

การประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ครั้งที่ 1 /2568

วันที่ 15 กันยายน พ.ศ.2568 เวลา 13.30 น. – 16.30 น.

ณ ห้องประชุมแทนใจ ร.พ.มะขาม

วาระที่ 1 ประธานแจ้งให้ทราบ

ไม่มี

วาระที่ 2 ทบทวนและติดตามรายงานการประชุม

การประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ครั้งที่ 2 /2567

วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2567

วาระที่ 3 สรุปผลการรายงานความเสี่ยงเข้าระบบ

สรุปปฏิบัติการความเสี่ยง จำแนกตามโปรแกรม ประจำปี

โปรแกรม	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568 ไตรมาส1-3
1.ด้านสิทธิผู้ป่วย และข้อร้องเรียน	29	14
2.ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	43	16
3.ด้านความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงทาง คลินิกเฉพาะโรค	454	256
4.ด้านควบคุมป้องกันการติดเชื้อ	14	7
5.ด้านความปลอดภัยด้านยา/สารน้ำ/เลือด	203	105
6.ด้านทรัพยากร/เครื่องมือ	29	28
7.ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเจ้าหน้าที่	7	8
8.ด้านระบบสารสนเทศและเวชระเบียน	62	196
9.อื่นๆ(สนับสนุนบริการ)	55	31
รวม	896	661

ปี 2567 จำนวนความเสี่ยงทั้งหมด 896 เรื่อง แบ่งเป็น

- ความเสี่ยงทั่วไป 239 เรื่อง

- ความเสี่ยงทางคลินิก 657 เรื่อง

ปี 2568 (ไตรมาส1) จำนวนความเสี่ยงทั้งหมด 300 เรื่อง แบ่งเป็น

- ความเสี่ยงทั่วไป 191 เรื่อง

- ความเสี่ยงทางคลินิก 361 เรื่อง

สรุปการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จำแนกตามหน่วยงาน ประจำปี

ลำดับ	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568 ไตรมาส 1-3
1	OPD	227	74
2	LAB	175	124
3	เภสัชกรรม	159	60
4	IPD	93	57
5	ER	36	17
6	เวชปฏิบัติฯ	31	4
7	LR	27	25
8	IMC	26	24
9	NCD	23	10
10	ทันตกรรม	18	23
11	เวชระเบียน	12	38
12	IT	11	124
13	โภชนาการ	10	5
14	สุขภาพจิต	6	4
15	ศูนย์ประกัน	5	16
16	การจัดการ	5	3
17	แพทย์	4	4
18	กายภาพ	4	12
19	supply	4	6
20	PCT	4	5
21	ยุทธศาสตร์	3	0
22	QCC	2	0
23	รังสี	2	8
24	แผนไทย	1	0
25	กลุ่มการพยาบาล	1	1
26	PCU	1	1
27	ENV	1	0

ปี 2567 หน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยง 23 หน่วยงาน คิดเป็น 100 %

หน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยงต่อเนื่องทุกเดือน : OPD , IPD , LR , ER , เภสัช , เวชปฏิบัติ , IT , ทันตกรรม , LAB , IMC ,เวชระเบียน

ปี 2568 หน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยง 23 หน่วยงาน คิดเป็น 100 %

หน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยงต่อเนื่องทุกเดือน : OPD , IPD , LR , ER , เภสัช , เวชปฏิบัติ , IT , ทันตกรรม , LAB , IMC ,เวชระเบียน

สรุปอุบัติการณ์ความเสี่ยง การรายงาน Self Report ประจำปี

ลำดับ	หน่วยงาน	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568 ไตรมาส 1- 3
1	LAB	35	23
2	IPD	32	14
3	เภสัชกรรม	24	11
4	เวชปฏิบัติฯ	22	4
5	OPD	20	2
6	IMC	15	15
7	ทันตกรรม	14	19
8	ER	9	6
9	LR	9	12
10	NCD	7	0
11	สุขภาพจิต	4	2
12	การจัดการ	4	1
13	เวชระเบียน	3	20
14	IT	3	3
15	แผนไทย	2	0
16	กายภาพ	2	9
17	โภชนาการ	2	2
18	รังสี	1	6
19	ศูนย์ประกัน	1	1
20	PCU	1	0
21	แพทย์	0	0
22	SUPPLY	0	0
23	กลุ่มการพยาบาล	0	0
24	งานยุทธ์	0	0

Patient Identification

รายการ	ปี 2567	เรื่อง	ปี 2568 (ไตรมาส1-3)	เรื่อง
Clinic	52	1.ไม่ระบุชื่อผู้ป่วยที่ specimen 2.ระบุชื่อที่specimen ผิดคน 3.คีย์ส่ง lab ผิดคน 4.เจาะเลือดผิดคน สลับคน 5.ผู้ป่วยชื่อเดียวกัน คนละนามสกุล 6.scan รายการ chest x-ray ผิดคน	22	1.ระบุชื่อที่ส่งส่งตรวจผิดคน 2.order ยาผิดคน 3.จ่ายยาผิดคน 4.ไม่ระบุชื่อที่ส่งส่งตรวจ 5.ระบุชื่อที่ Tube 2 ชื่อ 6.แนบเอกสาร(สิทธิการรักษา) ผิดคน
Non Clinic	11	1.ระบุตัวแรงงานต่างด้าวผิด : เพศชื่อที่คล้ายกัน 2.รูปที่บัตรประกันต่างด้าวผิด 3.ระบุเพศในหนังสือรับรองการเกิดผิด	6	1.ชื่อที่ป้ายข้อมือเด็กถูกลบเลื่อน 2.เรียกชื่อ +ระบุตัวผู้ป่วยผิดคน 3.นำไปนำทางผิดคนไปx-ray 4.เจ้าหน้าที่ให้ใบนำทางผู้ป่วยผิดคนไปรอคิวเจาะเลือด 5.ยื่นบัตรประชาชนผิด เปิดบัตรผิด 6.ออกไปนัดผิดคน

แหล่งที่มาของข้อมูลที่รายงานเข้าระบบ

แหล่งที่มาของข้อมูล	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568 (ไตรมาส 1-3)
การทบทวนเวชระเบียน	42	20
ข้อร้องเรียน	10	4
การเยี่ยมสำรวจจากภายใน/ภายนอก	7	1
เหตุการณ์ในเวร/ในงาน	826	630
ทบทวนข้างเตียง/ช่วงส่งต่อเวร	10	6
รวม	895	661

สรุปปฏิบัติการเฝ้าระวังความเสี่ยง รายโปรแกรม+ระดับความรุนแรง ปี 2567

โปรแกรม / ระดับความรุนแรง	จำนวน	หมายเหตุ
1.ด้านสิทธิผู้ป่วย และข้อร้องเรียน		
ระดับความรุนแรง ระดับ 1	14	
ระดับความรุนแรง ระดับ 2	15	ไตรมาส 1 : สิทธิประกันสังคมนอกเขต ไม่มีการประสานร.พ.ตามสิทธิก่อนadmit 2. ผู้ป่วย DM ได้รับการตรวจรอบป่วย 3.ผู้ป่วย HT คิวตรวจรอบป่วยไม่พึงพอใจ เนื่องจากต้องรอให้ผู้ป่วยDM รอบเช้าตรวจก่อน 4.ผู้ป่วยรอนานเนื่องจากเจ้าหน้าที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องตามขั้นตอนการให้บริการ ไตรมาส 2 : ไม่พึงพอใจระบบบริการ เลย

โปรแกรม / ระดับความรุนแรง	จำนวน	หมายเหตุ
		คิวแล้วไม่เรียก เรียกผ่าน NeoQ call 2 ครั้งไม่พบ ครั้งที่ 3 เรียกผ่านไมด์จึงพบ 3.รอตตรวจนานเนื่องจากห้อง lab เจาะเลือดไม่ครบ 4.ห้องพักรักษาผู้ป่วยมีกลิ่นเหม็นมาจากห้องน้ำ 5.ANC ใช้กระดาษ reuse ที่มีชื่อ-สกุลผลเลือดของผู้อื่น มาทำใบ request form ส่งตรวจ lab นอก 6.ผู้ป่วยเปิดบัตร แล้วนำไปไปที่ห้องยา โดยที่ยังไม่ได้ทำการรักษา 7.มาขอเจาะเลือดรับผลเลือดไปรพศ. เจ้าหน้าที่ให้ผลเลือดไปไม่ครบ 8.ส่งผู้ป่วยผิดแผนก ไตรมาส 3 ผู้ป่วยมารับคิวนั่งรอขอใบรับรองแพทย์เฉพาะทาง ที่ร.พ.ไม่สามารถออกให้ได้ ไตรมาส 4 ไม่พึงพอใจเรื่องการอธิบายการรับบริการ (ทุบกระจกแตก)
ระดับความรุนแรง ระดับ 3	1	ไตรมาส 4 ผู้ป่วยหนักกลับ (ชักประวัติโรคประจำตัวต่อหน้าญาติ)
2. ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย		
ระดับความรุนแรง ระดับ 1	17	
ระดับความรุนแรง ระดับ 2	21	ไตรมาส 1: 1.พื้นทางเดิน cover way มีตะไคร่น้ำ ผู้ป่วยลื่นล้ม 2.ทิ้งขยะผิดประเภท 3.รถยนต์ราชการชนเสา เนื่องจากมองไม่เห็น ไตรมาส 2 : 1.ชายแปลกหน้าเดินเข้ามาในห้องหลังคลอด ทำท่าจะขโมยของ 2.ตู้รับบริจาคไม่ได้ล็อก มีเงินหาย 3.กล่องกระดาษเขียนว่าทิ้งขยะติดเชือวางไว้ที่ทางเดินหน้าห้องช่าง 4.สายไฟแรงสูงข้างห้องซักฟอกมีควันออกมา ไฟฟ้าในหน่วยจ่ายกลางตัดใช้ไม่ได้ 5.ญาติผู้ป่วยติดอยู่ในห้องน้ำ ประตูชำรุด 6. ห้องน้ำผู้ป่วยไม่สะอาด 7. สำนักงานงานเวชฯ ไม่ได้ปิดแอร์หลังเลิกงาน ไตรมาส 3 1.น้ำรั่วลงผ้าห้อง Lab 2กระเบื้องปูพื้นแตกจากรถวิ่งขึ้นมาเติมออกซิเจน 3. น้ำขังพื้นด้านหน้าตึกทันตกรรม 4. เด็กพลัดตกบ่อปลา มีแผลฉีกขาดที่ใบหู ไตรมาส 4 1.พื้นหน้าคลังออกซิเจนมีตะไคร่ ทำให้เจ้าหน้าที่ลื่นล้ม 2.รถยนต์เจ้าหน้าที่จอดขวางหน้าตึกทันตกรรม ไม่มีช่องทางให้ผู้มารับบริการเข้า 3. ญาติผู้ป่วยตี IMC ถอดรองเท้าขว้างทาง รดส่งอาหารทำถาดอาหารเลื่อนหล่น 4.เจ้าหน้าที่ห้อง Lab เดินสะดุดรางเก็บสายไฟล้มหน้ากระแทก 5. IPD ญาติถูกแตนต่อย 6. ญาติผู้ป่วย IMC เงินหาย
ระดับความรุนแรง ระดับ 3	5	ไตรมาส 2 : เงินใน Erหาย ไตรมาส 3 1.ระบบไฟขัดข้อง : ห้อง Lab เปิดแอร์ ไฟที่ห้องเจาะเลือดตึกต่างตัวจะดับทุก 15-20 นาที ไตรมาส 4 1. ตัดต้นไม้กิ่งไม้ทะลุหลังคา

โปรแกรม / ระดับความรุนแรง	จำนวน	หมายเหตุ
		โรงจอดรถทำให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินของราชการและเจ้าหน้าที่ 2. เงินญาติหายที่ตึก IMC
3 .ด้านความเสี่ยงทางคลินิก และความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค		
ระดับความรุนแรง ระดับ A	10	
ระดับความรุนแรง ระดับ B	72	
ระดับความรุนแรง ระดับ C	248	
ระดับความรุนแรง ระดับ D	101	
ระดับความรุนแรง ระดับ E	13	ไตรมาส 1 : 1.revisit ด้วยอาการปวดท้องจุกแน่น refer UGIH 2. F/U NCD อายุ>80 รอดตรวจหมดสติ ปัสสาวะราด 3.มาด้วยปวดท้อง รอดตรวจหน้ามืด BP drop ไตรมาส 2 : 1.miss diag,deley refer R/O Rupture Ectopic with hypovolumic shock 2. K ต่ำ ผู้ป่วยไม่ได้กิน kcl ตรวจเลือดพบว่าผิดปกติ พบยาอยู่ข้างเตียง 12 เม็ด ไตรมาส 3 1.ไม่ได้ reprat CBC ซ้ำ เมื่อ Hct.≤ 30 % ต้องได้รับเลือดก่อนคลอด 2.ผู้ป่วยสิ้นลมในห้องน้ำหลังจากญาติเดินกลับมาที่เตียง 3.ผู้ป่วยสิ้นลมในห้องน้ำ ปวดสะโพกซ้าย 4.ถอนไฟ รากฟันหลุดเข้าไปในโพรงไซนัส 5. ผู้ป่วยเป็นลมหน้ามืดในห้องน้ำ (มาตามนัดเจาะเลือด) 6.มาตามนัดเจาะเลือด หลังเจาะยังไม่ได้รับประทานข้าว เป็นลม ความดันต่ำ ไตรมาส 4 1.เปิด IV ในเคสฉุกเฉินไม่ได้ (VT with Pluse ) ตัดสินใจ shock แบบที่ไม่ได้ valium 2. พบหนองในแผลที่เท้า จำหน่ายจาก IPD ไปล้างแผลต่อที่รพ.สต.
ระดับความรุนแรง ระดับ F	9	ไตรมาส1 ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ deleys diag (ตาม case stroke : dead) ไตรมาส 2 : 1. ผู้ป่วยหมดสติในห้องอบสมุนไพร 2.under triage ผู้ป่วยเด็กหายใจเร็ว 3. R/O Gut obstruction หลังฉีดยาไม่สังเกตอาการไม่ประเมินอาการ O2 sat drop 4. revisit U/D cirrhosis ปวดท้องถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด ไตรมาส 3 1.GCS 7 Triage เขียว OPD ขณะรอ score drop (sepsis on ET tube Refer ) 2.under triage มาด้วย chest pain ส่งตรวจ เหลือง OPD ( STEMI) ไตรมาส 4 จากการทบทวนของทีม PCT 1. case มาด้วยปวดท้องน้อย missed diag : refer 2.case เหนื่อยหอบ (COPD) admit 3 วัน refer on ETT
ระดับความรุนแรง ระดับ G	1	ไตรมาส 3 1.ผู้ป่วยตกต้นเงาะ ปวดหลังมาก ฉีดยา x-ray D/C อาการรุนแรงขึ้น DEAD

โปรแกรม / ระดับความรุนแรง	จำนวน	หมายเหตุ
ระดับความรุนแรง ระดับ H	0	
ระดับความรุนแรง ระดับ I	1	ไทรมาส1 : ปวดท้อง หายใจเหนื่อย (ต่างตัว) missed diag : dead
4. ด้านควบคุมป้องกันการติดเชื้อ		
ระดับความรุนแรง ระดับ 1	7	
ระดับความรุนแรง ระดับ 2	7	ไทรมาส1 : ผู้ป่วย TB ไปน้รตรวจจุดไอเรื้อรัง ไทรมาส2 : triage ไม่แยกจุดตรวจผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อ ไทรมาส 4 1. ผู้ป่วยไอเรื้อรังมานั่งรอร่วมกับผู้ป่วยชัก ประวัติทั่วไป
ระดับความรุนแรง ระดับ 3	0	
5. ด้านความปลอดภัยด้านยา/สารน้ำ/ เลือด		
ระดับความรุนแรง ระดับ A	10	
ระดับความรุนแรง ระดับ B	127	
ระดับความรุนแรง ระดับ C	45	
ระดับความรุนแรง ระดับ D	19	ไทรมาส1 ฉีดBCG ผิดตำแหน่ง ไทรมาส2 : 1.ผู้ป่วย ไม่ได้ฉีดอินซูลิน1สัปดาห์เนื่องจากได้เข็มฉีดยา low dead space แทนเข็มอินซูลิน 2.ผู้ป่วยDMมีปัญหา hypoglycemia พ. off ยาDM ห้องยาจัดยามาให้ พยาบาล ไม่ได้ตรวจสอบ จึงแจกยาให้รับประทานต่อ 3.case hypotension load IV ครบ 1500 ml.ที่ ER ระหว่างย้าย เข้า ward ไม่ได้ปรับ rate ตามคำสั่งแพทย์ 4. D/Cจาก ward ให้ไปฉีดยา cef3 ต่อที่รพ.สต.3วัน แต่รพ.สต.ปิดจึง ไม่ได้ฉีดยาต่อ 5.พยาบาลปรับ rate ยาผิด case suicidal พ. order NAC 6. ผู้ป่วย sepsis พ. hold ยา hydralazine เภสัชจัดยามาให้ พยาบาลไม่ได้ตรวจสอบ แจกยาให้ ผู้ป่วยรับประทาน BP drop ไทรมาส 3 1. สั่งยาNSAID ซ้อนกัน 2 ตัว 2.จ่ายยาผิดรูปแบบ แพทย์สั่ง tranexamic acid 250 mg PO จ่ายรูปแบบฉีด 3.ผู้ป่วยรับประทานยา ผิดรูปแบบ นำยาฉีดมารับประทาน 4.ผู้ป่วยได้รับการฉีดยา คอติซอล 5.ให้ยา MgSO4 IV Drip อัตราเร็วผิดจาก คำสั่งแพทย์ (ไม่ได้ใช้เครื่อง infusion ) 6. จ่ายยาวafarin ผิดมิลลิกรัม ไทรมาส 4 1.จ่ายยาHT ไม่ครบ พบว่าผู้ป่วย มาตามนัด BPสูง ประเมินการใช้ยาถึงทราบ 2.รับ refer จากรพศ. ตาม order ยา Levofloxacin 500 mg. แต่ยาที่ ได้รับมา คือยา Levetriacetam 500 mg.(ผู้ป่วย รับประทานไปแล้ว 1เม็ด) 3. case refer back : Crcl 19 แพทย์สั่ง meropenem 1 gms q. 8 hr.

โปรแกรม / ระดับความรุนแรง	จำนวน	หมายเหตุ
ระดับความรุนแรง ระดับ E	0	
ระดับความรุนแรง ระดับ F	0	
ระดับความรุนแรง ระดับ G	0	
ระดับความรุนแรง ระดับ H	0	
ระดับความรุนแรง ระดับ I	0	
6. ด้านทรัพยากร/เครื่องมือ		
ระดับความรุนแรง ระดับ 1	11	
ระดับความรุนแรง ระดับ 2	12	
ระดับความรุนแรง ระดับ 3	4	ไตรมาส 1 : 1.high flow อุปกรณ์ไม่พร้อมใช้ ผู้ป่วยแย่ง 2.wifi ใช้งานไม่ได้ ส่งผลต่อการดำเนินงาน 2 ชม. ไตรมาส 3 1.เครื่องตรวจวิเคราะห์ Lab ชำรุด ไตรมาส 4 1.เครื่องฉายแสงตกแตก (ทันตกรรม)
ระดับความรุนแรง ระดับ 4	1	ไตรมาส 3 1.solar roof top เสีย ทำให้เสียค่าไฟเพิ่มขึ้น (ไม่ได้รับการตรวจสอบตั้งแต่ต.ค.)
7 .ด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย		
ระดับความรุนแรง ระดับ 1	1	
ระดับความรุนแรง ระดับ 2	5	ของมีคม+เข็มตำมือบุคลากร , กรรไกรบาดมือ
ระดับความรุนแรง ระดับ 3	1	ไตรมาส 1 : แม่ครัวลวกขาดหลุดมือ น้ำร้อนกระเด็นใส่ มีแผลพุพองมือ ลำตัว
8. ด้านระบบสารสนเทศและเวชระเบียน		
ระดับความรุนแรง ระดับ 1	47	
ระดับความรุนแรง ระดับ 2	14	ไตรมาส 1 : 1.ลงสิทธิผิด 2.ระบบHos-XP ส่งlabล่วงหน้าไม่ได้ 3.ระบุเพศในหนังสือรับรองการเกิดผิด 4.ER คีย์ยาไม่ครบ ไตรมาส 2 : 1.Hos-xp ใช้งานไม่ได้ 30 นาที มีผู้ป่วยรอตรวจ 2.Usersงานของสปสข.ของเจ้าหน้าที่ที่มีสิทธิถูกเปลี่ยนโดยไม่ได้แจ้ง 3.ระบุอายุผิด 4.มีเวชระเบียนซ้ำ ไตรมาส 3 1.ทำประวัติบัตรใหม่ทับซ้อนHN.ที่มีประวัติอยู่แล้ว (ไม่ได้เปิด HN.ใหม่) ไตรมาส 4 1.เปิดบัตรผิดคน 2. ข้อมูลx-ray ใน synergy ไม่ show 3.ใช้บัตรประชาชนซ้อนกัน 4.ไม่ได้ผูกป้ายชื่อมือเด็กแรกเกิด 2 รายในเวรตึก(เกิดห่างกัน 2ชม.)
ระดับความรุนแรง ระดับ 3	0	
9. อื่นๆ ( งานสนับสนุนบริการ )		
ระดับความรุนแรง ระดับ 1	31	
ระดับความรุนแรง ระดับ 2	22	ไตรมาส1: รพศ.ไม่รับrefer เต็มเต็ม ใช้ระบบไปเบิกยาฉีด 2.ผู้ป่วยจิตเวชถูกส่งมาจาก OPD นั่งรอหน้าศูนย์

โปรแกรม / ระดับความรุนแรง	จำนวน	หมายเหตุ
		ประกัน 1ชม.จำกัดห้องจิตเวชไม่ได้ 3.การเงินออกใบเสร็จไม่ตรงกับเอกสารการแจ้งโอน 4.ติดต่อเจ้าหน้าที่ห้องx-rayไม่ได้ (- ปิดเครื่อง , -โทรไม่รับ ไปตามเรียกไม่ตอบ) ไตรมาส 2 : 1.ไฟฟ้าในเขตอ.มะขามดับ เครื่องปั้นไฟร.พ.ไม่ทำงาน 2.เครื่องกรองน้ำดื่มไม่ได้ทำความสะอาดตามเวลาที่กำหนด 3.ประตูห้องตรวจ 5 แคมรอนิ่งเข้าไม่ได้ พ.ต้องออกมาตรวจด้านนอก 4.ไม่โทรแจ้งยกเลิกอาหาร 5.เวรเปลที่ใ้รับมอบหมายให้มาช่วย opd ไม่มาประจำจุด ต้องคอยตาม 6.ถอยรถราชการเข้าที่จอดชน 7. ช่างมาซ่อมแอร์เปิดแอร์ทิ้งไว้ ไตรมาส 4 1.วัคซีน AP ในหญิงตั้งครรภ์ใช้ผิดกลุ่มเป้าหมาย 2.พบยาในลิ้งโฟมที่ไม่เย็นแล้วกลับมาห้องยา 3.ถูกปฏิเสธการขอความช่วยเหลือในเคสฉุกเฉิน 4.โทรตามเจ้าหน้าที่ x-ray ไม่ได้ในเวรตึก
ระดับความรุนแรง ระดับ 3	2	ไตรมาส 4 1.ความผิดพลาดในการสั่งทำป้ายหนีไฟ โดยไม่ผ่านผู้รับผิดชอบ 2.การจ่ายเงินค่าบัตรประกันสุขภาพต่างตัวซ้ำยอดเดิม(ผิดเดือน)

สรุปอุบัติการณ์ความเสี่ยง รายโปรแกรม+ระดับความรุนแรง ปี 2568

อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกทั้งหมด 362 รายงาน

- อุบัติการณ์ระดับ A-C 272 รายงาน
- อุบัติการณ์ระดับ D 78 รายงาน
- อุบัติการณ์ระดับ E up 12 รายงาน

อุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E up

ระดับความรุนแรง ระดับ E

ไตรมาส 1 : 1. case G5P4 GA 26+6 wks NO ANC มาด้วยปวดท้องน้อย revisit 3 ครั้ง refer appendicitis

ไตรมาส 2 : 1.ถอนฟันซี่ 27 paratal root เข้า sinus

ไตรมาส 3 : case GA 35+3 wks by u/s ANC ร.พ.มะขาม แกร็บ fully dilate มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ไม่ได้รับการส่งต่อไปวัดคอมดลูก และรับยาป้องกัน

ระดับความรุนแรง ระดับ F

ไตรมาส 1 : 1.Unplan Refer case DHF 2.case รับ refer กลับจาก รพศ. Risk sepsis : suspected leptospirosis refer กลับ ร.พ.พระปกเกล้า 3. case เด็ก ไข้ ไอเล็กน้อย Dx. Ac. Bronchitis refer รพศ. 4.case septic shock พบปัญหาเรื่อง IV load ทำให้เกิดภาวะน้ำเกิน 5. case COPD : ประวัติ HPI ลงข้อมูล ATK : negative / Lab report ATK : positive

ไทม์มาส 2 : 1.ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อย ขณะนั่งพักที่หน้าตึกกายภาพ (มีประวัติฉีดสตีตรวดเดือนม.ค.68)

2.ผู้ป่วย U/D cirrhosis , DM ค่า lab ปกติ ถอนพัน 4 ซี กลับบ้าน เลือดไหลไม่หยุดกลับมารักษาซ้ำ BP 77/54 mmHg

ระดับความรุนแรง ระดับ G : 0

ระดับความรุนแรง ระดับ H : 0

ระดับความรุนแรง ระดับ I :

ไทม์มาส 2 : Case G5P2A2 GA 26+5 wks มาด้วยลูกไม่ดิ้น HR 170/min BP 122/94 mmHg > ชักเกร็ง > arrest > on ET Tube + CPR > Refer (dead ที่รพศ.)

**อุบัติการณ์ความเสี่ยง Non Clinic ทั้งหมด 298 รายงาน**

- อุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ 1 181 รายงาน
- อุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ 2 112 รายงาน
- อุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป 4 รายงาน

**อุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป**

ระดับความรุนแรง ระดับ 3

1. ผู้ป่วยไอเรื้อรังมานั่งรอกับผู้ป่วยทั่วไปใน OPD
2. พนักงานขับรถใช้ความเร็วเกินกว่าที่กำหนดในขณะออก EMS (150-160)
3. ไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาจากสปสช.ได้ เนื่องจากไม่ขอ Authen ของผู้ป่วย Home ward จำนวนเงิน 10828.80 บาท
4. รถเจ้าหน้าที่ถูกเฉี่ยวชน

วาระที่ 4 การสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล

### HOSPITAL SAFETY CULTURE SURVEY ปี 2567

จากการสำรวจ ปี 2567 พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่เห็นว่าระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในร.พ.มะขามอยู่ในระดับดีมาก (very good)

ผลสำรวจภาพรวมของโรงพยาบาล ปี 2567

### 3 อันดับมิติที่มีคะแนนสูงเป็นพื้นที่ที่ควรส่งเสริมความแข็งแรง

- ข้อ 3 ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการและกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย 88.1 %
- ข้อ 2 ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม 83.5 %
- ข้อ 4 การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 83.2 %

สรุป บุคลากรส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าการกระทำของผู้บริหารแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยสำคัญที่สุด สนับสนุนให้มีการนำความเสี่ยงเข้าทบทวน หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน สร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และหน่วยงานในโรงพยาบาลทำงานร่วมกันได้ดีเพื่อให้การดูแล/บริการที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

### 3 อันดับมิติที่มีคะแนนต่ำเป็นพื้นที่ที่มีโอกาสพัฒนา

#### ข้อ 1 ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ 59.1 %

- สร้างการเรียนรู้การบริหารความเสี่ยงที่หน้างาน
- หน่วยงานสนับสนุน focus group ( การสนทนากลุ่ม )
- เพิ่มการสื่อสารผ่าน risk coordinator ( ตัวแทนของสายงาน )
- โรงพยาบาลกำหนดนโยบายให้มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างน้อย 1 เดือนต่อ 1 คน และควบคุมกำกับ กระตุ้นเดือนทุกเดือน โดยหัวหน้างาน
- จัดประชุมให้ความรู้ความเข้าใจในระบบบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากรทั้งหมด
- ประชุมพิเศษบุคลากรใหม่
- จัดทำแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในระบบบริหารความเสี่ยง
- ชี้แจงให้เห็นความสำคัญของการรายงานความเสี่ยง และความสำคัญของระดับความรุนแรง เช่น ระดับ A B โดยสร้างความเข้าใจ และให้ตระหนักการรายงานตั้งแต่ระดับความรุนแรงน้อย จะได้มีการวางระบบป้องกัน ซึ่งจะทำให้ไม่เกิดความเสี่ยงดังกล่าวซ้ำและระดับรุนแรงมากขึ้น

#### ข้อ 9 การจัดคนทำงาน 70.0 %

- ในภาพรวมของร.พ.ทิม HRD ดูแลควบคุม ทำแผนรองรับอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่
- ในระดับของหน่วยงาน หัวหน้าหน่วยดูแลแผนอัตรากำลังของผู้ปฏิบัติงานตามบริบทของหน่วยงาน
- จัดสรรเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทดแทน ทุกจุดบริการที่ต้องลา
- ในหน่วยงานมีแนวการปฏิบัติงานชัดเจนทุกจุดบริการ
- สร้างวัฒนธรรม + ข้อตกลงร่วมกันในการลาต่างๆ ที่ชัดเจน
- มีการจัดทำแผนและจัดสรร อัตรากำลังแบบระยะสั้นและระยะยาว โดย
  - ระยะสั้นมีการจัด เวร ON CALL
  - ระยะยาวมีการจัดอัตรากำลังแบบ PRODUCTIVITY (ความสามารถของบุคคล)
  - จัดอัตรากำลังเสริมนอกหน่วยงาน
- ในส่วนของอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบปัญหาเรื่องการจัดการคนทำงานมากที่สุด : ในเวลาราชการจะมีผู้ช่วยมารับบริการทำแผล ฉีดยาจำนวนมาก เพื่อลดภาระงาน จึงมีการเพิ่มหน่วยบริการเปิดห้องหัตถการ ทำแผล ฉีดยาตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยมีพยาบาลประจำปฏิบัติงาน 1 คน

#### ข้อ 8 การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง 75.9 %

- นโยบาย NO BLAM NO SHAMEทำให้เกิดขึ้นจริง ( นโยบายไม่ตำหนิ ไม่สร้างความอับอาย และความหวาดกลัว ในการปฏิบัติงาน)
- ชี้แจงนโยบาย ข้อ 3. ความเสี่ยงที่รายงานตนเองไม่ถือเป็นความผิดที่ถูกนำเข้าประกอบการพิจารณาต่างๆ และข้อ 4. การปกปิดความเสี่ยงที่เกิดจากการกระทำของตนเองโดยไม่รายงาน เมื่อสอบสวนพบว่าเป็นการกระทำโดยตั้งใจ ต้องได้รับการลงโทษ
- ให้เจ้าหน้าที่รับทราบและเข้าใจ
- พัฒนาทีมคณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียนและเจรจาไกล่เกลี่ย

## HOSPITAL SAFETY CULTURE SURVEY ปี 2568

จากการสำรวจ ปี 2568 พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่เห็นวาระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในร.พ.มะขามอยู่ในระดับดีมาก (very good) 65.5 %

### 3 อันดับมิติที่มีคะแนนต่ำเป็นพื้นที่ที่มีโอกาสพัฒนา

1. ข้อ 4 การตอบสนองต่อความคลาดเคลื่อน 53.7 %

- A6 ในหน่วยงานแห่งนี้ บุคลากรรู้สึกว่าการผิดพลาดคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นจากพวกเขา 29.4 %
- A7 เมื่อมีการรายงานอุบัติการณ์ในหน่วยงาน การเขียนระบุถึงตัวบุคคลไม่เป็นปัญหา 63.8 %
- A10 เมื่อบุคลากรทำผิดพลาดหรือคลาดเคลื่อน หน่วยงานแห่งนี้ จะมุ่งเน้นที่การเรียนรู้มากกว่าการกล่าวโทษตัวบุคคล 73.4 %
- A13 ในหน่วยงานแห่งนี้ ขาดการสนับสนุนหรือดูแล บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ 48.0 %
- หน่วยงานที่ต้องพัฒนาด่วน : ER,IPD,SUPPLY,กายภาพ,การจัดการ,ห้องยา,โภชนาการ,รังสี,เวชปฏิบัติ

2. ข้อ 2 บุคลากรและพื้นที่การทำงาน 54.7 %

- A2 ในหน่วยงานแห่งนี้ มีบุคลากรเพียงพอที่รองรับกับภาระงานที่กำหนด 59.3 %
- A3 บุคลากรในหน่วยงานแห่งนี้มีชั่วโมงการทำงานต่อเนื่องนานมากกว่า จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อเนื่องที่ดูแลคนไข้/ให้บริการ/ผู้มารับบริการได้ดีที่สุด 59.9 %
- A5 หน่วยงานแห่งนี้ อาศัยการทำงานของบุคคลที่มาช่วยทำงานชั่วคราว บุคลากรที่หมุนเวียนมาทำงาน หรือที่มาทำงานเฉพาะช่วงที่กำหนดมากเกินไป 45.2 %
- A11 การทำงานในหน่วยงานแห่งนี้เร่งรีบมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้รับบริการ 54.2 %
- หน่วยงานที่ต้องพัฒนาด่วน : ER,IMC,IPD,SUPPLY,การจัดการ,ทันตกรรม,แผนไทย,ห้องยา,โภชนาการ,รังสี,แพทย์

3. ข้อ 6 การสื่อสารเรื่องความคลาดเคลื่อน 57.4 %

- C1 บุคลากรจะได้รับการสื่อสารให้ข้อมูล กรณีเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นในหน่วยงาน 18.6 %

- C2 เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในหน่วยงาน บุคลากรจะหาหรือถึงวิธีป้องกันความคลาดเคลื่อนไม่ให้เกิดซ้ำอีก 71.2 %
- C3 ในหน่วยงานแห่งนี้ บุคลากรได้รับการให้ข้อมูลหรือสื่อสารการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากรายงานอุบัติการณ์ 82.5 %
- หน่วยงานที่ต้องพัฒนาตัว : ER,IMC,IPD,SUPPLY,กลุ่มการพยาบาล,การจัดการ ,ทันตกรรม,รังสี

### 3 อันดับมิติที่มีคะแนนสูงเป็นพื้นที่ที่ควรส่งเสริมความแข็งแกร่ง

1.ข้อ1 การทำงานเป็นทีม

2.ข้อ7 การสื่อสารที่เปิดกว้าง

3.ข้อ3 การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีการพัฒนาที่ต่อเนื่อง

สรุป ให้แต่ละหน่วยงานไปทำแผนพัฒนาของหน่วยงานตนเอง ในมิติที่มีคะแนนต่ำ ที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน ตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้

มิติที่มีคะแนนต่ำเป็นพื้นที่ที่มีโอกาสพัฒนา

ประเด็นพัฒนา	แผนพัฒนา/วางแผนดำเนินการ(PDCA)	ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
1.ข้อ 4 การตอบสนองต่อความคลาดเคลื่อน 53.7 %		
2.ข้อ 2 บุคลากรและพื้นที่การทำงาน 54.7 %		
3.ข้อ 6 การสื่อสารเรื่องความคลาดเคลื่อน 57.4 %		

วาระที่ 5 มาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ข้อ

มาตรฐาน	ตัวชี้วัด	Owner	ปี2568	แนวทางปฏิบัติ
1.การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	- ICD - ถอนฟันผ่าฟันคุดทั้งหมด / ระดับ E ขึ้นไป	ER ทันตกรรม		
2.การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรกลุ่ม	1.อัตราการติดเชื้อ HAP ต่อ 1,000 วันนอน	IC		1.แนวทางการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการนอน

มาตรฐาน	ตัวชี้วัด	Owner	ปี2568	แนวทางปฏิบัติ
	2.อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days 3.เพิ่มเชื้อดื้อยา ทั้งหมด / ระดับ E ขึ้นไป			โรงพยาบาล 2.แนวทางการ ป้องกันการติดเชื้อ ระบบทางเดิน ปัสสาวะ
3.บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติ หน้าที่ airbone, droplet, contact, vector	1.อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติด โรคจากการปฏิบัติงาน	IC, ENV		1.แนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติด เชื้อในเจ้าหน้าที่ เฉพาะกลุ่ม 2.แนวทางปฏิบัติ เมื่อเจ้าหน้าที่ถูก สารคัดหลั่งหรือเข็ม ทิ่มตำหรือติดเชื้อ จากการทำงาน
4.การเกิด medication error และ adverse drug event	1.อุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ (ครั้ง) ทั้งหมด / ระดับ E ขึ้นไป <u>ความคลาดเคลื่อนทาง ยา(OPD)</u> 2.อัตรา prescribing error (ครั้ง/1,000 ใบสั่งยา) 3.อัตรา Transcribing error (ครั้ง/1,000 ใบสั่งยา) 4.อัตรา pre-dispensing error (ครั้ง/1,000 ใบสั่งยา) 5.อัตรา dispensing error (ครั้ง/1,000 ใบสั่งยา) 6.อัตรา dispensing error (ครั้ง/1,000 ใบสั่งยา) ระดับ D E F 7.อัตรา dispensing error (ครั้ง/1,000 ใบสั่งยา) ระดับ G H I <u>ความคลาดเคลื่อนทาง</u>		PTC	1.ระเบียบปฏิบัติ เรื่องการเฝ้าระวัง อาการไม่พึง ประสงค์จากยาและ ป้องกันการแพ้ยา ซ้ำ 2.ระเบียบปฏิบัติ เรื่องการจัดยาที่มี ความเสี่ยงสูง(High alert drug) 3.ระเบียบปฏิบัติ เรื่องการจัดจ่ายยา ผู้ป่วยนอก 4.ระเบียบปฏิบัติยา

มาตรฐาน	ตัวชี้วัด	Owner	ปี2568	แนวทางปฏิบัติ
	ยา (IPD) - เพิ่มตัวชี้วัดเกี่ยวกับ High alert drug			
5.การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	1.อุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป	LAB,NSO,PC		
6.การระบุตัวผิดพลาด	1.อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป	RM,IM		1.ระเบียบปฏิบัติเรื่องการระบุตัวผู้ป่วย
7.ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	1.อุบัติการณ์ Missed diagnosis 2.อุบัติการณ์ delay diagnosis 3.อุบัติการณ์ Wrong diagnosis ทั้งหมด / จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	PCT องค์กรแพทย์		
8.การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน	1.อุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิและการตรวจวินิจฉัยอื่นคลาดเคลื่อน (เช่น ล่าช้า/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป 2.อุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อน (เช่น ล่าช้า/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป*	LAB		1.ระเบียบปฏิบัติเรื่องการรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

มาตรฐาน	ตัวชี้วัด	Owner	ปี2568	แนวทางปฏิบัติ
การเตรียมตรวจ/ตรวจทางรังสี ผิดพลาด ( ผิดประเภท/ผิดคำสั่ง/ ผิดตำแหน่ง/ผิดข้าง/ผิดเทคนิค การตรวจ)	- เพิ่มตัวชี้วัดงานรังสี (ทั้งหมด/ระดับE ขึ้นไป)	รังสี		
9.การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน	1.อุบัติการณ์การคัดแยกที่ ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน - under triage ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป - over triage ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป	PCT,ER		1.ระเบียบ ปฏิบัติการ triage

- 1.การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ : เรื่องการใส่ ICD ปรับ owner จาก ER เป็น PCT
- 7.ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค : องค์กรแพทย์เน้นย้ำเรื่องการปฐมพยาบาล และนิเทศกำกับ แพทย์น้องใหม่
- 9.การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน : ทบทวนเรื่อง under/over triage ,การเก็บตัวชี้วัด , under report ให้มีการปรับระเบียบและแนวทางปฏิบัติให้เป็นปัจจุบัน และรวบรวมตัวชี้วัดของปี 2568

ข้อเสนอแนะของสรพ. : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ควรทบทวนการจัดการในระบบบริหารความเสี่ยงตาม มาตรฐานที่สำคัญต่อความปลอดภัย โดยมีการปรับแนวทางในแต่ละหัวข้อให้เป็นปัจจุบัน สร้างความเข้าใจและมีการ ติดตามผลของการปฏิบัติในระดับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควบคู่กับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา จัดลำดับ ความสำคัญ กำหนดเป็นจุดเน้นในแต่ละปี ที่เป็นไปตามปัญหาที่เกิดขึ้น และปรับปรุงขั้นตอนให้สอดคล้องกับบริบท เอื้อต่อการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

#### วาระที่ 6 การนำเสนอความเสี่ยงของหน่วยงาน

หน่วยงานสรุปความเสี่ยงในรูปแบบ Risk Profile นำมาทบทวน และปรับแนวทางการป้องกันให้เป็นปัจจุบัน ในกรณีที่พบความเสี่ยงที่เกิดบ่อยแต่ระดับความรุนแรงน้อย เช่น การคีย์ยา จัด/จ่ายยาผิด ให้จัดกลุ่มความเสี่ยงและ นำเข้าทีมทบทวนเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน  
ปัญหาและอุปสรรคที่พบในหน่วยงาน 1.ขาดการรายงานไม่สม่ำเสมอ 2.บุคลากรไม่เข้าใจระบบบริหารความเสี่ยง 3.โปรแกรมความเสี่ยงลงข้อมูลจำนวนมาก ยุ่งยาก

#### วาระที่ 7 อื่นๆ

การปรับมูลค่าความเสียหาย ตามระดับความรุนแรง

การแบ่งระดับความรุนแรง ความเสี่ยงทั่วไป ( Non clinical risk) : แบ่งเป็น ๔ ระดับ

- ระดับ ๑ Near miss (เกือบพลาด) : ความผิดพลาดยังไม่เกิดแต่มีโอกาสเกิดความเสียหายได้ หรือเกิด ความผิดพลาดขึ้นแล้วแต่ไม่เกิดความเสียหายต่อเจ้าหน้าที่และทรัพย์สิน (ไม่มีผลกระทบ)

- ระดับ ๒ ความรุนแรงน้อย : เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเสียหายเล็กน้อย หรือมีมูลค่าความเสียหาย < ๑๐,๐๐๐ บาท หรือเกิดการบาดเจ็บต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่เล็กน้อย (ที่ควบคุมได้)
- ระดับ ๓ ความรุนแรงปานกลาง: เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินเป็นมูลค่า ๑๐,๐๐๐ – ๑๐๐,๐๐๐บาท หรือเสียหายต่อระบบงานย่อยในรพ.หรือเกิดการบาดเจ็บต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ระดับปานกลาง (ต้องเข้ารับการรักษาตัวในรพ.) หรือ เกิดข้อร้องเรียนที่อาจทำให้เกิดความเสียหายต่อชื่อเสียงของหน่วยงานในระดับปานกลางเช่น กรณีมีการโจรกรรมหรือลักขโมยทำร้ายร่างกาย (ต้องดำเนินการแก้ไข)  
ตามมติที่ประชุม ความรุนแรงระดับ 3 ปรับมูลค่าจาก 10,000 – 100,000 เป็น 10,001 – 50,000 บาท
- ระดับ ๔ ความรุนแรงมาก : เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน >๑๐๐,๐๐๐บาท หรือเสียหายต่อระบบงานหลักสำคัญของรพ.หรือเกิดการบาดเจ็บต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ระดับรุนแรง (ทุพพลภาพหรือเสียชีวิต) หรือมีการฟ้องร้องที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชื่อเสียงของรพ.อย่างร้ายแรง (การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง)  
ตามมติที่ประชุม ความรุนแรงระดับ 4 ปรับมูลค่าจาก > 100,000 เป็น > 50,000 บาท

ปิดการประชุม เวลา 16.30น.

น.ส.สุภาศ คงชัยกุล

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ผู้จัดบันทึกการประชุม)

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

วันที่ 15 กันยายน 2568 เวลา 13.00 - 16.00 น.

ณ ห้องประชุมแทนใจ โรงพยาบาลมะขาม

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ลายมือชื่อ
1.	น.ส. อรุณรัตน์ นวทนต์	แพทย์	แพทย์	อรุณ
2.	น.ส. อรุณรัตน์ นวทนต์	น.ส. รองผู้อำนวยการบริหาร	คณะผู้บริหาร	อรุณ
3.	นาง อรุณรัตน์ นวทนต์	กรรมการบริหาร	Supply	อรุณ
4.	พ.ศ. ชมพนา ชัยทอง	นักเทคนิคการแพทย์	Lab	ชมพนา
5.	น.ศ. สุกัญญา สิริทอง	นักจัดการงานทั่วไป	แพทย์	สุกัญญา
6.	น.ส. สุกัญญา สิริทอง	แพทย์แผนไทยปฏิบัติ	แพทย์แผนไทย	สุกัญญา
7.	น.ร. วาณิชชา นพอมสตร์	นักกายภาพบำบัด	กสมท	วาณิชชา
8.	น.ส. อรุณรัตน์ นวทนต์	พยาบาลวิชาชีพ	จิตเวช	อรุณ
9.	น.ส. อรุณรัตน์ นวทนต์	พยาบาลวิชาชีพ	LR	อรุณ
10.	น.ส. อรุณรัตน์ นวทนต์	พยาบาลวิชาชีพ	OPD	อรุณ
11.	น.ส. อรุณรัตน์ นวทนต์	เภสัชกร	เภสัช	อรุณ
12.	น.ส. อรุณรัตน์ นวทนต์	นักโภชนาการ	โภชนาการ	อรุณ
13.	น.ส. อรุณรัตน์ นวทนต์	พนักงานโสตทัศนศึกษา	โสตทัศนศึกษา	อรุณ
14.	น.ส. อรุณรัตน์ นวทนต์	RV	IMCI	อรุณ
15.	น.ศ. อรุณรัตน์ นวทนต์	พนักงานโสตทัศนศึกษา	LR	อรุณ
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				