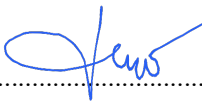


	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เรื่องการจัดการความเสี่ยง อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์			
	เอกสารเลขที่	SOP-QD-00-02	หน้าที่	1
	วันที่เริ่มใช้	1 กันยายน 2568	แก้ไขครั้งที่	0
	ทบทวนโดย	เศรษฐพงศ์ บุญศรี	อนุมัติโดย	ภาสกร สวัสดิ์รักษ์

ขั้นตอนการปฏิบัติงานเรื่อง การจัดการความเสี่ยง อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

Prepared by  (ผศ.นพ.เศรษฐพงศ์ บุญศรี) / /	Reviewed by  (ผศ.นพ.เศรษฐพงศ์ บุญศรี) / /	Approved by  (ผศ.ดร.นพ.ภาสกร สวัสดิ์รักษ์ : QMR) / /
--	--	--

ประวัติการแก้ไขเอกสาร

Revision	วันที่บังคับใช้	รายละเอียดการแก้ไข
0	1 กันยายน 2568	สร้างเอกสารใหม่และอนุมัติการใช้



ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เรื่องการจัดการความเสี่ยง อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

เอกสารเลขที่	SOP-QD-00-02	หน้าที่	2
วันที่เริ่มใช้	1 กันยายน 2568	แก้ไขครั้งที่	0
ทบทวนโดย	เศรษฐพงศ์ บุญศรี	อนุมัติโดย	ภาสกร สวัสดิ์รักษ์

1. วัตถุประสงค์

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้กำหนดกรอบการดำเนินงานและขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงที่สอดคล้องตามมาตรฐานสากล โดย ดำเนินการตามกรอบการบริหารความเสี่ยงองค์กร (COSO Enterprise Management: 2565) ของคณะแพทยศาสตร์ มช. และกรอบการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลองค์การมหาชน (สรพ.) ซึ่งมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลทั่วทั้งองค์กร อีกทั้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจหลักการบริหารความเสี่ยงและนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม โดยความเสี่ยงในระดับองค์กรจะมีการบริหารจัดการผ่านคณะกรรมการจัดการความเสี่ยงต่าง ๆ ตามขอบเขตและหน้าที่รับผิดชอบอย่างเป็นระบบ ภายใต้การกำกับดูแลของผู้บริหารที่รับผิดชอบ โดยถือเป็นหน้าที่รับผิดชอบของทุกหน่วยงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ตามวัตถุประสงค์ดังนี้

- 1.1 เพื่อให้ข้อมูลอุบัติการณ์ และความเสี่ยง ได้รับการรายงานเข้าสู่ระบบตามเวลา
- 1.2 เพื่อให้จัดการอุบัติการณ์ได้ในเวลาที่เหมาะสม เป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ลดความรุนแรงของผลกระทบที่จะเกิด เพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ป้องกันการถูกฟ้องร้องจากความผิดพลาดในการให้บริการ
- 1.3 เพื่อให้การจัดการความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ

2. ขอบเขต

ขั้นตอนปฏิบัติงานมาตรฐานการจัดการความเสี่ยง อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นี้ครอบคลุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ใช้จัดการความเสี่ยงที่สำคัญของโรงพยาบาล ได้แก่ ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic risk) ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical risk) ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการ (Operational risk) ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial risk) และความเสี่ยงด้านกฎหมาย/กฎระเบียบและจริยธรรม (Law/Regulation and Ethical risk)

3. นิยาม

- 3.1 ความเสี่ยง คือ โอกาสที่เหตุการณ์บางอย่างจะเกิดขึ้นในอนาคต หรือเคยเกิดขึ้นแล้ว และคาดว่าจะเกิดขึ้นอีก ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อองค์กรเกิดความเสียหาย ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้
- 3.2 ประเภทความเสี่ยง คือ การจัดกลุ่มหรือจำแนกความเสี่ยงตามลักษณะ ที่มา, ผลกระทบ, หรือ ขอบเขตของการเกิด ตามบริบทขององค์กร เพื่อให้องค์กรสามารถ วิเคราะห์, จัดการ, และ กำกับดูแล ความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม
 - 3.2.1 ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic risk) คือ ความไม่แน่นอนหรือปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถขององค์กรในการบรรลุเป้าหมายที่สำคัญและดำเนินกลยุทธ์ให้ประสบความสำเร็จ ความเสี่ยงประเภทนี้เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมภายนอก เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี การแข่งขัน กฎหมาย หรือปัจจัยภายใน เช่น การขาดทรัพยากรที่จำเป็น เป็นต้น
 - 3.2.2 ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical risk) คือ ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์หรือการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัย คุณภาพ หรือผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย
 - 3.2.3 ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการ (Operational risk) คือ ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดในกระบวนการ ระบบเทคโนโลยี สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ อาชีวอนามัย หรือทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งส่ง



ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เรื่องการจัดการความเสี่ยง อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

เอกสารเลขที่	SOP-QD-00-02	หน้าที่	3
วันที่เริ่มใช้	1 กันยายน 2568	แก้ไขครั้งที่	0
ทบทวนโดย	เศรษฐพงศ์ บุญศรี	อนุมัติโดย	ภาสกร สวัสดิ์ดิษฐ์

ผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการและการดำเนินงานโดยรวมของโรงพยาบาล เช่น บุคลากรถูกทำร้ายร่างกาย, บุคลากรถูกคุกคาม เป็นต้น

3.2.4 ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial risk) คือ ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรและบริหารทรัพยากรทางการเงินที่อาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางการเงินและการดำเนินงานอย่างยั่งยืน เช่น การให้สิทธิผู้ป่วยผิดทำให้ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ได้, ถูกปฏิเสธการจ่ายหนี้โดยหน่วยงานภายนอก, หน่วยงานไม่ได้ลงบันทึกค่ารักษา/ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ราคาแพงในระบบ เป็นต้น

3.2.5 ความเสี่ยงด้านกฎหมาย/กฎระเบียบและจริยธรรม (Law/Regulation and Ethical risk) คือ ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย กฎระเบียบ หรือจริยธรรมทางวิชาชีพ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่น ความชอบธรรม และชื่อเสียงขององค์กร นำไปสู่การร้องเรียนหรือฟ้องร้องโรงพยาบาลได้ในอนาคต เช่น การเลือกปฏิบัติต่อเชื้อชาติ เพศสภาพ ภาษา กลุ่มเปราะบาง, บุคลากรดื่มสุรา/สิ่งเสพติดขณะปฏิบัติงาน เป็นต้น

3.3 อุบัติการณ์ (Incident) คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ซึ่งอาจจะนำไปสู่หรือมีโอกาที่จะก่อให้เกิดอันตราย ความเสียหาย หรือผลกระทบต่อผู้ป่วย บุคลากร ระบบ หรือองค์กร แม้ว่าจะยังไม่ก่อให้เกิดผลเสียในขณะนั้นก็ตาม

3.4 การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) คือ กระบวนการที่ปฏิบัติโดยและบุคลากรทุกคนในองค์กรเพื่อช่วยในการกำหนดกลยุทธ์และการดำเนินงาน โดยกระบวนการบริหารความเสี่ยงได้รับการออกแบบเพื่อให้สามารถบ่งชี้เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อองค์กรและสามารถจัดการความเสี่ยงให้อยู่ระดับที่องค์กรยอมรับ เพื่อให้ได้รับความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลในการบรรลุวัตถุประสงค์ที่องค์กรกำหนดไว้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การเฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยง

3.5 ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factor) คือ สิ่งที่เป็นต้นเหตุหรือสิ่งที่เปราะบางที่มาของความเสี่ยงและเหตุการณ์ที่จะทำให้เกิดไม่บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยในแต่ละปัจจัยจะมีการกำหนดสาเหตุที่แท้จริงของปัจจัยต่าง ๆ ที่สามารถอธิบายได้ว่าสาเหตุของปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวส่งผลให้เกิดความเสี่ยงใด ๆ และสามารถหามาตรการจัดการปัจจัยนั้น ๆ เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้ อยู่ในขอบเขตนิยามความรุนแรงของอุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ A หรืออุบัติการณ์ทั่วไประดับ 1

3.6 เหตุการณ์เกือบพลาด (Near Miss Events) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่สามารถสร้างการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การเจ็บป่วย การสูญเสีย แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วยเนื่องจากสามารถรับรู้และป้องกันได้ก่อนนั้นคืออยู่ในขอบเขตนิยามความรุนแรงของอุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ B หรืออุบัติการณ์ทั่วไประดับ 2

3.7 เหตุการณ์ที่ไม่เกิดอันตรายหรือความสูญเสีย (No Harm Events) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยแต่ไม่เกิดผลกระทบที่เป็นอันตราย อยู่ในขอบเขตนิยามความรุนแรงของอุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ C – D หรืออุบัติการณ์ทั่วไประดับ 2

3.8 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) หมายถึง การบาดเจ็บ อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นผลจากการดูแลรักษา มิใช่กระบวนการตามธรรมชาติของโรค/ การเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ความเสียหาย ความสูญเสีย นอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรืออวัยวะสูญเสียการทำงานที่ หรือได้รับการรักษาเพิ่มเติมนั้นคืออยู่ในขอบเขตนิยามของอุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ E – I หรืออุบัติการณ์ทั่วไประดับ 3 – 5 โดยประเด็นที่ต้องทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อหาเหตุและออกแบบกระบวนการป้องกันการเกิดซ้ำ

	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เรื่องการจัดการความเสี่ยง อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์			
	เอกสารเลขที่	SOP-QD-00-02	หน้าที่	4
	วันที่เริ่มใช้	1 กันยายน 2568	แก้ไขครั้งที่	0
	ทบทวนโดย	เศรษฐพงศ์ บุญศรี	อนุมัติโดย	ภาสกร สวัสดิรักษ์

3.9 เหตุการณ์ร้ายแรง (Sentinel Events) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่ไม่คาดคิดและทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างรุนแรง เช่น เสียชีวิต, สูญเสียอวัยวะ/การทำงาน, ส่งผลให้การให้บริการหยุดชะงัก เป็นต้น การเกิด sentinel events เป็นเครื่องบ่งชี้ว่าระบบของโรงพยาบาลมีช่องโหว่ร้ายแรง ต้องรีบสืบสวนหาสาเหตุราก (Root Cause Analysis: RCA) และวางมาตรการป้องกันทันที

4. เอกสารอ้างอิง

- 4.1 นโยบายปฏิบัติการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง: Suandok's Sentinel Risk (นย 003/2566)
- 4.2 นโยบายการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดจากการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือการปฏิบัติงานที่เกิดจากกระบวนการ training (นย 004/2566)
- 4.3 Risk Management (F-HA-00-01)
- 4.4 แบบฟอร์มการทำ RCA (F-QD-00-01)

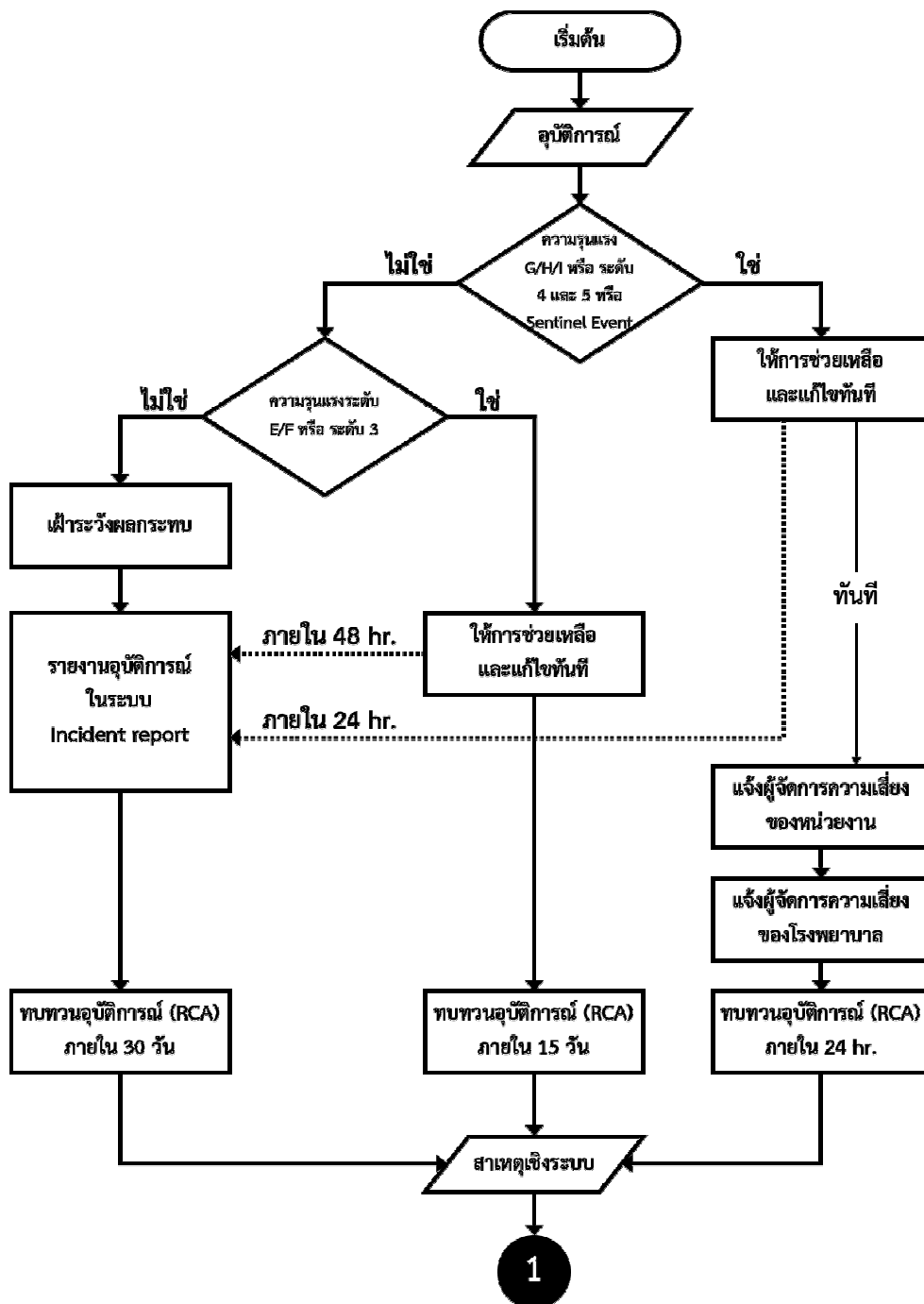


ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เรื่องการจัดการความเสี่ยง อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

เอกสารเลขที่	SOP-QD-00-02	หน้าที่	5
วันที่เริ่มใช้	1 กันยายน 2568	แก้ไขครั้งที่	0
ทบทวนโดย	เศรษฐพงศ์ บุญศรี	อนุมัติโดย	ภาสกร สวัสดิวัตรักษ์

5. แผนผังการปฏิบัติงาน

5.1 แผนผังการปฏิบัติงาน: การจัดการอุบัติการณ์ (Incident management flow)

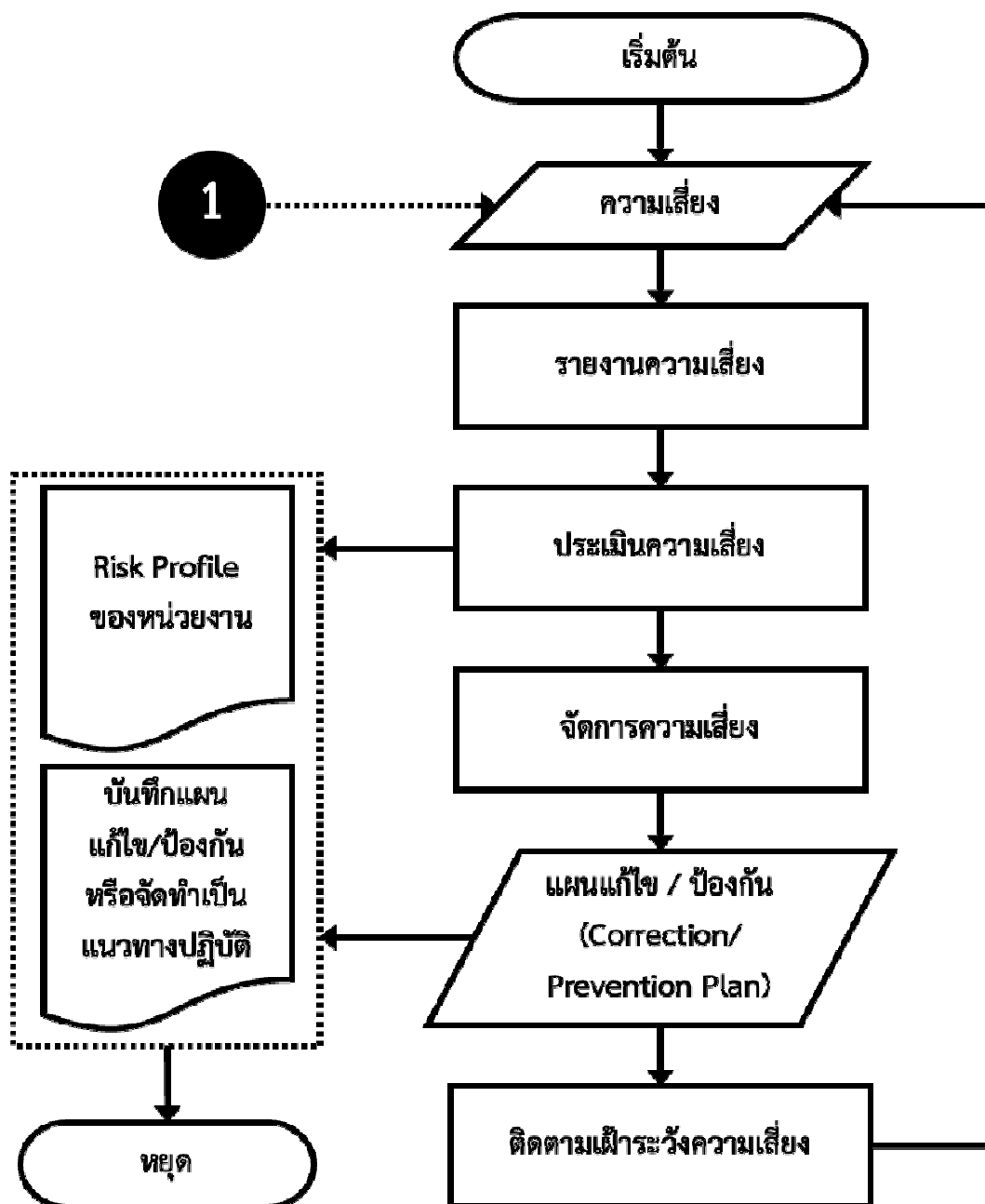




ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เรื่องการจัดการความเสี่ยง อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

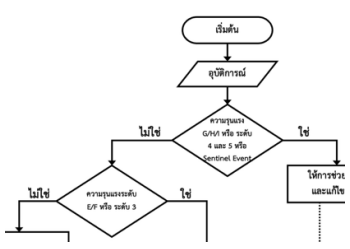
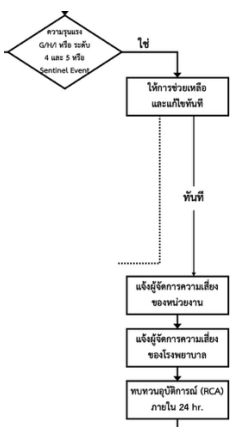
เอกสารเลขที่	SOP-QD-00-02	หน้าที่	6
วันที่เริ่มใช้	1 กันยายน 2568	แก้ไขครั้งที่	0
ทบทวนโดย	เศรษฐพงศ์ บุญศรี	อนุมัติโดย	ภาสกร สวัสดิวัตรักษ์

5.2 แผนผังการปฏิบัติงาน: การจัดการความเสี่ยง (Risk management flow)



	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เรื่องการจัดการความเสี่ยง อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์			
	เอกสารเลขที่	SOP-QD-00-02	หน้าที่	7
	วันที่เริ่มใช้	1 กันยายน 2568	แก้ไขครั้งที่	0
	ทบทวนโดย	เศรษฐพงศ์ บุญศรี	อนุมัติโดย	ภาสกร สวัสดิ์รักษ์

6. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

ลำดับที่	แผนผังการปฏิบัติงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
ขั้นตอนการปฏิบัติงานการจัดการอุบัติการณ์			
1		<p>การประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์:</p> <p>1.1 บุคลากรประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลหรือหน่วยงาน โดยใช้เกณฑ์ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) อุบัติการณ์ทางคลินิก: ประเมินระดับความรุนแรงตามระบบ NCC-MERP แบ่งเป็น 9 ระดับ (A – I) (2) อุบัติการณ์อื่น ๆ: ประเมินระดับความรุนแรงตามเกณฑ์สำหรับอุบัติการณ์ทั่วไปที่ประกาศใช้ในมาตรฐานเชิงนโยบายการบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์ แบ่งเป็น 5 ระดับ (1 – 5) <p>1.2 จำแนกอุบัติการณ์เป็น 3 กลุ่ม ตามระดับความรุนแรง คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง: อุบัติการณ์ทางคลินิก ระดับ G/H/I, อุบัติการณ์อื่น ๆ ระดับ 4 และ 5, และ sentinel events (2) อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงปานกลาง: อุบัติการณ์ทางคลินิก ระดับ E/F, อุบัติการณ์อื่น ๆ ระดับ 3 (3) อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงต่ำ: อุบัติการณ์ทางคลินิก ระดับ B/C/D, อุบัติการณ์อื่น ๆ ระดับ 1 และ 2 	<ul style="list-style-type: none"> - นโยบายการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดจากการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือการปฏิบัติงานที่เกิดจากกระบวนการ training (นย 004/2566) - นโยบายปฏิบัติการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง: Suandok's Sentinel Risk (นย 003/2566) - ภาคผนวก 2 และ 3
2		<p>การจัดการอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง:</p> <p>2.1 บุคลากรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบทันที</p> <p>2.2 บุคลากรรายงานผู้จัดการความเสี่ยงของหน่วยงานและหัวหน้าหน่วยงานทันทีทางโทรศัพท์</p> <p>2.3 หัวหน้าหน่วยงานรายงานผู้จัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลทันทีทางโทรศัพท์</p> <p>2.4 บุคลากรรายงานรายละเอียดอุบัติการณ์ในระบบปฏิบัติการ Incident and Risk Report ภายใน 24 ชั่วโมง</p> <p>2.5 ผู้จัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล และของหน่วยงาน ตัวแทนสหวิชาชีพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวน/วิเคราะห์อุบัติการณ์ภายใน 24 ชั่วโมง</p>	Incident and Risk reporting program



ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เรื่องการจัดการความเสี่ยง อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

เอกสารเลขที่	SOP-QD-00-02	หน้าที่	8
วันที่เริ่มใช้	1 กันยายน 2568	แก้ไขครั้งที่	0
ทบทวนโดย	เศรษฐพงศ์ บุญศรี	อนุมัติโดย	ภาสกร สวัสดิ์รักษ์

ลำดับที่	แผนผังการปฏิบัติงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
3		<p>การจัดการอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงปานกลางและต่ำ:</p> <p>3.1 อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงปานกลาง:</p> <p>(1) บุคลากรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบทันที และรายงานรายละเอียดอุบัติการณ์ในระบบปฏิบัติการ Incident and Risk Report ภายใน 48 ชั่วโมง</p> <p>(2) ตัวแทนสหวิชาชีพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวน/วิเคราะห์อุบัติการณ์ภายใน 15 วัน</p> <p>3.2 อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงต่ำ:</p> <p>(1) บุคลากรรายงานรายละเอียดอุบัติการณ์ในระบบปฏิบัติการ Incident and Risk Report ภายใน 7 วัน</p> <p>(2) ตัวแทนสหวิชาชีพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวน/วิเคราะห์อุบัติการณ์ภายใน 30 วัน</p>	Incident and Risk reporting program
4		<p>การวิเคราะห์อุบัติการณ์เพื่อหาสาเหตุเชิงระบบ: ตัวแทนสหวิชาชีพหน่วยงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวน/วิเคราะห์อุบัติการณ์โดยใช้เครื่องมือการวิเคราะห์หาสาเหตุราก (RCA: 5 Tiers) และระบุสาเหตุเชิงระบบที่ส่งเสริมให้เกิดอุบัติการณ์ให้ชัดเจน และส่งข้อมูลความเสี่ยงเข้าสู่ขั้นตอนการปฏิบัติงานการจัดการความเสี่ยง</p>	แบบฟอร์มการทำ RCA (F-QD-00-01)
ขั้นตอนการปฏิบัติงานการจัดการความเสี่ยง			
5		<p>การค้นหาคำความเสี่ยง: หน่วยงานค้นหาคำความเสี่ยงทั้งเชิงรุกโดยใช้เครื่องมือ เช่น การตามรอยในหน่วยงาน, การทำ FMEA, Trigger tool เป็นต้น เพื่อระบุความเสี่ยง</p>	Risk management (F-HA-00-01)
6		<p>การรายงานความเสี่ยง: บุคลากรรายงานความเสี่ยงที่ค้นหาได้เข้าสู่ระบบปฏิบัติการ Incident and Risk Report</p>	Incident and Risk reporting program
7		<p>การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment): ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ Risk analysis และ Risk evaluation</p> <p>7.1 Risk analysis: ทีมจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานใช้รวบรวมรายการความเสี่ยงที่รายงานเพื่อวิเคราะห์และจัดระดับความเสี่ยงแต่ละรายการโดยใช้เครื่องมือ Risk Matrix โดยพิจารณาจาก ความถี่ (Likelihood) และ ผลกระทบ (Impact/Consequence) แบ่งระดับความเสี่ยงเป็นดังนี้</p>	Risk management (F-HA-00-01)

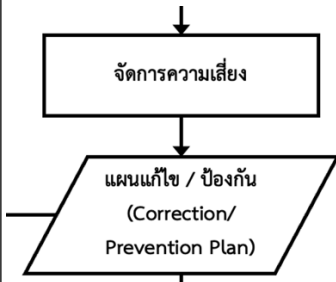
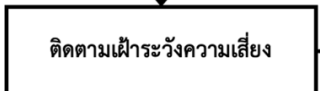


ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เรื่องการจัดการความเสี่ยง อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

เอกสารเลขที่	SOP-QD-00-02	หน้าที่	9
วันที่เริ่มใช้	1 กันยายน 2568	แก้ไขครั้งที่	0
ทบทวนโดย	เศรษฐพงศ์ บุญศรี	อนุมัติโดย	ภาสกร สวัสดิวัตรักษ์

ลำดับที่	แผนผังการปฏิบัติงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
		<div><div><div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div></div>	

	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เรื่องการจัดการความเสี่ยง อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์			
	เอกสารเลขที่	SOP-QD-00-02	หน้าที่	10
	วันที่เริ่มใช้	1 กันยายน 2568	แก้ไขครั้งที่	0
	ทบทวนโดย	เศรษฐพงศ์ บุญศรี	อนุมัติโดย	ภาสกร สวัสดิ์รักษ์

ลำดับที่	แผนผังการปฏิบัติงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง										
8		<p>การจัดการความเสี่ยง: ทีมสหวิชาชีพในหน่วยงานวิเคราะห์รายการความเสี่ยงเพื่อหาปัจจัยเชิงระบบในกระบวนการทำงานนำมาจัดทำแผนแก้ไขและป้องกันเชิงระบบ (Correction / Prevention Plan) ที่สอดคล้องกับรูปแบบการจัดการความเสี่ยงที่ประเมินไว้ในขั้นตอนที่ 7.2 พร้อมจัดทำแผนการนำไปปฏิบัติ (Implementation Plan)</p>	Risk management (F-HA-00-01)										
9		<p>การติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยง: ทีมจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยง ดังนี้</p> <p>9.1 ติดตามการปฏิบัติตามแผนแก้ไข/ป้องกัน (Compliance review): ใช้การสุ่มสำรวจหรือสังเกตการณ์เพื่อติดตามการปฏิบัติที่สำคัญ และนำข้อมูลการไม่ปฏิบัติตามแนวทางมาวิเคราะห์และปรับปรุงแนวทาง</p> <p>9.2 ติดตามจำนวนการเกิดและระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่สำคัญ: ผ่านระบบ Incident and Risk report system</p> <p>หมายเหตุ: ความถี่ของการติดตามขึ้นอยู่กับระดับความเสี่ยงในข้อ 7.1 ดังนี้</p> <table><tr><th>ระดับความเสี่ยง</th><th>ความถี่ของการติดตาม</th></tr><tr><td>ระดับสูงมาก (Extreme Risk)</td><td>ทุก 1 เดือน</td></tr><tr><td>ระดับสูง (High Risk)</td><td>ทุก 1 เดือน</td></tr><tr><td>ระดับปานกลาง (Moderate Risk)</td><td>ทุก 3 เดือน</td></tr><tr><td>ระดับต่ำ (Low Risk)</td><td>ทุก 6 – 12 เดือน</td></tr></table>	ระดับความเสี่ยง	ความถี่ของการติดตาม	ระดับสูงมาก (Extreme Risk)	ทุก 1 เดือน	ระดับสูง (High Risk)	ทุก 1 เดือน	ระดับปานกลาง (Moderate Risk)	ทุก 3 เดือน	ระดับต่ำ (Low Risk)	ทุก 6 – 12 เดือน	Risk management (F-HA-00-01)
ระดับความเสี่ยง	ความถี่ของการติดตาม												
ระดับสูงมาก (Extreme Risk)	ทุก 1 เดือน												
ระดับสูง (High Risk)	ทุก 1 เดือน												
ระดับปานกลาง (Moderate Risk)	ทุก 3 เดือน												
ระดับต่ำ (Low Risk)	ทุก 6 – 12 เดือน												
10		<p>การจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน (Unit Risk Profile): หน่วยงานบันทึกความเสี่ยงที่สำคัญโดยเรียงลำดับตามระดับความเสี่ยงที่วิเคราะห์ไว้ตามข้อ 7.1 โดยมีรายละเอียดการบันทึกต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none">- ผู้รับผิดชอบความเสี่ยง (Risk owner)- แผนจัดการความเสี่ยง (Risk treatment plan)- แผนการนำลงสู่การปฏิบัติ (Implementation plan)- ความถี่ในการติดตามความเสี่ยง- ผลการติดตาม compliance และอุบัติการณ์- การปรับปรุงแผนการจัดการความเสี่ยง	Risk management (F-HA-00-01)										

	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เรื่องการจัดการความเสี่ยง อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์			
	เอกสารเลขที่	SOP-QD-00-02	หน้าที่	11
	วันที่เริ่มใช้	1 กันยายน 2568	แก้ไขครั้งที่	0
	ทบทวนโดย	เศรษฐพงศ์ บุญศรี	อนุมัติโดย	ภาสกร สวัสดิรักษ์

7. บันทึกคุณภาพ (หลักฐานที่ได้ทำตามขั้นตอนจริง)

ลำดับ	ชื่อบันทึก	ผู้รับผิดชอบ	สถานที่เก็บ	การเก็บ	ระยะเวลา
1	Incident/Risk report (Incident and Risk reporting program)	งานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล	Program	File Electronic	ตลอดไป
2	Risk management (F-HA-00-01)	งานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล, เจ้าของหน่วยงาน	Microsoft Team	File Electronic	ตลอดไป
3	แบบฟอร์มการทำ RCA (F-QD-00-01)	งานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล, เจ้าของหน่วยงาน	Microsoft Team	File Electronic	ตลอดไป

	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เรื่องการจัดการความเสี่ยง อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์			
	เอกสารเลขที่	SOP-QD-00-02	หน้าที่	12
	วันที่เริ่มใช้	1 กันยายน 2568	แก้ไขครั้งที่	0
	ทบทวนโดย	เศรษฐพงศ์ บุญศรี	อนุมัติโดย	ภาสกร สวัสดิรักษ์

ภาคผนวก



ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เรื่องการจัดการความเสี่ยง อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

เอกสารเลขที่	SOP-QD-00-02	หน้าที่	13
วันที่เริ่มใช้	1 กันยายน 2568	แก้ไขครั้งที่	0
ทบทวนโดย	เศรษฐพงศ์ บุญศรี	อนุมัติโดย	ภาสกร สวัสดิ์รักษ์

1. ขั้นตอนวิธีการรายงานความเสี่ยงและอุบัติเหตุเข้าสู่ Incident and Risk Reporting Program

วิธีการรายงานความเสี่ยงเข้าสู่ โปรแกรมรายงานความเสี่ยงของคณะแพทยศาสตร์ มช.

1 เข้าสู่ Website คณะ แพทยศาสตร์ ด้วย Intranet เท่านั้น

2 Log in ด้วย รหัส วันลาของ ตนเอง

3 เลือก ลง ความ เสี่ยง/อุบัติเหตุ ที่เกี่ยวข้อง

4 กรอกรายละเอียด ของ Risk/อุบัติเหตุ

ยกตัวอย่าง การลง ใน CLT/ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

กรณี Risk/อุบัติเหตุ เกี่ยวข้องกับ Training Risk

กรณี Risk/อุบัติเหตุ เกี่ยวข้องกับ Training Risk

- A: Airway คือเหตุการณ์ที่เกิด ETT เลื่อน/หลุด , Difficult Intubation , Secretion Obstruction, Difficult Airway, Deley Intubation
- A: Arrest คือ เหตุการณ์ Un-spected Arrest , Circulation Failure
- B: Bleeding คือเหตุการณ์ที่ มีการเสียเลือด มากกว่าปกติเกี่ยวกับระดับผลการนับๆ
- C: Communication เหตุการณ์ที่ เกิดการสื่อสารผิดพลาดของ Trainee ระหว่างทีมการรักษา
- C: Competency เกิดจากทักษะความชำนาญของ Trainee
- D: เหตุการณ์จาก Deley / Miss Dx.
- E: Excellent Service Behavior ความเสี่ยงด้านพฤติกรรมบริการ

	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เรื่องการจัดการความเสี่ยง อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์			
	เอกสารเลขที่	SOP-QD-00-02	หน้าที่	14
	วันที่เริ่มใช้	1 กันยายน 2568	แก้ไขครั้งที่	0
	ทบทวนโดย	เศรษฐพงศ์ บุญศรี	อนุมัติโดย	ภาสกร สวัสดิวัตรักษ์

2. ระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุทางคลินิก (Clinical Risk): ให้อ้างอิงหรือเทียบเคียงตามระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ที่ The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC-MERP) กำหนด มี 9 ระดับ ได้แก่

ระดับความรุนแรง		ผลกระทบ
Category A	No error	ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์หรือปัจจัยเสี่ยงหรือสภาวะที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้
Category B	Error without Harm	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย
Category C		มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะถึงผู้ป่วยแล้ว
Category D		มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยแต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยเพิ่มเติม
Category E	Error with Harm	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว และจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม
Category F		มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว และจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยืดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป
Category G		มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร
Category H		มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงเกือบถึงแก่ชีวิต
Category I	Error with Death (Fatal incident)	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เรื่องการจัดการความเสี่ยง อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์			
	เอกสารเลขที่	SOP-QD-00-02	หน้าที่	15
	วันที่เริ่มใช้	1 กันยายน 2568	แก้ไขครั้งที่	0
	ทบทวนโดย	เศรษฐพงศ์ บุญศรี	อนุมัติโดย	ภาสกร สวัสดิรักษ์

3. ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์อื่น ๆ (Strategic risk, Financial risk, Law/Regulation/Ethical, risk Operational risk)

ระดับ	ผลกระทบ	คำอธิบายของระดับผลกระทบในแต่ละด้าน			
		Strategic Risk	Financial risk	Law/Regulation /Ethical Risk	Operational Risk
5	สูงมาก	เกิดความผิดพลาด ที่มีผลกระทบสูงมาก ทำให้ไม่สำเร็จตามเป้าหมายของกลยุทธ์ และองค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง	เกิดความผิดพลาดที่ส่งผลให้เกิดความเสียหายทางการเงิน ≥ 10 ล้านบาท	เกิดความผิดพลาดจนถูกฟ้องร้องดำเนินคดี โดยไม่สามารถเจรจาต่อรองหรือไกล่เกลี่ยยอมความได้/ต้องจ่ายเบี้ยปรับจำนวนมาก ถูกพัก หรือเพิกถอน/ระงับการดำเนินการ	เกิดความผิดพลาดที่ทำให้การดำเนินการหยุดชะงักเกิน 1 วัน
4	สูง	เกิดความผิดพลาด ที่มีผลกระทบสูง ทำให้ไม่สำเร็จตามเป้าหมายของกลยุทธ์	เกิดความผิดพลาดที่ส่งผลให้เกิดความเสียหายทางการเงิน >2.5 แสนบาท - 10 ล้านบาท	เกิดความผิดพลาดจนถูกดำเนินคดีฟ้องร้อง แต่สามารถเจรจาต่อรองหรือไกล่เกลี่ยยอมความได้ และต้องจ่ายเบี้ยปรับ	เกิดความผิดพลาดที่ทำให้การดำเนินการหยุดชะงัก >4 ชั่วโมง - 1 วัน
3	ปานกลาง	เกิดความผิดพลาด ที่ส่งผลกระทบต่อผลสำเร็จของกลยุทธ์ (ที่ต้องทำการแก้ไข/ปรับแผนปฏิบัติการ)	เกิดความผิดพลาดที่ส่งผลให้เกิดความเสียหายทางการเงิน $>50,000$ - 2.5 แสนบาท	เกิดความผิดพลาด จำเป็นจะต้องชี้แจงให้หน่วยงานกำกับดูแลรับทราบ/ต้องจ่ายเบี้ยปรับ	เกิดความผิดพลาดที่ทำให้การดำเนินการหยุดชะงัก >1 - 4 ชั่วโมง
2	น้อย	เกิดความผิดพลาด ที่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จของกลยุทธ์ (ที่สามารถควบคุมและจัดการได้ ไม่ต้องปรับแผนปฏิบัติการ)	เกิดความผิดพลาดที่ส่งผลให้เกิดความเสียหายทางการเงิน $>10,000$ - 50,000 บาท	เกิดความผิดพลาด จำเป็นจะต้องชี้แจงให้หน่วยงานกำกับดูแลรับทราบ	เกิดความผิดพลาดที่ทำให้การดำเนินการหยุดชะงัก >15 นาที - 1 ชั่วโมง
1	ไม่รุนแรง	มีโอกาสดังกล่าวผิดพลาด ยังไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จของกลยุทธ์	มีโอกาสดังกล่าวผิดพลาด ที่อาจส่งผลให้องค์กรเกิดความเสียหายทางการเงิน หรือเกิดความผิดพลาดที่ส่งผลให้เกิดความเสียหายทางการเงิน $\leq 10,000$ บาท	มีโอกาสดังกล่าวผิดพลาด ยังไม่มีผลกระทบต่อองค์กร	มีโอกาสดังกล่าวผิดพลาด หรือเกิดความผิดพลาดที่ทำให้การดำเนินการหยุดชะงักไม่เกิน 15 นาที