

 โรงพยาบาล พานทอง	ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 13 ธันวาคม 2566
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 08 สำเนาที่	หน้าที่ 1 ของ 16

ผู้ตรวจสอบ (QMR)	ผู้อนุมัติ วิศิษฎ์ (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
-	06	09 ก.ค. 2563	แก้ไขข้อ 4, 5, 7
-	07	22 ต.ค. 2563	แก้ไขข้อ 4, 5
-	08	13 ธ.ค. 2566	แก้ไขข้อ 4, 5, 7

 โรงพยาบาล พานทอง	ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 13 ธันวาคม 2566
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 08 สำเนาที่	หน้าที่ 2 ของ 16

1.0 วัตถุประสงค์

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

2.0 ขอบเขต

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

3.0 ความรับผิดชอบ

3.1 ผู้อำนวยการ

จัดให้ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมีการบริหารความเสี่ยงด้วยการปฏิบัติการแก้ปัญหา และป้องกันข้อผิดพลาดในระบบการทำงานอย่างมีคุณภาพ

3.2 คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

ทำหน้าที่ร่วมพิจารณาการแก้ไขปัญหาและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

3.3 คณะกรรมการตรวจติดตามคุณภาพภายในและคณะกรรมการทีมคุณภาพ

นำประเด็นที่พบซึ่งไม่สอดคล้องตามข้อกำหนดตามมาตรฐาน ISO ประเด็นความเสี่ยงอุบัติการณ์ที่ได้จากการตรวจติดตามคุณภาพ และจากการตรวจประเมินระบบงานตาม

 โรงพยาบาล พานทอง	ระเบียบปฏิบัติงาน	
	เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 13 ธันวาคม 2566
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 08 สำเนาที่	หน้าที่ 3 ของ 16

มาตรฐานต่างๆมาเข้าสู่ระบบการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ด้วยการบันทึกในโปรแกรม HRMS และพิมพ์แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (FM-QMR-20) ส่งให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

3.4 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

รับรายงานและขึ้นทะเบียนความเสี่ยงและอุบัติการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานและในโรงพยาบาล มอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องทำการทบทวนค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข และติดตามผลการแก้ไขปัญหา รวบรวมข้อมูลนำเสนอและสรุปผลการดำเนินการแก้ไข/ปรับปรุง ให้ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลรับทราบทุกเดือน และปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน

3.5 หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน

ควบคุมสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด โดยจัดให้มีการตรวจสอบ ค้นหา และวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในเวลาอันควร ดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและบันทึกรายงานวิธีการปฏิบัติการแก้ไขและป้องกันมิให้เกิดซ้ำ ต่อผู้แทนฝ่ายบริหารคุณภาพ ติดตามให้มีการจัดทำมาตรการการป้องกันมิให้เกิดซ้ำ และดูแลให้มีการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งจัดทำบัญชีความเสี่ยงในหน่วยงานให้เป็นปัจจุบัน

3.6 เจ้าหน้าที่ทุกคน/ผู้พบเห็นเหตุการณ์

ทำหน้าที่ช่วยเหลือ/แก้ไขปัญหาเบื้องต้น และรายงานให้รับทราบตามระบบการบังคับบัญชา รับคำร้องเรียน ประสานงานกับหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างานที่ถูกกล่าวถึงและปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันมิให้เกิดซ้ำ และรายงานสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด

3.7 ทีมเจรจาไกล่เกลี่ย

ทำหน้าที่ช่วยเหลือหน่วยงานหรือบุคคลที่ประสบปัญหาในการฟ้องร้อง ร้องเรียน หรือรับฟังเรื่องร้องเรียนจากผู้รับบริการ และดำเนินการตรวจสอบหลักฐานที่เกี่ยวข้องและข้อเท็จจริงเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินการเจรจาไกล่เกลี่ย

4.0 คำจำกัดความ

4.1 การบริหารความเสี่ยง หมายถึง การรับรู้และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น โดยการค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการหลัก หรือเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต หรือความผิดพลาดของบุคคลอื่น แล้วนำมาวางมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น หรือเมื่อเกิดขึ้นก็ดูแลแก้ไข เพื่อลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ และมีการทบทวนความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอให้ครอบคลุมทุกด้าน

 โรงพยาบาล พานทอง	ระเบียบปฏิบัติงาน	
	เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 13 ธันวาคม 2566
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 08 สำเนาที่	หน้าที่ 4 ของ 16

4.2 คำร้องเรียนของผู้รับบริการ หมายถึง ข้อมูลที่แสดงความคิดเห็นที่ไม่พึงพอใจต่อผู้ให้บริการหรือบริการที่ได้รับ โดยมีการร้องเรียนด้วยตนเอง โทรศัพท์ที่ระบุนามผู้ร้องเรียน จดหมายหรือเอกสารระบุชื่อ ที่อยู่ ที่สามารถสอบกลับได้ หรือจากสื่อมวลชนต่างๆ

4.3 อุบัติการณ์ความเสี่ยง

- อุบัติการณ์ (Incident) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ , ชื่อเสียง ,ทรัพย์สิน , สิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดความไม่พอใจ คำร้องเรียนหรือฟ้องร้อง
- ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ โดยความเสี่ยง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

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

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

 โรงพยาบาล พานทอง	ระเบียบปฏิบัติงาน	
	เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 13 ธันวาคม 2566
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 08 สำเนาที่	หน้าที่ 5 ของ 16

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 ผู้ป่วยที่ประสพภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกซึ่งมีความรุนแรงตั้งแต่ 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
- 4.4.8 ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำที่ ER โดยมีได้นัดหมายภายใน 48 ชั่วโมง แล้วได้รับการรับไว้ในโรงพยาบาล
- 4.4.9 ผู้ป่วยที่มี (หรือเสี่ยงต่อ) การฟ้องร้องหรือเป็นคดีความ
- 4.4.10 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อในโรงพยาบาล

 โรงพยาบาล พานทอง	ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 13 ธันวาคม 2566
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 08 สำเนาที่	หน้าที่ 6 ของ 16

- 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 การพลัดตกหกล้ม
- 4.4.21 แผลกดทับ
- 4.4.22 ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ หรือพยายามฆ่าตัวตาย
- 4.4.23 ผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะระหว่างผ่าตัด หรือต้องถูกตัดอวัยวะ
- 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
- 4.4.32 ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการส่งต่อไปดูแลภาวะความเจ็บป่วยทางกาย และ/หรือ เสียชีวิตหลังการส่งต่อ

 โรงพยาบาล พานทอง	ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 13 ธันวาคม 2566
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 08 สำเนาที่	หน้าที่ 7 ของ 16

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 ให้เลือดผิดกรุ๊ป (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 เครื่องกำเนิดไฟฟ้าดับและเกิดผลกระทบต่อการให้บริการ
- 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)
 - 4.5.16.2 อุบัติเหตุ/เหตุฉุกเฉิน/การเจ็บป่วยรุนแรง ที่ต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลที่เกิดขึ้น กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สังกัด

 โรงพยาบาล พานทอง	ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 13 ธันวาคม 2566
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 08 ลำเนาที่	หน้าที่ 8 ของ 16

กระทรวงสาธารณสุข 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

4.6.1 ความเสี่ยงทาง Clinic แบ่งระดับความรุนแรง 9 ระดับ ดังนี้

 โรงพยาบาล พานทอง	ระเบียบปฏิบัติงาน	
	เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 13 ธันวาคม 2566
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 08 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 : 13 ธันวาคม 2566
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 08 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 และ

คำร้องเรียนของผู้รับบริการ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นผู้ออกไปแบบบันทึก รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (FM-QMR-20) และปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติเรื่อง “การรวบรวมความคิดเห็นทั่วไป” (WI-QMR-03)

5.4.4 กรณีพบสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดและอาจก่อให้เกิดปัญหา ให้ผู้พบเห็น หรือ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ดำเนินการแก้ไขปัญหาในทันที และบันทึกข้อมูลใน โปรแกรม HRMS ตามวิธีปฏิบัติงานเรื่อง “ขั้นตอนการรายงานเหตุการณ์สำคัญที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล” (WI-QMR-04)

5.4.5 กรณีพบเหตุการณ์สำคัญด้านคลินิกและด้านทั่วไปหมวด Personnel Safety Goals ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E-I และเหตุการณ์สำคัญด้านทั่วไปหมวด Organization Safety Goal ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 3-5 ให้ทีม/หน่วยงาน หน่วยงานทำการวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา (Root Caused Analysis) และตอบกลับในระบบ HRMS ตามวิธีปฏิบัติงานเรื่อง “ขั้นตอนการรายงานเหตุการณ์สำคัญที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล” (WI-QMR-04)

 โรงพยาบาล พานทอง	ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 13 ธันวาคม 2566
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 08 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 ให้หน่วยงานเก็บข้อมูลความเสี่ยงทุกเหตุการณ์ (FM-QMR-30)
- 5.6 สิ้นเดือนรวบรวมข้อมูลความเสี่ยง 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 ≥ 1 ครั้ง ต่อ 1 ปี
- ระดับที่ 3 เหตุการณ์นั้นมีโอกาสเกิดขึ้นปานกลาง (1-5%) หรือพบ ≥ 1 ครั้ง ต่อ 6 เดือน (≥ 2 ครั้ง/ปี)
- ระดับที่ 4 เหตุการณ์นั้นมีโอกาสเกิดขึ้นสูง (5-10%) หรือพบ ≥ 1 ครั้ง ต่อเดือน (≥ 12 ครั้ง/ปี)
- ระดับที่ 5 เหตุการณ์นั้นมีโอกาสเกิดขึ้นสูงมาก (>10%) หรือพบ ≥ 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์

 โรงพยาบาล พานทอง	ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 13 ธันวาคม 2566
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 08 ลำเนาที่	หน้าที่ 12 ของ 16

5.7.1.2 ผลกระทบที่จะตามมา (Consequence หรือ Impact)

ระดับที่ 1 (Negligible) มีอันตราย/บาดเจ็บเพียงเล็กน้อย

ไม่ต้องการการปฐมพยาบาล หรือสิ่งที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวกับ

การรักษาพยาบาล

ระดับที่ 2 (Minor) มีอันตราย/บาดเจ็บเล็กน้อย สามารถแก้ไขได้

โดยง่าย อาจทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

ระดับที่ 3 (Moderate) มีอันตราย/บาดเจ็บปานกลาง ต้องการ

การรักษาพยาบาลหรือทำให้พิการ อาจมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของ

ร่างกายเล็กน้อยหรือชั่วคราว

ระดับที่ 4 (Major) มีอันตราย/บาดเจ็บรุนแรง อาจมีการสูญเสีย

อวัยวะหรือการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างถาวร

ระดับที่ 5 (Catastrophic) มีอันตราย/บาดเจ็บรุนแรงมากเป็นเหตุ

นำไปสู่การเสียชีวิตและทุพพลภาพอย่างถาวร

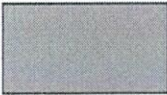
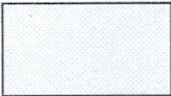
5.7.2 นำความเสี่ยงมาประเมินระดับความรุนแรง เพื่อจัดลำดับความสำคัญ

ลงในตาราง Risk Matrix (5 x 5)

โอกาส ที่จะเกิดขึ้น (Likelihood)	ผลกระทบ(Consequence หรือ Impact)				
	1	2	3	4	5
5	M ₅	H ₁₀	H ₁₀	VH ₁₀	VH ₁₀
4	M ₄	M ₈	H ₁₂	H ₁₂	VH ₁₂
3	L ₃	M ₆	M ₉	H ₁₂	H ₁₂
2	L ₂	M ₄	M ₆	M ₈	H ₁₀
1	L ₁	L ₂	L ₃	M ₄	M ₅

5.8 นำประเด็นความเสี่ยงที่วิเคราะห์ Risk matrix ได้ไปดำเนินทบทวนเพื่อค้นหาสาเหตุ และวางแผนทาง/ระบบแก้ไข/ป้องกัน ซึ่งระดับความสำคัญและความหมายในการ ดำเนินการของความเสี่ยงทั้ง 4 ระดับมีดังนี้

 โรงพยาบาล พานทอง	ระเบียบปฏิบัติงาน	
	เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 13 ธันวาคม 2566
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 08 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	สีแดง 	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

 โรงพยาบาล พานทอง	ระเบียบปฏิบัติงาน	
	เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 13 ธันวาคม 2566
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 08 สำเนาที่	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 สรุปข้อมูลความเสี่ยงและเหตุการณ์สำคัญที่รวบรวมได้จากทุกหน่วยงานเข้าที่ประชุมทีมบริหารความเสี่ยง เพื่อแจ้งให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและนำไปทบทวนเพื่อหาโอกาสพัฒนาปรับปรุงแก้ไข

5.12 ผู้แทนฝ่ายบริหารคุณภาพ นำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อตรวจสอบดูให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติการแก้ไขป้องกันความผิดพลาดได้ครอบคลุมโดยปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเรื่อง “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

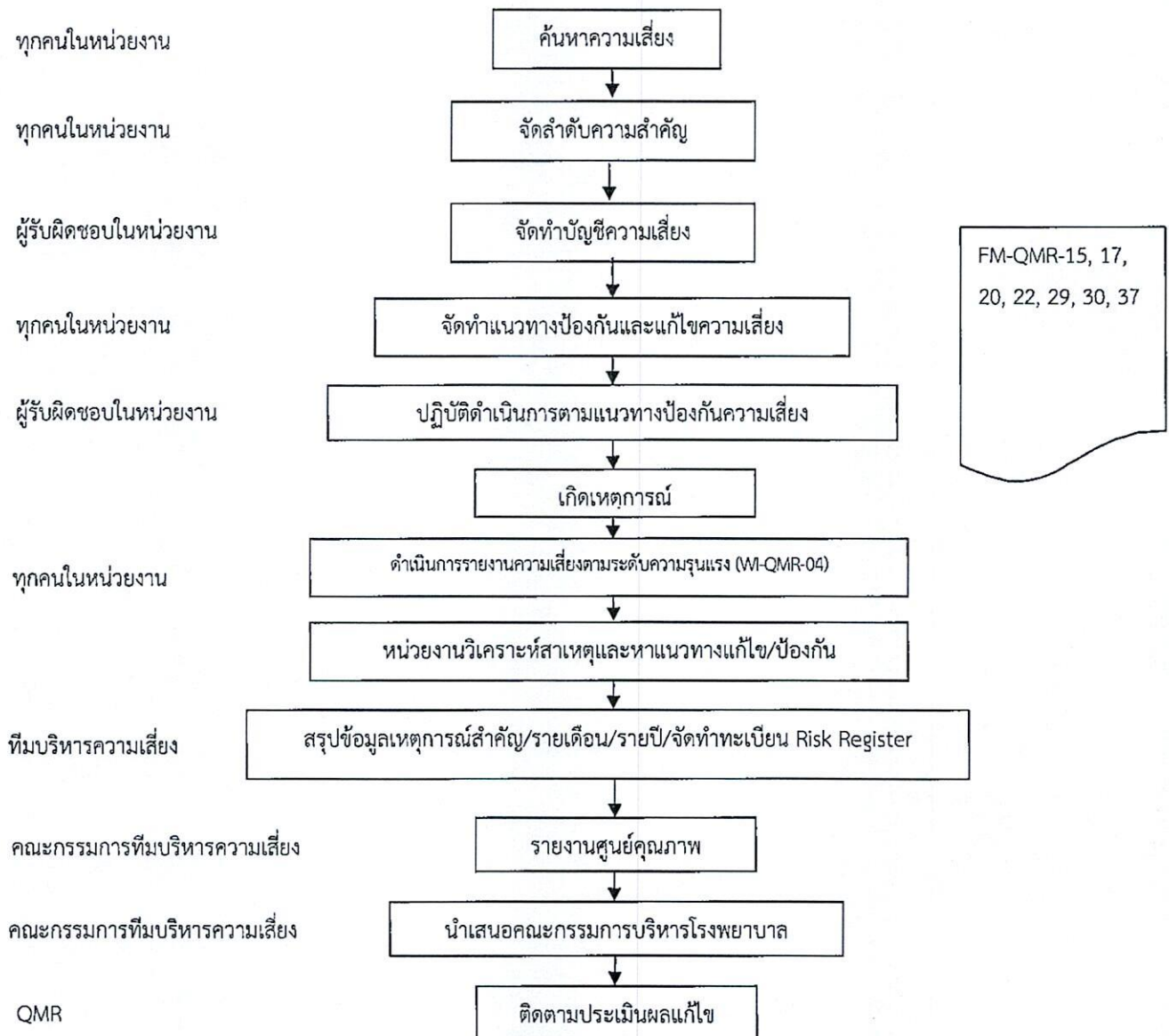
6.1.1 WI-QMR-03 การรวบรวมความคิดเห็นทั่วไป

6.1.2 WI-QMR-04 ขั้นตอนการรายงานเหตุการณ์สำคัญที่ไม่พึงประสงค์
ในโรงพยาบาล

 โรงพยาบาล พานทอง	ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 13 ธันวาคม 2566
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 08 สำเนาที่	หน้าที่ 15 ของ 16

7.0 เอกสารแนบ

7.1 Flow Chart กระบวนการบริหารความเสี่ยง



 โรงพยาบาล พานทอง	ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 13 ธันวาคม 2566
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 08 สำเนาที่	หน้าที่ 16 ของ 16

8.0 บันทึกลับคุณภาพ

ชื่อเอกสาร	รหัสเอกสาร	สถานที่เก็บ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	การจัดเก็บ
1. ทะเบียนควบคุมเหตุการณ์สำคัญ	FM-QMR-15	สำนักงาน ควบคุมเอกสารคุณภาพ	คณะทำงาน ตรวจติดตาม คุณภาพภายใน	1 ปี	เรียงตาม เลขที่และครั้งที่ ตรวจติดตาม
2. แบบบันทึกข้อเสนอแนะจาก ผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่	FM-QMR-17	คณะทำงาน บริหารความเสี่ยง	คณะทำงาน บริหารความเสี่ยง	1 ปี	เรียงตาม รายงานเลขที่
3. แบบบันทึกรายงาน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	FM-QMR-20	- หน่วยงาน - คณะทำงาน บริหารความเสี่ยง	ทุกหน่วยงาน	1 ปี	เรียงตาม ลำดับการ ขึ้นทะเบียน
4. แผนปฏิบัติการแก้ไข ข้อบกพร่องที่ตรวจพบ	FM-QMR-22	สำนักงาน ควบคุมเอกสารคุณภาพ	คณะทำงาน ตรวจติดตาม คุณภาพภายใน	1 ปี	เรียงตามครั้งที่ ตรวจติดตาม
5. แบบบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์รากเหง้า ของปัญหา	FM-QMR-29	- หน่วยงาน - คณะทำงาน บริหารความเสี่ยง	ทุกหน่วยงาน	1 ปี	เรียงตาม รายงานเลขที่
6. แบบบันทึกเหตุการณ์ สำคัญภายในหน่วยงาน	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