

**สรุปรายงานการประชุม ทบทวน KPI,จัดทำแผนบริหารความเสี่ยง
ครั้งที่ 1/2569**

วันศุกร์ ที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2568 เวลา 13.30 - 16.00 น. ณ ห้องสมุด รพ.จักราช

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. พญ.ชุตติมา คูศิริวิเชียร	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธานกรรมการ
2. นางอรทัย มานะธนะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
3. นางธันยาภัทร เพ็ชรภักดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
4. นางขจรจิต เรืองฤทธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
5. นางวัชรภรณ์ สำเร็จรัมย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
6. นางกนกพร เต็งผักแวง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
7. นางอุบลรัตน์ ว่องไว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
8. นางจรรย์ญา ประกอบผล	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
9.นางศรีกรีน นามวิชา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	เลขานุการ/กรรมการ

วาระที่ 1 ทบทวน KPI ตัวชี้วัด

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้า	2566		2567		2568	
1.จำนวนการรายงานอุบัติการณ์	เพิ่มขึ้น	2,558	√	2,266	x	1,887	X
2.จำนวนการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น	>5%	4.49	√	-10.58	x	-16.73	X
3. อัตราความครอบคลุมในการรายงานอุบัติการณ์ (หัวข้อที่ลดความ	50 %	65	x	82.61	x	75.38	X
4.อัตราหน่วยงานรายงานอุบัติการณ์	>50%	87.5	√	100	√	82.6	√
5.อัตราการรายงานอุบัติการณ์ทันเวลา (HRMS)	>50%	87.95	√	91.32	√	87.46	√
5.1อัตราการรายงานอุบัติการณ์ Low risk ทันเวลา (14 วัน)	50 %	91.24	√	96.22	√	96.62	√
5.2อัตราการรายงานอุบัติการณ์ Moderate risk ทันเวลา (7 วัน)	50 %	81.82	√	82.65	√	77.78	X
5.3อัตราการรายงานอุบัติการณ์ High risk ทันเวลา (1 วัน)	100%	77.78	x	83.33	x	100	√
6.อัตราการทบทวนอุบัติการณ์ระบบ HRMS	>50%	92.28	√	85.63	x	86	√
7.อัตราการทำ RCA ในอุบัติการณ์ระดับ E up, 3-5	>50%	72.05	x	74.07	x	97.56	√
8.อัตราการทบทวน high risk ทันเวลา	100%	56.25	x	83.33	√	100	√
9.อัตราการเกิดอุบัติการณ์ E up, 3-5 ซ้ำหลัง RCA (เป้า 22.0)	<25%	8.16	√	7.5	√	7.5	√
10.จำนวนครั้งการเกิด sentinel event	0	6	x	4	x	5	X
11.จำนวนการเกิดปัญหาฟ้องร้อง ร้องเรียนศูนย์ดำรงธรรม	0	0//2	√	0//1	x	0	√
12.จำนวนการใช้มาตรา 41 ที่เกิดจากการให้บริการของรพ.	0	5	x	1	x	2	X
13.จำนวนข้อร้องเรียนจากการให้บริการ	0	10	x	11	x	16	X
14.อัตราเจ้าหน้าที่ให้คะแนนระดับความปลอดภัย(patient safety grade)ของหน่วยงานระดับดีมากขึ้นไป	>70 %	80.2	√	70.1	√	72.8	√

บัญชีความเสี่ยง Risk Profile รพ.จักราช

Clinic

ลำดับ	Incident	2565	2566	2567	2568
1.	CPE101 : Un-planned Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)	I: 2	G-H: 2	I: 2	I: 1 UGIB
2.	CPE406 : ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉินระหว่างรอการตรวจรักษา	I: 5	I: 3	E-F: 1	I: 1 NSTEMI
3.	CPP301 : Misdiagnosis or delay diagnosis		E-F: 1	E-F: 1	I: 1 UGIB
				C-D: 1	E-F: 1
					C-D: 2
	CPE407 : Missed Diagnosis	C-D: 1	E-F: 1	E-F: 1	E-F: 2
			C-D: 1		C-D: 2
					A-B: 1
	CPE405 : Delay Diagnosis and Delay treatment ในผู้ป่วย ฉุกเฉิน และผู้ป่วย Fast Track	I: 1		E-F: 1	E-F: 1
		A-B: 1			C-D: 1
	Misdiagnosis or delay diagnosis				
4.	GPM203 : เกิดเรื่องร้องเรียนจากการบริการทางการแพทย์	C-D: 4	G-H: 1	E-F: 1	G-H: 1
			C-D: 2	C-D: 4	C-D: 15
				A-B: 1	
	CPE404 : ผู้ป่วยไม่รอดตรวจ ไม่ฟังพอใจ ร้องเรียน		C-D: 2		C-D: 3
			A-B: 2		A-B: 1
5.	GPE207 : เกิดปัญหาความไม่ปลอดภัย/ขาดการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามนโยบายความปลอดภัย เช่น ทรัพย์สินสูญหาย/ถูกลักขโมย เป็นต้น	E-F: 1		C-D: 5	G-H: 1
		C-D: 1		A-B: 1	C-D: 2
					A-B: 3
6.	CSD110 : เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Oral surgery/Simple-Surgical extraction เช่น Bleeding/Pain and Swelling/Fibrinolytic alveolitis		E-F: 1		E-F: 9
7.	CPP303 : (Patient Assessment) ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมิน/ประเมินผิด/ประเมินไม่ครบถ้วน ตามเกณฑ์ อาการหรือการดำเนินโรค	E-F: 2	E-F: 1	E-F: 2	E-F: 4
			C-D: 1	C-D: 1	C-D: 1
				A-B: 3	A-B: 2
8.	CPE402 : Under triage	C-D: 7	E-F: 1	E-F: 1	E-F: 2
			C-D: 4	C-D: 2	C-D: 3
9.	CPP302 : (Access & Entry) ผู้ป่วยเข้าถึงหรือได้รับบริการ ผิด/ล่าช้า ไปจากเกณฑ์ หรือโรคที่เป็น		C-D: 1	C-D: 4	E-F: 1
				A-B: 1	C-D: 7
					A-B: 1
10.	CPP304 : (Planning of Care) ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนดูแล/วางแผนไม่ครอบคลุม หรือวางแผนผิดไปจากพยาธิสภาพ/สภาวะของโรค	E-F: 1		E-F: 1	E-F: 1
		C-D: 1		C-D: 1	C-D: 6
					A-B: 1

Clinic

ลำดับ	Incident	2565	2566	2567	2568
11.	CPP101 : Patient Identification	C-D: 15	C-D: 32	C-D: 23	C-D: 16
		A-B: 13	A-B: 16	A-B: 22	A-B: 17
12.	CPP305 : (Discharge Planning) ผู้ป่วยกลุ่มโรคจำเป็นไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย/วางแผนไม่ครอบคลุม ตามเกณฑ์ หรือประเด็น				E-F: 1
					C-D: 1
13.	CPP306 : (Patient Care Delivery) ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ครอบคลุม/ไม่เชื่อมโยง/ไม่สอดคล้อง ตามเกณฑ์ อาการ หรือโรค		E-F: 4	E-F: 2	E-F: 1
			C-D: 3		A-B: 1
14.	CPM302 : ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมต่อเนื่องจากไม่ได้ทำ Medication Reconciliation	E-F: 1			E-F: 1
15.	CPI301 : การเกิดระบาดโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า			C-D: 1	E-F: 1
16.	CPM505 : เกิดความผิดพลาดในการนำส่งและจัดเก็บส่วนประกอบของเลือด (Handling and storage errors, HSE)			A-B: 1	E-F: 1
					A-B: 1
17.	CPL202 : สิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม หรือไม่มีสิ่งส่งตรวจ	C-D: 10	C-D: 23	C-D: 10	C-D: 8
		A-B: 2	A-B: 1	A-B: 5	A-B: 11
18.	GPE206 : เกิดปัญหาด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน เช่น ระบบน้ำอุปโภค-บริโภคไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้, ระบบไฟฟ้าไม่เพียงพอไม่พร้อมใช้/ดับ/ช็อต/กระพริบ, การบำบัดน้ำเสีย/กำจัดขยะ ไม่ถูกวิธี/ไม่ได้มาตรฐาน	C-D: 1	C-D: 6	C-D: 3	C-D: 8
		A-B: 1	A-B: 2	A-B: 2	A-B: 1
19.	CPI204 : การไม่ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อโรคในสถานพยาบาล Standard Precautions (ยกเว้นการล้างมือ)	C-D: 1	C-D: 4	C-D: 2	C-D: 7
				A-B: 2	A-B: 4
20.	CPM205 : Medication error : Administration (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการให้ยา)	E-F: 2	E-F: 6	C-D: 7	C-D: 7
		C-D: 13	C-D: 18	A-B: 1	
21.	CPP203 : การสื่อสารเพื่อการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด/ไม่ครบถ้วน	C-D: 5	C-D: 17	E-F: 1	C-D: 6
		A-B: 1		C-D: 6	A-B: 6
				A-B: 12	
22.	CPM201 : Medication error : Prescribing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการสั่งจ่ายยา)	E-F: 1	E-F: 2	E-F: 1	C-D: 6
		C-D: 2	C-D: 7	C-D: 3	A-B: 4
			A-B: 2	A-B: 2	
23.	GPL203 : บุคลากรบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง	C-D: 4	C-D: 5	C-D: 4	C-D: 2
		A-B: 3	A-B: 15	A-B: 9	A-B: 8
24.	CPM204 : Medication error : Dispensing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการจ่ายยา)	C-D: 4	E-F: 1	E-F: 3	C-D: 3
		A-B: 2	C-D: 5	C-D: 2	A-B: 7
			A-B: 14	A-B: 7	
25.	CPS305 : เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด	C-D: 1	C-D: 4	C-D: 1	C-D: 1
		A-B: 1	A-B: 3	A-B: 8	A-B: 4
26.	GPE101 : อันตรายจากโครงสร้างอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเชิงกายภาพ เช่น แสง เสียง ฝุ่นละออง มีเชื้อรา เป็นต้น	C-D: 1		A-B: 1	C-D: 4

Non clinic

ลำดับ	Incident	2565	2566	2567	2568
1.	GOP201 : เกิดปัญหาด้านกระบวนการบริการ เช่น ไม่มีการกำหนดมาตรฐานขั้นตอนกระบวนการบริการ, ให้บริการไม่ครอบคลุม/ไม่พร้อม/ไม่ตรงตามช่วงระยะเวลา	3:01	3:04	3:02	3:02
		2:04	2:05	2:05	2:05
			1:01	1:01	1:09
2.	GOS102 : เกิดปัญหาด้านการควบคุมกระบวนการปฏิบัติงาน เช่น ไม่กำหนดกระบวนการปฏิบัติงานที่สำคัญ/ขาดการประเมินประสิทธิภาพ/ขาดการติดตามผล/ไม่มีการปรับปรุงแก้ไขข้อเสนอแนะ	3:01	3:07	3:04	3:01
		1:01	2:04	2:07	2:01
			1:02	1:03	1:06
3.	GOS103 : เกิดปัญหาด้านการติดตามประเมินผล เช่น ไม่มีการประเมินความคุ้มค่า/ไม่เปรียบเทียบผลการใช้จ่ายเงิน/ไม่แจ้งผลการประเมินให้ทราบ/ไม่ได้ทบทวนวัตถุประสงค์-แผนและกระบวนการดำเนินงาน		2:01	1:01	3:01
					2:01
4.	GOI104 : เกิดปัญหาด้าน User & IT Team เช่น ไม่มอบหมายผู้รับผิดชอบ/ไม่พร้อม/ไม่ครอบคลุมบทบาทหน้าที่/ขาดความรู้และทักษะ				3:01
					1:01
5.	GOI102 : เกิดปัญหาด้าน Network & Security เช่น ไม่พร้อมใช้/ระบบล่ม/มีการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีสิทธิ์		3:01	3:02	3:01
				2:01	
6.	GOI103 : เกิดปัญหาด้าน Software เช่น ไม่เข้ากับ hardware/ไม่พร้อมใช้/ไม่ตอบสนองความต้องการ/ใช้ผิดวิธี-เทคนิค			3:03	3:01
7.	GOI105 : เกิดปัญหาด้านข้อมูล สารสนเทศ เช่น ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน/ไม่น่าเชื่อถือ/ไม่เป็นปัจจุบัน		3:01	2:01	1:27
			1:01		
8.	GOI106 : เกิดปัญหาด้านระบบ/กระบวนการสื่อสาร เช่น ไม่มีแผน/วิธีการหรือช่องทางการสื่อสาร, ไม่สื่อสารหรือสื่อสารไม่ต่อเนื่อง/ไม่ครบถ้วน, ขาดการติดตามประเมินผลการสื่อสาร	2:01	3:02	3:05	2:01
			2:05	2:03	1:03
			1:02	1:04	
9.	GOI204 : เกิดปัญหาด้านอุปกรณ์เทคโนโลยีทางการแพทย์/เครื่องมือ-อุปกรณ์การแพทย์ที่ไม่ใช่เครื่องมือ-อุปกรณ์ผ่าตัด (Error of Medical device) เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ตรงวัตถุประสงค์/ใช้ผิดวิธี-เทคนิค				2:01
					1:03
10.	GOI205 : เกิดปัญหาด้านเครื่องมือ อุปกรณ์สำนักงาน หรือ เครื่องมือ อุปกรณ์อื่นๆ ที่ไม่ใช่เทคโนโลยีหรือเครื่องมือ-อุปกรณ์การแพทย์ เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ตรงวัตถุประสงค์/ใช้ผิดวิธี-เทคนิค				2:01
					1:02
11.	GOM102 : เกิดปัญหาด้านการบริหารจัดการเกี่ยวกับบุคลากร เช่น ไม่กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ/การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกี่ยวกับการมอบหมายงานเป็นลายลักษณ์อักษร, ไม่มีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติเรื่องค่าตอบแทน, การเลื่อนขั้นเงินเดือนไม่มีการพิจารณาอนุมัติและจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร	2:01	2:01	3:02	2:01
		1:01			1:01
12.	GOS201 : อาคารสถานที่/พื้นที่ให้บริการ ไม่เหมาะสม/ไม่ปลอดภัย/ไม่ถูกสุขลักษณะ	2:01	3:02	3:01	2:01
		1:01	2:02	2:05	
				1:02	
13.	GOI207 : เกิดปัญหาด้านเวชภัณฑ์ยา เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่มีคุณภาพ/ไม่เพียงพอ/หมดอายุหรืออยู่ในสภาพไม่พร้อมใช้งาน				1:04

วาระที่ 2 แผนบริหารความเสี่ยง ข้อเสนอแนะ สรพ.

1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ควรเพิ่มบทบาทในการมองภาพรวมของระบบบริหารความเสี่ยง บูรณาการการทำงานร่วมกับทีมนำทางคลินิก ทีมระบบงานสำคัญต่างๆ นำข้อมูลความเสี่ยงที่ได้จากการค้นหา/การรายงานในระบบที่โรงพยาบาลได้ออกแบบไว้ มาประเมินเพื่อจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่ถึงประสงค์ กำหนดมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม รวมทั้งกำหนดจุดเน้นด้านความปลอดภัยจากข้อมูลความเสี่ยงตามบริบทขององค์กร

แผนพัฒนา : นำข้อมูลความเสี่ยงที่ได้จากการค้นหา/การรายงานในระบบ HRMS trigger ดึงรายงาน ทะเบียนความเสี่ยงของหน่วยงาน ทำ risk matrix เพื่อจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงเป็นรายไตรมาส นำ risk matrix ระดับสีแดง ประสานทีมนำที่เกี่ยวข้อเพื่อให้เกิดการทบทวนโดยใช้ RCA และวางมาตรการที่เหมาะสม ใช้ Risk register กำหนด owner ติดตามผลเฝ้าระวังการเกิดซ้ำ นำสู่การปรับปรุง/แก้ไขเชิงระบบ แจ้งผลต่อคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลเป็นรายไตรมาส

ผลดำเนินการ : มีการจัดทำ risk matrix ความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ไตรมาส1-3 แจ้งความเสี่ยงสำคัญในที่ประชุมบริหาร และประชุม จนท. ผลพบว่าไตรมาสที่ 1 พบความเสี่ยงสีส้ม 1 ครั้ง เรื่องร้องเรียนการวางแผนการเดินทางในการ refer case Acute behavior change,slow response ทบทวนในกลุ่มงานการแพทย์ เพิ่มการเฝ้าระวังอาการ acute behavioral change หรือ slow response ให้เพิ่ม DDx stroke ด้วยแม้ว่าเป็นผู้ป่วยอายุน้อย เพื่อให้วางแผนการเดินทางในการ refer case R/O stroke ติดตามในไตรมาส 2-3 ยังไม่พบเรื่องร้องเรียนเรื่องกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยระดับ E up ซ้ำอีก แต่พบเรื่องร้องเรียนในประเด็นพฤติกรรมบริการ ในไตรมาส2 (สีเหลือง) สาเหตุจาก Individual staff ได้แจ้งหัวหน้าหน่วยงานตักเตือน ส่วนในภาพรวมจัดอบรม จนท.service mind และ ESB ติดตามในไตรมาส 3 ยังไม่พบข้อร้องเรียนซ้ำ สำหรับไตรมาส 2 พบความเสี่ยงสำคัญเรื่อง 1.น้ำประปาบ้านพัก จนท.ไม่ไหล (สีเหลือง) ได้ทำแผนเงินบำรุงปีงบประมาณ 2569ทำระบบถังน้ำสำรองปั้มน้ำ และแจ้งจนท.รับทราบ 2.สิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม หรือไม่มีสิ่งส่งตรวจ (สีเหลือง) พบเป็นประเด็นส่งแลบผิดคนจากไม่ทำตามขั้นตอน ได้ทบทวนขั้นตอนการป้องกันการส่งแลบผิดคน หัวหน้ากำกับติดตาม และปัญหาเทคนิคการเก็บสิ่งส่งตรวจ งานชั้นสูตรได้ทำแผนจัดอบรมการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจที่ถูกต้อง ติดตามในไตรมาส 3 พบว่าจำนวนอุบัติการณ์ลดลง ความรุนแรงลดลง (สีเขียว) 3.ไม่ได้ทำการยืนยันตัวตนหลังเข้ารับบริการ(เปิดสิทธิ) (สีเหลือง) ได้ทบทวน RCA ส่งผลให้มีการปรับกระบวนการทำงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ติดตามในไตรมาส 3 พบว่าจำนวนอุบัติการณ์ลดลง (สีเขียว) สำหรับไตรมาส 3 พบความเสี่ยงสำคัญเรื่อง 1.เรื่อง Delay diagnosis UGIB (สีแดง)ได้ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยในทีมแพทย์ จัดทำ CPG UGIB

2.เรื่อง Identify โดยเฉพาะประเด็นไม่ label ชื่อ -สกุลผู้ป่วยที่ container จากไม่ปฏิบัติตามแนวทาง พบเกิดช่วงนอกเวลาราชการ จึงให้หัวหน้ามอบหมาย Incharge เพิ่มการกำกับติดตาม

2.การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ ควรส่งเสริมให้มินนำเชิงระบบ และบุคลากร เรียนรู้การทำ RCA ในเหตุการณ์ระดับ A-D ให้สามารถระบุจุดเปลี่ยน ระบุสาเหตุรากที่แท้จริง และนำสู่การปรับปรุง/แก้ไขเชิงระบบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารความเสี่ยง

แผนพัฒนา : เพื่อส่งเสริมให้ทีมนำเชิงระบบและบุคลากร เรียนรู้การทำ RCA ในเหตุการณ์ระดับ E up, 3-5 และ A-D, 1-2 ที่เกิดบ่อยทาง RM ได้สนับสนุนให้ทีมนำ หัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติเข้าฟังการอบรมวิชาการเรื่อง RCA ที่จัดโดย สรพ. (กำหนดวันที่ 21-22/5/68), RM กำหนดการนำอุบัติการณ์ระดับ E up, 3-5 และ A-D, 1-2 เกิดบ่อย มาทำ RCA มีการประสานทีมนำเชิงระบบและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมทบทวน โดยก่อนเริ่มทำมีการสอนหลักการทำ RCA เพื่อให้ทีมทบทวนสามารถระบุสาเหตุรากที่แท้จริงได้ชัดเจนมากขึ้น

ผลดำเนินการ : 1.อัตราการทำ RCA ในอุบัติการณ์ระดับ E- up, 3-5 = 85.71 %

1.Under triage เนื่องจาก เจ้าหน้าที่ triage ไม่ได้อยู่ประจำจุดในช่วงต่อเวร (Staff Inattention,Managerial supervision) การแก้ไข : ปรับให้พยาบาล triage เเวด็ถืออยู่รอจนพยาบาล triage เเวรเข้า

เข้ามารับหน้าที่ (management) ติดตามหลังทำ RCA ไม่พบอุบัติการณ์ Under triage จาก เจ้าหน้าที่ไม่อยู่ประจำ จุดซ้ำอีก

2. เกิด Aspirate Pneumonia in AWS จากความไม่ชัดเจนของ CPG AWS และความไวในการวางแผนดูแล เพื่อป้องกันการสำลัก การแก้ไข : 1. ปรับ CPG AWS ให้มีความชัดเจน ในประเด็น การเริ่มประเมิน AWS ตั้งแต่แรกเริ่ม ในผู้ป่วยที่มีประวัติตีมีสุรา และประเมินต่อเนื่องตาม CPG 2. ปรับ CPG AWS เพื่อป้องกัน aspiration pneumonia โดยเพิ่มการ NPO เว้นยาในผู้ป่วยที่มี AWS ตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป (เดิมจะ NPO เมื่อ AWS ตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป) 3. ปรับใช้การดูแลแบบ total care ใน case ไม่มีญาติ/ญาติดูแลไม่ได้ 4. ให้การดูแลเฝ้าระวังโดยใช้ HAP buddle CKR (นอนหัวสูง 20 องศา 20 ชม., Mouth care, ล้างมือ) และเพิ่มความรู้อัปเดตการเข้าหาผู้ป่วย การ Restrain ผู้ป่วย ติดตามหลังทำ RCA ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ

2. อุบัติการณ์ระดับ A-D, 1-2 เกิดบ่อย 5 อันดับของโรงพยาบาลถูกนำมาทำ RCA = 80 %

คือ 1. ไม่ได้ทำการยืนยันตัวตนหลังเข้ารับบริการ(เปิดสิทธิ) 2. สิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม หรือไม่มีสิ่งส่งตรวจ

3. พฤติกรรมบริการ 4. Patient Identify พบปัญหาส่งแลบผิดคน/ไม่ติดสติ๊กเกอร์แลบที่ container มากที่สุดได้ สาเหตุจากผู้ปฏิบัติไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน แนวทางที่วางไว้

การแก้ไข : ได้ทบทวนขั้นตอนการป้องกันการส่งแลบผิดคนและเพิ่มการกำกับติดตามโดยหัวหน้าจุดในช่วงปลายไตรมาส 2 แต่ในไตรมาส 3 ยังพบอุบัติการณ์เกิดขึ้น จากมีการปรับเปลี่ยนโยกย้ายบุคลากรในหน่วยงาน

แผนพัฒนา : หัวหน้าจุดทบทวนขั้นตอนให้บุคลากรใหม่และเพิ่มการกำกับติดตาม

5. Pre -dispensing error (อยู่ระหว่างดำเนินการ)

3. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ทึมนำระบบที่เกี่ยวข้องและหัวหน้าหน่วยงานควรทบทวนการสื่อสาร การนำมาตรการสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ลงสู่การปฏิบัติด้วยความเข้าใจ สร้างบรรยากาศของการเรียนรู้ ความร่วมมือ ทั้งในด้านการรับรู้ การค้นหา และให้ความสำคัญกับการกำกับติดตามการปฏิบัติตามมาตรการอย่างเป็นรูปธรรม นำผลการกำกับติดตามและสรุปอุบัติการณ์ที่พบ มาวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

แผนพัฒนา : เพื่อทบทวนการสื่อสาร การนำมาตรการสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยลงสู่การปฏิบัติด้วยความเข้าใจ สร้างบรรยากาศของการเรียนรู้ ทีม RM ได้ดำเนินการดังนี้

1. เพิ่มการประชาสัมพันธ์นโยบาย มาตรฐานสำคัญจำเป็นหลัก 4 เรื่อง (Safe surgery, แพ้ยาซ้ำ, ให้เลือดผิดคน, ให้ลูกผิดแม่)

2. นิเทศติดตามร่วมกับทีมนำระบบ ติดตาม ทุก 1 เดือนนำผลการอุบัติการณ์ที่พบมาวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไข

ผลดำเนินการ : จำนวนอุบัติการณ์ใน set zero (safe surgery, แพ้ยาซ้ำ, ให้เลือดผิดคน, ให้ลูกผิดแม่) ระดับ D ขึ้นไป เป้าหมาย 0 ครั้ง ผลดำเนินการ ปี 2566 – 11 M 2568 = 0,2,1 ครั้งในปี 2567 พบอุบัติการณ์ใส่ slab ผิดข้าง (D) 1 ครั้ง ได้ทบทวนในทีมแพทย์ ติดตามหลังจากนั้นยังไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ อีก 1 อุบัติการณ์คือเรื่องแพ้ยาซ้ำ จากประวัติแพ้ยา amlodipine ที่ รพ.มหาราช (D) 1 ครั้ง ได้ดำเนินการปรับคำถามในการซักประวัติการแพ้ยา เป็นคำถามเดี่ยว (เดิมซักว่า เคยแพ้ยา เคยผ่าตัดหรือไม่ ปรับเป็นถามทีละคำถาม) ติดตามผู้ป่วยโปรดแจ้งเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม รพ. สมครเข้าโครงการป้องกันแพ้ยาข้าม รพ. ซึ่งจะมีการเชื่อมข้อมูลการแพ้ยาจากส่วนกลางจาก อย. เข้ามาที่ Note ของ Hos – XP ในปี 2568 พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ (D) 1 ครั้งในไตรมาส 1 จากไม่ได้ key ยา stat dose ก่อนให้ยาผู้ป่วย ได้ดำเนินการแจ้งแพทย์ให้ key ยา stat dose ก่อนทุกครั้ง ผล อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ (key ยา stat dose) เดือน ต.ค 67-ม.ค. 68 = 86,87,82,88 % ติดตามยังไม่พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำอีก

วาระที่ 2 แผนบริหารความเสี่ยง 4 ด้าน ปีงบประมาณ 2569

แผนบริหารความเสี่ยง ปี ๒๕๖๙
โรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา

๑. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)

- วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การดำเนินการตามยุทธศาสตร์ รพ.ตอบสนองต่อเข็มมุ่งและวิสัยทัศน์.
: เพื่อให้ระบบการติดตามประเมินผลและการรายงานผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูล ประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารได้
: เพื่อให้การดำเนินการสำเร็จตามวัตถุประสงค์

ความเสี่ยง		รหัสความเสี่ยง S,O,F,C อื่นๆ)	ระดับ ความ เสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมควบคุม ความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาแล้ว เสร็จ	ผลการ ดำเนินการ	หมายเหตุ
ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยงภายใน/ ภายนอก							
๑. ผลการประเมินตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์ทำให้ผลการประเมินอยู่ในระดับที่ไม่ดี	ปัจจัยภายในและ ภายนอก	S	ต่ำ	๑.มอบหมายผู้รับผิดชอบในการดำเนินการตามกิจกรรมของเกณฑ์การประเมินรายตัวของเกณฑ์การประเมินรายตัว ๒.สนับสนุนการดำเนินการทั้งด้าน คน เงิน ของให้เหมาะสมในการดำเนินการ ๓.จัดระบบการติดตามควบคุมกำกับ นิเทศเป็นระยะ ๔.จัดให้มีระบบการรายงานทางอิเล็กทรอนิกส์	๑.ผู้รับผิดชอบ แผนงาน ๒.หัวหน้ากลุ่มงาน	กันยายน ๒๕๖๙	ดำเนินการ แล้ว	

แผนบริหารความเสี่ยง ปี ๒๕๖๙
โรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา

๒. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ กระบวนการทำงาน และระบบการให้บริการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวดเร็ว คล่องตัว เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ บุคลากร
: เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถ มีทักษะ มีความชำนาญ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

ความเสี่ยง		รหัสความเสี่ยง S,O,F,C อื่นๆ)	ระดับ ความ เสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมควบคุม ความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	ผลการ ดำเนินการ	หมายเหตุ
ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยงภายใน/ ภายนอก							
<u>ด้านคลินิก</u> ผู้ป่วยที่มาตรวจด้วยอาการเจ็บ หน้าอก ได้รับการตรวจ EKG ล่าช้า ผู้ป่วย ได้รับการวินิจฉัยโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้ยา ล่าช้า	ปัจจัยภายในและ ภายนอก	O	สูง	๑.มีแนวทางการ consult แพทย์อายุรกรรม ๒.เพิ่มทักษะการวินิจฉัยโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดการ อ่าน EKG ๓.หัวหน้างานติดตามกำกับ นิเทศงาน ๔.ทบทวน case ที่มี อุบัติการณ์ ๕.ปฏิบัติตามแนวทางชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร	๑. งาน ER ๒. ทีม PCT	๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙	ดำเนินการแล้ว	

แผนบริหารความเสี่ยง ปี ๒๕๖๙
โรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา

๒. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ กระบวนการทำงาน และระบบการให้บริการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวดเร็ว คล่องตัว เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ บุคลากร
: เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถ มีทักษะ มีความชำนาญ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

ความเสี่ยง		รหัสความเสี่ยง S,O,F,C อื่นๆ)	ระดับ ความ เสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมควบคุมความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	ผลการ ดำเนินการ	หมายเหตุ
ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยง ภายใน/ภายนอก							
ด้านคลินิก ผู้ป่วย COPD re-admitted ใน ๒๘ วัน	ปัจจัยภายในและ ภายนอก	O	สูง	๑.ซักประวัติประเมินอาการตาม แบบฟอร์มเฉพาะผู้ป่วยCOPD ๒. ประเมินการพ่นยาโดยเภสัชกร,ส่ง คลินิกเลิกบุหรีตาม แผนการรักษา ๓.นำยา Tiotropium bromide เข้ามาใช้ในการรักษา ๓.วางแผนจำหน่ายตาม D- METHOD ๔. ส่งเยี่ยมระบบ Thai COC เมื่อ re-admit ๕.ทบทวน case เมื่อ Dead/Refer ETT ๖. มีตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลการ ปฏิบัติทุกปี	ทีม PCT ที่รับผิดชอบ COPD	๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙	ดำเนินการ แล้ว	

แผนบริหารความเสี่ยง ปี ๒๕๖๙
โรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา

๒. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ กระบวนการทำงาน และระบบการให้บริการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวดเร็ว คล่องตัว เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ บุคลากร
: เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถ มีทักษะ มีความชำนาญ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

ความเสี่ยง		รหัสความเสี่ยง S,O,F,C อื่นๆ)	ระดับ ความ เสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมควบคุม ความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาแล้ว เสร็จ	ผลการ ดำเนินการ	หมายเหตุ
ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยงภายใน/ ภายนอก							
<u>ด้านคลินิก</u> ผู้ป่วย AWS เกิดการบาดเจ็บจาก การผูกยึด	ปัจจัยภายใน	O	สูง	๑.สื่อสารให้ทีมทราบถึง Protocol AWS และกระตุ้น ให้นำมาใช้เพิ่มขึ้นให้ ๒. จัดทำแนวทางการเฝ้า ระวังภาวะการบาดเจ็บจาก การผูกยึด ๓. ทบทวน case เกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการผูกยึด	ทีม PCT	๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙	ดำเนินการแล้ว	

แผนบริหารความเสี่ยง ปี ๒๕๖๙
โรงพยาบาลจักรราช จังหวัดนครราชสีมา

๒. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ กระบวนการทำงาน และระบบการให้บริการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวดเร็ว คล่องตัว เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ บุคลากร
: เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถ มีทักษะ มีความชำนาญ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

ความเสี่ยง		รหัสความเสี่ยง S,O,F,C อื่นๆ)	ระดับ ความ เสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมควบคุม ความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาแล้ว เสร็จ	ผลการ ดำเนินการ	หมายเหตุ
ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยงภายใน/ ภายนอก							
ด้านคลินิก ยังพบผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดและ บางรายต้องให้เลือด	ปัจจัยภายใน	○	สูง	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ประชุมทีมห้องคลอดแจ้งผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ๒. ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ศึกษาวិชาการ และแนวทางใหม่ๆในการดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ๓. กำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ๔. ทบทวน case และแจ้งผู้ปฏิบัติแก้ไข ๕. เติร์มยาและสารน้ำให้ครบ 	งานห้องคลอดและทีม PCT	๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙	ดำเนินการแล้ว	

แผนบริหารความเสี่ยง ปี ๒๕๖๙
โรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา

๒. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ กระบวนการทำงาน และระบบการให้บริการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวดเร็ว คล่องตัว เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ บุคลากร
: เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถ มีทักษะ มีความชำนาญ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

ความเสี่ยง		รหัสความเสี่ยง S,O,F,C อื่นๆ)	ระดับ ความ เสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมควบคุมความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	ผลการ ดำเนินการ	หมายเหตุ
ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยง ภายใน/ภายนอก							
ด้านคลินิก การจ่ายเลือดผิดคน	ปัจจัยภายใน	O	สูง	๑.การ Identify ผู้ป่วย -ใช้ Sticker พิมพ์จากระบบ LIS (Laboratory information system) ซึ่งระบุ ชื่อ สกุล อายุ HN รายการตรวจ -สอบถาม/ตรวจสอบ ชื่อ สกุล อายุ ผู้ป่วย ทุกครั้งก่อนเจาะเก็บสิ่งส่ง ตรวจ ๒.เครื่องมือการตรวจวิเคราะห์ ผ่าน มาตรฐานตาม พรบ.เครื่องมือแพทย์ ผ่านการสอบเทียบ (calibration) ทุก เครื่อง ๓.มีกระบวนการควบคุมคุณภาพ ภายใน (IQC) ตามมาตรฐานทาง ห้องปฏิบัติการ ๔.มีกระบวนการควบคุมคุณภาพ ภายนอกตามมาตรฐานทาง ห้องปฏิบัติการ ๕.วิธีตรวจวิเคราะห์ได้มาตรฐาน	งานชั้นสูง	๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙	ดำเนินการแล้ว	

				<p>ทางห้องปฏิบัติการ ไม่มีการดัดแปลง วิธีการตรวจ</p> <p>๖. การแสดงผลใช้ระบบ LIS ส่งผลการ ตรวจจากเครื่องมือเข้าระบบ ลดการ คัดลอกข้อมูลเข้าระบบเพื่อลด Human error</p> <p>๗. มีระบบ Approve ผลการตรวจ เพื่อ Double check โดยนักเทคนิค การแพทย์ ก่อนส่งผลให้ผู้รับบริการ</p> <p>๘. จัดให้มีระบบการตรวจหมู่เลือดซ้ำ ก่อนการจ่ายเลือดทุกครั้ง</p> <p>๙. ในผู้ป่วยที่มีประวัติรับเลือดบ่อยๆ แพทย์พิจารณาให้ LPRC</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

แผนบริหารความเสี่ยง ปี ๒๕๖๙
โรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา

๒. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ กระบวนการทำงาน และระบบการให้บริการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวดเร็ว คล่องตัว เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ บุคลากร
: เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถ มีทักษะ มีความชำนาญ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

ความเสี่ยง		รหัสความเสี่ยง S,O,F,C อื่นๆ)	ระดับ ความ เสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมควบคุม ความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาแล้ว เสร็จ	ผลการ ดำเนินการ	หมายเหตุ
ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยงภายใน/ ภายนอก							
<p><u>ด้านคลินิก</u> ผู้ป่วยจิตเวช/สุรา/ยาเสพติดและ ผู้ป่วย SMI-V ไม่ได้รับการติดตาม ดูแล มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง ซ้ำ</p>	ปัจจัยภายใน	O	สูง	<p>๑. บันทึกข้อมูลการ บำบัดรักษาและติดตามดูแล ต่อเนื่องในระบบรายงาน บสต. และในระบบโคราช แคร์ ยู (korat care u) ให้ ครบถ้วนสมบูรณ์</p> <p>๒. ประสานความร่วมมือกับ เครือข่ายในพื้นที่ในการเฝ้า ระวังและห้ามจำหน่ายสุราแก่ ผู้ป่วย</p> <p>๓. ติดตามเยี่ยมในรายที่มี ปัญหาซับซ้อนร่วมกับทีมฝ่าย ปกครองและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง</p>	งานสุขภาพจิต และยาเสพติด	๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙	ดำเนินการแล้ว	

แผนบริหารความเสี่ยง ปี ๒๕๖๙
โรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา

๒. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ กระบวนการทำงาน และระบบการให้บริการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวดเร็ว คล่องตัว เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ บุคลากร
: เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถ มีทักษะ มีความชำนาญ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

ความเสี่ยง		รหัสความเสี่ยง S,O,F,C อื่นๆ)	ระดับ ความ เสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมควบคุม ความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาแล้ว เสร็จ	ผลการ ดำเนินการ	หมายเหตุ
ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยงภายใน/ ภายนอก							
ด้านคลินิก ผู้ป่วยอาการไม่พึงประสงค์หลังรับ การรักษาทางกายภาพบำบัด	ปัจจัยภายใน	○	สูง	๑.มีแนวทางการใช้เครื่องมือ ๒.มีการซักประวัติและข้อมูล อาการสำคัญ อย่าง ครอบคลุม ๓.มีการวัดสัญญาณชีพ ทุก ราย ๔.บุคลากรปฏิบัติตามแนว ทางการรักษาอย่างเคร่งครัด และสื่อสารกับผู้ป่วยให้ เข้าใจตรงกัน	งานกายภาพบำบัด	กันยายน ๒๕๖๙	ดำเนินการแล้ว	

แผนบริหารความเสี่ยง ปี ๒๕๖๙
โรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา

๒. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ กระบวนการทำงาน และระบบการให้บริการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวดเร็ว คล่องตัว เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ บุคลากร
: เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถ มีทักษะ มีความชำนาญ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

ความเสี่ยง		รหัสความเสี่ยง S,O,F,C อื่นๆ)	ระดับ ความ เสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมควบคุม ความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาแล้ว เสร็จ	ผลการ ดำเนินการ	หมายเหตุ
ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยงภายใน/ ภายนอก							
ด้านคลินิก ผู้ป่วยได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการ ให้บริการ	ปัจจัยภายใน	O	สูง	๑. ส่งบุคลากรอบรม วิชาการ ๒. จัดทำแนวทางการ ให้บริการของคนไข้ที่มีความ ซับซ้อนสูง ๓. ระบบปรึกษาแพทย์ เฉพาะทาง ๔. การ Refer หน่วยบริการ ที่ศักยภาพสูงกว่า ๕. ทบทวนการทำงาน	๑. ทีม PCT ๒. กรรมการรับข้อ ร้องเรียน ๓. กรรมการบริหาร	กันยายน ๒๕๖๙	ดำเนินการ แล้ว	

แผนบริหารความเสี่ยง ปี ๒๕๖๙
โรงพยาบาลจักรราช จังหวัดนครราชสีมา

๒. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ กระบวนการทำงาน และระบบการให้บริการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวดเร็ว คล่องตัว เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ บุคลากร
: เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถ มีทักษะ มีความชำนาญ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

ความเสี่ยง		รหัสความเสี่ยง S,O,F,C อื่นๆ)	ระดับ ความ เสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมควบคุม ความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาแล้ว เสร็จ	ผลการ ดำเนินการ	หมายเหตุ
ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยงภายใน/ ภายนอก							
ด้านคลินิก ยาและเวชภัณฑ์บางรายการไม่ เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วย	ปัจจัยภายในและ ภายนอก	O	สูง	๑. ทบทวนรายการยาและ เวชภัณฑ์ เพื่อลดความ ซ้ำซ้อนของรายการวัสดุ ๒. สํารวจยาและเวชภัณฑ์ คงเหลือและอัตราการใช้ อย่างสม่ำเสมอ ๓. หาผู้จำหน่ายสำรอง อีก ๒ อันดับ กรณีขาด ฉุกเฉิน ๔. ตรวจสอบความเคลื่อนไหว และยอดคงเหลือ ทุก สัปดาห์	งานเภสัชกรรม	๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙	ดำเนินการแล้ว	

แผนบริหารความเสี่ยง ปี ๒๕๖๙
โรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา

๒. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ กระบวนการทำงาน และระบบการให้บริการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวดเร็ว คล่องตัว เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ บุคลากร
: เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถ มีทักษะ มีความชำนาญ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

ความเสี่ยง		รหัสความเสี่ยง S,O,F,C อื่นๆ)	ระดับ ความ เสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมควบคุม ความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาแล้ว เสร็จ	ผลการ ดำเนินการ	หมายเหตุ
ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยงภายใน/ ภายนอก							
ด้านความปลอดภัย บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน	ปัจจัยภายใน	O	สูง	๑. อบรมการป้องกันการติดเชื้อ ๒. จัดทำแนวทางการ ดำเนินการที่มีความเสี่ยงสูง ๓. มีเครื่องป้องกันส่วนบุคคลให้ครบ ๔. ควบคุมกำกับให้บุคลากร ปฏิบัติตามแนวทาง	๑. ทีม IC ๒. กรรมการบริหาร	กันยายน๒๕๖๙	ดำเนินการ แล้ว	

แผนบริหารความเสี่ยง ปี ๒๕๖๙
โรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา

๒. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ กระบวนการทำงาน และระบบการให้บริการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวดเร็ว คล่องตัว เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ บุคลากร

: เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถ มีทักษะ มีความชำนาญ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

ความเสี่ยง		รหัสความเสี่ยง S,O,F,C อื่นๆ)	ระดับ ความ เสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมควบคุม ความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาแล้ว เสร็จ	ผลการ ดำเนินการ	หมายเหตุ
ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยงภายใน/ ภายนอก							
ด้านความปลอดภัย อุบัติเหตุและความเสี่ยงจากการ ปฏิบัติงาน	ปัจจัยภายในและ ภายนอก	O	สูง	๑. จัดโครงสร้างสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสม ๒. ทบทวนวิธีปฏิบัติให้เป็น ปัจจุบัน ฝึกปฏิบัติจริง AAR หลังเกิดเหตุการณ์	๑. ทีม EOC ๒. ทีม ENV ๓. ทีม HRD	กันยายน ๒๕๖๙	ดำเนินการ แล้ว	

แผนบริหารความเสี่ยง ปี ๒๕๖๙
โรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา

๒. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ กระบวนการทำงาน และระบบการให้บริการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวดเร็ว คล่องตัว เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ บุคลากร
: เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถ มีทักษะ มีความชำนาญ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

ความเสี่ยง		รหัสความเสี่ยง S,O,F,C อื่นๆ)	ระดับ ความ เสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมควบคุม ความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาแล้ว เสร็จ	ผลการ ดำเนินการ	หมายเหตุ
ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยงภายใน/ ภายนอก							
ด้านเทคโนโลยี เครื่องคอมพิวเตอร์ SERVER ไม่ สามารถใช้งานได้	ปัจจัยภายในและ ภายนอก	O	ต่ำ	๑. มีระบบสำรองเครื่องกำเนิดไฟฟ้าให้สามารถจ่ายไฟฟ้าได้ตลอดเวลา (ทดแทน) ๒. ระบบเครื่องสำรองไฟของเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย ๓. ระบบสำรองข้อมูลแยกจากแม่ข่าย และแยกอาคาร ๔. การบำรุงรักษาตามรอบเวลาระบบสำรองนอกเครื่อง	๑.งาน คอมพิวเตอร์ ๒.ทีม IM	กันยายน ๒๕๖๙	ดำเนินการแล้ว	

แผนบริหารความเสี่ยง ปี ๒๕๖๙
โรงพยาบาลจักรราช จังหวัดนครราชสีมา

๓ .ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk)

วัตถุประสงค์ : เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ ค่ารักษาพยาบาล ครอบคลุมทุกสิทธิ

ความเสี่ยง		รหัสความเสี่ยง S,O,F,C อื่นๆ)	ระดับ ความ เสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมควบคุมความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาแล้ว เสร็จ	ผลการ ดำเนินการ	หมายเหตุ
ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยงภายใน/ ภายนอก							
การเรียกเก็บรายได้จากลูกหนี้สิทธิการรักษาต่างๆ ของโรงพยาบาลไม่ครบถ้วน	ปัจจัยภายใน/ ปัจจัยภายนอก	F	สูง	๑. มีการปรับปรุง ทบทวน คำสั่ง คณะกรรมการการจัดเก็บรายได้ ชัดเจน ๒. มีโปรแกรมการตรวจสอบการเรียกเก็บแต่ละสิทธิและรายงาน ผู้บังคับบัญชารับทราบ ๓. ประชุม ติดตามผลการปฏิบัติงาน ๔. กำหนดระยะเวลาการประชุมให้ ชัดเจน มีเลขานุการคณะกรรมการ ในการนัดประชุม และบันทึกการประชุม ตลอดจนสถานการณ์การจัดเก็บรายได้ เสนอผู้บริหารตามกำหนด	๑. ทีม CFO ๒. กรรมการบริหาร ๓.กรรมการจัดเก็บรายได้ ๔.กรรมการเวชระเบียน	๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙	ดำเนินการแล้ว	

แผนบริหารความเสี่ยง ปี ๒๕๖๙
โรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา

๓ .ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ ได้ข้อมูลเจ้าหน้าที่การค้ำเป็นปัจจุบันและจ่ายให้ทันเวลาที่กำหนด
: เพื่อให้การดำเนินการกิจขององค์กรเป็นไปอย่างคุ้มค้ำ และมีประสิทธิผล

ความเสี่ยง		รหัสความเสี่ยง S,O,F,C อื่นๆ)	ระดับ ความ เสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมควบคุม ความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาแล้ว เสร็จ	ผลการ ดำเนินการ	หมายเหตุ
ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยงภายใน/ ภายนอก							
ระบบบัญชีเกณฑ์ค้ำค้าง เจ้าหน้าที่การค้ำ ไม่ตรงกับรายการเจ้าหน้าที่การค้ำคงเหลือ	ปัจจัยภายใน/ ปัจจัยภายนอก	F	สูง	๑. ประชุมติดตามระยะเวลาที่เบิกจ่ายเงินเป็นประจำ/ตรวจสอบยอดเจ้าหน้าที่ในทะเบียนคุมกับงบทดลองเป็นประจำเดือน ๒. มีการสอบทานสิ้นเดือนว่ามีการซื้อสินค้าเป็นจำนวนเงินเท่าใดตรงกันกับที่ส่งมารับหนี้ประจำเดือนหรือไม่ ของทุกจุดที่ส่งซื้อสินค้า	งานการเงินและบัญชี	๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙	ดำเนินการแล้ว	

แผนบริหารความเสี่ยง ปี ๒๕๖๙
โรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา

๔. ความเสี่ยงด้านปฏิบัติตามกฎหมาย กฎระเบียบ/(Compliance Risk)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ ป้องกัน ลดปัญหาอุปสรรคความเสียหาย หรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับที่กำหนดไว้
: เพื่อควบคุมดูแลให้การปฏิบัติงานถูกต้องตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ

ความเสี่ยง		รหัส ความเสี่ยง S,O,F,C อื่นๆ)	ระดับ ความ เสี่ยง	แผนงาน/กิจกรรมควบคุมความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาแล้วเสร็จ	ผลการ ดำเนินการ	หมายเหตุ
ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยง ภายใน/ภายนอก							
ข้อร้องเรียนในการ จัดซื้อ-จ้างพัสดุภาครัฐ	ปัจจัยภายใน/ ปัจจัยภายนอก	C	ต่ำ	๑. ส่งบุคลากรฝึกอบรมวิชาการ ๒. ทบทวนแนวทางการปฏิบัติ ๓. ดำเนินการจัดซื้อจ้างตามระเบียบ กฎหมาย ๔. ประกาศแผนจัดซื้อ	กลุ่มงานบริหาร ทั่วไป	มกราคม ๒๕๖๙	ดำเนินการแล้ว	

วาระที่ 3 การติดตามและรับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว: ไม่มี

วาระที่ 4 เรื่องจากกรรมการต่างๆ: ไม่มี

วาระที่ 5. เรื่องเพื่อพิจารณา : ไม่มี

ปิดการประชุม เวลา 16.00 น.

(นางศรีกรีน นามวิชา) ผู้บันทึกประชุม
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เลขาธิการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

เรียน ผู้อำนวยการเพื่อโปรดทราบ

- กรรมการบริหารความเสี่ยงเสนอรายงานการประชุม ครั้งที่ 1/2569 เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2568

นพ.กล้าณรงค์ รัตติเดช
นายแพทย์ระดับชำนาญการ(ด้านเวชกรรม) รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจักราช