



คู่มือการบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลวิหารแดง

นโยบายของการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลวิหารแดง

๑. เจ้าหน้าที่ทุกคนสามารถรายงานความเสี่ยงได้โดยไม่มีการกล่าวโทษหรือ ลงโทษแต่อย่างใด
๒. เจ้าหน้าที่มีหน้าที่ค้นหา แก้ไขความเสี่ยงเบื้องต้นและรายงานอุบัติการณ์ แก่หัวหน้างาน/ทีมบริหารความเสี่ยง ทราบทุกครั้งที่พบความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์
๓. อุบัติการณ์ความเสี่ยงต้องเป็นความลับ เปิดเผยเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องเท่านั้น
๔. หน่วยงาน / ทีมคุณภาพ มีการค้นหาและรายงานความเสี่ยง โดยใช้โปรแกรม HRMS ทุกครั้ง และวางแนวทางป้องกันแก้ไข โดยมีการวิเคราะห์ แนวโน้มความเสี่ยงทุก ๓ เดือน
๕. หน่วยงาน / ทีมคุณภาพ มีการประสานงาน และสื่อสาร การบริหารจัดการ ความเสี่ยงทุกเดือน
๖. นำ ๒ P Safety สู่งานประจำและมีการปฏิบัติให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

สารบัญ

| | |
|---|---|
| ๑. เป้าหมายการบริหารความเสี่ยง | ๑ |
| ๒. ความหมายความเสี่ยง | ๑ |
| ๓. ความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและผู้รับบริการในด้านต่าง ๆ | ๒ |
| ๔. การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) | ๒ |
| ๕. กระบวนการบริหารความเสี่ยง(Risk Management Process) | ๒ |
| ๖.การแบ่งประเภทความเสี่ยงของโรงพยาบาลวิหารแดง | ๒ |
| ๗. ระดับความรุนแรง และแนวทางการดำเนินการ ด้านคลินิก | ๓ |
| ๘. ระดับความรุนแรงและแนวทางการดำเนินการ ด้านทั่วไป | ๕ |
| ๙. การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment matrix) | ๗ |
| ๑๐. การจัดการความเสี่ยงตามลำดับความสำคัญ | ๗ |
| ๑๑. แนวทางการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลวิหารแดง | ๘ |

เป้าหมายการบริหารความเสี่ยง

ผู้ป่วย ผู้มารับบริการ เจ้าหน้าที่ องค์กรมีความปลอดภัย และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ช่องทางการค้นหา/รายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน/ทีมคุณภาพ

๑. การทบทวนเวชระเบียน
๒. การทบทวน ๑๒ กิจกรรม
๓. การ round ผู้ป่วยร่วมกันของสาขาชีพ /การดูแลข้างเตียง
๔. Grand round / Quick round ของทีมคุณภาพ /หัวหน้างาน / คกก. RM
๕. การรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน / ทีมคุณภาพ ประจำทุกเดือน
๖. ใบปฏิบัติการความเสี่ยง (ใบเสียง /ใบ IR)
๗. ผู้รับความคิดเห็น / ข้อร้องเรียน / จดหมาย
๘. โทรศัพท์/ กล้องวงจรปิด
๙. Website ของโรงพยาบาล / facebook / Line เป็นต้น
๑๐. แบบสอบถามความพึงพอใจ / การสอบถามโดยตรง
๑๑. ระบบการรายงานเหตุการณ์นอกเวลาราชการ

ความหมายความเสี่ยง (RISK) ความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล ได้แก่

๑. การสูญเสียหรือความเสียหายที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล ซึ่งมีทั้งด้านกายภาพ ด้านอารมณ์ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ
๒. การเสื่อมเสียชื่อเสียงทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับการไว้วางใจจากชุมชน
๓. การสูญเสียรายได้ ทำให้เกิดการชะงักงันในการลงทุนพัฒนาและการดำเนินการ
๔. การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สินของโรงพยาบาล ของผู้ป่วย/ญาติ ของเจ้าหน้าที่ หรือของบุคคล อื่นๆ ที่เข้ามาทำธุรกิจในโรงพยาบาล
๕. การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ทำให้ขาดกำลังคนในการปฏิบัติงานหรือต้องลงทุนเพื่อทดแทน
๖. การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งมีชีวิตอื่นๆ ในบริเวณ นั้น รวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ปัญหา
๗. ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย

ความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและผู้รับบริการในด้านต่าง ๆ เช่น การลื่นหกล้ม , การตกเตียง , การติดเชื้อ , การตัดอวัยวะหรือตัดส่วนที่ปกติของร่างกายออก , การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น , การทำร้ายร่างกาย , การทำร้ายด้านจิตใจ , การทำให้อับอายขายหน้า , การทำให้เสียหน้า , ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน , การคุกคามด้วยสิ่งที่มองไม่เห็นหรือพยากรณ์ไม่ได้ , ความเสี่ยงที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย , การเปิดเผยร่างกาย ผู้ป่วยต่อหน้าผู้อื่น , การไม่รักษาความลับของผู้ป่วย , ความเสี่ยงที่เกี่ยวกับความเชื่อ , ความรู้สึกไม่มั่นคง , ความกำกวม เป็นต้น

การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) คือ การรับรู้และจำกัดความเสี่ยงเพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น การบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย

กระบวนการบริหารความเสี่ยง(Risk Management Process) ประกอบด้วย

๑. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) : เราอาจค้นหาความเสี่ยงที่ได้จากการศึกษาความสูญเสียของโรงพยาบาลที่ผ่านมา , จากการผิดพลาดใน แต่ละขั้นตอนในการทำงาน , เรียนรู้จากประสบการณ์จากที่อื่นที่เกิดการผิดพลาด เป็นต้น

๒. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) : การประเมินความเสี่ยงในช่วงก่อนเกิดเหตุ คือ การตอบคำถามว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงมากเพียงใด บ่อยแค่ไหน จะก่อให้เกิดความสูญเสียเท่าใด และสถานการณ์ใดที่มีโอกาสจะเกิดมาก การมีคำตอบ เหล่านี้ ทำให้โรงพยาบาลสามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม

๓. การจัดการกับความเสี่ยง (Action to Manage Risk) : การจัดการกับความเสี่ยงต้องมีการเตรียมก่อนเกิดเหตุ การควบคุมความสูญเสียเมื่อเกิดเหตุ และ การบริหารจัดการความเสี่ยง รวมทั้งถ้ามีกรณีต้องเงินชดเชยค่าเสียหาย

๔. การประเมินผล (Risk Evaluation) : เป็นการนำเหตุการณ์และความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบความเพียงพอของการเลือกวิธีการป้องกัน ที่เหมาะสม / ตามมาตรฐาน

การแบ่งประเภทความเสี่ยงของโรงพยาบาลวิหารแดง

๑. ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk) เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวกับระบบการดูแลรักษาพยาบาลทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ,ญาติและเจ้าหน้าที่ แบ่งเป็น

๑.๑ ด้านคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk) การค้นหากลุ่มโรคหรือสภาวะที่เกิดขึ้นบ่อยและ/ หรือ มีความเสี่ยงสูงจากการทบทวนการรักษา หรือตัวชี้วัดที่ยังไม่ดี ซึ่งมักส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนั้น ๆ เกิดผลลัพธ์ไม่ดีหรือยังไม่เป็นที่พอใจ เช่น อัตราการเกิดอุบัติเหตุรุนแรง อัตราการตายสูง หรือจากการรวบรวมอุบัติการณ์ที่ผ่านมาของทีมงาน PCT หรือหน่วยงานนั้น ๆ ซึ่งต้องช่วยกันค้นหาและวางแผนทางป้องกัน ดูแล รักษา เช่น ศัลยกรรมอาจเป็น Hypovolemic Shock ใน Upper GI Bleeding หรือ Delayed Diagnosis ใน Acute Abdominal Pain ในแผนกอายุรกรรมอาจเป็นภาวะ Cardiogenic Shock ใน Myocardial Infarction หรือ Respiratory Failure in Asthma เป็นต้น ด้านคลินิกเฉพาะโรค เป็นตัวบ่งบอกถึง พันธกิจหลักของการดูแลรักษาผู้ป่วยมากกว่าและต้องอาศัยแพทย์และ ทีมงานเป็นผู้ช่วยค้นหาความ

เสียงที่เคยเกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นจากกระบวนการวินิจฉัย ดูแล รักษา ซึ่งจะส่งผล โดยตรงต่อผู้ป่วย เป็นความเสี่ยงที่มีความเฉพาะและแตกต่างกันแต่ละ PCT/ หน่วยงาน

๑.๒ ด้านคลินิกทั่วไป (Common clinical risk) เป็นความเสี่ยงในภาพรวมกว้าง ๆ , ความเสี่ยงจาก กระบวนการทางการแพทย์ , เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(Sentinel Events) เป็นความเสี่ยงแบบ ที่ เดิม ๆ ที่มักนิยมเก็บกัน (แต่ก็ยังมีมีความสำคัญในมุมมองด้านคุณภาพเหมือนกัน) เช่น medication error , Phlebitis , VAP , Bed sore , ลื่นล้ม , ตกเตียง เป็นต้น

๒. ความเสี่ยงด้านทั่วไป (Non - Clinical Risk) เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวกับอาคารสถานที่ / สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย / สิ่งของ อุปกรณ์เครื่องมือ ฯลฯ ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ,ญาติ และเจ้าหน้าที่

ระดับความรุนแรง และแนวทางการดำเนินการ ด้านคลินิก

| ระดับ ความเสี่ยง | ความหมาย | แนวทางการดำเนินการ | ระยะเวลา ดำเนินการ |
|------------------|--|--|--------------------|
| ระดับ A น้อยมาก | เป็นเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดแต่ มีโอกาสจะเกิด และยังไม่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ | ๑. เก็บเป็นข้อมูลของหน่วยงานเพื่อการพัฒนาและป้องกันการเกิดซ้ำ ๒. บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง HRMS ๓. รายงานความเสี่ยงภายใน ๓๐ วัน | ๑ เดือน |
| ระดับ B น้อย/ต่ำ | เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วแต่ยังไม่ถึง ผู้รับบริการ | ๑. เก็บเป็นข้อมูลของหน่วยงานเพื่อการพัฒนาและป้องกันการเกิดซ้ำ ๒. บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง HRMS ๓. รายงานความเสี่ยงภายใน ๓๐ วัน | ๑ เดือน |
| ระดับ C น้อย/ต่ำ | เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วถึงผู้รับบริการแต่ผู้รับบริการไม่ได้รับอันตราย | ๑. แก้ไข วางแนวทางป้องกัน ๒. บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง HRMS ๓. ทบทวนข้อมูล วิเคราะห์เบื้องต้น ๔. รายงานความเสี่ยงภายใน ๓๐ วัน | ๑ เดือน |
| ระดับ D น้อย/ต่ำ | เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วถึงผู้รับบริการและ ไม่เป็นอันตรายต่อผู้รับบริการแต่ยังมีความ จำเป็นต้องติดตาม ฝ้าระวัง | ๑. แก้ไข วางแนวทางป้องกัน ๒. บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง HRMS ๓. ทบทวนข้อมูล วิเคราะห์เบื้องต้น ๔. รายงานความเสี่ยงภายใน ๓๐ วัน | ๑ เดือน |

| ระดับ ความเสี่ยง | ความหมาย | แนวทางการดำเนินการ | ระยะเวลา ดำเนินการ |
|---------------------|--|--|-----------------------|
| ระดับ E ปานกลาง | เป็นเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นกับ ผู้รับบริการ แล้วทำให้เกิด อันตรายชั่วคราวหรือต้องมีการ บำบัดรักษาเพิ่มเติม | ๑. บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง HRMS ๒. วิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหาโดยหน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ๓. จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติเพื่อใช้เป็นแนวทาง การป้องกัน ๔. เผื่อระวังความเสี่ยง | ๒ สัปดาห์ |
| ระดับ F ปานกลาง | เป็นเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นกับ ผู้รับบริการแล้วทำให้ เกิด อันตรายชั่วคราวและต้องมีการ บำบัดรักษานานขึ้นหรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น | ๑. บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง HRMS ๒. วิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหาโดยหน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ๓. มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไข ๔. เผื่อระวังความเสี่ยง | ๒ สัปดาห์ |
| ระดับ G สูง | เป็นเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นกับ ผู้รับบริการแล้วส่งผล ให้เกิด อันตราย หรือพิการถาวร | ๑. รายงานผจก. ความเสี่ยง ทันที (ในเวลา รายงานผจก.ความเสี่ยง / ผอ. นอกเวลารายงาน แพทย์เวร / ผอ.) ๒. บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง HRMS ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ๓. วิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหาโดยหน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ๔. มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไข ๕. ติดตาม / เผื่อระวังอุบัติการณ์เกิดซ้ำ ๆ โดยทีม RM หรือทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด | ไม่เกิน ๗ วัน |
| ระดับ H สูง | เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว ส่งผลให้เกิดอันตราย ต่อ ผู้รับบริการ จนเกือบถึงแก่ ชีวิต และต้องทำการ ช่วยชีวิต | ๑. ต้องรายงานทันที (ในเวลารายงานผจก.ความเสี่ยง / ผอ. นอกเวลารายงานแพทย์เวร / ผอ.) ๒. บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง HRMS ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ๓. วิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหาโดยหน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ๔. มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไข ๕. ติดตาม / เผื่อระวังอุบัติการณ์เกิดซ้ำ ๆ โดยทีม RM หรือทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด | ไม่เกิน ๗ วัน |

| ระดับ ความเสี่ยง | ความหมาย | แนวทางการดำเนินการ | ระยะเวลา ดำเนินการ |
|---------------------|---|--|-----------------------|
| ระดับ I สูงมาก | เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว ส่งผลให้เกิดอันตราย ต่อ ผู้รับบริการ ทำให้มีการ เสียชีวิตหรือเป็น สาเหตุของ การเสียชีวิต หรือองค์กร ได้รับ ความเสียหายจนเกิด การฟ้องร้อง | ๑. ต้องรายงานทันที (ในเวลารายงานผลจก.ความ เสี่ยง / ผอ. นอกเวลารายงานแพทย์เวร / ผอ.) ๒. บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง HRMS ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ๓. วิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหาโดยหน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ๔. วางมาตรการแก้ไขเชิงระบบโดยหน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ๕. ติดตาม / เผื่อระวังอุบัติการณ์การเกิดซ้ำโดย ทีม RM หรือทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด | ไม่เกิน ๗ วัน |

ระดับความรุนแรงและแนวทางการดำเนินการ ด้านทั่วไป

| ระดับ ความเสี่ยง | ความหมาย | แนวทางการดำเนินการ | ระยะเวลา ดำเนินการ |
|------------------------|---|--|-----------------------|
| ๑ เกือบ พลาด | เป็นเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดแต่มีโอกาส จะเกิด และยังไม่ส่งผลกระทบต่อ ผู้รับบริการ / เจ้าหน้าที่ / องค์กร หรือมีมูลค่าความเสียหาย ทาง การเงิน ไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท | ๑. เก็บเป็นสถิติของหน่วยงานเพื่อการ พัฒนาและ วางแนวทางการป้องกัน การเกิดซ้ำ ๒. บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม HRMS ๓. รายงานความเสี่ยงภายใน ๓๐ วัน | ๑ เดือน |
| ๒ รุนแรงต่ำ | เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ ผู้รับบริการ / เจ้าหน้าที่ /องค์กร ยัง ไม่ได้เป็นอันตราย หรือ ได้รับความ เสียหาย หรือมีมูลค่าความ เสียหาย ทางการเงิน ๑,๐๐๑-๑๐,๐๐๐ บาท | ๑. บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม HRMS ๒. ดำเนินการแก้ไขเบื้องต้นและวาง แนวทางป้องกัน ๓. รายงานความเสี่ยงภายใน ๓๐ วัน | ๑ เดือน |
| ๓ รุนแรง ปานกลาง | เป็นเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นแล้วกับ ผู้รับบริการ/ เจ้าหน้าที่ / องค์กร แล้วทำให้ เกิดอันตรายชั่วคราว หรือ เกิดความเสียหาย หรือมีมูลค่าความ เสียหายทางการเงิน ๑๐,๐๐๑ - ๑๐๐,๐๐๐ บาท | ๑. บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม HRMS ๒. วิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหาโดย หน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ๓. จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติเพื่อใช้ เป็นแนว ทางการป้องกัน ๔. เผื่อระวังความเสี่ยงป้องกันการเกิด ซ้ำ | ๒ สัปดาห์ |

| ระดับ ความเสี่ยง | ความหมาย | แนวทางการดำเนินการ | ระยะเวลา ดำเนินการ |
|---------------------------------|--|---|-----------------------|
| ๔ รุนแรงสูง | เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อให้เกิดอันตราย / ความเสียหายต่อผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ / องค์กร อย่างรุนแรง หรือมีมูลค่าความเสียหายทางการเงิน ๑๐๐,๐๐๑ - ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท | ๑. ต้องรายงานทันที (ในเวลารายงาน ผจก. RM / ผอ. นอกเวลารายงาน แพทย์เวร / ผอ.) ๒. บันทึกลงในโปรแกรม HRMS ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ๓. วิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหาโดยหน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ๔. วางมาตรการแก้ไขเชิงระบบโดยหน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ๕. ติดตาม / เฝ้าระวังอุบัติการณ์การเกิดซ้ำโดย ทีม RM หรือทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด | ๑ สัปดาห์ |
| ๕ รุนแรงสูง มาก/ วิกฤต | เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว ให้เกิดอันตราย / ความเสียหายต่อผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่/ องค์กร อย่างรุนแรง ส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือ / ภาพลักษณ์/ชื่อเสียง / ทรัพย์สิน หรือ เกิดการฟ้องร้องต่อองค์กร หรือมีมูลค่าความเสียหายทางการเงิน มากกว่า ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท ขึ้นไป | ๑. ต้องรายงานทันที (ในเวลารายงาน ผจก. RM/ ผอ. นอกเวลารายงานแพทย์เวร/ผอ.) ๒. บันทึกลงในโปรแกรม HRMS ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ๓. วิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหาโดยหน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ๔. วางมาตรการแก้ไขเชิงระบบโดยหน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ๕. ติดตาม / เฝ้าระวังอุบัติการณ์การเกิดซ้ำโดย ทีม RM หรือทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด | ๑ สัปดาห์ |

การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment matrix)

| ระดับความเสี่ยง | แทนด้วยสี | ความหมาย |
|----------------------|-----------|---|
| เกือบพลาด | เขียวอ่อน | ระดับที่ยอมรับได้ไม่ต้องควบคุมความเสี่ยง ไม่ต้องมีการจัดการเพิ่มเติม จัดทำเป็นบัญชีความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง โดยเฉพาะ เหตุการณ์ที่เกือบพลาดใน Sentinel event |
| รุนแรงต่ำ | เขียวเข้ม | ระดับที่ยอมรับได้ ต้องควบคุมความเสี่ยง ไม่ต้องมีการจัดการเพิ่มเติม จัดทำเป็นบัญชีความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังไม่ให้ระดับความรุนแรง ไปสู่ระดับสูงขึ้น |
| รุนแรงปานกลาง | เหลือง | ระดับที่พอยอมรับได้แต่ต้องเฝ้าระวังไม่ให้เคลื่อนย้ายไปสู่ระดับที่สูงขึ้น |
| รุนแรงสูง | ส้ม | ระดับที่ยอมรับไม่ได้ ต้องควบคุมและจัดการความเสี่ยงเพื่อให้ลดลงสู่ระดับที่ยอมรับได้โดยเร็ว |
| รุนแรงสูงมาก / วิกฤต | แดง | ระดับที่ไม่สามารถยอมรับได้ต้องเร่งจัดการควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ทันที |

การจัดการความเสี่ยงตามลำดับความสำคัญ

| Risk Assessment matrix | คะแนน | ผลกระทบความรุนแรง | | | | |
|------------------------|-------|-------------------|----------|--------------|----------|---------------------|
| | | 1 เกือบพลาด | 2 ต่ำ | 3 ปานกลาง | 4 สูง | 5 สูงมาก / วิกฤต |
| สูงมาก (ทุกวัน) | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| สูง (ทุกเดือน) | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| ปานกลาง (ทุกปี) | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| น้อย (ทุก 2-5 ปี) | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| น้อยมาก (> 5 ปี) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

แนวทางการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลวิหารแดง

