบเหตุแต่ไม่อันตราย D : ต้องติดตามผล	E : ต้องบำบัดรักษา F : นอนโรงพยาบาลนานขึ้น G : พิกุลถาวร H : เกือบเสียชีวิต I : เสียชีวิต
ผลกระทบ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ <input type="checkbox"/> โครงสร้าง/สิ่งแวดล้อม/ความปลอดภัย <input type="checkbox"/> ทรัพย์สิน <input type="checkbox"/> อื่นๆ		
รายละเอียดของเหตุการณ์(พอสังเขป)		
.....		
.....		
.....		
วิธีการแก้ไขเบื้องต้น/ ข้อเสนอแนะ		
.....		
.....		
.....		
หัวหน้างานทบทวน/แก้ไข		
.....		
.....		
.....		
.....ลงชื่อ.....ว/ด/ป.....		
<b>ความเห็นของคณะกรรมการ RM</b>		
<input type="checkbox"/> การแก้ไขเหมาะสม		
<input type="checkbox"/> ติดตามข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็น.....		
<input type="checkbox"/> ทำ RCA		
<input type="checkbox"/> ส่งเรื่องให้คณะกรรมการ/หน่วยงาน.....เพื่อวางแผนทางแก้ไขเชิงระบบ		
<input type="checkbox"/> รายงานต่อคณะกรรมการบริหาร		
<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....		
ลงชื่อ.....ลงชื่อ.....ลงชื่อ.....		

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 9/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

ภาคผนวก 2 แบบสรุปการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงานประจำเดือน

แบบสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน.....

หน่วยงาน..... โรงพยาบาลมวกเหล็ก

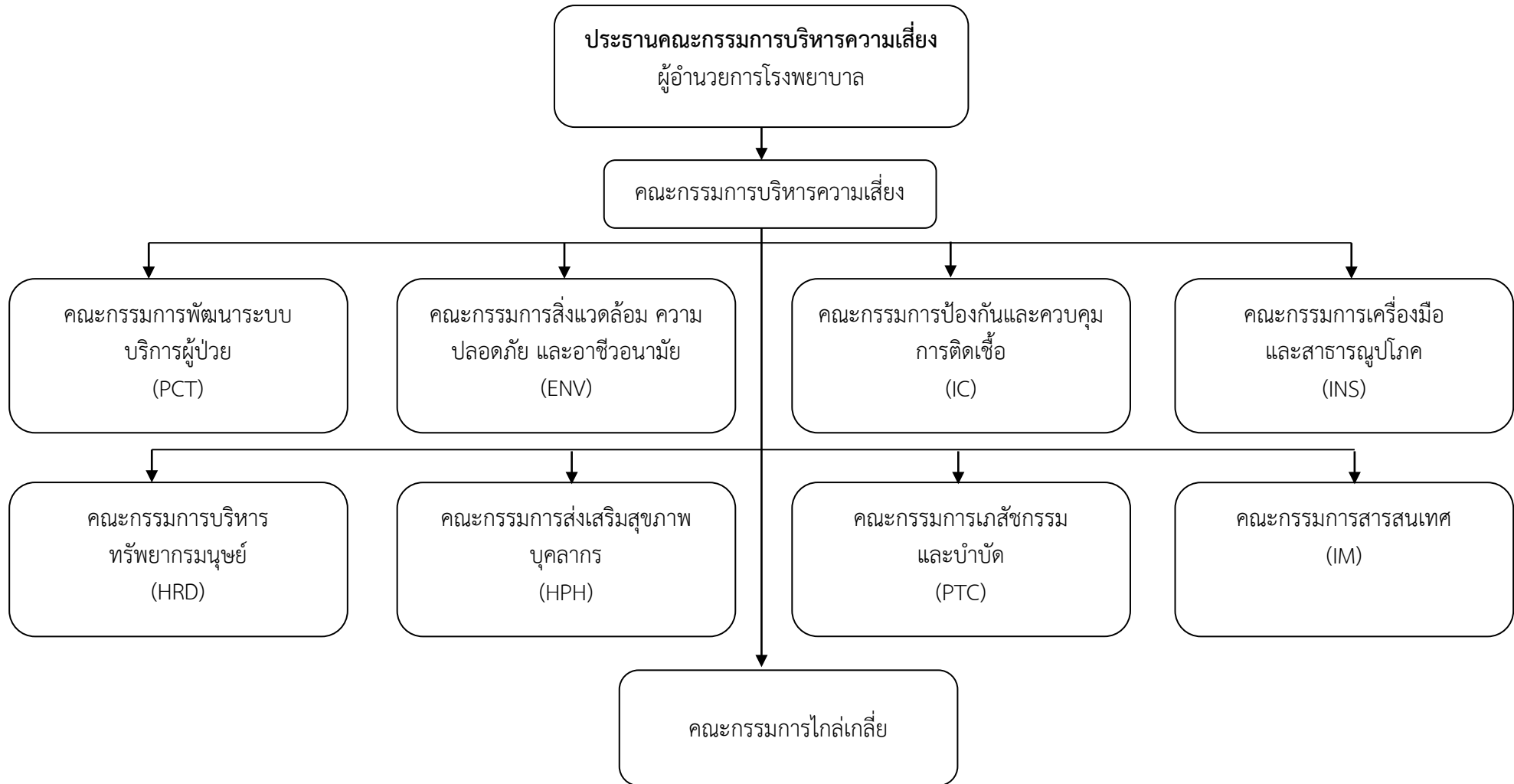
F-RSM-002

วันที่เกิด เหตุการณ์	เหตุการณ์	ระดับ ความรุนแรง	หน่วยงาน ที่รายงาน	หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	วิเคราะห์สาเหตุ	มาตรการป้องกัน

- ( ) ให้นำหน่วยงานกำหนดมาตรการป้องกัน และส่งกลับผู้จัดการความเสี่ยงภายในวันที่.....
- ( ) ให้นำเข้าประชุมร่วมกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง วันที่.....



ภาคผนวก 4 แผนผังการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบการบริหารความเสี่ยง

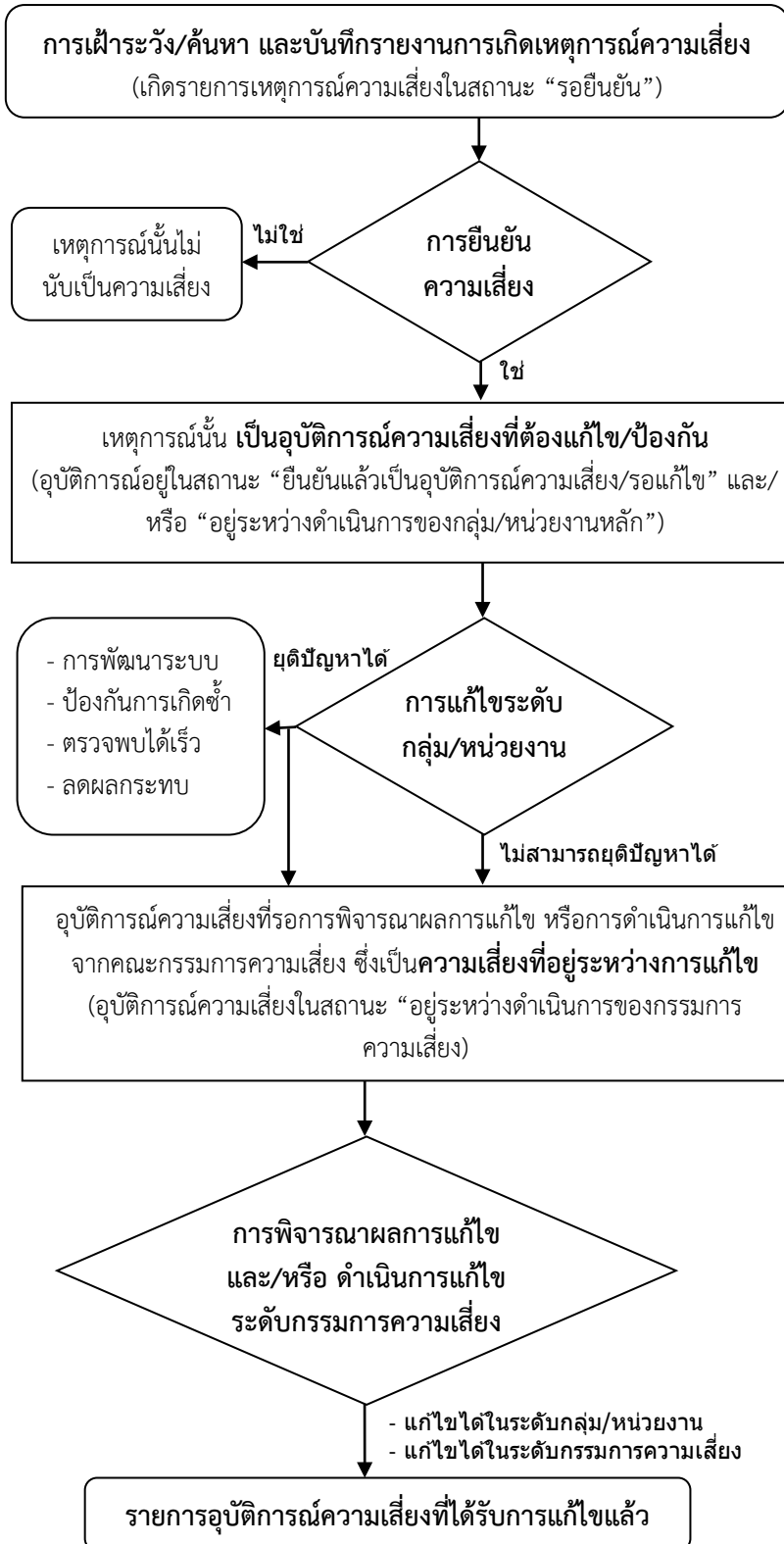


ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 12/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

ภาคผนวก 5 Workflow จัดการความเสี่ยง HRMS on cloud ตามแนวทางของ สรพ.

Workflow

ผู้รับผิดชอบ/การดำเนินการ/ระยะเวลา



- บุคลากรขององค์กร ทุกคน/ทุกระดับ
- Login เข้าใช้งานระบบได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- หัวหน้ากลุ่ม/หน่วยงาน ผู้รายงานเหตุการณ์ ความเสี่ยง
- Login ในสิทธิ์ “หัวหน้ากลุ่ม/หน่วยงาน” ยืนยันความเสี่ยง ระยะเวลาตามความรุนแรงคือ A-C ≤ 7 วัน, D-F ≤ 3 วัน, G-I ≤ 1 วัน (หรือตามบริบทขององค์กร)
- หัวหน้ากลุ่ม/หน่วยงาน (หลัก/ร่วม) ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามระดับกลุ่มหน่วยงาน/ประเภทหน่วยงาน/หน่วยงาน
- Login ในสิทธิ์ “หัวหน้ากลุ่ม/หน่วยงาน” ทำการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง ระยะเวลาตามความรุนแรงคือ A-C ≤ 7 วัน, D-F ≤ 3 วัน, G-I ≤ 1 วัน (หรือตามบริบทขององค์กร)
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
- Login ในสิทธิ์ “กรรมการบริหารความเสี่ยง ทำการพิจารณาผลการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับกลุ่ม/หน่วยงาน (กรณีระบุว่า ยุติปัญหาได้) และ/หรือ ดำเนินการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง (กรณีระบุว่า ไม่สามารถยุติปัญหาได้ หรือผลการพิจารณาพบว่า การแก้ไขในระดับกลุ่ม/หน่วยงานไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหาหรือไม่เหมาะสม)

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 13/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

ภาคผนวก 6 กลุ่มและหมวดหมู่อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก ตามหลัก SIMPLE (HRMS : version 3.4)

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk Incident: C)					
อักษรย่อ	หมวด	อักษรย่อ	ประเภท	ตัวเลขหลักหน่วย	ประเภทย่อย
P	Patient Safety Goals (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 Process	1	Patients Identification
				2	Communication
				3	Reduction of Diagnostic Errors
				4	Prevention of Common Complications
				5	Pain Management
				6	Refer and Transfer Safety
		L	Line, Tube & Catheter and Laboratory	1	Catheter and Tubing Connection, and Flow Control
				2	Right and Appropriate Laboratory Specimens and Testing
		E	Emergency Response	1	Response to the Deteriorating Patient
2	Medical Emergency				
3	Maternal & Neonatal Morbidity				
4	ER Safety				
O	Other (อื่นๆ ซึ่งไม่สามารถจัดเข้า SIMPLE ได้)	1	อื่นๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE		

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 14/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk Incident: C)					
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		Ortho-Surgery Complications
		E	Eye, Ear, Nose, Throat diseases and procedure	1	Eye/Ophthalmic Disease
				2	ENT Diseases
		D	Dental diseases and procedure	1	Dental Treatment Complications



ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 15/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

หมวดหมู่อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก

หมวด S : Safe Surgery			
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	ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ของผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัดที่ป้องกันได้	S1.1
8	CPS108	ผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผน	S1.1
9	CPS109	ความคลาดเคลื่อนของการส่งผลชิ้นเนื้อ หรือสิ่งส่งตรวจอื่นใดในกระบวนการผ่าตัด	S1.1
10	CPS110	Intraoperative or immediately postoperative/post procedure death in an ASA PS I patient	S1.1
11	CPS111	SSI: Surgical Site Infection	S1.2
12	CPS112	Postoperative Acute Kidney Injury Requiring Dialysis	S1.3
13	CPS113	Postoperative Hip Fracture	S1.3
14	CPS114	Postoperative Respiratory failure	S1.3
15	CPS115	Postoperative Sepsis	S1.3
16	CPS116	Postoperative Wound dehiscence	S1.3
17	CPS117	ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่ป้องกันได้	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-อุปกรณ์สำหรับการผ่าตัดไม่พร้อมใช้งาน	S3.2
25	CPS304	เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด	S3.2

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 16/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

26	CPS305	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มา รับการผ่าตัด	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

หมวด I : Infection Prevention and Control			
ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	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 Precaution (ยกเว้นการล้างมือ)	I2
6	CPI301	การเกิดโรคอุบัติใหม่ อุตุนิวัติ	I3
7	CPI302	เกิดการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (Vaccine Preventable Disease) ภายในโรงพยาบาล	I3
8	CPI303	เกิดการระบาดของโรคติดต่ออื่นๆ (Other Communication Disease) ภายใน โรงพยาบาล	I3
9	CPI401	การเกิดติดเชื้อดื้อยา	I4

หมวด M : Medication & Blood Safety			
ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	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	ผู้ป่วยได้รับยาที่มีคูยาปฏิกิริยารุนแรง	M1.3

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 17/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

8	CPM201	Medication error : Prescribing	M2
9	CPM202	Medication error : Transcribing	M2
10	CPM203	Medication error : Pre-dispensing	M2
11	CPM204	Medication error : Dispensing	M2
12	CPM205	Medication error : Administration	M2
13	CPM206	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Look-Alike Sound-Alike Medication Names	M2.1
14	CPM207	ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่ม Look-Alike Sound-Alike Medication Names	M2.1
15	CPM208	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน หรือ Guideline ของการใช้ยา ยกเว้น HAD, Fatal drug, Look-Alike Sound-Alike, Antibiotics	M2.2
16	CPM301	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Medication Reconciliation	M3
17	CPM302	ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมต่อเนื่องจากไม่ได้ทำ Medication Reconciliation	M3
18	CPM303	ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อนจากไม่ได้ทำ Medication Reconciliation	M3
19	CPM304	ผู้ป่วยได้รับยาที่มีปฏิกริยากันโดยไม่ได้ทำ Medication Reconciliation	M3
20	CPM401	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Rational Drug Use	M4
21	CPM402	การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	M4
22	CPM403	การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	M4
23	CPM404	การใช้ยาอย่างไม่สาเหตุผล (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

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 18/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

หมวด P : Patient Care Process			
ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	CPP101	Patient Identification	P1
2	CPP201	การรายงานอาการ หรือสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่เหมาะสม/ไม่ครบถ้วน	P2.1
3	CPP202	การสื่อสารเพื่อการส่งตรวจหรือการรักษาทางรังสีวิทยาผิดพลาด/ไม่ครบถ้วน	P2.2
4	CPP203	การสื่อสารเพื่อการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด/ไม่ครบถ้วน	P2.2
5	CPP204	การสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยผิดพลาด เช่น ไม่สื่อสาร/สื่อสารผิด/สื่อสารไม่ครบถ้วน/สื่อสารล่าช้า	P2.2
6	CPP205	ไม่รายงาน Critical Test Results หรือรายงานล่าช้า	P2.3
7	CPP206	เกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลซึ่งมีสาเหตุมาจาก Verbal or Telephone Order/Communication	P2.4
8	CPP207	เกิดความผิดพลาดจากการใช้สื่อในกระบวนการรักษาพยาบาล เช่น ใช้คำย่อ/ชื่อย่อ/สัญลักษณ์ที่ไม่เป็นสากล	P2.5
9	CPP301	Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ G,H,I	P3
10	CPP302	(Access & Entry) ผู้ป่วยเข้าถึงหรือได้รับบริการ ผิด/ล่าช้าไปจากเกณฑ์หรือโรคที่เป็น	P3
11	CPP303	(Patient Assessment) ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมิน/ประเมินผิด/ประเมินไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ 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 อาการหรือโรค	P3
15	CPP307	(Patient Care Delivery) ผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงในสถานการณ์หรือสถานที่ที่ไม่เหมาะสม	P3
16	CPP308	(Patient Care Delivery) ผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เหมาะสมตามความต้องการพื้นฐานหรือข้อบ่งชี้ของโรค/การเจ็บป่วย	P3
17	CPP309	(Information and Empowerment) ผู้ป่วย/ครอบครัวไม่ได้รับข้อมูลเพื่อเสริมพลังหรือได้รับไม่ชัดเจน/ไม่ต่อเนื่อง/ไม่เหมาะสม กับการรับรู้หรือมีส่วนร่วม	P3
18	CPP310	(Information and Empowerment) ข้อมูลการวินิจฉัย/การดูแลรักษาของผู้ป่วยไม่ได้รับการบันทึกหรือได้รับการบันทึกไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน ไม่เชื่อมโยงต่อเนื่อง	P3
19	CPP311	(Continuity of Care) ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง/ไม่เชื่อมโยง/ไม่สอดคล้องกับบริบทและสภาวะของโรค	P3

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 19/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

20	CPP401	ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการพยาบาลซึ่งป้องกันได้ (ยกเว้น เกิดแผลกดทับ, ตกเตียง)	P4
21	CPP402	ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย	P4
22	CPP403	ผู้ป่วยถูกลักพาตัว สลัก หรือสูญหาย	P4
23	CPP404	เกิดแผลกดทับ	P4.1
24	CPP405	ตกเตียง	P4.2
25	CPP501	ผู้ป่วยไม่ได้รับ หรือได้รับการบรรเทาอาการปวดไม่เหมาะสมกับสภาพอาการ	P5.1
26	CPP502	ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการจัดการความปวด	P5.1
27	CPP503	ผู้ป่วย Acute Pain ไม่ได้รับ หรือได้รับการบรรเทาอาการปวดไม่เหมาะสม	P5.2
28	CPP504	Chronic Non-Cancer Patients ได้รับการสั่งใช้ Opioids ไม่เหมาะสม	P5.3
29	CPP505	ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ Opioids ในการระงับปวดเรื้อรังที่มีไข่มะเร็ง	P5.3
30	CPP506	Management for Cancer Pain and Palliative Care ไม่เหมาะสม	P5.4
31	CPP601	ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อเพื่อการรักษา ไม่ได้รับการส่งต่อหรือส่งต่อได้ในเวลาไม่เหมาะสม	P6
32	CPP602	มีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ระหว่างส่งต่อ	P6

หมวด L : Line, Tube & Catheter and Laboratory			
ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	CPL101	ท่อเลื่อนหลุดเกิด re-intubation	L1
2	CPL102	Mis-connect, Dis-connect	L1
3	CPL103	ความคลาดเคลื่อนการให้สารน้ำจากการใช้ Infusion pump	L1
4	CPL201	ตรวจวิเคราะห์ Lab ผิดพลาด (เช่น ล่าช้า/ผิดสิ่งส่งตรวจ/ผิดวิธีการ)	L2
5	CPL202	สิ่งส่งตรวจ ผิดชนิด/ผิด container/ไม่ตรงกับใบส่งตรวจ/ไม่เพียงพอหรือมีสภาพไม่พร้อมตรวจ/ไม่ครบ	L2
6	CPL203	เตรียมตรวจ/ตรวจทางรังสีผิดพลาด (เช่น ผิดประเภท/ผิดคำสั่ง/ผิดตำแหน่ง/ผิดข้าง/ผิดเทคนิคการตรวจ)	L2

หมวด E : Emergency Response			
ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	CPE101	Un-planned Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)	E1
2	CPE201	Sepsis with death	E2.1
3	CPE202	ผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome ไม่ได้รับการตรวจรักษาในช่วงเวลา golden period	E2.2

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 20/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

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	ผู้ป่วยไม่รอดตรวจ ไม่พึงพอใจ ร้องเรียน	E4.1
16	CPE405	Delay Diagnosis and Delay treatment ในผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ป่วย Fast Track	E4.1
17	CPE406	ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉินระหว่างรอการตรวจรักษา	E4.2
18	CPE407	Missed Diagnosis	E4.2
19	CPE408	Un-planned ICU ในผู้ป่วยฉุกเฉิน/ผู้ป่วยวิกฤติ	E4.3
20	CPE409	ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาในห้องฉุกเฉินนานมากกว่า 2 ชั่วโมงก่อน Admit หรือนานมากกว่า 4 ชั่วโมงก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน	E4.4
21	CPE410	เกิดอุบัติเหตุหมู่ที่ให้ความช่วยเหลือได้ไม่ทันเวลา	E4.5
22	CPE411	เกิด disaster หรือภาวะฉุกเฉินที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่ ER	E4.5

หมวด O : Other (อื่นๆ ซึ่งไม่สามารถจัดเข้า SIMPLE ได้)			
ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	CPO101	เรื่องอื่นๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE โปรดระบุ.....	-

หมวด G : Gynecology & Obstetrics diseases and procedure			
ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	CSG101	เกิดปัญหา in VBAC เช่น Uterine rupture/ตกลูก	III / G1
2	CSG102	เกิดปัญหาใน Preclampsia (เช่น Eclampsia/ HELLP Syndrome/ Severe eclampsia/ Abruptio/ SE from MgSO4)	III / G1
3	CSG103	เกิดปัญหาใน Pregnancy with GDM (เช่น Polyhydramnios/PIH/Macrosomia/DFIU)	III / G1
4	CSG104	เกิดปัญหาใน Pregnancy with HIV เช่น M-F transmission)	III / G1

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 21/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

5	CSG105	เกิดภาวะวิกฤติใน Placenta Previa (เช่น APH/PPH)	III / G1
6	CSG106	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Amniocentesis (เช่น Hemorrhage/Sepsis/Fetal loss/Abort/Uterine contraction)	III / G1
7	CSG107	เกิดปัญหาใน Premature Contraction (เช่น Preterm labour/SE from Inhibit)	III / G1
8	CSG201	เกิดปัญหาใน Twin (เช่น Preterm labour/PROM/PPH/Birth asphyxia/PIH/Discordant twin)	III / G2
9	CSG301	เกิด TOA ใน PID	III / G3
10	CSG302	เกิดภาวะวิกฤติใน Abort (เช่น Embolism/Shock)	III / G3
11	CSG303	เกิดภาวะวิกฤติใน Ectopic pregnancy (เช่น Rupture/Shock)	III / G3
12	CSG304	เกิดภาวะวิกฤติใน Ovarian tumor (เช่น Rupture/Twist)	III / G3
13	CSG305	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน CIN (เช่น Persistence/Recurrent/CA Cervix)	III / G3
14	CSG306	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Myoma uteri (เช่น Hypermenorrhea/Infertile/Urinary Incontinence)	III / G3

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

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 22/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

หมวด M : Medical diseases and procedure			
ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	CSM101	เกิด Hypoxemia/Respiratory failure ใน Exacerbation of COPD	III / M1
2	CSM102	เกิด Hypoxemia/Respiratory failure ใน Severe asthma	III / M1
3	CSM103	เกิด Hypoxemia/Respiratory failure ในโรค Avain influenza	III / M1
4	CSM104	เกิด Hypoxemia/Respiratory failure ในโรค H1N1 influenza	III / M1
5	CSM105	เกิด Hypoxemia/Respiratory failure ในโรค SARS	III / M1
6	CSM106	เกิดภาวะ Hypoxemia/Pneumothorax ในโรค PCP	III / M1
7	CSM107	เกิดภาวะ Hypoxemia/Respiratory failure ในโรค TB Lung	III / M1
8	CSM201	เกิด CHP/Arrhythmia/Cardiogenic shock ใน AMI	III / M2
9	CSM301	เกิดภาวะ Hypokalemia ในโรค Acute/Chronic Diarrhea	III / M3
10	CSM302	เกิดภาวะ Hypovolumic Shock ในโรค Acute/Chronic Diarrhea	III / M3
11	CSM303	เกิดภาวะ Hypovolumic Shock ในโรค UGI Bleeding	III / M3
12	CSM401	เกิดภาวะ Brain herniation ในโรค Toxoplasmosis	III / M4
13	CSM402	เกิดภาวะ Brain herniation ในโรค CVA	III / M4
14	CSM403	เกิดภาวะ Aspirate pneumonia ในโรค CVA	III / M4
15	CSM404	เกิดภาวะ IICP ในโรค Cryptococcal meningitis	III / M4
16	CSM501	เกิด Internal bleeding จากการทำให้ Liver biopsy	III / M5
17	CSM502	เกิด Pneumothorax จากการทำให้ Bronchoscopy	III / M5
18	CSM503	เกิด Brain herniation จากการทำให้ Lumbar puncture	III / M5
19	CSM504	เกิด Gut perforation จากการทำให้ Gastroscopy/Colonoscopy	III / M5
20	CSM601	เกิดภาวะ Sepsis/Malnutrition ใน Steven Johnson Syndrome	III / M6
21	CSM602	เกิดภาวะ Septic shock ในโรค Acute pyelonephritis	III / M6
22	CSM603	เกิดภาวะ Septic shock/Cardiac arrest ใน Sepsis	III / M6
23	CSM604	เกิดภาวะ Severe acidosis ใน Lactic acidosis	III / M6
24	CSM605	เกิดภาวะ Shock/Arrhythmia จากการทำให้ Hemodialysis	III / M5
25	CSM606	เกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินในโรค DM (เช่น Hypoglycemia/DKA)	III / M6
26	CSM607	เกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินในโรค Dengue fever (เช่น Shock/Bleeding)	III / M6
27	CSM608	เกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินในโรค ESRD (เช่น Fluid overload/Hyperkalemia)	III / M6
28	CSM609	เกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินในโรค HT (เช่น CVA/Encephalopathy)	III / M6



ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 23/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

หมวด P : Pediatric diseases and procedure			
ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	CSP101	เกิด Apnea/RDS/BPD/ROP/NEC/Anemia ใน Preterm ที่ VLBW	III / P1
2	CSP102	เกิด Hypo-Hyperglycemia ใน Preterm ที่ VLBW	III / S1
3	CSP103	เกิด Hypo-Hyperthermia ใน Preterm ที่ VLBW	III / S1
4	CSP104	เกิด Hypo-Hyperglycemia/Polycythemia ใน Macrosomia/LGA/GDM	III / S1
5	CSP105	เกิด PPHN/Pneumothorax ใน MAS	III / S1
6	CSP201	เกิด Acidosis/Electrolyte Imbalance ในโรค Acute Diarrhea	III / S2
7	CSP202	เกิด Sepsis/Emphysema/IRDS/Hypoxia ในโรค Pneumonia	III / S2
8	CSP203	เกิด Shock/Bleeding/Pleural effusion ในโรค DHF	III / S2

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

หมวด E : Eye, Ear, Nose, Throat diseases and procedure			
ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	CSE101	Iris prolapsed ใน ECCE	III / E1
2	CSE102	Rupture posterior capsule ใน ECCE	III / E1
3	CSE103	Rupture posterior capsule ใน Phaco with IOL	III / E1
4	CSE104	กระจกตาบวม ใน ECCE	III / E1
5	CSE105	กระจกตาบวม ใน Phaco with IOL	III / E1

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 24/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

6	CSE106	Endophthalmitis ใน ECCE	III / E1
7	CSE107	Endophthalmitis ใน Phaco with IOL	III / E1
8	CSE108	Endophthalmitis ใน Intravitreal	III / E1
9	CSE201	เกิดภาวะแทรกซ้อนในการทำ Tracheostomy Tube (เช่น Subcutaneous Emphysema/Bleeding/Pneumothorax/T-E fistula/Nerve injury)	III / E2
10	CSE202	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Thyroidectomy (เช่น Nerve injury/Hematoma/Hypoparathyroidism/Dysphagia)	III / E2
11	CSE203	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Tonsillectomy (เช่น Bleeding/Nasopharyngeal stenosis)	III / E2

หมวด D : Dental diseases and procedure			
ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	CSD101	เกิดปัญหาใน Dental Tx ผู้ป่วยโรค DM เช่น Hypo-Hyperglycemia/แผลหายช้า/Advance Periodontitis	III / D1
2	CSD102	เกิดปัญหาใน Dental Tx in Hemorrhagic disorders เช่น Spontaneous or prolong bleeding/Delayed healing	III / D1
3	CSD103	เกิด Airway obstruction ในโรค Ludwig's Angina	III / D1
4	CSD104	เกิด Allergy to Local anesthesia ใน Dental Tx	III / D1
5	CSD105	เกิด Chest pain/Acute MI ใน Dental Tx ผู้ป่วยโรค Angina pectoris or MI	III / D1
6	CSD106	เกิด Subacute bacterial endocarditis ใน Dental Tx ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจหรือใส่ลิ้นหัวใจเทียม	III / D1
7	CSD107	เกิด Tumor that extends to malignancy ในโรค Oral lesion แผลในช่องปาก	III / D1
8	CSD108	เกิดภาวะฉุกเฉินใน Emergency in dental clinic เช่น Syncope/Hyperventilation/Toxic effect of local anesthesia	III / D1
9	CSD109	เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Head and neck cancer therapy เช่น Osteoradionecrosis/Halitosis/Mucositis	III / D1
10	CSD110	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Oral surgery/Simple-Surgical extraction เช่น Bleeding/Pain and Swelling/Fibrinolytic alveolitis	III / D1
11	CSD111	แผลถอนฟันหายช้าและติดเชื้อในผู้ป่วย HIV/Immunosuppressive/On steroid	III / D1

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 25/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

ภาคผนวก 7 กลุ่มและหมวดหมู่อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป ตามหลัก SIMPLE (HRMS : version 3.4)

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk Incident: G)					
อักษรย่อ	หมวด	อักษรย่อ	ประเภท	ตัวเลขหลักหน่วย	ประเภทย่อย
P	Personnel Safety Goals	S	Social Media and Communication	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 Duty Health Assessment
		L	Lane (Traffic) and Legal Issues	1	Ambulance and Referral Safety
				2	Legal Issues
		E	Environment and Working Conditions	1	Safe Physical Environment
				2	Working Conditions
				3	Workplace Violence
		O	Other (อื่นๆ ซึ่งไม่สามารถจัดเข้า SIMPLE ได้)	1	อื่นๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 26/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk Incident: G)					
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

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 27/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

หมวดหมู่อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป

หมวด S : Social Media and Communication			
ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	GPS101	เกิดอุบัติการณ์ความไม่มั่นคงปลอดภัยสารสนเทศและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสารสนเทศที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาล	S1
2	GPS201	บุคลากรถูกเผยแพร่ข้อมูลที่ปรากฏ identifier เช่น ชื่อนามสกุล, เลข 13 หลัก, ภาพใบหน้า โดยไม่ขออนุญาตต่อสื่อสาธารณะหรือสื่อออนไลน์	S2
3	GPS202	บุคลากรเป็นผู้เผยแพร่ข้อมูลผู้ป่วยที่ปรากฏ identifier เช่น ชื่อนามสกุล, เลข 13 หลัก, ภาพใบหน้า โดยไม่ขออนุญาตต่อสื่อสาธารณะหรือสื่อออนไลน์	S2
4	GPS203	บุคลากรใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่เหมาะสมส่งผลกระทบต่อบุคลากรหรือองค์กร	S2

หมวด I : Infection and Exposure			
ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	GPI101	บุคลากรถูกวัสดุอุปกรณ์มีคมทิ่มตำ	I1
2	GPI102	บุคลากรสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งบริเวณเยื่อหุ้มหรือผิวหนังที่มีแผล (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 ใช้หวัดใหญ่ หัดเยอรมัน ฯลฯ	I2.2
7	GPI203	บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ทางการสัมผัส (contact transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น เอชไอวี, ตับอักเสบบี, ตับอักเสบบีซี ฯลฯ	I2.3
8	GPI204	บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ผ่านพาหะ (vector borne transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น ไข้เลือดออก, ชิเกา ฯลฯ	I2.4

หมวด M : Mental Health and Mediation			
ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	GPM101	เจ้าหน้าที่ทะเลาะกันในขณะปฏิบัติงาน	M1.1
2	GPM102	เจ้าหน้าที่ถูกคุกคามทางจิตใจ	M1.2

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 28/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

3	GPM103	เจ้าหน้าที่มีภาวะเป็น second victim	M1.2
4	GPM104	เจ้าหน้าที่มีภาวะเครียดจากการทำงาน	M1.3
5	GPM201	เจ้าหน้าที่ถูกร้องเรียน ถูกฟ้องร้อง	M2

หมวด P : Process of work			
ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	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	องค์กรมีภาวะความปลอดภัยจากสารเคมีและวัตถุอันตราย	P2.2
8	GPP205	บุคลากรไม่ได้รับ/ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ หรือใช้ไม่ถูกต้องในการป้องกันและคุ้มครองความปลอดภัยทางเคมี	P2.2
9	GPP206	บุคลากรเกิดโรคจากการทำงาน ซึ่งมีสาเหตุจาก Chemical Hazard	P2.2
10	GPP207	องค์กรเกิดความปลอดภัยจากรังสีในที่ทำงาน เช่น เกิดการรั่วไหลของรังสี	P2.3
11	GPP208	บุคลากรไม่ได้รับ/ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ หรือใช้ไม่ถูกต้องในการป้องกันและคุ้มครองความปลอดภัยทางรังสี	P2.3
12	GPP209	บุคลากรเกิดโรคจากการทำงาน ซึ่งมีสาเหตุจาก Radiation Hazard	P2.3
13	GPP210	บุคลากรมีการทำงานในท่าทางหรือลักษณะอันอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพด้านโครงร่างของกระดูกและกล้ามเนื้อ	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 มาทำงาน โดยไม่ป้องกันและควบคุม	P3.2

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 29/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

หมวด L : Lane (Traffic) and Legal Issues			
ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	GPL101	อุปกรณ์บนรถพยาบาลไม่พร้อมใช้ ไม่เหมาะสมและไม่ปลอดภัยสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย	L1.1
2	GPL102	บุคลากรที่เกิดอุบัติเหตุจากการคมนาคมหรือการเดินทางโดยระบบขนส่งสาธารณะระหว่างการปฏิบัติงาน	L1.2
3	GPL103	บุคลากรเสียชีวิตหรือบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่ระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยด้วยรถพยาบาล	L1.2
4	GPL104	เกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาลระหว่างปฏิบัติหน้าที่	L1.2
5	GPL105	พนักงานขับรถมีสภาพไม่พร้อมสมบูรณ์สำหรับการขับรถพยาบาล เช่น พักผ่อนน้อย, อายุมาก, ดื่มสุรา	L1.3
6	GPL106	พนักงานขับรถไม่ปฏิบัติตามแนวทางความปลอดภัยของรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินและรถพยาบาล 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

หมวด E : Environment and Working Conditions			
ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	GPE101	อันตรายจากโครงสร้างอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเชิงกายภาพ เช่น แสง เสียง ฝุ่นละออง มีเชื้อรา เป็นต้น	E1
2	GPE102	ห้องแยกโรค/Isolation room มีการระบายอากาศไม่เหมาะสม และ/หรือ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน	E1
3	GPE201	บุคลากรรับผลกระทบ Psychosocial factors จากผู้บังคับบัญชา หรือเพื่อนร่วมงาน	E2
	GPE202	บุคลากรไม่มี work-life balance	E2
5	GPE203	บรรยากาศในการทำงานและสภาวะแวดล้อมไม่เหมาะสม	E2
6	GPE204	บุคลากรได้ทำงานในตำแหน่งที่ไม่มีความชำนาญ และไม่มีการเตรียมความพร้อม	E2
7	GPE205	เกิดปัญหาด้านการจัดการสภาพแวดล้อมในการให้บริการ เช่น ไม่มีป้ายให้คำแนะนำ/บอกทาง, ไม่มีทางหนีไฟหรือมีแต่ไม่พร้อมใช้/มีสิ่งกีดขวาง, ลิฟท์ขัดข้อง มีคนติดในลิฟท์ หรือ ลิฟท์ไม่พร้อมใช้งาน/ชำรุด/ติดค้าง เป็นต้น	E2

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 30/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

8	GPE206	เกิดปัญหาด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน เช่น ระบบน้ำอุปโภค-บริโภค ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้, ระบบไฟฟ้าไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้/ดับ/ช้อต/กระพริบ, การบำบัดน้ำเสีย/กำจัดขยะ ไม่ถูกวิธี/ไม่ได้มาตรฐาน	E2
9	GPE207	เกิดปัญหาความไม่ปลอดภัย/ขาดการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามนโยบายความปลอดภัย เช่น ทรัพย์สินสูญหาย/ถูกลักขโมย เป็นต้น	E2
10	GPE301	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางวาจา จากบุคคลภายใน	E3
11	GPE302	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางกาย จากบุคคลภายใน	E3
12	GPE303	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางวาจา จากผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลภายนอก	E3
13	GPE304	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางกาย จากผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลภายนอก	E3
14	GPE305	เกิดกรณีความไม่สงบในสถานพยาบาล เช่น เมาส์ราอาละวาด	E3

หมวด O : Other (อื่นๆ ซึ่งไม่สามารถจัดเข้า SIMPLE ได้)			
ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	GPO101	เรื่องอื่นๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE โปรดระบุ.....	-

หมวด S : Strategy, Structure, Security			
ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	GOS101	เกิดปัญหาด้านการควบคุมการวางแผน เช่น ไม่มีแผนปฏิบัติการ-แผนไม่ครอบคลุม/การสื่อสารแผน/การมอบหมายผู้รับผิดชอบ/ไม่กำหนดวัตถุประสงค์	I-2 / S1
2	GOS102	เกิดปัญหาด้านการควบคุมกระบวนการปฏิบัติงาน เช่น ไม่กำหนดกระบวนการปฏิบัติงานที่สำคัญ/ขาดการประเมินประสิทธิภาพ/ขาดการติดตามผล/ไม่มีการปรับปรุงแก้ไขข้อเสนอแนะ	I-6 / S1
3	GOS103	เกิดปัญหาด้านการติดตามประเมินผล เช่น ไม่มีการประเมินความคืบหน้า/ไม่เปรียบเทียบผลการใช้จ่ายเงิน/ไม่แจ้งผลการประเมินให้ทราบ/ไม่ได้ทบทวนวัตถุประสงค์-แผนและกระบวนการดำเนินงาน	I-4 / S1
4	GOS201	อาคารสถานที่/พื้นที่ให้บริการ ไม่เหมาะสม/ไม่ปลอดภัย/ไม่ถูกสุขลักษณะ	I-3 / S2
5	GOS202	ห้องน้ำหรือห้องสุขาไม่พร้อมใช้ (เช่น ขำรด/กดชักโครกไม่ลง/ส้วมเต็ม/ไม่พอใช้) หรือไม่สะดวกต่อผู้พิการ	I-3 / S2
6	GOS301	อันตรายจากภัยธรรมชาติ อุทกภัย อัคคีภัย वादภัย	II-1 /S3



ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 31/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

หมวด I : Information Technology & Communication, Internal control & Inventory			
ลำดับ	รหัส ปฏิบัติการ	ชื่อปฏิบัติการความเสี่ยง	SIMPLE
1	GOI101	เกิดปัญหาด้าน Hardware เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ตรงวัตถุประสงค์/ใช้ผิดวิธี-เทคนิค	I-4 / I1
2	GOI102	เกิดปัญหาด้าน Network & Security เช่น ไม่พร้อมใช้/ระบบล่ม/มีการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีสิทธิ์	I-4 / I1
3	GOI103	เกิดปัญหาด้าน Software เช่น ไม่เข้ากับ hardware/ไม่พร้อมใช้/ไม่ตอบสนองความต้องการ/ใช้ผิดวิธี-เทคนิค	I-4 / I1
4	GOI104	เกิดปัญหาด้าน User & IT Team เช่น ไม่มอบหมายผู้รับผิดชอบ/ไม่พร้อม/ไม่ครอบคลุมบทบาทหน้าที่/ขาดความรู้และทักษะ	I-4 / I1
5	GOI105	เกิดปัญหาด้านข้อมูล สารสนเทศ เช่น ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน/ไม่น่าเชื่อถือ/ไม่เป็นปัจจุบัน	I-4 / I1
6	GOI106	เกิดปัญหาด้านระบบ/กระบวนการสื่อสาร เช่น ไม่มีแผน/วิธีการหรือช่องทางการสื่อสาร, ไม่สื่อสารหรือสื่อสารไม่ต่อเนื่อง/ไม่ครบถ้วน, ขาดการติดตามประเมินผล การสื่อสาร	I-3 / I1
7	GOI201	เกิดปัญหาด้านการควบคุมทรัพย์สิน เช่น ไม่กำหนดระเบียบ/ผู้รับผิดชอบ, ไม่มีทะเบียนคุม/เอกสารหลักฐานกำกับ, ขาดการตรวจสอบหรือสอบทาน	I-1 / I2
8	GOI202	เกิดปัญหาด้านระบบบริหารทรัพย์สิน เช่น ไม่กำหนดระเบียบ/แผนความต้องการและการจัดหา, ไม่มีทะเบียนคุม/การตรวจรับ/การบำรุงรักษา, ขาดการควบคุมการแจกจ่าย/การจำหน่าย	I-1 / I2
9	GOI203	เกิดปัญหาด้านการควบคุมการใช้ทรัพยากร เช่น จัดสรรไม่เหมาะสม/ใช้ไม่คุ้ม-ไม่ถูกตามมาตรฐาน/บุคลากรไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด-ขาดทักษะการใช้	II-3 / I2

หมวด M : Manpower, Management			
ลำดับ	รหัส ปฏิบัติการ	ชื่อปฏิบัติการความเสี่ยง	SIMPLE
1	GOM101	เกิดปัญหาด้านการรับสมัคร บรรจุ แต่งตั้งบุคลากร เช่น ไม่มีการกำหนดกระบวนการคัดเลือก/ทักษะและความสามารถที่จำเป็นกับตำแหน่ง, ไม่มีการเผยแพร่ข้อมูลการรับสมัคร/การสอบคัดเลือก, ไม่มีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรโดยผู้บริหารสูงสุด	I-5 /M1
2	GOM102	เกิดปัญหาด้านการบริหารจัดการเกี่ยวกับบุคลากร เช่น ไม่กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ/การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกี่ยวกับการมอบหมายงานเป็นลายลักษณ์อักษร, ไม่มีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติเรื่องค่าตอบแทน, การเลื่อนขึ้นเงินเดือนไม่มีการพิจารณาอนุมัติและจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร	I-5 /M1

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 32/32
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 6

3	GOM103	เกิดปัญหาด้านการพัฒนาบุคลากร เช่น ไม่มีการจัดสรรงบประมาณ/ทรัพยากร/เครื่องมือ และการจัดฝึกอบรม, ไม่มีการพิจารณาความต้องการฝึกอบรมของบุคลากรเพื่อพัฒนาทักษะ	I-5 /M1
4	GOM201	เกิดปัญหาด้านการควบคุมสภาพแวดล้อมของการดำเนินงาน เช่น เอกสารกระบวนการดำเนินงานเป็นปัจจุบัน/ไม่มีกฎ ระเบียบ ความรับผิดชอบที่ชัดเจน/ขาดการติดตามผลและวางแผนป้องกัน	I-6 /M2

หมวด P : Policy, Process of work & Operation			
ลำดับ	รหัส ปฏิบัติการ	ชื่อปฏิบัติการความเสี่ยง	SIMPLE
1	GOP101	เกิดปัญหาด้านการควบคุมภารกิจ เช่น ไม่กำหนดวัตถุประสงค์-เป้าหมายการดำเนินงาน/ภารกิจไม่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร/ขาดการประกาศสื่อสารภารกิจ	I-1 / P1
2	GOP201	เกิดปัญหาด้านกระบวนการบริการ เช่น ไม่มีการกำหนดมาตรฐานขั้นตอนกระบวนการบริการ, ให้บริการไม่ครอบคลุม/ไม่พร้อม/ไม่ตรงตามช่วงระยะเวลา	I-6 / P2

หมวด L : Licensed & Professional certificate			
ลำดับ	รหัส ปฏิบัติการ	ชื่อปฏิบัติการความเสี่ยง	SIMPLE
1	GOL101	เกิดปัญหาด้านการควบคุม กำกับดูแลด้านวิชาชีพ เช่น บุคลากรมีคุณสมบัติไม่เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ, ละเลยการปฏิบัติหน้าที่ หรือปฏิบัติหน้าที่โดยไม่ใช่ความรู้ตามหลักวิชาการ, ประพฤติตนและประกอบกิจแห่งวิชาชีพโดยไม่ถูกต้องตามกฎหมาย	II-2 /L1
2	GOL102	เกิดเหตุการณ์การทุจริตในหน้าที่ หรือปฏิบัติโดยมีอคติ และ/หรือใช้อำนาจหน้าที่เพื่อผลประโยชน์ส่วนตน	II-2 /L1

หมวด E : Economy			
ลำดับ	รหัส ปฏิบัติการ	ชื่อปฏิบัติการความเสี่ยง	SIMPLE
1	GOE101	เกิดปัญหาด้านการควบคุมการเงิน เช่น ไม่กำหนดระเบียบ/ผู้รับผิดชอบ, ไม่มีเอกสารหลักฐานกำกับ, ขาดการตรวจสอบหรือสอบทาน เป็นต้น	I-6 / E1
2	GOE201	เกิดปัญหาด้านการควบคุมงบประมาณ เช่น ไม่กำหนดระเบียบ/ผู้รับผิดชอบ, ไม่มีทะเบียนคุม/เอกสารหลักฐานกำกับ, ขาดการตรวจสอบหรือสอบทาน เป็นต้น	I-6 / E2