



SP-RSQ-๐๐๑-๐๐


ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure)
เรื่อง
การบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

	ชื่อ - สกุล	ลายเซ็น	ว.ด.ป.
ผู้จัดทำ	นายศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)		10 ส.ค. 2562
ผู้ทบทวน	นางสาวบุษบา ประสมผล (หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน)		10 ส.ค. 2562
ผู้อนุมัติ	นายแพทย์สมยศ พนธาร่า (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)		10 ส.ค. 2562

สำเนาฉบับที่ A(๑)

เอกสาร [/] ควบคุม [] ไม่ควบคุม

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๓ จาก ๓๔
	เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัย		เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา



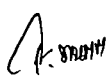
นโยบายการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี ปี ๒๕๖๒

โรงพยาบาลมีความห่วงใยต่อคุณภาพการบริการ ความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพของเจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง ดังนั้นจึงจัดระบบบริหารความเสี่ยงขึ้น ทั้งนี้ให้ถือเป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะต้องทำ หน้าที่เฝ้าระวัง ค้นหาและรายงานความเสี่ยง ตามกระบวนการจัดการความเสี่ยงที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้จัดทำขึ้น โดยให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด เพื่อนำไปสู่การจัดการ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและพัฒนาางานระบบบริการอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น โรงพยาบาลจึงประกาศนโยบายบริหารความเสี่ยง ดังนี้


๑. ค้นหา เฝ้าระวัง และติดตามความเสี่ยงทุกประเภทที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล รวมทั้งประสานการ ดำเนินงานในโปรแกรมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องทุกส่วนกับทุกหน่วยงาน
๒. ควบคุมและป้องกันความเสี่ยงทุกประเภท ที่มีโอกาสเกิดขึ้นในโรงพยาบาลทั้งต่อผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ ทรัพย์สิน สิ่งของและชื่อเสียงของโรงพยาบาล
๓. ต้องมีวัฒนธรรมองค์กรด้านการบริหารความเสี่ยงในทุกหน่วยงาน โดยการค้นหา จัดทำบัญชี รายการความเสี่ยง วิเคราะห์ความเสี่ยง และจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
๔. ต้องมีระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ต่างๆ ที่ชัดเจนตามลำดับชั้น ซึ่ง การรายงานอุบัติการณ์เป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติโดยไม่ถือว่าผู้รายงานมีความผิด แต่จะถือว่ามีความผิดใน กรณีที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้วละเลยไม่มีการรายงาน
๕. เมื่อมีข้อร้องเรียนไม่ว่าจะเป็นด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษร ให้ถือว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญและมี ผลต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ต้องมีการรายงาน บันทึก และตอบสนองข้อร้องเรียนอย่างเหมาะสมโดยเร็ว
๖. ต้องพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากร เพื่อตอบสนองและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงที่ เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(ลงชื่อ).....


(นายสมยศ พนธรา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ
จังหวัดจันทบุรี

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๔ จาก ๓๔
	เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ		เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา

ระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

การจัดการความเสี่ยง เป็นกิจกรรมพื้นฐานบุคลากรทุกคนของโรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญและร่วมกันวางแผนป้องกันและดำเนินการตามแนวทางที่วางไว้โดยใช้กระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง ที่ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล

๑. เป้าหมาย

๑. พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ องค์กร ชุมชน และสิ่งแวดล้อม
๒. พัฒนาบุคลากรให้ตระหนักถึงความสำคัญของการค้นหาความเสี่ยง สามารถระบุระดับความรุนแรง และจัดการกับความเสี่ยงอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังถือปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อทีมบริหารความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ

๒. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถจัดระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานได้ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน
๒. เพื่อพัฒนาและจัดระบบบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ
๓. เพื่อให้ผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ องค์กร ชุมชน และสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่โรงพยาบาล รับผิดชอบมีความปลอดภัย

๓. ขอบเขต

ระเบียบปฏิบัตินี้ใช้สำหรับการระบุประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบริบทขององค์กร ทั้งประเด็นภายใน/ ภายนอก รวมทั้งประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้เสียขององค์กร เพื่อประเมินและควบคุมความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ ความเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียทรัพย์สิน การชดเชยค่าเสียหาย การเกิดอันตรายต่อเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน และการทำลายสิ่งแวดล้อม ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ของโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

๔. ผู้รับผิดชอบ

บทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ กับการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

๔.๑ บทบาทหน้าที่ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

๑. เป็นที่ปรึกษาการวางระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล



ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๕ จาก ๓๔
เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัย			เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา	

๒. พิจารณาสั่งการและดำเนินการกรณีที่มีความเสี่ยงหรือเหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล

๓. รับทราบรายงาน การประเมินผล และการตอบสนองการบริหารความเสี่ยง

๔.๒ บทบาทหน้าที่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

๑. ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน
๒. สนับสนุนกระบวนการจัดการและทรัพยากรเพื่อแก้ไขความเสี่ยง
๓. บริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลและความเสี่ยงที่มีความซับซ้อน ที่หน่วยงานหรือทีมระบบไม่สามารถแก้ไขได้
๔. ติดตามประเมินผลการจัดการความเสี่ยง

๔.๓ บทบาทหน้าที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

๑. กำหนดนโยบาย และแผนดำเนินงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
๒. จัดทำระเบียบปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงและสื่อสารให้บุคลากรทราบ ประกอบด้วย ข้อมูลจากการรายงานของหน่วยงาน ข้อมูลจากรายงานของโปรแกรมความเสี่ยง/ ระบบต่างๆ การสำรวจ/ สัมภาษณ์หน่วยงาน และการเรียกเรื่องค่าเสียหาย
๓. รวบรวมความเสี่ยง อุบัติการณ์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ประกอบด้วย
๔. ประสานระบบที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในด้านต่างๆ ของโรงพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมความเสี่ยง
๕. รวบรวม วิเคราะห์ ทบทวน อุบัติการณ์ เพื่อปรับปรุงและวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงในโรงพยาบาล
๖. สื่อสารนโยบาย ระเบียบปฏิบัติที่ได้จากการทบทวนเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ
๗. ติดตามประเมินผลการดำเนินการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่าง ๆ
๘. สรุปรายงานและประมวลผลความเสี่ยง แจ้งทุกหน่วยงานและทุกทีม จัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยงเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน

๔.๔ บทบาทหน้าที่หัวหน้างานและผู้รับผิดชอบความเสี่ยงในหน่วยงาน (RM Network)

๑. จัดตั้งคณะทำงานในแต่ละหน่วยงาน ให้รับผิดชอบด้านความเสี่ยง โดยเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการงานบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
๒. วางระบบการบริหารความเสี่ยง ค้นหา วิเคราะห์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน จัดทำมาตรการการป้องกันและแก้ไขที่ชัดเจนในประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ
๓. รวบรวมความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นมาทำเป็นบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk Profile) ข้อมูลที่ได้มาจาก
 - ทบทวนจากกระบวนการหลักของงาน และหาจุดที่อาจเกิดความเสี่ยงขึ้น



ระเบียบปฏิบัติ		ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๖ จาก ๓๔
เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ		เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐
ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ นพ.สมยศ พนธรา

- สมุดบันทึกเหตุการณ์, จากสถิติในหน่วยงาน
- ระดมสมองจากประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ บุคคลอื่น วารสาร หนังสือพิมพ์ การประชุม
- จากรายงานอุบัติการณ์
- จากข้อร้องเรียน หรือข้อเสนอแนะของผู้ใช้บริการที่รับข้อร้องเรียน
- จากการทบทวนเวชเขียน
- จากการสำรวจสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน
- การตรวจสอบและการสอบเทียบตามมาตรฐานที่กำหนด
- การตรวจการณ์ หรือการนิเทศ
- กระบวนการทำงานและการให้บริการของหน่วยงาน

๔. ทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน เพื่อแยกประเภทความเสี่ยงดังนี้คือ ความเสี่ยงทางคลินิก และไม่ใช่คลินิก จัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง โดยคำนึงถึงความถี่ และระดับความรุนแรงของผลกระทบของเหตุการณ์

๕. นำประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ หรือรุนแรงมาทบทวน วิเคราะห์หาสาเหตุราก และวางมาตรการในการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขที่เหมาะสม ดังนี้

๕.๑ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง การแบ่งระดับและลดความสูญเสีย หลังเกิดเหตุการณ์

๕.๒ วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

๕.๓ กรณีที่ไม่สามารถจัดการภายในหน่วยงานได้ ให้นำเสนอต่อผู้บังคับบัญชา เพื่อหาแนวทางแก้ไข ร่วมกับทีมคร่อมสายงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

๕.๔ นำข้อมูลมาสรุปจัดทำแนวปฏิบัติ/ คู่มือในหน่วยงาน ในการป้องกันและจัดการความเสี่ยง

๕.๕ เผื่อระวังและติดตามการดำเนินงาน โดยดูจากรายงานอุบัติการณ์และเครื่องชี้วัดของหน่วยงานทุกเดือน

๖. สื่อสารภายในหน่วยงานให้เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจในประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ ส่งเสริมให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในกิจกรรมปกติประจำวัน


๗. ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง การดักจับความเสี่ยง การแก้ไขปัญหา การหาสาเหตุราก สาเหตุเชิงระบบ แนวทางป้องกันและลดความสูญเสียที่วางไว้

๘. ติดตาม ประเมิน วิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยงและปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๔.๕ ทีมนำที่รับผิดชอบโปรแกรมหรือระบบที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง

มีหน้าที่รายงานเหตุการณ์/ อุบัติการณ์หรือความเสี่ยง ทบทวน วิเคราะห์ จัดการความเสี่ยง และประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงในทีม ไปยังผู้จัดการความเสี่ยง ดังนี้

๑. ทีมดูแลผู้ป่วย (PCT) มีหน้าที่จัดการความเสี่ยงทางคลินิก ได้แก่ กระบวนการดูแลรักษาและสิทธิผู้ป่วย

	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๗ จาก ๓๔
	เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ			เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา	

๒. ทีมพัฒนาระบบยา (PTC) มีหน้าที่จัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาและปัญหาเกี่ยวกับยา

๓. ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) มีหน้าที่จัดการความเสี่ยงด้านการติดเชื้อในโรงพยาบาล การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ รวมถึงการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน

๔. ทีมบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) มีหน้าที่จัดการความเสี่ยงด้านความผิดพลาดในการรักษาความปลอดภัย การฝึกซ้อมป้องกันอัคคีภัย การเกิดอัคคีภัย การตรวจคุณภาพน้ำทิ้ง การกำจัดขยะ การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ รวมทั้งรายงานความเสี่ยงด้านการจัดหา เก็บรักษา แจกจ่าย ซ่อมบำรุง และจำหน่ายเครื่องมือ/ สิ่งอุปกรณ์ต่างๆ

๕. ทีมความคลาดเคลื่อนทางเวชระเบียนและเทคโนโลยีสารสนเทศ (MIS) มีหน้าที่จัดการความเสี่ยงด้านเวชระเบียน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ การจัดการความรู้ การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ และระบบฐานข้อมูลต่างๆ

๖. ทีมทรัพยากรเครื่องมือ (EQU) มีหน้าที่จัดการความเสี่ยงด้านคุณภาพและความพร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์

๗. องค์กรแพทย์ (MED) มีหน้าที่จัดการความเสี่ยงด้านการทำงาน การให้การรักษของแพทย์ และข้อร้องเรียนต่างๆ ของแพทย์

๘. องค์กรพยาบาล (NSO) มีหน้าที่จัดการความเสี่ยงด้านการทำงาน การให้การดูแลรักษาของพยาบาล สมรรถนะทางวิชาชีพพยาบาล จริยธรรมวิชาชีพพยาบาล และข้อร้องเรียนต่างๆ ของพยาบาล

๙. ทีมบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (HRM) มีหน้าที่จัดการความเสี่ยงด้านพฤติกรรมบริการในการละเมิดผู้ป่วย/ ผู้รับบริการทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และความเสี่ยงด้านสมรรถนะของบุคลากร

๑๐. ทีมการตรวจสอบประกอบกรวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN) มีหน้าที่จัดการความเสี่ยงด้านการตรวจและรายงานผลส่งตรวจ และกระบวนการตรวจและรายงานในการใช้รังสีเพื่อการวินิจฉัย

๑๑. ทีมเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และการทำงานกับชุมชน (DHS & COM) มีหน้าที่จัดการความเสี่ยงด้านการบริการในชุมชน การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในชุมชน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

๔.๖ บทบาททีมรับเรื่องร้องเรียนและเจรจาไกล่เกลี่ย มีหน้าที่จัดการความเสี่ยงด้านการร้องเรียนและเจรจาไกล่เกลี่ยเพื่อให้ปัญหาได้รับการแก้ไขได้สำเร็จตั้งแต่เริ่มต้น ลดความรุนแรงและผลกระทบทั้งด้านชีวิต ทรัพย์สิน และชื่อเสียงของผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ และโรงพยาบาล ประกอบด้วย

๑.นายสมยศ พนธรา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธานคณะอนุกรรมการ
๒.นางบุศบาใจดี	พยาบาลชำนาญการพิเศษ	รองประธานคณะอนุกรรมการ
๓.น.ส.ปราณี เกิดผล	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	รองประธานคณะอนุกรรมการ
๔.น.ส.บุษบา ประสมผล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	อนุกรรมการ



ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๘ จาก ๓๔
เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ			เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธารา	

๕.นางสมพิศ วชิราภิวัฒน์	จพ.ทันตสาธารณสุขชำนาญการ	อนุกรรมการ
๖.นางละมุล ลำพล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	อนุกรรมการ
๗.น.ส.মনชยา วิเวโก	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	อนุกรรมการและเลขานุการ
๘.น.ส.ชลวรรณ เกื่อนวิธิ	เภสัชกรปฏิบัติการ	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

เมื่อพบเหตุการณ์ร้ายแรงหรืออุบัติการณ์รุนแรงที่ต้องมีการเจรจาไกล่เกลี่ยให้แจ้ง
คุณมนชยา วิเวโก ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๑-๔๙๖๖๖๔๖ เพื่อประสานคณะกรรมการทำงานตามลำดับ


๔.๗ บทบาทหน้าที่บุคลากรทุกระดับ

๑. ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
๒. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น โดยการแก้ไขสถานการณ์/ อุบัติการณ์เบื้องต้น
๓. บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไข และรายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด
๔. วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
๕. ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์/ อุบัติการณ์ซ้ำ

๔.๘ การสื่อสารและการประสานงาน

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้กำหนดให้มีการสื่อสารและประสานงานดังนี้

๑. ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเดือนละ ๑ ครั้ง และบันทึกรายงานการประชุมเป็นลายลักษณ์อักษรเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล
๒. รายงานสรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลและคณะกรรมการบริหาร เดือนละ ๑ ครั้ง
๓. รายงานสรุปความเสี่ยงแยกตามหน่วยงานและแยกตามคณะกรรมการต่างๆ ตามโปรแกรมความเสี่ยง เดือนละ ๑ ครั้ง
๔. รายงานอุบัติการณ์หรือแนวทางการป้องกันความเสี่ยงของหน่วยงานต่างๆ ที่ต้องส่งให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงตามระยะเวลาที่ระบุไว้ในระเบียบปฏิบัติที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนด
๕. การสำรวจตรวจเยี่ยมความเสี่ยง (Risk Round) ปีละ ๔ ครั้ง
๖. การประชาสัมพันธ์ด้วยบอร์ดและเอกสารประชาสัมพันธ์
๗. การสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์และ Social Network ต่าง ๆ

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๙ จาก ๓๔
	เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ		เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา

๕. คำจำกัดความ

การบริหารความเสี่ยง (Risk Management/ RM) หมายถึง กระบวนการในการจัดการความเสี่ยง ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผลรวมทั้งการดำเนินการเพื่อป้องกันและการจัดการเมื่อเกิดปัญหา

โอกาส หมายถึง เหตุการณ์ที่เป็นผลกระทบด้านบวก เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์และนำไปสู่การพัฒนาของระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม

ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ เช่น ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตราย ต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การทำลายสิ่งแวดล้อม ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย

อุบัติการณ์ (Incident) หมายถึง เหตุการณ์ ปรากฏการณ์หรืออุบัติการณ์ที่มีผลต่อการดำเนินการปกติ และอาจก่อให้เกิดผลกระทบที่ร้ายแรงหรือไม่ร้ายแรงก็ได้ รวมทั้งมีศักยภาพที่จะก่อให้เกิดอันตราย การสูญเสียหรือหายนะได้

อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเกิดจากการรักษาและไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรค หรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วย อันตรายดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลาการรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือเกิดความพิการตามมา ลักษณะสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การถูกทำร้ายหรือการบาดเจ็บ เหตุร้าย ภัยอันตราย การคุกคามก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ความไม่แน่นอน หรือการถูกเปิดเผย

เหตุการณ์พึงสังวร (Sentinel Events) หมายถึง เหตุการณ์สำคัญ รุนแรงและไม่พึงประสงค์เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดหมาย อาจมีผลต่อชีวิต ร่างกาย จิตใจ การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะของผู้ป่วย หรือมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ซึ่งควรมีการเฝ้าระวังเชิงรุก และเมื่อเกิดแล้วผู้ประสบเหตุการณ์ต้องรายงานหัวหน้า หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนทันทีหรือโดยเร็วที่สุด ได้แก่ เหตุการณ์ต่อไปนี้คือ

- บุคลากร/ ผู้รับบริการเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด
- การเกิดอัคคีภัยรุนแรง
- ข้อร้องเรียนกล่าวหาที่อาจมีผลกระทบต่อชื่อเสียงโรงพยาบาล
- ความคลาดเคลื่อนทางคลินิก (ระดับ E-I)
- ผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายร่างกายตนเองหรือผู้อื่น
- การระบาดของโรค/ อุบัติเหตุ/ อุบัติภัยรุนแรง
- การโจรกรรมทรัพย์สินของทางราชการ/ เจ้าหน้าที่/ ผู้รับบริการ
- เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินของทางราชการ/ เจ้าหน้าที่/ ผู้รับบริการ เช่น รถพยาบาลเกิด

อุบัติเหตุ

- ขโมยเด็ก/ สลับเด็กผิดครอบครัว



ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๑๐ จาก ๓๔
เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัย			เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา	

ความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical Error) หมายถึง ความล้มเหลวของการดูแลรักษาที่วางแผนไว้ หรือการวางแผนการรักษาที่ไม่ถูกต้องในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

เหตุเกือบพลาด (Near Miss) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทัน ด้วยความตั้งใจหรือด้วยความบังเอิญก็ตาม

บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้น โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีต และหน่วยงานอื่นๆ ตลอดจนการทบทวนต่าง ๆ การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากกระบวนการทำงานและการสำรวจภายในหน่วยงานของตนเอง เพื่อหาประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวัง โดยมีทั้งระดับโรงพยาบาล กลุ่มงาน/แผนก/หน่วยงาน

การประเมินความเสี่ยง (Risk Analysis) หมายถึง กระบวนการระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยงและจัดลำดับความเสี่ยง โดยการประเมินจากโอกาสที่จะเกิด (Likelihood) และผลกระทบ (Impact)

๖. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

การบริหารความเสี่ยง จำแนกเป็น ๒ กรณี ได้แก่

กรณีที่ ๑ การบริหารความเสี่ยงกรณีที่ยังไม่เกิดเหตุการณ์ เป็นการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันเหตุการณ์ความเสี่ยงไม่ให้เกิดขึ้น

กรณีที่ ๒ การบริหารความเสี่ยงกรณีที่เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้ว เป็นการบริหารจัดการเพื่อบรรเทาความรุนแรงของเหตุการณ์ ก่อเกิดความสูญเสียน้อยที่สุดและนำไปเรียนรู้เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

อย่างไรก็ตามการบริหารความเสี่ยงทั้ง ๒ กรณี อาศัยกระบวนการหลัก ซึ่งประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน คือ (๑)การค้นหาความเสี่ยง (๒)การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง (๓)การจัดทำมาตรการเพื่อป้องกันความเสี่ยง และ (๔)การประเมินผล

ดังนั้นในระเบียบปฏิบัตินี้จึงวางแนวปฏิบัติไว้ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification)

๖.๑ คณะทำงานการประเมินความเสี่ยงและโอกาสจากแต่ละหน่วยงาน ศึกษาบริบทองค์กรเพื่อกำหนดทิศทางของกรอบบริหารความเสี่ยง โดยพิจารณาจากประเด็นภายใน/ ภายนอก และประเด็นของผู้มีส่วนได้เสีย ซึ่งรวบรวมได้จาก

- การทบทวนข้อร้องเรียนทุกช่องทาง/ ข้อเสนอแนะ
- รายงานอุบัติการณ์ (Incident Report) การ Survey โดยใช้แบบสอบถาม
- การ Round ร่วมกันของทีม ENV, RM, IC
- การทบทวนเวชระเบียนตาม Trigger tool
- การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย
- การทบทวน การรับและส่งต่อผู้ป่วย การปฏิเสธรักษา
- การทบทวนจากเหตุการณ์สำคัญ



ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๑๑ จาก ๓๔
เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัย			เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา	

- การทบทวนการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- การทบทวนการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา
- การเยี่ยมสำรวจจากภายใน/ ภายนอก เช่น การนิเทศโดยหัวหน้างาน การประเมินตาม

มาตรฐานของหน่วยงานภายนอก

ขั้นตอนที่ ๒ การประเมินความเสี่ยงและวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment)

๖.๒ หน่วยงานและทีมนำรวบรวมความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในขั้นตอนการทำงานของตน โดยที่ความเสี่ยงนั้นอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ร่วมงานฝ่ายอื่น หรือการดำเนินงานของโรงพยาบาล ประเมินความเสี่ยง โดยใช้เทคนิควิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง (ความถี่) และผลกระทบต่อองค์กร ระบุผลการประเมินความเสี่ยงลงในแบบประเมินความเสี่ยงของระบบการจัดการคุณภาพ (FM-RSQ-๐๐๑-๐๐) ซึ่งความเสี่ยงแบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ ความเสี่ยงทางคลินิก และความเสี่ยงทั่วไป

๑) ความเสี่ยงทางคลินิก หมายถึง ความเสี่ยงเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งส่งผลให้เกิดต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ได้แก่ ความปลอดภัยจากการใช้ยา การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ และกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น ๒ ส่วนย่อยดังนี้คือ ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common clinical risk) และความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific clinical risk) โดยมีตัวอย่างดังนี้

ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common clinical risk)	ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific clinical risk)	
-ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ เอกซเรย์ผิดปกติ	ตัวอย่างด้านสูติกรรม	
-การให้เลือดผิดคน	-Pregnancy induced HTN	-eclampsia/ convulsion
-การให้ยาผิดพลาด	-Postpartum haemorrhage	-hypovolemic shock
-การให้สารน้ำผิดพลาด	-Pre-term	-sever birth asphyxia, LBW
-การติดเชื้อในโรงพยาบาล	ตัวอย่างด้านศัลยกรรม	
-แผลกดทับ	-Head injury	-IICP/ HERNIATION
-ตกเตียง	-Acute appendicitis	-ruptured
-ฆ่าตัวตาย/ถูกฆาตกรรม	-Multiple trauma	-Shock
	ตัวอย่างด้านอายุรกรรม	
	-AMI	-shock/ CHF
	-Cerebrovascular disease	-IICP/ re-bleeding
	-TB	-relapse/ re-infection
	-DM foot	-limb loss
	ตัวอย่างด้านกุมารเวชกรรม	
	-DHF	-hemorrhage/ shock



ระเบียบปฏิบัติ		ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๑๒ จาก ๓๔
เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ		เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐
ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ นพ.สมยศ พนธาร

ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common clinical risk)	ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific clinical risk)
	-respiratory distress syndrome -High fever -Diarrhea -Asthma -Pneumonia
	-pneumothorax -convulsion -electrolyte imbalance, shock -respiratory failure -Death

๒) ความเสี่ยงทั่วไป (Non-clinical Risk) หมายถึง ความเสี่ยงที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการรักษาพยาบาล แต่เกิดจากปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลทำให้เกิดความเสียหาย ได้แก่

๒.๑) ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับ อาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก อุบัติการณ์เกี่ยวกับผลที่จะเกิดจากการปฏิบัติงานที่มีต่อสุขภาพของบุคลากร ความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน อุบัติการณ์เกี่ยวกับอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลรักษา

๒.๒) ความเสี่ยงด้านข้อร้องเรียนและสิทธิผู้ป่วย หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และอุบัติเหตุการข้อร้องเรียนในด้านต่างๆ

๒.๓) ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและเวชระเบียน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ข้อมูลสถิติต่างๆ และเอกสารประวัติของผู้ป่วย

๒.๔) ความเสี่ยงด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ หมายถึง ความไม่พร้อมใช้หรือความไม่พอเพียงของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์

๒.๕) ความเสี่ยงด้านการสนับสนุนบริการ หมายถึง อุบัติการณ์ที่เกิดจากหน่วยสนับสนุน/ขั้นตอนของหน่วยสนับสนุน ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ

ตัวอย่างความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัย และความปลอดภัย	ตัวอย่างความเสี่ยงด้านเทคโนโลยี สารสนเทศและเวชระเบียน
-อาคารชำรุดเสียหาย	-เวชระเบียนสูญหายหรือค้นหาไม่พบใช้เวลานานในการค้นหา
-ระบบประปาขัดข้อง	-ข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วนไม่ถูกต้อง
-น้ำท่วมขังภายในอาคาร	-คำสั่งการรักษาไม่ชัดเจนซึ่งอาจทำให้เกิดความเสียหาย
-น้ำดื่มไม่สะอาด ไม่เพียงพอ	-ปัญหาด้านการบันทึก การจัดเก็บ การค้นหา การระบุตัวผู้ป่วย การบันทึกสิทธิการรักษา การบันทึกค่ารักษาพยาบาล การบันทึกที่แสดงถึงคุณภาพการ
-อัคคีภัย	
-ระบบไฟฟ้าสำรองขัดข้อง/ไม่ทำงาน	
-ระบบการจัดการขยะ	
-ระบบโทรศัพท์ขัดข้อง	



เรื่อง		ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๑๓ จาก ๓๔
		การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ			เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธธา		

<ul style="list-style-type: none"> -ระบบแก๊สทางการแพทย์/ ระบบออกซิเจน -ทรัพย์สินสูญหาย/ ทรัพย์สินเสียหายถูกทำลาย -ยานพาหนะของโรงพยาบาลเกิดอุบัติเหตุจราจร -บุคลากรบุคคลภายนอกได้รับอันตราย/ บาดเจ็บในโรงพยาบาล/ บาดเจ็บจากการทำงาน -อื่นๆ <p>ตัวอย่างความเสี่ยงด้านข้อร้องเรียน และสิทธิผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> -การไม่ให้ข้อมูลก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา -การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย -การตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษา -พฤติกรรมบริการ <p>ตัวอย่างความเสี่ยงด้านเครื่องมือและอุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> -อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นของหน่วยงานไม่มีหรือมีไม่เพียงพอ -อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ชำรุดเสียหายขณะใช้งาน -บุคลากรใช้อุปกรณ์ไม่ถูกวิธี 	<ul style="list-style-type: none"> รักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสื่อสารของสหสาขาวิชาชีพในเวชระเบียน -ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง -ความไม่พร้อมใช้คอมพิวเตอร์ -โปรแกรมคอมพิวเตอร์ไม่สนับสนุนการบริการ -ข้อมูลที่บันทึกในฐานข้อมูลสูญหาย <p>ตัวอย่างความเสี่ยงด้านการสนับสนุนบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> -การไม่ได้รับความช่วยเหลือ/ อำนวยความสะดวกจากงานสนับสนุน -อุบัติการณ์เกี่ยวกับค่ารักษา -การสูญเสียชีวิต/ ทรัพย์สินทางราชการต่างๆ -มูลค่าทางการเงินจากความไม่ปลอดภัยด้านทรัพย์สิน
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------


๖.๒.๑ การประเมินความเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยง ประกอบด้วย การประเมิน ๒ ด้านคือ ด้านความถี่/ โอกาสเกิดความถี่ (likelihood) และผลกระทบจากความถี่ (Impact)

เกณฑ์ในการประเมินความเสี่ยงมีดังนี้

๑) ระดับโอกาสที่จะเกิดความถี่ กำหนดเกณฑ์ไว้ ๕ ระดับ

โอกาสที่จะเกิด/ ความถี่	คำอธิบาย	(%) กิจกรรม	ระดับ
	เกิดขึ้นทุกวัน	>๑๐%	
	สัปดาห์ละครั้ง	๘-๑๐%	
ปานกลาง	เดือนละครั้ง	๖-๗%	๓
น้อย	ปีละ ๑-๒ครั้ง/ ๒-๔ ปีต่อครั้ง	๑-๕%	๒
น้อยมาก	๕ ปีต่อครั้ง	<๑%	๑

	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๑๔ จาก ๓๔
	เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ			เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา	


๒) ผลกระทบความเสี่ยง

๒.๑) ผลกระทบความเสี่ยงทางคลินิก

ระดับ	คำจำกัดความ	หลักการจำ	กลุ่ม
A	คือเหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน	เกิดที่นี่	Near Miss
B	คือเกิดความคลาดเคลื่อนแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย	เกิดที่ไหน	Near Miss
C	คือเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย	เกิดกับใคร	Low Risk
D	คือเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้ต้องเฝ้าระวังต่อ	ให้ระวัง	Low Risk
E	คือเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมีการบำบัดรักษา	ต้องรักษา	Moderate Risk
F	คือเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น	เยียวานาน	Moderate Risk
G	คือเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย	ต้องพิการ	High Risk
H	คือเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลทำให้ต้องช่วยชีวิต	ต้องการบีม	High Risk
I	คือเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต	จำใจลา	High Risk

๒.๒) ผลกระทบความเสี่ยงทั่วไป

หมวดหมู่	ระดับความรุนแรง/ ผลกระทบของความเสี่ยง				
	๑ น้อยมาก	๒ น้อย	๓ ปานกลาง	๔ มาก	๕ มากที่สุด
๑.ผู้ป่วย (non clinic)	-มีเหตุการณ์/ความคลาดเคลื่อนที่อาจจะทำให้ได้รับอันตรายจากการสนับสนุนบริการ	-บาดเจ็บเล็กน้อย -ปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น ทำแผล ให้ยาแก้ปวด	-บาดเจ็บปานกลาง -ให้การรักษาเพิ่มเติม ได้แก่ การทำหัตถการขนาดเล็ก/ ให้ยา รักษา และสังเกตอาการ	-บาดเจ็บรุนแรง -ต้องทำหัตถการขนาดใหญ่ และ Admit/ ย้ายไป critical care	-เสียชีวิต
๒.บุคคลภายนอก	-ไม่ต้องให้การรักษา/ ปฏิเสธการรักษา	-บาดเจ็บเล็กน้อย -ปฐมพยาบาล ทำแผล ให้ยาแก้ปวด	-บาดเจ็บปานกลาง -ให้การรักษา	-ต้องทำหัตถการขนาดใหญ่ และ Admit	-เสียชีวิต -Admit ≥ ๓ คน

	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๑๕ จาก ๓๔
	เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ			เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธาร	

		-ไม่เสียค่าใช้จ่าย	เพิ่มเติม ได้แก่ การทำหัตถการ ขนาดเล็ก/ ให้อา รักษา และสังเกต อาการ		
๓.บุคลากร	-ไม่ต้องตรวจ/ รักษา	-บาดเจ็บเล็กน้อย -ปฐมพยาบาล -ไม่ต้องหยุดงาน	-บาดเจ็บปาน กลาง -ให้การ รักษาพยาบาล -หยุดงาน -เสียค่าใช้จ่ายใน การรักษา	-บาดเจ็บรุนแรง/ พิการถาวร -Admit -หยุดงาน -เสียค่าใช้จ่ายสูง	-เสียชีวิต -Admit ≥ ๓ คน
๔.เครื่องมือ/ อุปกรณ์/ เครื่องจักร/ ระบบงาน (machine/ process/ system)	-มีเหตุการณ์ซึ่ง อาจทำให้เกิด ความคลาด เคลื่อน/ ผิดปกติ ก่อให้เกิดความ เสียหายต่อ อุปกรณ์ เครื่องจักร/ ระบบงาน	-เกิดความคลาด เคลื่อน/ ผิดปกติ/ ชำรุด/ แตกหัก ของชิ้นส่วน อุปกรณ์ เครื่องจักร/ ระบบงานเพียง เล็กน้อย (Functional failure; part of machine/ process)	-เกิดความคลาด เคลื่อน/ ผิดปกติ/ ชำรุด/ แตกหัก ของชิ้นส่วน อุปกรณ์ เครื่องจักร/ ระบบงานปาน กลาง -ทำงานต่อได้ ไม่ ส่งผลกระทบต่อ ระบบงานหลัก (without major damage to system)	-เกิดความคลาด เคลื่อน/ ผิดปกติ/ ชำรุด/ แตกหัก ของชิ้นส่วน อุปกรณ์ เครื่องจักร/ ระบบงานรุนแรง -ระบบงาน หยุดชะงัก ในช่วง ระยะเวลาหนึ่ง	-เกิดความคลาด เคลื่อน/ ผิดปกติ/ ชำรุด/ แตกหัก ของชิ้นส่วน อุปกรณ์ เครื่องจักร/ ระบบงานรุนแรง -ระบบงาน หยุดชะงัก/ ถูก ทำลายโดยสิ้นเชิง (complete system loss)
๕.การบริการ	-เกิดความคลาด เคลื่อนของระบบ บริการเล็กน้อย -ไม่ส่งผลกระทบต่อ การให้บริการ	-เกิดความคลาด เคลื่อนของระบบ บริการเล็กน้อย -ส่งผลกระทบต่อ การให้บริการ เพียงเล็กน้อย (ขลุ่ยหลัก)	-เกิดปัญหาใน ระบบบริการ ปานกลาง -ต้องหยุด ให้บริการบางส่วน	-เกิดปัญหาใน ระบบบริการ อย่างมาก -ต้องหยุด ให้บริการทั้งระบบ ช่วงระยะเวลา หนึ่ง	-เกิดปัญหาใน ระบบบริการ อย่างมาก -ไม่สามารถ ให้บริการได้เลย
๖.ข้อร้องเรียน	-ประเด็นการ ร้องเรียนมี ผลกระทบเพียง เล็กน้อย -ทราบเฉพาะใน องค์กร	-ประเด็นการ ร้องเรียนมี ผลกระทบกว้าง ขึ้น -มีแนวโน้มว่า บุคคลภายนอก	-ประเด็นการ ร้องเรียนมี ผลกระทบต่อ ชื่อเสียงของ โรงพยาบาล -มีแนวโน้มถูก	-ประเด็นการ ร้องเรียนมี ผลกระทบต่อ ชื่อเสียงและ ภาพลักษณ์ของ โรงพยาบาล	-ถูกฟ้องร้อง



ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๑๖ จาก ๓๔
เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ			เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา	

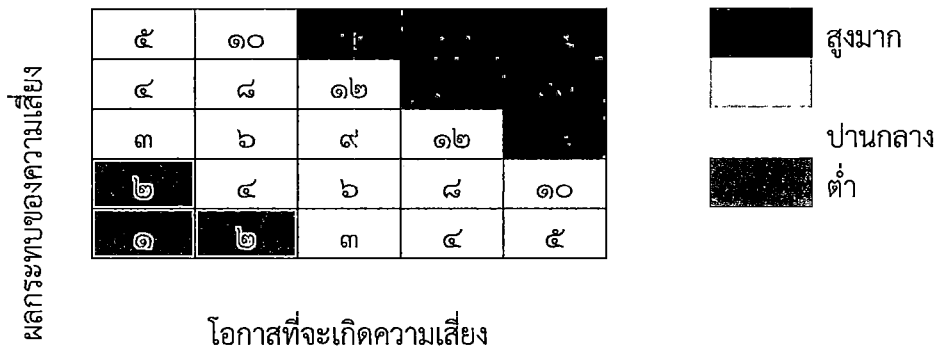
		องค์กรจะทราบเรื่อง	ห้องร้อง	-ถูกร้องเรียนต่อองค์กรภายนอก	
			-ยังไม่แพร่กระจายออกนอกโรงพยาบาล		
๗. สิ่งแวดล้อม	-เกิดสิ่งผิดปกติเพียงเล็กน้อย	-เกิดสิ่งผิดปกติเพียงเล็กน้อย	-เกิดสิ่งผิดปกติปานกลาง	-เกิดสิ่งผิดปกติอย่างรุนแรง	-เกิดสิ่งผิดปกติอย่างรุนแรง
	-เพียงแค่รับกวนการทำงานเท่านั้น	-ไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน	-ผลกระทบต่อการทำงานเพียงบางส่วน	-ผลกระทบต่อการทำงานทั้งหมด	-ผลกระทบต่อการทำงานทั้งหมด
		-จัดการได้ด้วยบุคลากรในหน่วยงาน	-จัดการได้ด้วยบุคลากรภายในโรงพยาบาล	-จัดการได้ด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายนอกโรงพยาบาล	-จัดการได้ด้วยหน่วยงานภายนอกและต้องอพยพผู้ป่วย/บุคลากร
๘. มูลค่าความเสียหายทางการเงิน	๐-๑๐,๐๐๐ บาท	๑๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐ บาท	๕๐,๐๐๑-๒๕๐,๐๐๐ บาท	๒๕๐,๐๐๑-๑๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท	มากกว่า ๑๐,๐๐,๐๐๐ บาท

คำนวณระดับความเสี่ยงโดยใช้สูตร


ระดับความเสี่ยง (Risk Exposure) = โอกาสที่จะเกิด x ผลกระทบความเสี่ยง

ระดับโอกาส (Opportunity) = โอกาสที่จะเกิด x ผลกระทบโอกาส

๖.๓ คณะทำงานของแต่ละหน่วยงาน คำนวณระดับความเสี่ยง ลงในแบบประเมินความเสี่ยงและโอกาสต่อระบบการจัดการ (FM-RSQ-๐๐๑-๐๐) โดยอ้างอิงตารางจะลำดับความเสี่ยงดังนี้



๖.๔ คณะทำงาน/ ฝ่าย ของแต่ละหน่วยงาน เมื่อทำการประเมินความเสี่ยงเรียบร้อยแล้ว ให้ดำเนินการส่งแบบประเมินความเสี่ยงและโอกาสให้กับคณะกรรมการระบบการจัดการคุณภาพ

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๑๗ จาก ๓๔
	เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ		เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา

ขั้นตอนที่ ๓ การจัดการความเสี่ยง (Action To Manage Risk)

๖.๕ คณะทำงานของแต่ละหน่วยงาน/ ฝ่าย นำข้อมูลประเมินความเสี่ยงมาดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงโดยจะต้องพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมในการตอบสนองต่อความเสี่ยง ประโยชน์ที่ได้รับโดยมีแนวทางการจัดการความเสี่ยงดังนี้

๑. หลีกเลี่ยงความเสี่ยง
๒. ป้องกันหรือกำจัดแหล่งของความเสี่ยง
๓. ยอมรับความเสี่ยงเพื่อรับเป็นโอกาส
๔. เปลี่ยนโอกาสเกิดหรือลดผลกระทบ
๕. กระจายความเสี่ยง
๖. คงความเสี่ยงไว้ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ
๗. อื่นๆ

อย่างไรก็ตามเพื่อให้การจัดการความเสี่ยงมีประสิทธิภาพสูงสุด ได้กำหนดกลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงเป็น ๒ ระยะ ได้แก่ การจัดการความเสี่ยงก่อนเกิดเหตุและการจัดการความเสี่ยงหลังเกิดเหตุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๖.๕.๑ การจัดการความเสี่ยงก่อนเกิดเหตุ

๑) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) เช่น การส่งต่อผู้ป่วยโดยไม่เปิดห้องผ่าตัด กรณีไม่มีวิสัญญีแพทย์/ พยาบาล

๒) การผ่องถ่ายความเสี่ยง (risk transfer) เช่น จ้างเหมาบริษัทเพื่อดูแลเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อน และการส่งตรวจพิเศษบางอย่างที่ต้องใช้เทคนิคพิเศษและทำไม่บ่อยไปยังห้องปฏิบัติการภายนอก

๓) การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) มีหลายรูปแบบ ได้แก่

๓.๑) การป้องกัน (protection) เช่น ใส่เสื้อตะกั่ว ใส่ข้อมือในกล่องที่หนา การฉีดวัคซีน การตรวจสอบ software ว่ามีไวรัสหรือไม่ก่อนติดตั้ง การคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงก่อนทำหัตถการบางอย่าง

๓.๒) การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันและมาตรฐานเกี่ยวกับเครื่องมือ เช่น การตรวจสอบเครื่องมือ การสอบเทียบเครื่องมือต่างๆ การทดสอบระบบสำรอง การจำกัดผู้ใช้เครื่องมือ การฝึกปฏิบัติสำหรับผู้ใช้เครื่องมือที่มีความซับซ้อน/ เทคนิคพิเศษ

๓.๓) มีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา การตรวจอุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน การรับส่งผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด การรับเงิน การตรวจสอบคุณสมบัติของแพทย์ การป้องกันความเสี่ยงระบบสำรองไฟ เครื่องมืออุปกรณ์ การสำรองข้อมูล และจัดทำฐานข้อมูลความเสี่ยงทั้งองค์กร

๓.๔) การแบ่งแยกความเสี่ยง (risk segregation) ได้แก่ การแบ่งแยกหรือจัดให้มีระบบสำรองสำหรับทรัพยากรในการทำงาน แต่ละหน่วยงานจะต้องระบุความเสี่ยงและวิธีการจัดการกับความเสี่ยง



ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๑๘ จาก ๓๔
เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ			เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา	

การจัดทำรายการความเสี่ยงสรุปของหน่วยงาน และให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้เกิดความตระหนักในการจำกัดขอบเขต/ ป้องกันความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของตนเอง และมีความเป็นเจ้าของระบบบริหารความเสี่ยง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

๓.๕) มีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้แก่ ทุกหน่วยงานมีระบบรายงานความเสี่ยง ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรายงานความเสี่ยงได้หลายช่องทาง สะดวก มีการสื่อสาร ย้อนกลับ และไม่เปิดเผยแก่ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกรณีที่เป็นความลับ นอกจากนี้ยังต้องทบทวนว่าความเสี่ยงแต่ละรายการมีมาตรการในการควบคุมหรือป้องกันหรือไม่ และมาตรการเหล่านั้นเพียงพอหรือไม่ ควรดำเนินการอย่างไร

๖.๕.๒ การจัดการความเสี่ยงหลังเกิดเหตุ

๑) ลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ (loss reduction) เป็นการดูแลแก้ปัญหาฉับพลันโดยการเอาใจใส่ ดูแลอำนวยความสะดวกแก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความเสียหาย ให้ข้อมูลตรงไปตรงมาภายใต้คำแนะนำของผู้รู้กฎหมาย การสื่อสารและความเข้าใจที่ดีต่อกันจะช่วยป้องกันการฟ้องร้องได้ แม้จะเป็นเหตุการณ์ที่ดูเล็กน้อย เช่น คำร้องเรียนของผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นสัญญาณเตือนว่าจะต้องปรับปรุงการสื่อสารและสัมพันธ์ภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย นอกจากนี้ควรประทับใจดูแลด้านขวัญกำลังใจทั้งผู้ป่วยญาติ และเจ้าหน้าที่ รายงานผู้บริหารสูงสุด/ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และติดตามประเมินผลภายหลังภายหลังการไกล่เกลี่ยอย่างต่อเนื่อง

๒) การบริหารเงินชดเชยค่าเสียหาย กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหายที่ควบคุมค่าเสียหาย/ ไกล่เกลี่ย จะเป็นผู้สรุปข้อมูล ปัญหา นำเสนอผู้บริหารสูงสุดและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาล ร่วมกันพิจารณาชดเชยค่าเสียหายอย่างเหมาะสม, ยุติธรรม ทุกฝ่าย

๖.๖ คณะกรรมการระบบการจัดการคุณภาพนำแบบประเมินความเสี่ยงและโอกาส เพื่อจัดทำแผนการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนด โดยให้คณะทำงานของแต่ละหน่วยงานบันทึกลงในแบบฟอร์มแผนการบริหารความเสี่ยง (FM-RSQ-๐๐๒-๐๐)

๖.๗ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ให้คณะทำงานระบบการจัดการคุณภาพของแต่ละหน่วยงานปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในแผนบริหารความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินผล (Evaluation)

๖.๘ หัวหน้าคณะกรรมการระบบการจัดการคุณภาพติดตามผลของการบริหารความเสี่ยง พร้อมชี้แจงความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานเป็นระยะต่อผู้บริหารและนำเรื่องเข้าในวาระการประชุมทบทวนต่อไป กรณีที่การบริหารความเสี่ยงไม่เป็นไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้ให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ เรื่องสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดและกิจกรรมการแก้ไข (FM-RSQ-๐๐๓-๐๐)

ประเด็นที่ควรทบทวนเพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่

- ๑) การเขียนรายงานอุบัติการณ์และการส่งใบรายงานตามระยะเวลาที่กำหนด
- ๒) จำนวน และประเภท risk/ อุบัติการณ์
- ๓) อัตราของความเสียหาย/ อุบัติการณ์ตามกลุ่มประเภทความเสี่ยง/ ความรุนแรง

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๑๙ จาก ๓๔
	เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ		เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา

- ๔) ระดับความรุนแรง
- ๕) อัตราการเกิดซ้ำ
- ๖) สัดส่วน Miss: Near Miss ในความเสี่ยงที่สำคัญ
- ๗) Residual Risk
- ๘) อัตราการเกิด Risk ระดับ E-I
- ๙) การทำ RCA^๒ ใน Risk สีส้มและสีแดง

๖.๙ จะต้องมีการทำทบทวนความเสี่ยงและมาตรการควบคุมและป้องกันความเสี่ยงของโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้งหรือจะทบทวนเมื่อบริบทของโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปจากที่ตั้งไว้ ภายในระยะเวลา ๖๐ วัน

๖.๑๐ สรุปลักษณะการบริหารความเสี่ยงที่ดำเนินการไปในรอบปี และสรุปค่าใช้จ่ายในการดำเนินการเชิงป้องกัน และเชิงแก้ไข

๖.๑๑ ประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรของเจ้าหน้าที่ปีละ ๑ ครั้ง

๖.๑๒ ติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพของระบบบริหารความเสี่ยงรายไตรมาส


๗. เครื่องชี้วัดคุณภาพ

- ๗.๑ จำนวนความเสี่ยงทั้งหมด
- ๗.๒ อัตรา self report
- ๗.๓ สัดส่วนของ miss : near miss ที่สำคัญ
- ๗.๔ ร้อยละของอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ
- ๗.๕ จำนวนการเกิด Adverse Event ซ้ำ
- ๗.๖ Coverage of risk prevention
- ๗.๗ Compliance of prevention guideline
- ๗.๘ อุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงระดับปานกลางและรุนแรง (Error Rate of Risk; orange/ red)
- ๗.๙ จำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับการเยียวยา (Rate of Mitigation)
- ๗.๑๐ จำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับการจ่ายเงินชดเชยตามมาตรา ๔๑/ ประกันสังคม

๘. เอกสารอ้างอิง

๘.๑ กรมสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ. (พฤศจิกายน ๒๕๖๑). เอกสารประกอบการอบรม “พบส. ๑ มาตรฐานวิศวกรรมกรรมการแพทย์ ด้านที่ ๑ ระบบการจัดการคุณภาพในโรงพยาบาล. สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต ๖ จังหวัดชลบุรี. การประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ. เดอะไฮด์ รีสอร์ท บางแสน จังหวัดชลบุรี.

๘.๒ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (๒๕๖๑). คู่มือการใช้งาน ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System: HRMS).

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๒๐ จาก ๓๔
	เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัย		เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา

๙. ภาคผนวก

๙.๑ กระบวนการหลักการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk Management of Unit; Top – Down Flow chart

๙.๒ ขั้นตอนการเขียนและส่งรายงานเหตุการณ์/ อุบัติการณ์ของหน่วยงาน

๙.๓ ผังขั้นตอนการไหลของข้อมูลรายงานเหตุการณ์/ อุบัติการณ์ ของหน่วยงานและทีมนำทางคลินิก

๙.๔ การบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วของโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

๙.๕ แนวทางการรายงานความเสี่ยงออนไลน์ ในระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System; HRMS)

๙.๖ FM-RSQ-๐๐๑-๐๐ เรื่อง แบบประเมินความเสี่ยง

๙.๗ FM-RSQ-๐๐๒-๐๐ เรื่อง แบบฟอร์มแผนการบริหารความเสี่ยง


๙.๘ FM-RSQ-๐๐๓-๐๐ เรื่อง บันทึกสิ่งไม่เป็นไปตามที่กำหนด

๙.๙ FM-RSQ-๐๐๔-๐๐ เรื่อง ทะเบียนบันทึกสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนด



ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๒๑ จาก ๓๔
เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ			เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธาร่า	

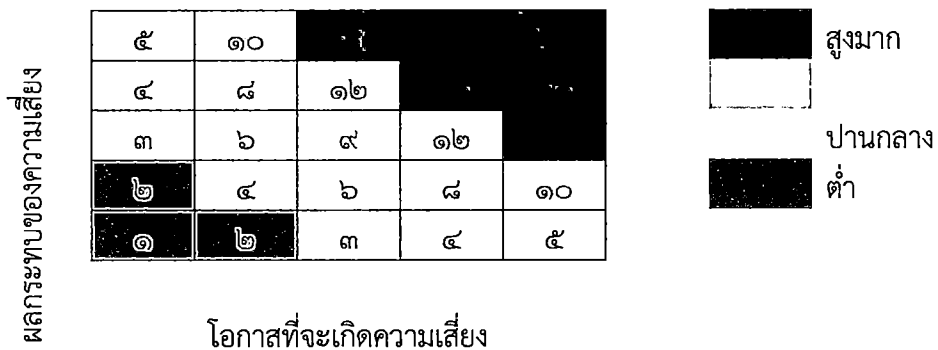
ภาคผนวก

	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๒๒ จาก ๓๔
	เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ			เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธารา	

๙.๑ กระบวนการหลักการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk Management of Unit; Top – Down Flow chart)

๑. การค้นหาความเสี่ยง

- ทุกหน่วยงานมีการค้นหา รวบรวมความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น นำมาจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง
- แยกหมวดหมู่ ประเมินระดับความเสี่ยง โดยการประเมินจากผลกระทบและความถี่



- จัดทำมาตรฐานการป้องกันและแก้ไข วางแนวทางการเชิงระบบ วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง




๒. การประเมินความเสี่ยง

- จัดระดับความรุนแรงและจัดการอุบัติการณ์ / ความเสี่ยงเบื้องต้น
- เขียนใบรายงานความเสี่ยงและดำเนินการหาแนวทาง / มาตรการป้องกัน ตามระยะเวลาของระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่กำหนด
- ดำเนินการแก้ไข จัดการข้อร้องเรียนและมีระบบการสื่อสารให้ผู้ร้องเรียนทราบ
- มีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง วิเคราะห์และประเมินผล เพื่อทราบสถานการณ์ที่เกิดในปัจจุบันและคาดการณ์ความเสี่ยงอนาคต



๓. การจัดการความเสี่ยง

- มีการป้องกัน / หลีกเลี่ยงความเสี่ยง
- ลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์


	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๒๓ จาก ๓๔
	เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ			เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา	

- รายงานผลการแก้ไข้ปัญหาให้แก่คณะกรรมการงานบริหารความเสี่ยง
- มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

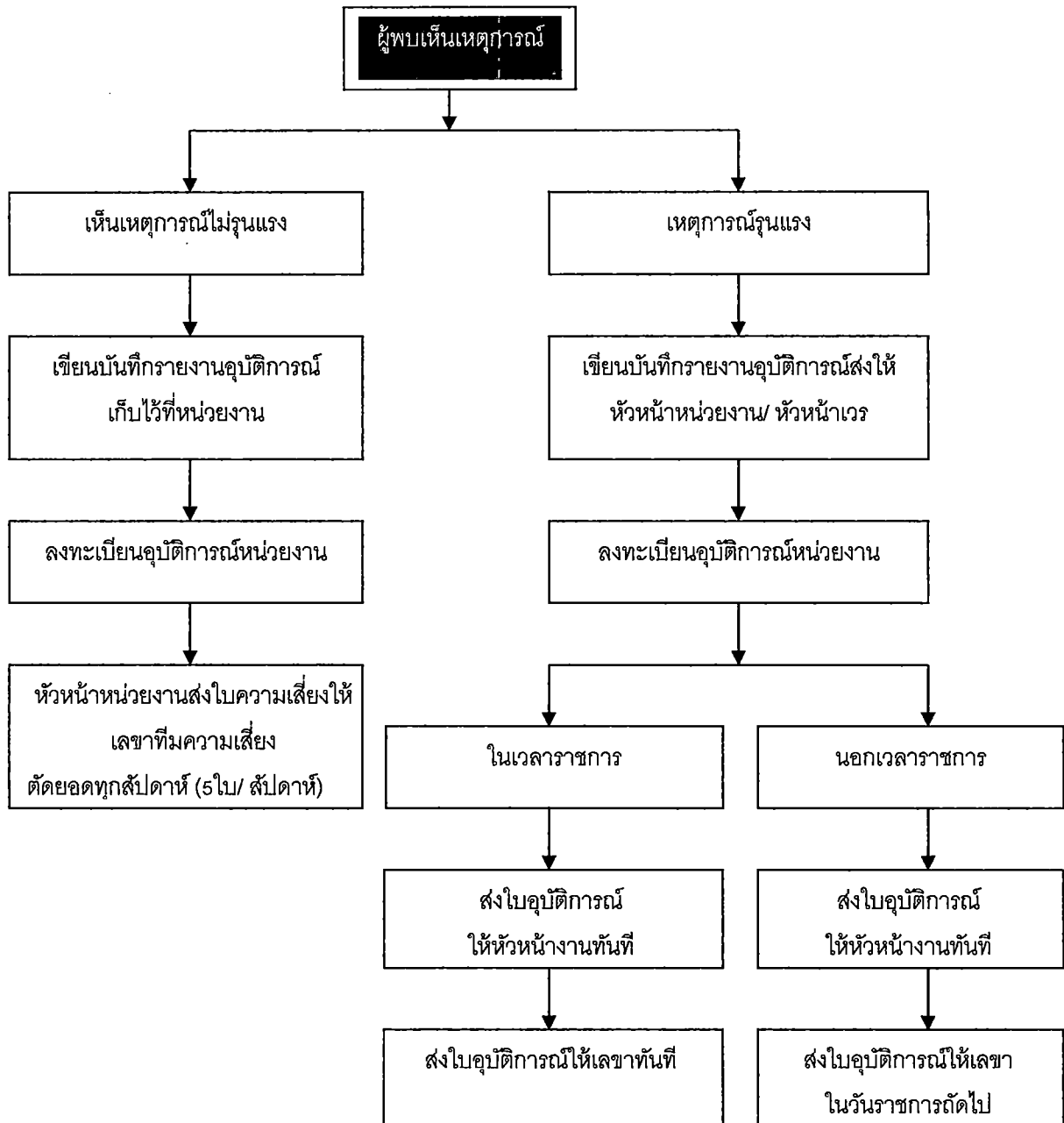



๔. การประเมินผล

- ติดตามและประเมินผลตามตัวชี้วัด
- การทบทวนความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น จากสถิติการรายงานอุบัติการณ์ระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาล
- ส่งข้อมูลให้ทีมที่เกี่ยวข้องทบทวนอุบัติการณ์ วิเคราะห์ สาเหตุ ป้องกันการเกิดซ้ำ และหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม
- มีการสื่อสารผลการดำเนินการแก้ไข
- นำเสนอผลต่อทีมนำโรงพยาบาลทุกเดือน

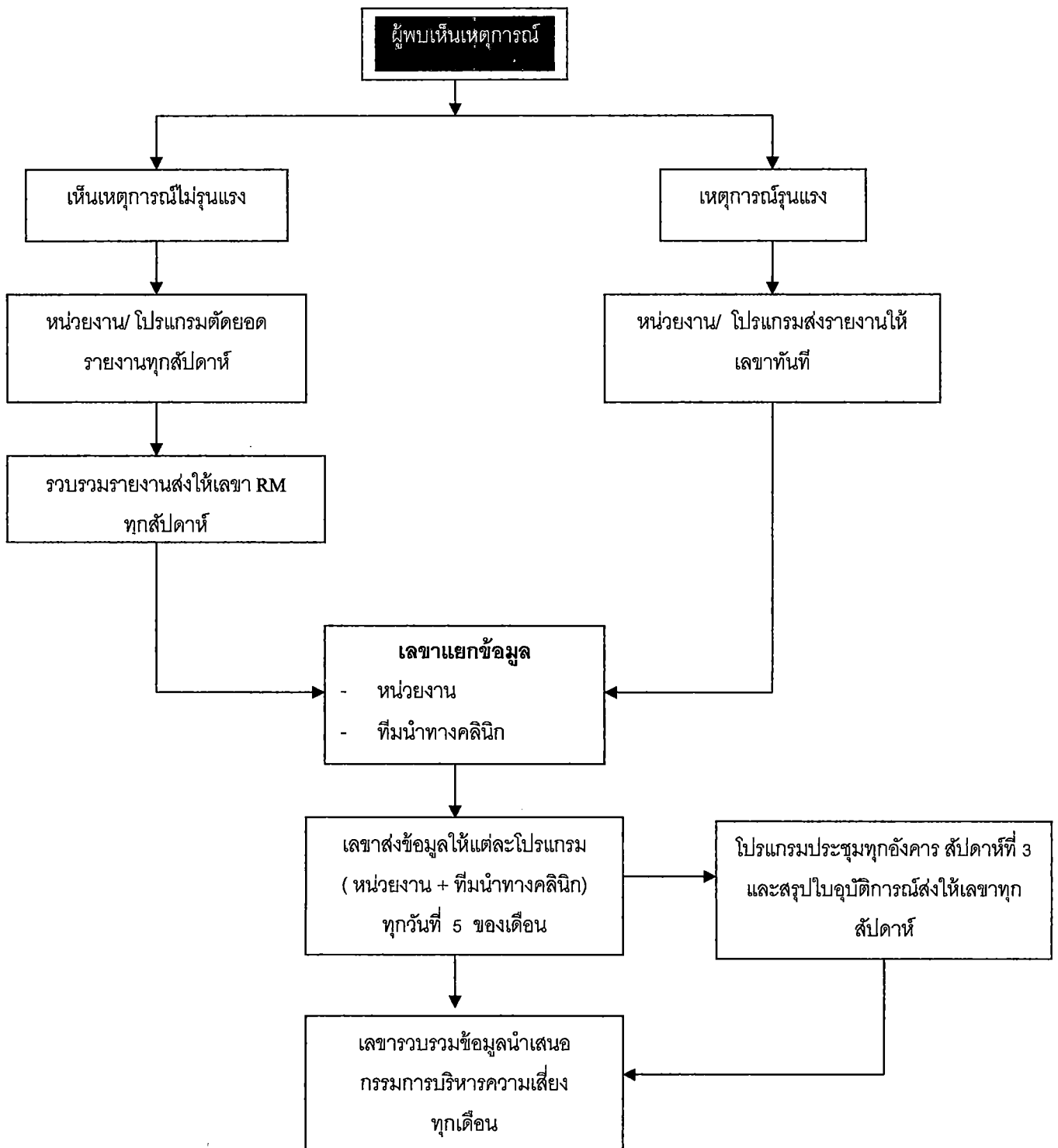
	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๒๔ จาก ๓๔
	เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ			เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธารา	

๙.๒ ขั้นตอนการเขียนและส่งรายงานเหตุการณ์/ อุบัติการณ์ของหน่วยงาน



	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๒๕ จาก ๓๔
	เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ		เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา

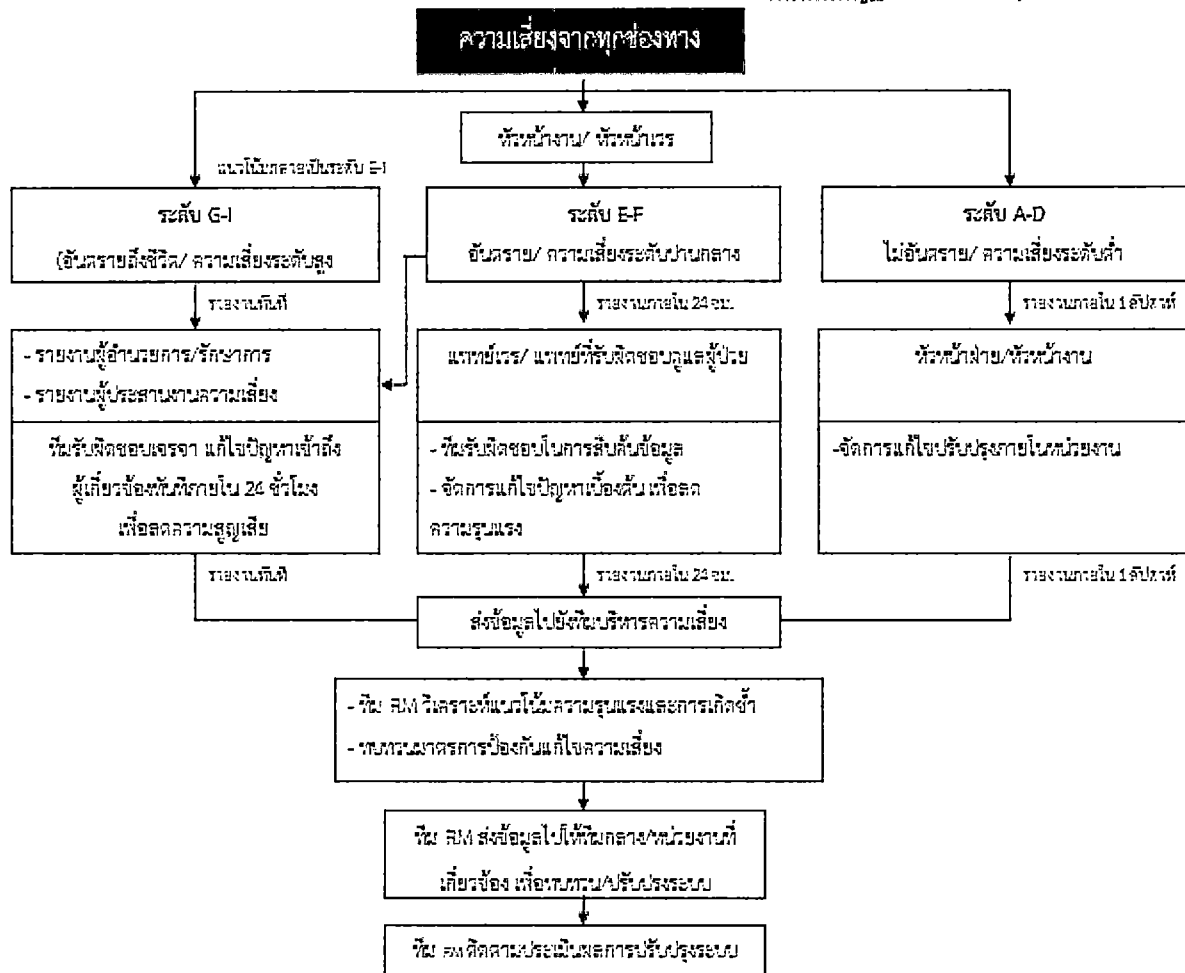
๙.๓ ผังขั้นตอนการไหลของข้อมูลรายงานเหตุการณ์/ อุบัติการณ์
ของหน่วยงานและทีมนำทางคลินิก






ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๒๖ จาก ๓๔
เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัย			เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธารา	

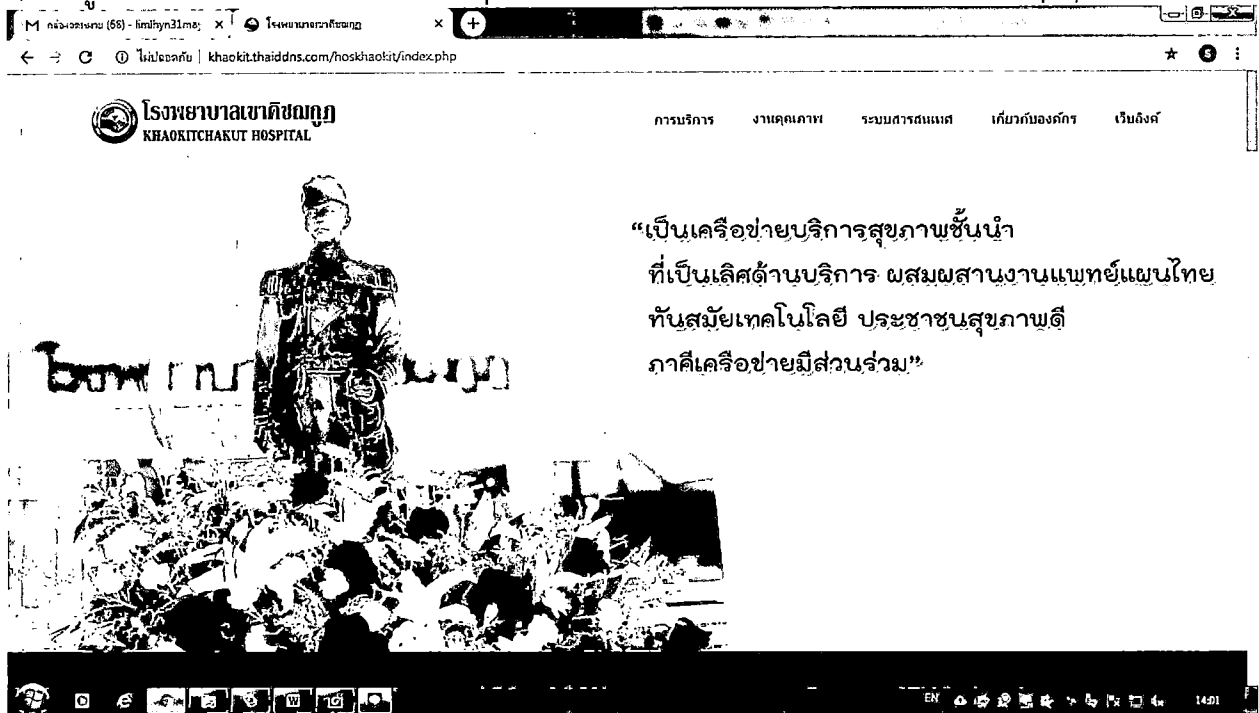
๙.๔ การบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วของโรงพยาบาลเจ้าชัชกุล จังหวัดจันทบุรี



	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๒๗ จาก ๓๔
	เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ		เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธารธา

๙.๕ แนวทางการรายงานความเสี่ยงออนไลน์ ในระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System; HRMS)

๑. เข้าสู่ website ของโรงพยาบาล >> <http://khaokit.thaiddns.com/hoskhaokit/index.php>



๒. คลิกที่ระบบสารสนเทศ >> ระบบความเสี่ยง



ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๒๘ จาก ๓๔
เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ			เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา	

“เป็นเครือข่ายบริการ”
“ที่เป็นเลิศด้านบริการ”

- บริการ
- งานคุณภาพ
- ระบบสารสนเทศ
- เกี่ยวกับองค์กร
- เบ็ดเตล็ด
- เจ็ดตามบริการ
- ศูนย์ข้อมูล Datacenter
- ระบบบันทึกเรียกเก็บ-ค่านาย
- คลังชีวิต
- ระบบเอกสาร
- นพแพทย์แผนไทย
- แผนกส่งเสริมโรงพยาบาล
- ระบบรักษา
- ระบบคลัง
- งานช่าง/น
- ระบบเวชระเบียน
- ระบบความเสิร์ช
- ระบบระบบห้องแจ้ง
- รายงาน The Staff
- แบบทดสอบออนไลน์
- เข้าสู่ระบบ

๓. ใส่ user ID และ Password

ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล
Healthcare Risk Management System

Healthcare Risk Management System


User ID:

Password:

Log in

โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ



	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๒๙ จาก ๓๔
	เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ			เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธาร่า	

๔. เข้าสู่ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System) ปฏิบัติตามคู่มือการใช้งานระบบ HRMS on cloud ต่อไป Link ตาม QR code ดังนี้





ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๓๐ จาก ๓๔
เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ			เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธารา	

๙.๖ FM-RSQ-๐๐๑-๐๐ เรื่อง แบบประเมินความเสี่ยง

FM-RSQ-๐๐๑-๐๐ เรื่อง แบบประเมินความเสี่ยง	วันที่ประกาศใช้	แก้ไขครั้งที่
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดฉะเชิงเทรา	๑๑/๑๑/๒๕๖๑	๐๑



<input type="radio"/> ปัจจัยภายใน/จัดซื้อภายใน <input type="radio"/> จัดทำนอกองค์กร/ผู้มีส่วนได้เสีย <input type="radio"/> กระบวนการ/กิจกรรม.....		การประเมินตามความเสี่ยง		มาตรการ	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
ความเสี่ยง/โอกาส	ความรุนแรง/โอกาส	โอกาส (Likelihood)	ระดับความเสี่ยง			
ต่ำ-สูง						

.....
 ()
 ผู้อนุมัติโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
 วันที่.....

.....
 ()
 คณะกรรมการควบคุมภายใน
 วันที่.....

.....
 ()
 ตำแหน่ง.....
 วันที่.....



ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๓๑ จาก ๓๔
เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ		เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธารา

๙.๗ FM-RSQ-๐๐๑-๐๐ เรื่อง แบบฟอร์มแผนการบริหารความเสี่ยง

FM-RSQ-๐๐๑-๐๐ เรื่อง แบบฟอร์มแผนการบริหารความเสี่ยง	วันที่ประกาศใช้	แก้ไขครั้งที่
โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดนนทบุรี	๑๐/๐๓/๒๐๒๒	๐๑




หัวข้อเรื่อง แผนการบริหารความเสี่ยงประจำปี
 ที่จัดไว้ที่ หน่วยงาน เป็นหมายเลข

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ขั้นตอน/วิธีการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ	กำหนดเสร็จ	หมายเหตุ

.....
 (.....)
 ผู้ดำเนินการ/ประเมิน/ตรวจสอบ/อนุมัติ
 วันที่.....

.....
 (.....)
 คณะกรรมการ/ผู้ตรวจ
 วันที่.....

.....
 (.....)
 คัดเลือก/.....
 วันที่.....

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๓๒ จาก ๓๔
	เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ		เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
	ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธาร

๙.๘ FM-RSQ-๐๐๓-๐๐ เรื่อง บันทึกสิ่งไม่เป็นไปตามที่กำหนด



FM-RSQ-๐๐๓-๐๐ เรื่อง บันทึกสิ่งไม่เป็นไปตามที่กำหนด	วันที่ประกาศใช้	แก้ไขครั้งที่
โรงพยาบาลเขาศึกษณ์ภู จังหวัดจันทบุรี	๐๐/๐๐/๐๐๐๐	๐๐

บันทึกสิ่งไม่เป็นไปตามที่กำหนด

ส่วนที่ ๑ ประเภทสิ่งไม่เป็นไปตามที่กำหนดและรายละเอียด

- ข้อร้องเรียนจากลูกค้า
- การตรวจคุณภาพ
- การตรวจเช็คเครื่องมือ
- การตรวจระดับวัสดุสิ้นเปลือง
- การสังเกตพบของเจ้าหน้าที่
- การตรวจสอบใบรายงานผลการตรวจเยี่ยม
- การพบเห็นการบริหาร
- การตรวจติดตามคุณภาพภายใน
- การตรวจประเมินจากภายนอก
- อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

รายละเอียดทั้งหมด

.....

หลักฐานทั้งหมด

.....

.....

ผู้บันทึก

()

รับ.....เดือน.....พ.ศ.....



ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(๑)	หน้า ๓๓ จาก ๓๔
เรื่อง	การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยฯ		เลขที่	SP-RSQ-๐๐๑-๐๐	
ผู้จัดทำ	LED Team	วันที่เริ่มใช้	๑๐ มี.ค. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธารา

ส่วนที่ ๒ ปลอดภัยของสารเคมีของสถานที่ไม่มีป้ายที่ตำแหน่งกักขังในบริเวณที่เข้านั่ง

- ไม่มีการพบเห็น มีการพบเห็น
 มีป้ายกำกับ มีคนผู้รับผิดชอบ มีป้ายกำกับ

ชื่อผู้รับผิดชอบ:

ชื่อสถานที่:

วันที่:

(.....)

วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ ๓ มาตรการความปลอดภัยการดำเนินงาน

การปฏิบัติงานที่เสี่ยง

(ชื่อสถานที่)

รายละเอียดการเกิด

มาตรการป้องกัน

กำหนดความถี่หรือวิธีดำเนินการป้องกันอื่นที่

ผู้รับผิดชอบ:

(.....)

วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ ๔ การตรวจสอบประสิทธิภาพ

- การปฏิบัติตามข้อกำหนด
 การปฏิบัติตามข้อกำหนด/ใช้มาตรการป้องกันตาม ๕๓-๕๕ พ.ร.บ.
 ได้ปฏิบัติตาม ไม่ปฏิบัติตาม อื่นๆ (โปรด

ระบุ.....)

รายละเอียด:

ผู้ตรวจ:

(.....)

วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อและตำแหน่ง:

(.....)

วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

