



โรงพยาบาล  
พานทอง

## ระเบียบปฏิบัติงาน

เรื่อง การบริหารความเสี่ยง

หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09

วันที่เริ่มใช้ : 22 ตุลาคม 2563

ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 07 สำเนาที่

หน้าที่ 1 ของ 16

ผู้ตรวจสอบ	<i>จ. ใส</i>	ผู้อนุมัติ
(QMR)		(ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)

### สารบัญ

ตอนที่	หัวข้อ
1.0	วัตถุประสงค์
2.0	ขอบเขต
3.0	ความรับผิดชอบ
4.0	คำจำกัดความ
5.0	ระเบียบปฏิบัติ
6.0	เอกสารอ้างอิง
7.0	เอกสารแนบ
8.0	บันทึกคุณภาพ

### บันทึกการประกาศใช้

ฉบับที่	แก้ไขครั้งที่	วัน / เดือน / ปี	รายละเอียดการแก้ไข
-	05	23 ส.ค. 2562	แก้ไขข้อ 4.4
-	06	09 ก.ค. 2563	แก้ไขข้อ 4, 5, 7
-	07	22 ต.ค. 2563	แก้ไขข้อ 3, 4, 5



โรงพยาบาล  
พานทอง

## ระเบียบปฏิบัติงาน

เรื่อง การบริหารความเสี่ยง

หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09

วันที่เริ่มใช้ : 22 ตุลาคม 2563

ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 07 สำเนาที่

หน้าที่ 2 ของ 16

### 1.0 วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลที่เป็นแนวทางเดียวกัน
- 1.2 เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสามารถค้นหาความเสี่ยงและหาแนวทางป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้
- 1.3 เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและผู้ให้บริการได้รับความปลอดภัยขณะให้บริการและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
- 1.4 เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถรายงานเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงและแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

### 2.0 ขอบเขต

- 2.1 เริ่มตั้งแต่หน่วยงานทุกหน่วยงาน มีการค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานและจัดทำเป็นบัญชีความเสี่ยง มาตรการแนวทางการป้องกันและแก้ไข และเมื่อเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงขึ้น หน่วยงานมีการแก้ไขเบื้องต้น บันทึกใบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ส่งให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงขึ้นทะเบียนและรับทราบ แล้วแจ้งกลับไปยังหน่วยงานนั้นๆ ให้ดำเนินการค้นหาสาเหตุ วางแนวทางการแก้ไขและป้องกันมิให้เกิดซ้ำ พร้อมทั้งติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุง และรวบรวมข้อมูล
- 2.2 ในกรณีมีการตรวจติดตามคุณภาพจากทีมภายในและทีมภายนอก ให้หน่วยงานหรือทีมที่เกี่ยวข้อง มีการรายงานสิ่งที่เป็นข้อเสนอนะ ข้อบกพร่อง ประเด็นที่ไม่สอดคล้องกับมาตรฐาน ในแบบบันทึกรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และส่งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่ตามระบบการรายงาน เพื่อติดตามผลการแก้ไข/ปรับปรุง และรวบรวมข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพต่อไป

### 3.0 ความรับผิดชอบ

#### 3.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

จัดให้ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมีการบริหารความเสี่ยงด้วยการปฏิบัติการแก้ปัญหา และป้องกันข้อผิดพลาดในระบบการทำงานอย่างมีคุณภาพ

#### 3.2 คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

ทำหน้าที่ร่วมพิจารณาการแก้ไขปัญหาและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม



โรงพยาบาล  
พานทอง

## ระเบียบปฏิบัติงาน

เรื่อง การบริหารความเสี่ยง

หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09

วันที่เริ่มใช้ : 22 ตุลาคม 2563

ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 07 สำเนาที่

หน้าที่ 3 ของ 16

### 3.3 คณะกรรมการตรวจติดตามคุณภาพภายในและคณะกรรมการทีมคุณภาพ

นำประเด็นที่พบซึ่งไม่สอดคล้องตามข้อกำหนดตามมาตรฐาน ISO ประเด็นความเสี่ยง อุบัติการณ์ที่ได้จากการตรวจติดตามคุณภาพ และจากการตรวจประเมินระบบงานตาม มาตรฐานต่างๆมาเข้าสู่ระบบการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ด้วยการบันทึกในโปรแกรม HRMS และพิมพ์แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (FM-QMR-20) ส่งให้คณะกรรมการ บริหารความเสี่ยง

### 3.4 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ควบคุมให้หน่วยงานในโรงพยาบาลมีการดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามนโยบายและ ระเบียบปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง รับรายงานและขึ้นทะเบียนความเสี่ยงและอุบัติการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานและในโรงพยาบาล มอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องทำการทบทวนค้นหาสาเหตุ วางแนวทางแก้ไข และติดตามผลการแก้ไขปัญหา สรุบบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลเพื่อนำเสนอผลการดำเนินการแก้ไข/ปรับปรุงให้ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล รับทราบทุกเดือน พร้อมทั้งติดตามและปรับปรุงผลการดำเนินงานในการบริหารความเสี่ยงใน ทะเบียนบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน

### 3.5 หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน


ควบคุมสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด โดยจัดให้มีการตรวจสอบ ค้นหา และวิเคราะห์ หาสาเหตุของปัญหาในเวลาอันควร ดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและบันทึกรายงานวิธีการ ปฏิบัติการแก้ไขและป้องกันมิให้เกิดซ้ำ ต่อผู้แทนฝ่ายบริหารคุณภาพ ติดตามให้มีการจัดทำ มาตรการการป้องกันมิให้เกิดซ้ำ และดูแลให้มีการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งจัดทำบัญชีความเสี่ยงในหน่วยงานให้เป็นปัจจุบัน

### 3.6 เจ้าหน้าที่ทุกคน/ผู้พบเห็นเหตุการณ์

ทำหน้าที่ช่วยเหลือ/แก้ไขปัญหาเบื้องต้น และรายงานให้รับทราบตามระบบการบังคับ บัญชา รับคำร้องเรียน ประสานงานกับหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างานที่ถูกกล่าวถึงและปฏิบัติตาม มาตรการการป้องกันมิให้เกิดซ้ำ และรายงานสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด

### 3.7 ทีมเจรจาไกล่เกลี่ย

ทำหน้าที่ช่วยเหลือหน่วยงานหรือบุคคลที่ประสบปัญหาในการฟ้องร้อง ร้องเรียน หรือ รับฟังเรื่องร้องเรียนจากผู้รับบริการ และดำเนินการตรวจสอบหลักฐานที่เกี่ยวข้องและ ข้อเท็จจริงเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินการเจรจาไกล่เกลี่ย

 <b>โรงพยาบาล</b> <b>พานทอง</b>	<b>ระเบียบปฏิบัติงาน</b>	
	เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 22 ตุลาคม 2563
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 07 สำเนาที่	หน้าที่ 4 ของ 16

#### 4.0 คำจำกัดความ

- 4.1 การบริหารความเสี่ยง หมายถึง การรับรู้และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น โดยการค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการหลัก หรือเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต หรือความผิดพลาดของบุคคลอื่น แล้วนำมาวางมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น หรือเมื่อเกิดขึ้นก็ดูแลแก้ไข เพื่อลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ และมีการทบทวนความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอให้ครอบคลุมทุกด้าน
- 4.2 คำร้องเรียนของผู้รับบริการ หมายถึง ข้อมูลที่แสดงความคิดเห็นที่ไม่พึงพอใจต่อผู้ให้บริการหรือบริการที่ได้รับ โดยมีการร้องเรียนด้วยตนเอง โทรศัพท์ที่ระบุนามผู้ร้องเรียน จดหมายหรือเอกสารระบุชื่อ ที่อยู่ ที่สามารถสอบกลับได้ หรือจากสื่อมวลชนต่างๆ
- 4.3 ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ อุบัติการณ์ (Incident) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ , ชื่อเสียง , ทรัพย์สิน , สิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดความไม่พอใจ คำร้องเรียนหรือฟ้องร้อง โดยมีการจำแนกความเสี่ยง / อุบัติการณ์ เป็น 2 หมวดดังนี้


##### 4.3.1 ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk Incident) แบ่งเป็น 2 หมวดดังนี้

###### 4.3.1.1 หมวด Common Clinical Risk Incident หรือ Patient Safety Goals ได้แก่

- S : Safe Surgery
- I : Infection Prevention and Control
- M : Medication & Blood Safety
- P : Patient Care Process
- L : Line, Tube & Catheter and Laboratory
- E : Emergency Response
- O : Other (อื่นๆ ซึ่งไม่สามารถจัดเข้า SIMPLE ได้)

###### 4.3.1.2 หมวด Specific Clinical Risk Incident ได้แก่

- G : Gynecology & Obstetrics diseases and procedure
- S : Surgical diseases and procedure
- M : Medical diseases and procedure
- P : Pediatric diseases and procedure
- O : Orthopedic diseases and procedure
- E : Eye, Ear, Nose, Throat diseases and procedure

 <b>โรงพยาบาล</b> <b>พานทอง</b>	<b>ระเบียบปฏิบัติงาน</b>	
	เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 22 ตุลาคม 2563
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 07 สำเนาที่	หน้าที่ 5 ของ 16

D : Dental diseases and procedure

#### 4.3.2 ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk incident) แบ่งเป็น 2 หมวดดังนี้

##### 4.3.2.1 หมวด Personnel Safety Goals ได้แก่

S : Social Media and Communication

I : Infection and Exposure

M : Mental Health and Mediation

P : Process of work

L : Lane (Traffic) and Legal Issues

E : Environment and Working Conditions

O : Other (อื่นๆ ซึ่งไม่สามารถจัดเข้า SIMPLE ได้)

##### 4.3.2.2 หมวด Organization Safety Goals ได้แก่

S : Strategy, Structure, Security

I : Information Technology & Communication,  
Internal control & Inventory

M : Manpower, Management

P : Policy, Process of work & Operation

L : Licensed & Professional certificate

E : Environment

4.4 ตัวส่งสัญญาณ (Tigger tool) หมายถึง เครื่องมือในการค้นหาและติดตามระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเช่น ก่อให้เกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน การบาดเจ็บ ความทุกข์ทรมาน ความพิการ เสียชีวิต และอาจเป็นอันตรายทางด้านสังคม หรือจิตใจ กำหนด 32 รายการดังนี้

4.4.1 ผู้ป่วยที่ประสบภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกซึ่งมีความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป

4.4.2 ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด


4.4.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ ET tube ใน RR

4.4.4 ผู้ป่วยที่ได้รับ massive transfusion (ให้เลือดในปริมาณมากกว่า 4 ยูนิตใน 1 ชม)


4.4.5 ผู้ป่วยที่มีอาการหรือสงสัยว่าจะมีการแพ้เลือด/ส่วนประกอบของเลือด

4.4.6 ผู้ป่วยที่มี cardiac arrest หรือ pulmonary arrest และช่วยชีวิตรอด

4.4.7 ผู้ป่วยที่มี ADE หรือสงสัยว่าจะมี ADE และมีความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป

 <b>โรงพยาบาล</b> <b>พานทอง</b>	<b>ระเบียบปฏิบัติงาน</b>	
	เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 22 ตุลาคม 2563
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 07 สำเนาที่	หน้าที่ 6 ของ 16

- 4.4.8 ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำที่ ER โดยมีได้นัดหมายภายใน 48 ชั่วโมง แล้วได้รับการรับไว้ในโรงพยาบาล
- 4.4.9 ผู้ป่วยที่มี (หรือเสี่ยงต่อ) การฟ้องร้องหรือเป็นคดีความ
- 4.4.10 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 4.4.11 ผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อในโรงพยาบาล (เช่น ไม่สามารถยืนยันการติดเชื้อได้เนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่จะวินิจฉัย HAI)
- 4.4.12 ค่า blood sugar < 70 หรือ > 400 mg/dl ยกเว้นทารกแรกเกิด
- 4.4.13 PTT>100 sec, INR>6
- 4.4.14 ผู้ป่วยที่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันโดยมิได้วางแผน และด้วยการวินิจฉัยโรคเดิม
- 4.4.15 ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล
- 4.4.16 ผู้ป่วยที่มีการบันทึกรหัสโรค T81- 89 ในช่องภาวะแทรกซ้อน (ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและศัลยกรรม)
- 4.4.17 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจมีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป
- 4.4.18 มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด (เช่น severe pre-eclampsia / eclampsia, PPH, obstructed labor, 3rd or 4th degree laceration)
- 4.4.19 ทารกแรกเกิดที่มี APGAR score < 7 ที่ 5 นาที
- 4.4.20 การพลัดตก/หกล้ม
- 4.4.21 ผลกดทับ
- 4.4.22 ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ หรือพยายามฆ่าตัวตาย
- 4.4.23 ผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะระหว่างผ่าตัด หรือต้องถูกตัดต่ออวัยวะ
- 4.4.24 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ้ำโดยมิได้มีการวางแผน
- 4.4.25 ผู้ป่วยที่ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นปกติหรือไม่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด
- 4.4.26 ผู้ป่วยที่มีภาวะ acute MI ระหว่างผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด
- 4.4.27 ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนานเกินกว่า 6 ชั่วโมง
- 4.4.28 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแตกต่างไปจากที่วางแผนไว้
- 4.4.29 ผู้ป่วยที่สงสัยว่ามี retained foreign body
- 4.4.30 ผู้ป่วยที่ต้อง Refer ขณะผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัดโดยมิได้วางแผน
- 4.4.31 ผู้ป่วยในที่ได้รับการส่งต่อไปดูแลในระดับที่สูงขึ้น

 <b>โรงพยาบาล</b> <b>ปานทอง</b>	<b>ระเบียบปฏิบัติงาน</b>	
	เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 22 ตุลาคม 2563
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 07 ส่วนที่	หน้าที่ 7 ของ 16

4.4.32 ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการส่งต่อไปดูแลภาวะความเจ็บป่วยทางกาย และ/หรือ เสียชีวิต  
หลังการส่งต่อ

4.5 ความเสี่ยงขั้นรุนแรง (Sentinel Event) คือ เหตุการณ์สำคัญ รุนแรง และไม่พึงประสงค์  
เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดหมายอาจมีผลต่อชีวิต ร่างกาย ความเสียหายต่อผู้รับบริการ บุคลากร  
หรือมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ที่ต้องรีบให้ความช่วยเหลือ และรายงาน  
ผู้บังคับบัญชาทันทีและทำทบทวนและส่งรายงานภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งมีจำนวน 16 ข้อ ดังนี้

4.5.1 ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย หรือ ถูกฆาตกรรมในโรงพยาบาล (I)

4.5.2 ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้คาดหมาย (I)

4.5.3 ผู้ป่วยสูญหายออกจากโรงพยาบาล โดยยังไม่จำหน่าย (E)

4.5.4 ผ่าตัดผิดคน/ ผิดข้าง/ ผิดชนิด (H-I)

4.5.5 ลืมเครื่องมือหรือวัสดุทางการแพทย์ไว้ในตัวผู้ป่วยหลังจากเสร็จสิ้นการทำหัตถการ/ผ่าตัด (F-I)

4.5.6 ให้เลือดผิดกรุป (E-I)

4.5.7 การให้ยาผิด/ให้ยาที่แพ้ซ้ำ(ทุกราย) จนผู้ป่วยเกิดอันตรายต้องได้รับการช่วยชีวิต (H)

4.5.8 มารดา/ทารก เสียชีวิตระหว่างการดูแลรักษา ยกเว้น Death Fetus (I)

4.5.9 มารดา/ทารก เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเนื่องจากเจ็บครรภ์และคลอดบุตร (H)

4.5.10 ส่งมอบทารกกลับบ้านผิดคน

4.5.11 เจ้าหน้าที่/ผู้ป่วย มีความเสี่ยงจะถูกทำร้ายร่างกาย/ถูกทำร้ายร่างกาย

4.5.12 เหตุการณ์ร้องเรียน/เผยแพร่ต่อสื่อมวลชนทุกกรณี (3-5)

4.5.13 การลักขโมยทรัพย์สินที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลที่มีมูลค่า >5,000 บาท (5)

4.5.14 เกิดอัคคีภัย/วินาศภัย/อุทกภัย

4.5.15 เครื่องกำเนิดไฟฟ้าดับนานเกิดผลกระทบต่อการให้บริการ

4.5.16 เหตุการณ์ฉุกเฉินที่ต้องรายงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทันที (DCIRs) ได้แก่

4.5.16.1 อุบัติเหตุ/เหตุฉุกเฉิน/การเจ็บป่วย รุนแรง ที่ต้องเข้ารับการรักษา

ในโรงพยาบาล หรือเสียชีวิต ที่เกิดขึ้นกับบุคคลสำคัญ ดังนี้ เชื้อพระวงศ์  
คณะรัฐมนตรี องคมนตรี ผู้นำต่างประเทศ พระราชอาคันตุกะ  
เอกอัครราชทูต ผู้บริหารระดับสูงนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข  
(หัวหน้าส่วนราชการระดับ กระทรวง ทบวง กรม กอง และผู้ว่าราชการ  
จังหวัด)



โรงพยาบาล  
พานทอง

## ระเบียบปฏิบัติงาน

เรื่อง การบริหารความเสี่ยง

หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09


วันที่เริ่มใช้ : 22 ตุลาคม 2563

ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 07 สำเนาที่

หน้าที่ 8 ของ 16

- 4.5.16.2 อุบัติเหตุ/เหตุฉุกเฉิน/การเจ็บป่วยรุนแรง ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้น กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ รองปลัดกระทรวง, ผู้ตรวจฯ, อธิบดี, รองอธิบดี, สาธารณสุขนิเทศ, ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/ศูนย์, นายแพทย์สสจ., ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- 4.5.16.3 อุบัติเหตุ/เหตุฉุกเฉิน รุนแรง ที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขทุกระดับในระหว่างปฏิบัติหน้าที่
- 4.5.16.4 อุบัติเหตุรพพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เกิดระหว่างปฏิบัติหน้าที่
- 4.5.16.5 อุบัติเหตุ/สาธารณภัย ที่มีแนวโน้มรุนแรง/มีผลกระทบต่อสถานบริการ/หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และส่งผลต่อการให้บริการ/ปฏิบัติงาน
- 4.5.16.6 อุบัติเหตุ/เหตุการณ์ที่มีการเสียชีวิต >5 ราย หรือบาดเจ็บ >15 ราย
- 4.5.16.7 เหตุภัยความมั่นคงระดับประเทศ เนื่องจากการก่อการร้าย (Chemical Biological Radiological Nuclear Explosive : CBRNE)
- 4.5.16.8 เหตุการณ์ที่ส่งผลเสียต่อภาพลักษณ์ของกระทรวงสาธารณสุข
- 4.6 สิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด หมายถึง ความผิดปกติหรือความบกพร่องอย่างใดอย่างหนึ่งหรือลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นคน วัสดุอุปกรณ์ เอกสาร หรือการบริการที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดหรือกฎเกณฑ์ที่วางไว้
- 4.7 ระดับความรุนแรง หมายถึง ลักษณะของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์หรือความเสี่ยงในแต่ละครั้ง ซึ่งสามารถแบ่งความรุนแรงเป็นระดับได้ดังนี้
- 4.7.1 ความเสี่ยงทาง Clinic แบ่งระดับความรุนแรง 9 ระดับ ดังนี้



 <b>โรงพยาบาล</b> <b>พานทอง</b>	<b>ระเบียบปฏิบัติงาน</b>	
	เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 22 ตุลาคม 2563
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 07 สำเนาที่	หน้าที่ 9 ของ 16

ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง
A	เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเองและค้นพบได้ด้วยตนเองสามารถปรับแก้ไขได้ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและผู้ป่วยหรือบุคลากร	ไม่เกิดผลกระทบหรือน้อยมาก
B	เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยส่งต่อเหตุการณ์/ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร	
C	เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากรแต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย	น้อย
D	เกิดความผิดพลาดขึ้นมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องให้การดูแลและเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย	
E	เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร เกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/รักษาเพิ่มมากขึ้น	ปานกลาง
F	เกิดความผิดพลาดขึ้นมีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ได้รับผลต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น	
G	เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร ทำให้เกิดความพิการถาวร หรือมีผลกระทบทำให้ชื่อเสียง/ความเชื่อถือและ/หรือมีการร้องเรียน	มาก
H	เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร มีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต หรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล	
I	เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/สื่อ	มากที่สุด

4.6.2 ความเสี่ยงทาง Non-Clinic แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ	ประเภท		ความรุนแรง
	ผลกระทบต่อชื่อเสียง/ภาพลักษณ์องค์กร	มูลค่าสูญเสีย	
1	เกิดความผิดพลาดขึ้น แต่ไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน	ไม่เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย	ไม่เกิดผลกระทบหรือน้อยมาก
2	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยมีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน	เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย ≤ 1,000 บาท	น้อย
3	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลกระทบ (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน	เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 1,001-5,000 บาท	ปานกลาง
4	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย	เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 5,001-10,000 บาท	มาก
5	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง	เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย >10,000 บาท	มากที่สุด



โรงพยาบาล  
พานทอง

## ระเบียบปฏิบัติงาน

เรื่อง การบริหารความเสี่ยง

หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09

วันที่เริ่มใช้ : 22 ตุลาคม 2563

ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 07 สำเนาที่

หน้าที่ 10 ของ 16

### 5.0 ระเบียบปฏิบัติ

- 5.1 ให้ทุกหน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการหลักในการปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงาน ให้ครอบคลุมด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่ อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ และตัวผู้รับบริการ
- 5.2 นำความเสี่ยงที่วิเคราะห์ได้มาขึ้นเป็นบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน และนำมาจัดลำดับความรุนแรงตามเกณฑ์ที่กำหนด
- 5.3 ดำเนินการประชุมเจ้าหน้าที่เพื่อระดมสมองในการหาแนวทางการป้องกันและแก้ไขทุกบัญชีความเสี่ยง
- 5.4 เมื่อพบเหตุการณ์/ความเสี่ยงในหน่วยงานดำเนินการตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ซึ่งการพบสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด พบได้จาก
  - 5.4.1 การตรวจติดตามคุณภาพภายใน  
คณะกรรมการตรวจติดตามคุณภาพภายในจะพิจารณาออกไป คำขอให้แก้ไข โดยใช้แบบบันทึกรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (FM-QMR-20) ตามวิธีปฏิบัติงานเรื่อง “ขั้นตอนการรายงานเหตุการณ์สำคัญที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล” (WI-QMR-04)
  - 5.4.2 จากการทบทวนของฝ่ายบริหาร  
ผู้แทนฝ่ายบริหารคุณภาพเป็นผู้ออกไปขอแก้ไข ตามวิธีปฏิบัติงานเรื่อง “ขั้นตอนการรายงานเหตุการณ์สำคัญที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล” (WI-QMR-04)
  - 5.4.3 จากข้อเสนอจากแบบบันทึกข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่ และคำร้องเรียนของผู้รับบริการ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นผู้ออกไปแบบบันทึก รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (FM-QMR-20) และปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติเรื่อง “การรวบรวมความคิดเห็นทั่วไป” (WI-QMR-03)
  - 5.4.4 กรณีพบสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดและอาจก่อให้เกิดปัญหา ให้ผู้พบเห็น หรือ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ดำเนินการแก้ไขปัญหาในทันที และบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HRMS และออกไปแบบบันทึกรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (FM-QMR-20) ตามวิธีปฏิบัติงานเรื่อง “ขั้นตอนการรายงานเหตุการณ์สำคัญที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล” (WI-QMR-04)
  - 5.4.5 กรณีพบเหตุการณ์สำคัญด้านคลินิกและด้านทั่วไปหมวด Personnel Safety Goals ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E-I และเหตุการณ์สำคัญด้านทั่วไปหมวด Organization Safety Goal ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 3-5 ให้หน่วยงาน ทำการวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา (Root Caused Analysis) ด้วยการใช้แบบบันทึก ข้อมูลการวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา (FM-QMR-29)



โรงพยาบาล  
พานทอง

## ระเบียบปฏิบัติงาน

เรื่อง การบริหารความเสี่ยง

หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09

วันที่เริ่มใช้ : 22 ตุลาคม 2563

ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 07 สำเนาที่

หน้าที่ 11 ของ 16

- 5.4.6 กรณีพบเหตุการณ์สำคัญที่เป็นความเสี่ยงขั้นรุนแรง (Sentinel Event) ให้หน่วยงานทำการรายงานหัวหน้าเวร/หัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่ม ตามลำดับการบังคับบัญชา และรายงานประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเพื่อพิจารณาช่วยเหลือและมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องได้ช่วยดำเนินการเพิ่มเติมตามความเหมาะสม พร้อมบันทึกเหตุการณ์ในโปรแกรม HRMS ภายใน 24 ชั่วโมง
- 5.4.7 กรณีเหตุการณ์สำคัญนั้นมีความรุนแรงและมีแนวโน้มที่เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง/ร้องเรียน เมื่อผู้บริหารได้รับรายงานแล้ว ให้มอบหมายให้ทีมเจรจาไกล่เกลี่ยเข้าดำเนินการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาเหตุการณ์นั้นๆ
- 5.4.8 กรณีหน่วยงานหรือทีม มีการตรวจเยี่ยม/นิเทศ/ทบทวนกิจกรรม/Tigger tool/ประชุม/รับส่งเวร และพบความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ ให้มีการรายงานเข้าสู่ระบบ HRMS และมีการทบทวนตามลำดับ
- 5.5 ให้หน่วยงานเก็บข้อมูลความเสี่ยงทุกเหตุการณ์ด้วยการบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกเหตุการณ์ประจำวันภายในหน่วยงาน (FM-QMR-30)
- 5.6 ทุกสิ้นเดือนรวบรวมข้อมูลความเสี่ยง วิเคราะห์สาเหตุ แนวทางแก้ไข และบันทึกข้อมูลในทะเบียนจัดการความเสี่ยง(Risk register) ของหน่วยงาน
- 5.7 ให้ทุกหน่วยงาน และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง นำข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในรอบปี มาจัดทำ Risk matrix ดังนี้
- 5.7.1 การจัดลำดับความสำคัญ (Risk Matrix) ให้พิจารณาความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในรอบปี แล้วนำมาจัดลำดับความสำคัญ (Risk Matrix) ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้
- 5.7.1.1 โอกาสที่จะเกิดขึ้น (Likelihood)
- ระดับที่ 1 เหตุการณ์นั้นมีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก (<0.5%) หรือพบ 1 ครั้งในรอบ 3 ปี
  - ระดับที่ 2 เหตุการณ์นั้นมีโอกาสเกิดขึ้นน้อย (0.5-1%) หรือพบ  $\geq 1$  ครั้ง ต่อ 1 ปี
  - ระดับที่ 3 เหตุการณ์นั้นมีโอกาสเกิดขึ้นปานกลาง (1-5%) หรือพบ  $\geq 1$  ครั้ง ต่อ 6 เดือน ( $\geq 2$  ครั้ง/ปี)
  - ระดับที่ 4 เหตุการณ์นั้นมีโอกาสเกิดขึ้นสูง (5-10%) หรือพบ  $\geq 1$  ครั้ง ต่อเดือน ( $\geq 12$  ครั้ง/ปี)



โรงพยาบาล  
พานทอง

## ระเบียบปฏิบัติงาน

เรื่อง การบริหารความเสี่ยง

หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09

วันที่เริ่มใช้ : 22 ตุลาคม 2563

ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 07 สำเนาที่

หน้าที่ 12 ของ 16

ระดับที่ 5 เหตุการณ์นั้นมีโอกาสเกิดขึ้นสูงมาก (>10%) หรือ  
พบ  $\geq 1$  ครั้ง ต่อสัปดาห์

### 5.7.1.2 ผลกระทบที่จะตามมา (Consequence หรือ Impact)

**ระดับที่ 1 (Negligible)** มีอันตราย/บาดเจ็บเพียงเล็กน้อย  
ไม่ต้องการการปฐมพยาบาล หรือสิ่งที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

**ระดับที่ 2 (Minor)** มีอันตราย/บาดเจ็บเล็กน้อย สามารถแก้ไขได้  
โดยง่าย อาจทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

**ระดับที่ 3 (Moderate)** มีอันตราย/บาดเจ็บปานกลาง ต้องการ  
การรักษาพยาบาลหรือทำหัตถการ อาจมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของ  
ร่างกายเล็กน้อยหรือชั่วคราว

**ระดับที่ 4 (Major)** มีอันตราย/บาดเจ็บรุนแรง อาจมีการสูญเสีย  
อวัยวะหรือการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างถาวร

**ระดับที่ 5 (Catastrophic)** มีอันตราย/บาดเจ็บรุนแรงมากเป็นเหตุ  
นำไปสู่การเสียชีวิตและทุพพลภาพอย่างถาวร

5.7.2 นำความเสี่ยงมาประเมินระดับความรุนแรง เพื่อจัดลำดับความสำคัญ  
ลงในตาราง Risk Matrix (5 x 5)

โอกาส ที่จะเกิดขึ้น (Likelihood)	ผลกระทบ(Consequence หรือ Impact)				
	1	2	3	4	5
5	M <sub>5</sub>	H <sub>10</sub>	H <sub>15</sub>	VM <sub>20</sub>	VM <sub>25</sub>
4	M <sub>4</sub>	M <sub>8</sub>	H <sub>12</sub>	H <sub>16</sub>	VM <sub>20</sub>
3	L <sub>3</sub>	M <sub>6</sub>	M <sub>9</sub>	H <sub>12</sub>	M <sub>15</sub>
2	L <sub>2</sub>	M <sub>4</sub>	M <sub>6</sub>	M <sub>8</sub>	H <sub>10</sub>
1	L <sub>1</sub>	L <sub>2</sub>	L <sub>3</sub>	M <sub>4</sub>	M <sub>5</sub>

5.8 นำประเด็นความเสี่ยงที่วิเคราะห์ Risk matrix ได้ไปดำเนินการทบทวนเพื่อค้นหาสาเหตุ  
และวางแนวทาง/ระบบแก้ไข/ป้องกัน ซึ่งระดับความสำคัญและความหมายในการ  
ดำเนินการของความเสี่ยงทั้ง 4 ระดับมีดังนี้



โรงพยาบาล  
พนมเปญ

## ระเบียบปฏิบัติงาน




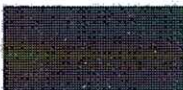
เรื่อง การบริหารความเสี่ยง


หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09

วันที่เริ่มใช้ : 22 ตุลาคม 2563

ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 07 สำเนาที่

หน้าที่ 13 ของ 16

ระดับความเสี่ยง	ระดับคะแนน	แทนด้วยแถบสี	ความหมายและการดำเนินการ
ระดับต่ำ (Low risk)	คะแนน 1-3	สีเขียว 	เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ภายใต้การควบคุมที่มีอยู่ ปัจจุบัน ไม่ต้องมีการควบคุมหรือจัดการความเสี่ยง แต่อาจติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงเป็นระยะๆ
ระดับปานกลาง (Medium risk)	คะแนน 4-6	สีเหลือง 	เป็นความเสี่ยงที่เริ่มจะยอมรับไม่ได้ ต้องมีการ ควบคุมหรือจัดการดังนี้ 1. ประชุมทบทวนกระบวนการปฏิบัติงานที่มีอยู่ เดิมร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง 2. ทบทวนค้นหาสาเหตุรากเหง้าของปัญหา (Root caused analysis) 3. จัดทำคู่มือแนวทางป้องกัน/แก้ไข (PMหรือWI)
ระดับสูง (High risk)	คะแนน 8-12	สีส้ม 	เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องมีการควบคุมหรือจัดการ ดังนี้ 1. ประชุมทบทวนกระบวนการปฏิบัติงานที่มีอยู่ เดิมร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง 2. ทบทวนค้นหาสาเหตุรากเหง้าของปัญหา(Root caused analysis) 3. จัดทำคู่มือแนวทางป้องกัน/แก้ไข (PM หรือ WI) 4. มีการนิเทศกำกับติดตามงานทุก 3 เดือน
ระดับสูงสุด (Very-high risk)	คะแนน 15-25	สีแดง 	ถือเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้ ต้องเร่งแก้ไข จัดการความเสี่ยงทันที 1. ประชุมทบทวนกระบวนการปฏิบัติงานที่มีอยู่เดิม ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง 2. ทบทวนค้นหาสาเหตุรากเหง้าของปัญหา (Root caused analysis) 3. จัดทำคู่มือแนวทางป้องกัน/แก้ไข (PM หรือ WI) 4. กำหนดตัวชี้วัดและติดตามผลการดำเนินการ อย่างต่อเนื่อง (CQI) ทุก 1 เดือน 5. มีการนิเทศกำกับติดตามงานทุก 1 เดือน

 <b>โรงพยาบาล</b> <b>พานทอง</b>	<b>ระเบียบปฏิบัติงาน</b>	
	เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 22 ตุลาคม 2563
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 07 ส่วนที่	หน้าที่ 14 ของ 16

- 5.9 ทุกหน่วยงานมีการนำประเด็นความเสี่ยงที่ได้จากการทำ Risk matrix มาจัดทำทะเบียน Risk Register ของหน่วยงาน และมีการติดตามผลการดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในข้อ 5.8
- 5.10 กรณีที่หน่วยงานพบความเสี่ยง หรืออุบัติการณ์ ที่สำคัญให้หน่วยงานเพิ่มข้อมูลความเสี่ยงนั้นๆ ลงในทะเบียน Risk register และทำการติดตามตามระยะเวลา
- 5.11 ทุกๆ เดือนคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง สรุปข้อมูลความเสี่ยงและเหตุการณ์สำคัญที่รวบรวมได้จากทุกหน่วยงานเข้าที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อแจ้งให้ทุกฝ่ายงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและนำไปทบทวนเพื่อหาโอกาสพัฒนาปรับปรุงแก้ไข
- 5.12 ผู้แทนฝ่ายบริหารคุณภาพ นำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อตรวจสอบดูให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติการแก้ไขป้องกันความผิดพลาดได้ครอบคลุม โดยปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเรื่อง “การทบทวนโดยฝ่ายบริหาร” (PM-QMR-04)


## 6.0 เอกสารอ้างอิง

### 6.0 ระเบียบปฏิบัติ

- 6.0.1 PM-QMR-04 การทบทวนโดยฝ่ายบริหาร
- 6.0.2 PM-QMR-05 การตรวจติดตามคุณภาพภายใน

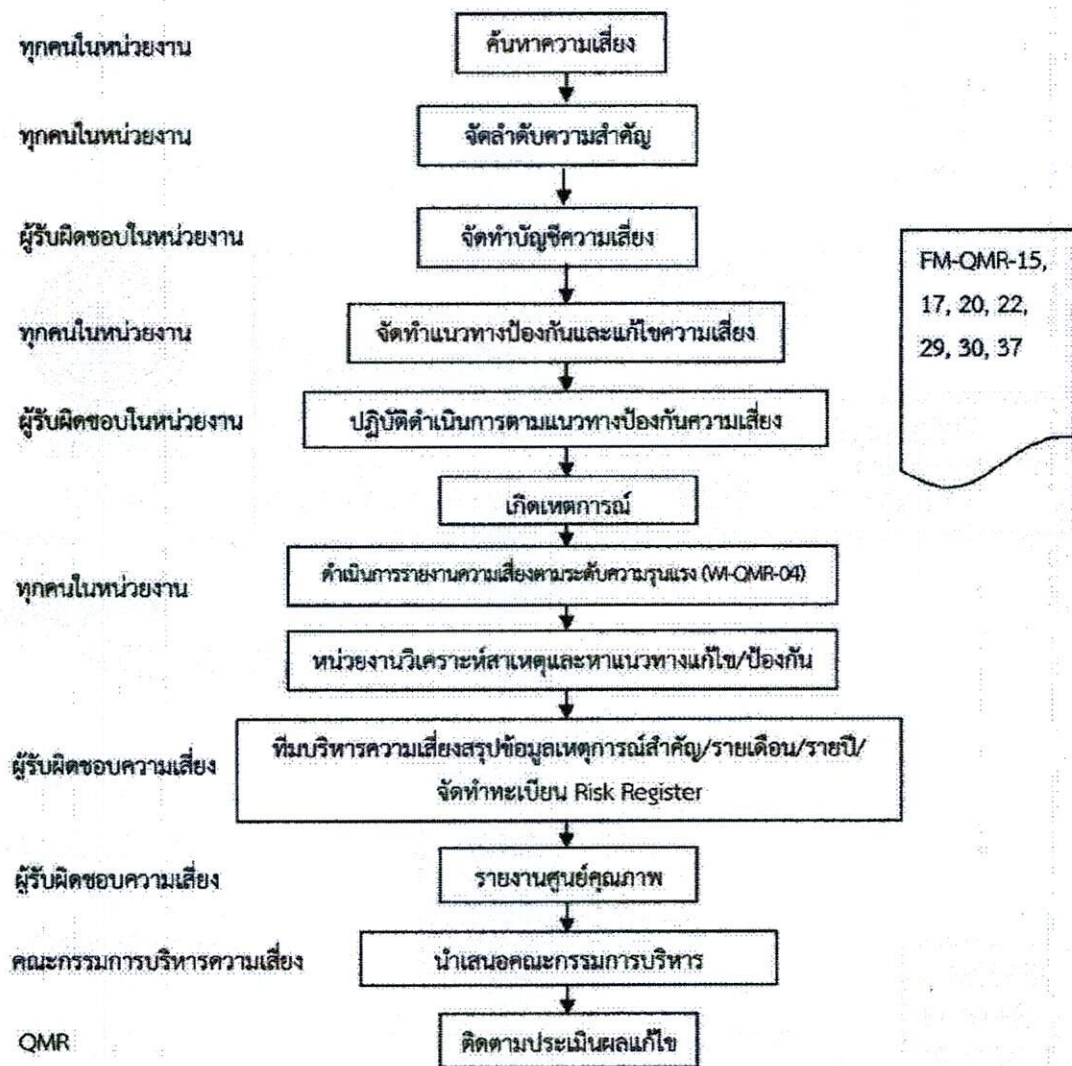
### 6.1 วิธีปฏิบัติ


- 6.1.1 WI-QMR-03 การรวบรวมความคิดเห็นทั่วไป
- 6.1.2 WI-QMR-04 ขั้นตอนการรายงานเหตุการณ์สำคัญที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล

 <b>โรงพยาบาล</b> <b>พานทอง</b>	<b>ระเบียบปฏิบัติงาน</b>	
	เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 22 ตุลาคม 2563
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 07 สำเนาที่	หน้าที่ 15 ของ 16

## 7.0 เอกสารแนบ

### 7.1 Flow Chart กระบวนการบริหารความเสี่ยง



 <b>โรงพยาบาล</b> <b>พานทอง</b>	<b>ระเบียบปฏิบัติงาน</b>	
	เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 22 ตุลาคม 2563
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 07 ส่วนที่	หน้าที่ 16 ของ 16

### 8.0 บันทึกคุณภาพ

ชื่อเอกสาร	รหัสเอกสาร	สถานที่เก็บ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	การจัดเก็บ
1. ทะเบียนควบคุมเหตุการณ์สำคัญ	FM-QMR-15	สำนักงาน ควบคุมเอกสารคุณภาพ	คณะทำงาน ตรวจติดตาม คุณภาพภายใน	1 ปี	เรียงตาม เลขที่และครั้งที่ ตรวจติดตาม
2. แบบบันทึกข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่	FM-QMR-17	คณะทำงาน บริหารความเสี่ยง	คณะทำงาน บริหารความเสี่ยง	1 ปี	เรียงตาม รายงานเลขที่
3. แบบบันทึกรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	FM-QMR-20	- หน่วยงาน - คณะทำงาน บริหารความเสี่ยง	ทุกหน่วยงาน	1 ปี	เรียงตาม ลำดับการ ขึ้นทะเบียน
4. แผนปฏิบัติการแก้ไขข้อบกพร่องที่ตรวจพบ	FM-QMR-22	สำนักงาน ควบคุมเอกสารคุณภาพ	คณะทำงาน ตรวจติดตาม คุณภาพภายใน	1 ปี	เรียงตามครั้งที่ ตรวจติดตาม
5. แบบบันทึกข้อมูลการวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา	FM-QMR-29	- หน่วยงาน - คณะทำงาน บริหารความเสี่ยง	ทุกหน่วยงาน	1 ปี	เรียงตาม รายงานเลขที่
6. แบบบันทึกเหตุการณ์สำคัญภายในหน่วยงาน	FM-QMR-30	ทุกหน่วยงาน	ทุกหน่วยงาน	1 ปี	เรียงตาม วันเดือนปี
7. แบบ RM Safety Round	FM-QMR-37	คณะทำงาน บริหารความเสี่ยง	คณะทำงาน บริหารความเสี่ยง	1 ปี	เรียงตาม ครั้งที่ตรวจ