

มาตรฐานเชิงนโยบาย
การบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ้างอิง นโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร	รหัสเอกสาร : นย...../2561	หน้า 1-9
<p>ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 3 / 2559</p> <p>ผู้เขียน / เรียบเรียง</p> <p>1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล (เมษายน/2557)</p> <p>ผู้เสนอ (กันยายน/2559) (ผศ.นพ.สิทธิชา สิริอารีย์ : ผู้จัดการความเสี่ยงโรงพยาบาล)</p> <p>ผู้เสนอ (กันยายน/2559) (ผศ.นพ.สิทธิชา สิริอารีย์ : QMR)</p> <p>ผู้อนุมัติ (กันยายน/2559) (ผศ.นพ.นิสิต วรรณนัจฉริยา : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)</p> <p>ผู้อนุมัติ (2/เมษายน/2557) (รศ.นพ.วัฒนา นาวาเจริญ : คณบดีคณะแพทยศาสตร์)</p>	<p>ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 4 / 2561</p> <p>ผู้เขียน / เรียบเรียง</p> <p>1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล (กันยายน/2559)</p> <p>ผู้เสนอ (...../...../2561) (ผศ.นพ.สิทธิชา สิริอารีย์ : ผู้จัดการความเสี่ยงโรงพยาบาล)</p> <p>ผู้รับรอง (...../...../2561) (ผศ.นพ.สิทธิชา สิริอารีย์ : QMR)</p> <p>ผู้อนุมัติ (...../...../2561) (ผศ.นพ.วิชัย ชื่นจงกลกุล : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)</p> <p>ผู้อนุมัติ (...../...../2561) (ศาสตราจารย์ นพ.บรรณกิจ โฉงนาภิวัฒน์ : คณบดีคณะแพทยศาสตร์)</p>	

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อเป็นแนวทางในการชี้แจงและดำเนินการเมื่อพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- 1.2 เพื่อให้มีการดำเนินการบริหารความเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
- 1.3 เพื่อให้มั่นใจว่ารายงานอุบัติการณ์ / เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทุกเหตุการณ์ได้รับการบริหารจัดการอย่างถูกต้องภายในระยะเวลาที่เหมาะสม

2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

T-SIMPLE-D

T: Training risk คือ ผลแทรกซ้อนในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย หรือการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นใน ระบบ Training

SIMPLE: 2P Safety คือ Patient Safety และ Personnel Safety

	Patient Safety		Personnel Safety
S	Safety Surgery and Invasive Procedures	S	Social Media (communication), Security and privacy of information
I	Infection Control (Clean Care is Safer Care)	I	Infection and Exposure
M	Medication & Blood Safety	M	Mental Health and Medication
P	Patient Care Process	P	Process of work
L	Line, Tube & Catheter Device and Laboratory	L	Lane (ambulance), Legal Issues regulation

	Patient Safety		Personnel Safety
			(medical legal)
E	Emergency Response	E	Environment & Working condition

D: D down level อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ D ลงมา ตามเกณฑ์การแบ่งระดับความ รุนแรงของ NCC MER ที่กำหนดให้ระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยกำหนดไว้ตั้งแต่ระดับ A ถึง I

3. นโยบายปฏิบัติ

3.1 ให้ทุกภาควิชา ฝ่ายฯ งานฯ

1) ค้นหาความเสี่ยง

- เชิงรุก โดยใช้แนวคิด High Alert Patient ตรวจสอบสิ่งแวดล้อมที่เห็นในปัจจุบัน ตรวจสอบเยี่ยมหน่วยงาน และถามความเห็นของผู้ปฏิบัติงาน ตามรอยผู้รับบริการ สิ่งของ วัสดุ ข้อมูลข่าวสาร
- เชิงรับ จากประสบการณ์ที่เคยเกิด การทบทวนเวชระเบียน รายงานอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้อง เรียนรู้จากความผิดพลาดของโรงพยาบาลอื่น

2) ประเมินความเสี่ยง / อุบัติการณ์ ให้ระบุระดับของความเสี่ยง / อุบัติการณ์ ตามความรุนแรงของผลกระทบ ดังนี้

- ความเสี่ยงทั่วไป (Non Clinic Risk) หมายถึงความเสี่ยงโดยทั่วไปที่ไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแล

รักษา โดยแบ่งความรุนแรงออกเป็น 5 ระดับ

ระดับ (Consequence)	ความรุนแรง	ผลกระทบ
ระดับ 1 (1-Negligible)	ไม่รุนแรง	มีโอกาสเกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหายไม่เกิน 10,000 บาท/ ยังไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน* เป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนแต่ยังไม่ถึงผู้รับบริการ / ผู้ปฏิบัติงาน (Near miss) สัมผัสถูกแฉะไว้ที่รถแต่ตรวจพบก่อนรถไม่หาย พื้นลื่น แต่ไม่มีใครลื่นล้มหรือได้รับอันตราย
ระดับ 2 (2-Minor)	น้อย	เกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหาย 10,001 – 50,000 บาท/ มีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของ การดำเนินงาน* เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ยังไม่ีผลกระทบต่อหรือความเสียหายถึงผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่ เช่น ฝาครอบพัดลมหล่นแต่ไม่มีผู้บาดเจ็บ
ระดับ 3 (3-Moderate)	ปานกลาง	เกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหาย 50,001 – 250,000 บาท/ เกิดผลกระทบปานกลาง (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือ วัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน* เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อหรือความเสียหายถึงผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่แต่ไม่ถูกฟ้องร้อง เช่น กิ่งไม้ตกทับรถมอเตอร์ไซด์ ผ้าผู่ถูกอุปกรณ์ชำรุดต้องซ่อมแซม ไฟฟ้าลัดวงจรทำให้เครื่องมือชำรุด
ระดับ 4 (4-Major)	มาก	เกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหาย 250,001 – 10,000,000 บาท/ มีผลกระทบสูง ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ ตามวัตถุประสงค์*

ระดับ (Consequence)	ความรุนแรง	ผลกระทบ
		เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและมีผลกระทบหรือความเสียหายถึงผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่ มีโอกาสถูกฟ้องร้อง / ดำเนินคดี เช่น หลังคาห้องผ่าตัดรั่ว ต้องหยุดให้บริการ, ระบบ IT ล่มทำให้การบริการหยุดชะงัก
ระดับ 5 5-Catastrophic	มากที่สุด	เกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหายมากกว่า 10 ล้านบาท/ มีผลกระทบสูงมาก ทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่าง ร้ายแรง* เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและมีผลกระทบหรือความเสียหายถึงผู้รับบริการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลเสียชีวิต สูญเสียเงิน เช่น ไฟไหม้ ถูกฟ้องร้อง

- **ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk)** หมายถึง เหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายขึ้นกับผู้ป่วย อันมีเหตุเกิดจากระบบการให้บริการหรือกิจกรรมการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาลหรืออุปกรณ์ไม่พึงประสงค์ ประกอบด้วย

1. **Common risk** เป็นความเสี่ยงในภาพรวม ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจากระบบการทางการแพทย์ เช่น ความคลาดเคลื่อนทางยา การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในโรงพยาบาล การลื่นล้ม ตกเตียง เป็นต้น

2. **Specific Clinical Risk** หมายถึง ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค เป็นการค้นหากลุ่มโรคหรือสภาวะ ที่เกิดขึ้นบ่อยและ/หรือ มีความเสี่ยงสูงจากการทบทวนการรักษา หรือตัวชี้วัดที่ยังไม่ดี ซึ่งมักส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนั้น ๆ เกิดผลลัพธ์ไม่ดีหรือยังไม่เป็นที่พอใจ

โดยแบ่งความรุนแรงของความเสี่ยงทางคลินิกออกเป็น 9 ระดับ (ตามเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของ The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention: NCCMER) และการกำหนดความรุนแรงของผลกระทบจากความเสียหาย (Consequence /Impact) ตามแนวคิด Risk Register ดังนี้

ระดับ	ผลกระทบ / การจัดการ (NCCMER)	Consequence (ระดับ 1-5)
A	เหตุการณ์ที่มีโอกาสผิดพลาด	1-Negligible
B	ความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วยและ/หรือบุคลากร	2-Minor
C	ความผิดพลาดเกิดขึ้นถึงตัวผู้ป่วยแต่ไม่ถึงอันตราย	
D	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ	
E	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและเกิดอันตรายชั่วคราวแก่ผู้ป่วยและต้องให้การรักษาเพิ่มมากขึ้น	3-Moderate
F	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น	4-Major
G	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร	
H	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยชีวิต	5-Catastrophic
I	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต	

3) การขึ้นทะเบียนข้อมูลความเสี่ยง (Risk Register)* คือเอกสารหลักที่องค์กรจะต้องใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการบริหารความเสี่ยง การค้นหาและระบุความเสี่ยง การปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยงให้เป็นปัจจุบัน องค์ประกอบที่ดีของทะเบียนข้อมูลความเสี่ยงไว้ว่าควรประกอบด้วย

- การระบุวันเดือนปีก็เพื่อให้เห็นว่าในการบันทึกข้อมูลความเสี่ยงแต่ละครั้ง ได้พบข้อมูลความเสี่ยงอย่างไร และแตกต่างหรือเหมือนกับการบันทึกในครั้งก่อน ๆ อย่างไร
- การระบุความเสี่ยง ประเภทของความเสี่ยง (Risk Title) คำอธิบายรายละเอียดของความเสี่ยง (Risk Description) สถานะของความเสี่ยง เป็นความเสี่ยงที่มีอยู่แล้ว หรือเป็นความเสี่ยงเกิดใหม่ที่ยังไม่เคยเกิดในองค์กรมาก่อน เพื่อให้ทะเบียนข้อมูลความเสี่ยงเกิดประสิทธิภาพ องค์กรควรกำหนดให้มีกระบวนการในการค้นหาและระบุความเสี่ยงเกิดใหม่ทุกปี เพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรไม่ได้ละเลยข้อมูลความเสี่ยงที่ไม่คุ้นเคย และไม่ได้ยึดติดอยู่กับข้อมูลความเสี่ยงเดิม ๆ เพียงอย่างเดียว
- การวิเคราะห์ความเสี่ยง โดยการกำหนดโอกาสหรือความเป็นไปได้ที่จะเกิด (Likelihood/Frequency) ในระดับ 1-5 ดังนี้

Likelihood	ความหมาย	ร้อยละ
1-Rare	ไม่น่าเชื่อว่าจะเกิดได้	<0.5%
2-Unlikely	ไม่คาดว่าจะเกิด	0.5-1%
3-Possible	เป็นครั้งคราว	1-5 %
4-Likely	บ่อย	5-10%
5-Frequent	บ่อยมาก	>10%

- ในที่นี้ ได้มีการกำหนดให้ นำค่าคะแนนของ Likelihood/Frequency บวกกับค่าคะแนนของ Consequence /Impact เพื่อบ่งบอกระดับของความเสี่ยงนั้นๆ (Risk level) และนำสู่การบริหารจัดการที่เหมาะสมต่อไป

Risk Level = Likelihood + Consequence และการให้คะแนนตามความรุนแรง เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการบริหารจัดการความเสี่ยง

Frequent (>10%) 5	6	7	8	9	10
Likely (5-10%) 4	5	6	7	8	9
Possible (1-5%) 3	4	5	6	7	8
Unlikely(0.5-1%) 2	3	4	5	6	7
Rare (<0.5%) 1	2	3	4	5	6
	Negligible (A, 1)	Minor(B,C,D /2)	Moderate (E,F/3)	Major (G, H/ 4)	Catastrophic(I/ 5)

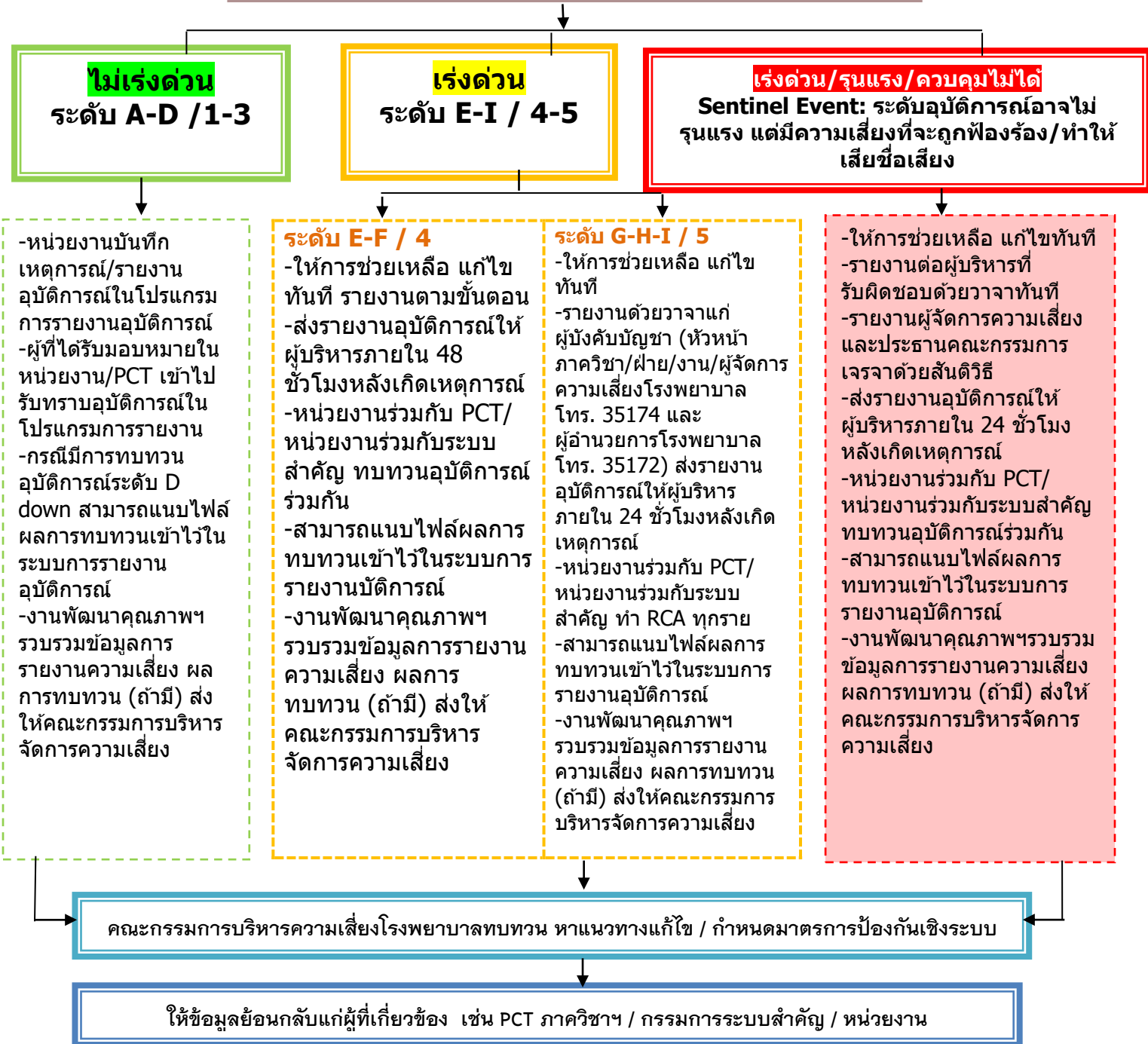
- Risk Treatment Plan หมายถึง วิธีการ เครื่องมือในการควบคุมหรือกำกับความเสี่ยง เช่น มาตรการป้องกัน และถ่ายโอนความเสี่ยง การติดตามและควบคุม แนวทางบรรเทาความเสี่ยงหาย และการวางแผนการพัฒนา (QI Plan) เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ เกี่ยวกับการป้องกัน การบริหารจัดการความเสี่ยงให้ดีขึ้น
- Risk owner หมายถึง การกำหนดเจ้าของความเสี่ยง หรือหน่วยงานย่อยที่ผู้บริหารได้มีการมอบหมาย ความรับผิดชอบในการบริหารจัดการกับความเสี่ยงแต่ละประเด็น การทบทวน การติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง และการประเมินว่ายังมีความเสี่ยงเหลืออยู่หรือไม่ (Residual Risk Level) รวมถึงการประเมินสรุปว่า ความเสี่ยงที่ได้ขึ้นทะเบียนความเสี่ยงไว้นั้น หลังได้รับการบริหารจัดการที่เหมาะสมแล้ว อยู่ในสถานะใด (Risk Status)
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลจะได้ภาพรวมของความเสี่ยงทั้งหมดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนไว้ และผลลัพธ์ของการบริหารจัดการความเสี่ยง ว่าได้ผลเป็นอย่างไร มีความเสี่ยงใดบ้างที่มีสถานะที่ Active อยู่ต้องได้รับเฝ้าระวังต่อไป มีความเสี่ยงใดบ้างที่มีสถานะ Inactive และสามารถเป็นตัวอย่างของการบริหารจัดการความเสี่ยงที่ได้ผลดี ให้แก่หน่วยงานอื่น

*อ้างอิงจาก อ.นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (สรพ.) และ อ.จิรพร สุเมธีประสิทธิ์, <https://chirapon.wordpress.com/>

4) การจัดการความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์

Flow การจัดการความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์

ปัญหาเกิดขึ้นในหน่วยงาน/การบริหารจัดการเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น



4. ขั้นตอนปฏิบัติ

4.1 T : Training risk ขอให้ทุกทีม คัดเลือก risk ที่เกิดจาก trainee ที่พบบ่อยมา monitor เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา หรือ Training risk ที่พบแล้วพบว่าเกิดจากการขาดการกำกับดูแลที่เหมาะสม ก็ให้นำมาเป็น Training monitor ดังนี้

- I. ระดับ PCT ขอให้กำหนด safety indicator จากปัญหาที่พบบ่อยในขั้นตอนการทำงานของหน่วยงาน / PCT รวมถึงข้อมูลที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลรายงานให้ทราบ และขอให้นำไป monitor ความสำเร็จในการบริหารความเสี่ยง โดย Training risk นี้ขึ้นกับภาควิชาหรือ
- II. หน่วยงานจะกำหนด to do, to do with และ not to do ให้กับ trainee อย่างเป็นทางการภายในหน่วยงาน
- III. ระดับ Unit ขอให้ทีมนำระบบ (NUR, ENV, ICC, Rx เป็นต้น) ขึ้นหรือร่วมทบทวนให้หน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลทราบถึง Training risk ของตน 2-3 เรื่อง แล้วนำไป monitor ทั้งนี้ขอให้ส่งผล Unit Training risk monitor ให้กับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล เพื่อบรรจุเป็นข้อมูลในการติดตาม
- IV. ในการ I.S. / ตามรอย ขอให้ทุกวิชาชี้พิกัดการ monitoring นี้ ทุกการเยี่ยม ตัวอย่าง T risk ที่พบบ่อยมักเกิดจาก trainee เช่นการปล่อยให้ trainee บริหารยา HAD, การปล่อยให้ trainee ประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง, การปล่อยให้ trainee การทำหัตถการสำคัญ และการปล่อยให้ trainee ตัดสินใจแก้ปัญหาสำคัญเอง เป็นต้น

4.2 2P Safety : SIMPLE ให้ทุกหน่วยงาน และ PCT ได้ควบคุมกำกับความเสี่ยงจากการทำงานของหน่วยงาน/PCT และพยายามลดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น ดังนี้

- I. ในระดับหน่วยงาน
 1. ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั่วไป หรือ กระบวนการหลัก หรือ ขั้นตอนของการทำงาน
 2. Risk ในโรค หรือ procedure ที่เป็น top ของหน่วยงาน
- II. ในระดับ PCT หรือภาควิชา
 1. ให้ความสำคัญในการดูแล ผู้ป่วยหรือ โรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย หรือ proxy disease ของภาควิชา โดยใช้ clinical tracer เป็นหลัก
 2. ใน PCT ที่ผู้ป่วยหลากหลาย งานส่วนใหญ่เป็น procedure เช่น รังสีวินิจฉัย วิสัญญี และ rehab. เป็นต้น เน้น clinical tracer ของ procedure หรือการป้องกัน complication ระหว่างทำ procedure
 3. ภาควิชาที่ยังไม่เป็น PCT ควรค้นหาปัญหาที่พบบ่อยในกระบวนการหลัก หรือ ขั้นตอนของการทำงาน เช่น การรับ-ส่ง ผู้ป่วย การรายงานผลการตรวจ หรือ สิ่งตรวจ (ชิ้นเนื้อ, เลือด ฯลฯ)

4.3 D = D-down level review

- I. ระดับหน่วยงาน

1. ทบทวนอุบัติการณ์ที่ยังไม่ส่งผลถึงผู้ป่วย หรือไม่ถึงเจ้าหน้าที่ (A,B,C,D level) แต่พบบ่อย และหากส่งผลถึงผู้ป่วย โอกาสที่จะเกิดความรุนแรงมีมาก เช่น ผู้ป่วยสิ้นลมแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ สารเคมีกระเด็นโดนเสื้อผ้าเจ้าหน้าที่ มีดผ่าตัดตกเกือบโดนเท้า เกือบให้ยาผิดหรือเกือบรายงานผลผิดคน เป็นต้น
2. ทบทวนอุบัติการณ์ตั้งแต่ระดับ D ลงมา จาก กระบวนการหลัก เวชระเบียน และอุบัติการณ์
3. เลือกรู้อุบัติการณ์ตั้งแต่ระดับ D ลงมา ที่คิดว่าสำคัญ หน่วยงานละ 2-3 เรื่อง มาทบทวนว่า
 - 3.1 ทำไมไม่กลายเป็น E เป็นเพราะ ระบบตรวจจับได้ก่อน, โชคดี หรือ คนใช้หรือญาติมาบอกทัน ฯลฯ
 - 3.2 อุบัติการณ์ตั้งแต่ระดับ D ลงมา ดังกล่าวมีความสัมพันธ์ กับ E+ หรือไม่ เท่าใด (จากสัดส่วน E+ / D- จะทำให้เห็น ประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง)
 - 3.3 จะทำอย่างไรเพื่อให้ E+ / D- ratio ลดลงเรื่อยๆ
 - 3.4 ส่งผลการทบทวนในระบบ operation center

II. ระดับ PCT / งาน

1. ให้หน่วยงานรวบรวม (อาจเป็นหัวหน้างาน) นำเสนอในการที่ประชุม PCT เพื่อให้เห็นภาพรวม
2. นำเสนอในการเยี่ยม IS ต่างๆ ทุกครั้ง

5. กลุ่มเป้าหมาย / ขอบเขต

ทุก PCT, ทุกภาควิชา, ทุกหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงพยาบาล

6. ผู้รับผิดชอบ

1. ผู้บริหารโรงพยาบาล
2. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล

7. เกณฑ์การชี้วัด

- 7.1 การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างถูกต้องของบุคลากร
- 7.2 อุบัติการณ์ใน T-SIMPLE-D มีแนวโน้มลดลง

แบบบันทึกประวัติการสร้างมาตรฐานเชิงนโยบายและการปรับปรุงแก้ไข
เรื่อง “การบริหารความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์”

โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มาตรฐานฉบับนี้			เหตุผลในการปรับเปลี่ยน/ปรับปรุงมาตรฐาน						เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ	
มาตรฐานใหม่	ปรับรูปแบบ Re – formatted	ปรับปรุงใหม่ Revised	แก้ไข / เพิ่มเติม ข้อความที่จำเป็น	แก้ไขให้สอดคล้องกับ มาตรฐาน	ปรับเปลี่ยน กฎระเบียบ	มีความเสี่ยง	เป็นความรู้ / วิทยาการใหม่	เพิ่ม ประสิทธิภาพ	Yes	No
		✓		✓				✓	✓	
การปรับปรุงแก้ไข : มาตรฐานด้านนโยบายฉบับนี้ จะปรับเปลี่ยน/ปรับปรุงแก้ไขทุก 3-5 ปี หรือเมื่อมีความจำเป็น										
วัน / เดือน / ปี ที่สร้างครั้งแรก : ตุลาคม 2544										
วัน / เดือน / ปี ที่ปรับปรุงแก้ไข 1 : ตุลาคม 2549										
วัน / เดือน / ปี ที่ปรับปรุงแก้ไข 2 : มีนาคม 2557										
วัน / เดือน / ปี ที่ปรับปรุงแก้ไข 3 : กันยายน 2559										
วัน / เดือน / ปี ที่ปรับปรุงแก้ไข 4 : กรกฎาคม 2561										
วัน / เดือน / ปี ที่เผยแพร่ :										
File Name : มาตรฐานเชิงนโยบาย										