โรงพยาบาลมวกเหล็ก

ระเบียบปฏิบัติงาน	เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง			
รหัสเอกสาร ; P-RSM-001	เริ่มใช้ : เมษายน 2557	พิมพ์ครั้งที่ : 4	แก้ไขครั้งที่ : 4	หน้า: 20

ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง
การบริหารความเสี่ยง

ผู้รับผิดชอบ		ลงชื่อ	วัน/ เดือน/ ปี
จัดทำโดย	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง		9 เมษายน 2557
ทบทวนโดย	นางชมภูนุช เศรษฐผล		11 เมษายน 2557
อนุมัติโดย	พญ.ศิรดา ภูริวัฒนพงศ์		17 เมษายน 2557

บันทึกการแก้ไข

ฉบับที่	วันที่มีผลบังคับใช้	ลักษณะการแก้ไข
ฉบับที่ 2	12 กันยายน 2552	- ปรับโครงสร้างทีม, ปรับนโยบายและวิธีปฏิบัติให้รัดกุมยิ่งขึ้น
ฉบับที่ 3	20 กันยายน 2552	- เพิ่มตัวชี้วัด, ปรับเพิ่มโปรแกรมความเสี่ยง, ปรับผู้รับผิดชอบโปรแกรม, เพิ่มภาคผนวกที่ 9 ใบสรุปอุบัติการณ์ความเสี่ยงประจำสัปดาห์ และปรับรายชื่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
ฉบับที่ 4	28 กุมภาพันธ์ 2554	- ปรับรายชื่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง, เปลี่ยนแบบใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เพิ่มภาคผนวกที่ 9-10, ยกเลิกใบสรุปอุบัติการณ์ประจำสัปดาห์
ฉบับที่ 5	9 เมษายน 2557	- ปรับรายชื่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง - ขั้นตอนบันทึกอุบัติการณ์ผ่านเว็บไซต์

สำเนาเอกสารฉบับที่ :

เอกสารฉบับ ( ) ควบคุม ( ) ไม่ควบคุม

โรงพยาบาลมวกเหล็ก	**หน้า : 1/20**
ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	**ฉบับที่ : 5**
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	**วันที่บังคับใช้ : 17 เมษายน 2557**
แผนก : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	**แผนกที่เกี่ยวข้อง :ทุกหน่วยงาน**
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	**ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมวกเหล็ก**

การบริหารความเสี่ยง

1. นโยบาย

โรงพยาบาลมวกเหล็กมีการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยสูง สุดของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถจัดระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อสร้างหลักประกันแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ ว่าจะได้รับความปลอดภัยจากบริการสุขภาพของโรงพยาบาล
3. เพื่อลดความเสี่ยงและความเสียหายทุกรูปแบบที่จะเกิดขึ้นในโรงพยาบาล

3. ขอบข่าย

ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้ครอบคลุมการจัดการความเสี่ยงทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลมวกเหล็ก

4. เป้าหมาย

1. ลดอัตราการเกิดอุบัติการณ์/ความเสี่ยงที่ป้องกันได้
2. เพิ่มประสิทธิภาพการจัดระบบบริหารความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่และโรงพยาบาล

5. ตัวชี้วัด

1. อัตราการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ (ไม่รวมความคลาดเคลื่อนทางยา) < 10 %
2. อัตราการเกิดอุบัติการณ์ที่มีมาตรการป้องกันแล้วยังเกิดซ้ำ < 20 %

3. อัตราอุบัติการณ์ / ความเสี่ยงได้รับการแก้ไขป้องกัน > 90 %
4. อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงระดับ E ได้รับการแก้ไขหา RCA และการป้องกัน 100%
5. อัตราการรายงาน near miss >20%

6. คำนิยามศัพท์

6.1 ความเสี่ยง (Risk) คือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ และ พร้อมที่จะเกิดความเสียหายขึ้นได้ เมื่อมีปัจจัยเหมาะสม เช่น การเกิดอัคคีภัย ทรัพย์สินสูญหาย ถังแก๊สระเบิด การร้องเรียน เกิดการบาดเจ็บ รวมทั้งความไม่แน่นอน เป็นต้น

6.2 การบริหารความเสี่ยง (Risk Management / RM) หมายถึงการจัดการในเรื่องการค้นหา ความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผล รวมทั้งการดำเนินการเพื่อป้องกันความเสี่ยงและการจัดการเมื่อเกิดปัญหา

7. ความรับผิดชอบ

7.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / ผู้รักษาการแทนมีหน้าที่

- เป็นที่ปรึกษาการวางระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- รับรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยงระดับ E ดำเนินการควบคุม /จัดการความเสี่ยงทันที
- การบริหารการเงินเพื่อชดเชยความสูญเสียของโรงพยาบาล พิจารณาและดำเนินการเกี่ยวกับคำเรียกร้องค่าเสียหาย

7.2 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง มีหน้าที่

- กำหนดนโยบายและวางแผนการบริหารความเสี่ยงรับทราบรายงานความเสี่ยง
- ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง
- บริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล , ปัญหาความเสี่ยงที่มีความซับซ้อน
- ติดตามผลการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง
- เป็นศูนย์กลางการประสานข้อมูลและกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล การประสานโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง

- รวบรวมตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
- ติดตาม ควบคุม กำกับดูแล ให้มีการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงในโรงพยาบาล
- ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน
- ส่งเสริมและสนับสนุน เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ
- สรุปข้อมูลอุบัติการณ์ของแต่ละหน่วยงานทุก 1 เดือน ส่งกลับให้แต่ละหน่วยงานรับทราบและปรับปรุงแก้ไข
- ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

7.3 ผู้จัดการความเสี่ยงมีหน้าที่

- รับรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยงระดับ E ที่เกิดขึ้นดำเนินการแก้ไขเบื้องต้นทันที
- วิเคราะห์หาสาเหตุ และแนวทางการลดความเสียหาย
- เจรจาไกล่เกลี่ยกับผู้เสียหาย
- ประสานงานด้านกฎหมาย / หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- พิจารณาการช่วยเหลือและค่าเรียกร้องความเสียหาย
- สรุปรายงานส่งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

7.4 หัวหน้างานมีหน้าที่

- รับรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยงที่เกิดในหน่วยงานดำเนินการ แก้ไขเบื้องต้น
- วิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงาน จัดทำบัญชีความเสี่ยง และกำหนดมาตรการเพื่อป้องกัน /ลดความสูญเสีย
- รายงานความเสี่ยงระดับ E –I ต่อผู้จัดการความเสี่ยงทันที
- สรุปรายงานความเสี่ยงระดับ A-D ส่งผู้จัดการความเสี่ยงทุกวันศุกร์

8. วิธีปฏิบัติ / ขั้นตอนการดำเนินงาน

8.1 การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) เป็นการทบทวนเพื่อดูว่ามีโอกาสจะเกิดความสูญเสียในด้านใดบ้าง และนำมากำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม โดยมีหลักในการค้นหาความเสี่ยง ดังนี้

8.1.1 ทีมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเข้าไปเยี่ยมและสังเกตการณ์ความเสี่ยงในหน่วยงานและวิธีปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในแต่ละหน่วยงาน รวบรวมความเสี่ยงที่ค้นพบ และส่งให้แต่ละหน่วยงานทบทวนตนเอง

8.1.2 ให้แต่ละหน่วยงานค้นหาความเสี่ยงโดยการตั้งคำถามในหน่วยงานตนเอง เช่น

- ในหน่วยงานของท่านอะไรคือสิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้น
- ประสบการณ์ของท่านเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้าง
- มีข้อมูลหรือปัญหาที่ได้รับรายงานจากการบริการอะไรบ้าง
- ช่วงเวลาหรือสถานการณ์ใดที่ทำงานของหน่วยงานนั้นมีความเสี่ยงมาก
- ปัญหาหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในหน่วยงาน
- จากกระบวนการทำงานของหน่วยงาน
- มีข้อร้องเรียนอะไรบ้าง

เมื่อแต่ละหน่วยงานค้นหาความเสี่ยงได้แล้วให้จัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานโดยลงบันทึกในแบบฟอร์มบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน(Risk Profile) และจัดทำมาตรการป้องกัน

โปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล มี 9 โปรแกรม ดังนี้

โปรแกรมที่ 1 ความเสี่ยงทางคลินิกและการดูแลผู้ป่วย

โปรแกรมที่ 2 สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย สาธารณูปโภค อาคารสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก

โปรแกรมที่ 3 อาชีวอนามัย และความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่

โปรแกรมที่ 4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

โปรแกรมที่ 5 ข้อร้องเรียนและสิทธิผู้ป่วย

โปรแกรมที่ 6 เครื่องมือ, อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์

โปรแกรมที่ 7 ความปลอดภัยจากการใช้ยา

โปรแกรมที่ 8 ระบบบริการ/ บริหารจัดการ

โปรแกรมที่ 9 ระบบ IT/ ติดต่อสื่อสาร

การค้นหาความเสี่ยงมีเป้าหมาย เพื่อการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น การควบคุมความเสียหายและที่สำคัญเพื่อป้องกันปัญหาในอนาคต

8.2.การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) เป็นการประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เห็นว่า อะไรคือความเสี่ยงที่ต้องระมัดระวัง อะไรคือความเสี่ยงที่ต้องแก้ไขทันทีโดยใช้การประเมินความถี่และความรุนแรง และจะต้องไม่ให้ความเสี่ยงที่พบบ่อยมาบดบังความเสี่ยงที่รุนแรง และส่งผลกระทบสูงถึงแม้ว่าจะมีความถี่ต่ำ โรงพยาบาลได้จัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงไว้ 9 ระดับ ดังนี้

ระดับความรุนแรง	เกณฑ์การประเมิน	การรายงาน
Category A	● ไม่มีความผิดพลาดเกิดขึ้น แต่มีแนวโน้มที่อาจทำให้เกิดอุบัติการณ์ได้ (near miss)	● ใบรายงานอุบัติการณ์ส่งที่เลขานุการทีมบริหารความเสี่ยง /ศูนย์คุณภาพ ทุกวันศุกร์
Category B	● มีความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ เนื่องจากความผิดพลาดนั้นยังไปไม่ถึงผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ ● กรณีเกิดต่ออุปกรณ์ต้องเป็นอุปกรณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง	● ใบรายงานอุบัติการณ์ส่งที่เลขานุการทีมบริหารความเสี่ยง /ศูนย์คุณภาพ ทุกวันศุกร์

ระดับความรุนแรง	เกณฑ์การประเมิน	การรายงาน

Category C,D	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ / ทรัพย์สิน ถึงแม้ว่าความผิดพลาดนั้นจะไปถึงผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ / ทรัพย์สินแล้วก็ตาม และ/หรือ ● จำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม ● ได้รับการดูแลแก้ไขเพิ่มเติม ● กรณีเกิดต่ออุปกรณ์ต้องเป็นอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง แต่ไม่ใช่อุปกรณ์ช่วยฉุกเฉิน ● ข้อเสนอแนะทั้งที่เป็นลายลักษณ์อักษรและไม่เป็นลายลักษณ์อักษร	● ใบรายงานอุบัติการณ์ส่งที่เลขา นุการทีมบริหารความเสี่ยง /ศูนย์ คุณภาพ ทุกวันศุกร์
Category E, F , G , H , I	มีความผิดพลาดเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ / ระบบงาน ● เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยชั่วคราว ต้องได้รับการรักษา ● ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ● เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวรมีความพิการ ทุพพลภาพ ● เป็นอันตรายเกือบถึงแก่ชีวิต เช่น แพ้ยาแบบ anaphylaxis ● เสียชีวิต ● มีการฟ้องร้องชดใช้ค่าเสียหาย ● กรณีมีการโจรกรรมหรือลักขโมยทำร้ายร่างกาย ● กรณีเกิดต่ออุปกรณ์ต้องเป็นอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงและเป็นอุปกรณ์สำคัญในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน (Ambu bag , Suction , Defibrillation , Laryngoscope)หรือเกี่ยวข้องกับระบบการทำงานที่สำคัญ (รถ Refer , O2 , รถ Emergency)	● รายงานผู้อำนวยการ / ผู้รักษาการแทนทันที - สรุปรายละเอียดของเหตุการณ์ในแบบรายงานความเสี่ยงส่งเลขานุการทีมบริหารความเสี่ยงภายใน 24 ชม. - ผู้จัดการความเสี่ยงประสานข้อมูลกับผู้รับผิดชอบโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง

8.3 การรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยง (Incident Report)

8.3.1 ความเสี่ยงระดับ A คือมีแนวโน้มที่จะเกิดอุบัติการณ์ได้ (near miss)

เมื่อพบความเสี่ยงระดับ A คือมีแนวโน้มที่จะเกิดอุบัติการณ์ได้ (near miss) ให้เจ้าหน้าที่ที่พบเหตุการณ์ประเมินสถานการณ์ แจ้งหัวหน้าเวร / หัวหน้าหน่วยงานรับทราบเพื่อหาแนวทางป้องกันแก้ไข โดยหัวหน้างานเป็นผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ผู้พบเหตุการณ์บันทึกใบรายงานอุบัติการณ์ หัวหน้างาน / ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานรวบรวมใบอุบัติการณ์ส่งผู้จัดการความเสี่ยงโรงพยาบาลทุกวันศุกร์

8.3.2 อุบัติการณ์ / ความเสี่ยงที่มีความรุนแรงระดับ B รุนแรงน้อย

8.3.3 อุบัติการณ์ / ความเสี่ยงที่มีความรุนแรงระดับ C-D รุนแรงปานกลาง

เมื่อเกิดอุบัติการณ์ / ความเสี่ยงความรุนแรงระดับ C-D ให้เจ้าหน้าที่ที่พบเหตุการณ์ประเมินสถานการณ์ / เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และพยายามแก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้นจากนั้น ให้แจ้งขอความช่วยเหลือจากหัวหน้า เวร / หัวหน้างาน โดยหัวหน้างานเป็นผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ที่พบเหตุการณ์ต้องเขียนรายงานอุบัติการณ์ หัวหน้างาน / ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยวิเคราะห์สาเหตุและแนวทางการแก้ไขเบื้องต้นส่งผู้จัดการความเสี่ยงทุกวันศุกร์

8.3.4 อุบัติการณ์ / ความเสี่ยงที่มีความรุนแรงระดับ E,F,G,H,I รุนแรงมาก

เมื่อเกิดอุบัติการณ์ / ความเสี่ยงความรุนแรงระดับ E,F,G,H,I ให้เจ้าหน้าที่ที่พบเหตุการณ์ประเมินถานการณ์ / เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และพยายามแก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้น จากนั้นให้แจ้งขอความช่วยเหลือจาก หัวหน้าเวร / หัวหน้างาน ในกรณีเหตุการณ์เกิดในเวลาราชการให้หัวหน้างานรายงานผู้อำนวยการ / ผู้รักษาการแทน ผู้จัดการความเสี่ยงและผู้รับผิดชอบโปรแกรมที่เกี่ยวข้องทันที ถ้าเหตุการณ์เกิดนอกเวลาราชการให้หัวหน้าเวรรายงานแพทย์เวรทันทีแล้วแพทย์เวรต้องรายงานให้ผู้อำนวยการ /ผู้รักษาการแทนทราบข้อมูลทันที เพื่อดำเนินการแก้ไขและช่วยเหลือเบื้องต้น จากนั้นเจ้าหน้าที่ผู้พบเหตุการณ์เขียนบันทึกรายงานอุบัติการณ์ ส่งหัวหน้าเวร / หัวหน้างาน หัวหน้างานวิเคราะห์สาเหตุของอุบัติการณ์ส่งที่ผู้จัดการความเสี่ยงโดยตรงภายใน 24 ชม. เพื่อเสนอต่อผู้อำนวยการ ทีม RM ประสานให้ผู้ที่รับผิดชอบโปรแกรมที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการหาแนวทางแก้ไข และจัดทำมาตรการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ / ความเสี่ยงซ้ำและรายงานผลการดำเนินงานให้ผู้อำนวยการรับทราบภายใน 1 สัปดาห์

8.3.5 ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ กรณีได้รับข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการโดยมีหนังสือ/ ไม่มีหนังสือร้องเรียนให้เลขาทีมบริหารความเสี่ยงประสานกับทีมผู้บริหารความเสี่ยง เพื่อดำเนินรับเรื่องราวร้องทุกข์และร้องเรียนโดยศูนย์รับเรื่องร้องเรียน รวมถึงการไกล่เกลี่ย / ลดความเสี่ยง / สอบสวนและแจ้งผู้อำนวยการทราบภายใน 24 ชม. จากนั้นทีมบริหารความเสี่ยงทำการประเมินและติดตามผลการดำเนินการแก้ไขสรุปผลหลังเกิดเหตุการณ์แล้วรายงานต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลภายใน 1 สัปดาห์

8.4 การจัดการความเสี่ยง (Action To Manage Risk) แต่ละหน่วยงานประเมินความเสี่ยงดำเนินการปรับปรุงแก้ไขและจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงโดยให้ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางก่อนเสมอและใช้กลยุทธ์สำคัญในการควบคุมความสูญเสีย ได้แก่การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง, การผ่องถ่ายความเสี่ยง, การป้องกันความเสี่ยง, การลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ และการแบ่งแยกความเสี่ยง

การคัดเลือกความเสี่ยงเพื่อดำเนินการปรับปรุงแก้ไข ป้องกัน

- ความเสี่ยงที่เกี่ยวกับกระบวนการทำงาน ให้พิจารณาทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (CQI)
- ความเสี่ยงที่มีความรุนแรงและมีความถี่ในการเกิดบ่อยให้จัดทำมาตรการป้องกัน

การจัดทำมาตรการป้องกัน ประกอบด้วย

- การเตรียมคน
- การเตรียมวัสดุ / อุปกรณ์
- การเตรียมข้อมูลข่าวสาร
- วิธีปฏิบัติที่รัดกุม
- การควบคุมกระบวนการ

แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา

- การตรวจพบปัญหา
- การลดความเสียหาย
- การรายงาน

เมื่อจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงแล้ว เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานต้องรับทราบและถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน และ**เมื่อเกิดอุบัติการณ์ใดๆขึ้น หน่วยงานต้องมีการทบทวนโดยมีเป้าหมายอยู่ที่การค้นหาความผิดพลาดของระบบและดำเนินการปรับปรุง ต้องไม่มีการมุ่งหาผู้กระทำผิดหรือใช้มาตรการการลงโทษ**

9. การส่งใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

9.1 ความเสี่ยงระดับ A-D ส่งรายงานอุบัติการณ์ทุกวันศุกร์

9.2 ความเสี่ยงระดับ E,F,G,H,I ส่งรายงานอุบัติการณ์ภายใน 24 ชั่วโมง

10. การทบทวนบัญชีรายการความเสี่ยง

- ทีมบริหารความเสี่ยงปรับปรุงบัญชีรายการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลทุก 1 ปี
- ทีมบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงานทบทวนบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานทุก 6 เดือน

11. การรายงานข้อมูลอุบัติการณ์/ ความเสี่ยง

ทีมบริหารความเสี่ยงสรุปข้อมูลทุกเดือน ในแบบฟอร์มสรุปความเสี่ยงประจำเดือน เสนอที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และประชุมประจำเดือนทุก 1 เดือน และส่งกลับให้ทุกหน่วยงานรับทราบและนำไปวิเคราะห์การบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน เพื่อหาแนวทางแก้ไขป้องกันความเสี่ยงต่อไป

12. ผู้รับผิดชอบโปรแกรมต่างๆ

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นผู้ประสานกับทีมนำ ทีมแนวราบที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมความเสี่ยงต่างๆ เพื่อจัดการความเสี่ยง/ อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงระดับ E – I ช่วยแก้ไขปัญหาการลดความเสียหายได้แก่

1.ทันตแพทย์หญิงสิริพร ยิ่งวงศ์วิวัฒน์	ดูแลโปรแกรมอาชีวอนามัย/ความปลอดภัยจนท.
2. ทันตแพทย์หญิงสิริพร ยิ่งวงศ์วิวัฒน์	ดูแลโปรแกรมสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยอาคาร สถานที่และสาธารณูปโภค
3. นางน้อมจิตต์ พึ่งพินิจ	ดูแลโปรแกรมเครื่องมืออุปกรณ์
4. นางผุสดี ม่วงไทย	ดูแลโปรแกรมการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล
5.นางสาวกาญจนา พุทธรักษา	ดูแลโปรแกรมระบบสารสนเทศ/ ติดต่อสื่อสาร
6. เภสัชกรจริยา ทรงรัก	ดูแลโปรแกรมความปลอดภัยจากการใช้ยา
7. นางสมบูรณ์ เอกเจริญ	ดูแลโปรแกรมข้อร้องเรียน และสิทธิของผู้ป่วย

8. พ.ญ.ศิรดา ภูริวัฒนพงศ์ ดูแลความเสี่ยงทางคลินิก/การดูแลผู้ป่วย

9. นางจิตติญา พรหมศร ดูแลระบบบริการ/ บริหารจัดการ

13. ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล

ภาคผนวก 2 แบบรายงานอุบัติการณ์ (F-RSM-001)

ภาคผนวก 3 แบบสรุปการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงานประจำเดือน (F-RSM-002)

ภาคผนวก 4 แบบฟอร์มบัญชีรายการความเสี่ยง (F-RSM-003)

ภาคผนวก 5 Flow Chart การจัดการอุบัติการณ์/ ความเสี่ยงระดับ A - D

ภาคผนวก 6 Flow Chart การจัดการอุบัติการณ์/ ความเสี่ยงระดับ E - I

ภาคผนวก 7 แผนผังการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

ภาคผนวก 8 ความคลาดเคลื่อนทางยา

ภาคผนวก 9 ความคลาดเคลื่อนทางคลินิก

ภาคผนวด 10 ระดับความรุนแรงและความคลาดเคลื่อนด้านอื่นๆ

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

คำสั่ง โรงพยาบาลมวกเหล็ก

ที่ / 2557

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (Risk Management) ในโรงพยาบาลมวกเหล็ก

.....

การบริหารความเสี่ยงถือเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่สำคัญกิจกรรมหนึ่งในการจัดการและป้องกันความเสี่ยง จึงต้องมีระบบการทำงานที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จึงขอแต่งตั้งให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

1. นางศิรดา ภูริวัฒนพงษ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมวกเหล็ก	ประธานที่ปรึกษา
2. นางชมภูนุช เศรษฐผล	งานผู้ป่วยนอก	ประธานกรรมการ
3. นางสาวสิริพร ยิ่งวงศ์วิวัฒน์	งานทันตกรรม	กรรมการ
4. นางจิราพร สังสุข	งานอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน	กรรมการ
5. นางสุพัฒนา แสงโชติ	งานผู้ป่วยใน	กรรมการ
6. นางสาวจริยา ทรงรัก	งานเภสัชกรรม	กรรมการ
7. นางตาณ แสนอ่อน	งานชันสูตร	กรรมการ
8. นางสุวรรณี จันทร์ศิริ	งานจ่ายกลาง-ซักฟอก	กรรมการ
9. นางจิตติญา พรหมศร	งานบริหาร	กรรมการ
10. นางสาวกาญจนา พุทธรักษา	งานศูนย์ข้อมูล	กรรมการ
11. นางสาวสิริอาภรณ์ ธนางทิพย์กุล	งานกายภาพบำบัด	กรรมการ
12. นางสีนวน พรหมศร	งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน	กรรมการ
13. นางผุสดี ม่วงไทย	งานห้องคลอด	กรรมการ
14. นางสาววรางคณา มะลิกุล	งานศูนย์พัฒนาคุณภาพ	กรรมการ/เลขาฯ
15. น.ส.กนกกาญจน์ ฤทธิ์เลิศ	นักวิชาการเงินและบัญชี	กรรมการ
16. น.ส.พัชรินทร์ ศิริสุทธิ์	นักวิชาการสาธารณสุข	กรรมการ
17. น.ส.วิราวัลย์ ผลจันทร์	นักวิชาการสาธารณสุข	กรรมการ
18. นางสมบูรณ์ เอกเจริญ	งานผู่ป่วยนอก	ผู้จัดการความเสี่ยง

มีหน้าที่ดังนี้

1. กำหนดนโยบายและวางแผนการบริหารความเสี่ยง
2. เป็นศูนย์กลางการประสานข้อมูลและกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
3. รวบรวมตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
4. ติดตาม ควบคุม กำกับดูแล ให้มีการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงในโรงพยาบาล
5. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมการป้องกันความเสี่ยง
6. ส่งเสริมและสนับสนุน เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

7. สรุปข้อมูลอุบัติการณ์ของแต่ละหน่วยงานทุก 1 เดือน ส่งกลับให้แต่ละหน่วยงานรับทราบและปรับปรุงแก้ไข
8. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่ 17 เดือน เมษายน พ.ศ. 2557

สั่ง ณ. วันที่ 17 เดือน เมษายน พ.ศ. 2557

(นางศิรดา ภูริวัฒนพงษ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมวกเหล็ก

หน่วยงานที่รายงาน.....**อยู่ในโปรแกรมความเสี่ยง**.....

วัน เดือน ปี/ เวลา ที่เกิด.....

สถานที่เกิดเหตุการณ์.....

ระดับความรุนแรงน้อย	**ระดับความรุนแรงปานกลาง**	**ระดับความรุนแรงมาก**
A : มีโอกาสผิดพลาด	C : ถึงผู้ประสบเหตุแต่ไม่อันตราย	E : ต้องบำบัดรักษา
B : เกิดขึ้นแต่ไม่ถึงผู้ประสบเหตุ	D : ต้องติดตามผล	F: นอนโรงพยาบาลนานขึ้น
		G : พิการถาวร
		H : เกือบเสียชีวิต
		I : เสียชีวิต

ผลกระทบ ☐ ผู้ป่วย ☐ เจ้าหน้าที่ ☐ โครงสร้าง/สิ่งแวดล้อม/ความปลอดภัย ☐ ทรัพย์สิน ☐ อื่นๆ

รายละเอียดของเหตุการณ์(พอสังเขป)

.....

.....

วิธีการแก้ไขเบื้องต้น/ ข้อเสนอแนะ

.....

.....

หัวหน้างานทบทวน/แก้ไข

.....

.....

.....**ลงชื่อ**.....**ว/ด/**ป.....

ความเห็นของคณะกรรมการ RM

☐ การแก้ไขเหมาะสม

☐ ติดตามข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็น

.....

☐ ทำ RCA

☐ ส่งเรื่องให้คณะกรรมการ/หน่วยงาน.....เพื่อวางแนวทางแก้ไขเชิงระบบ

☐ รายงานต่อคณะกรรมการบริหาร

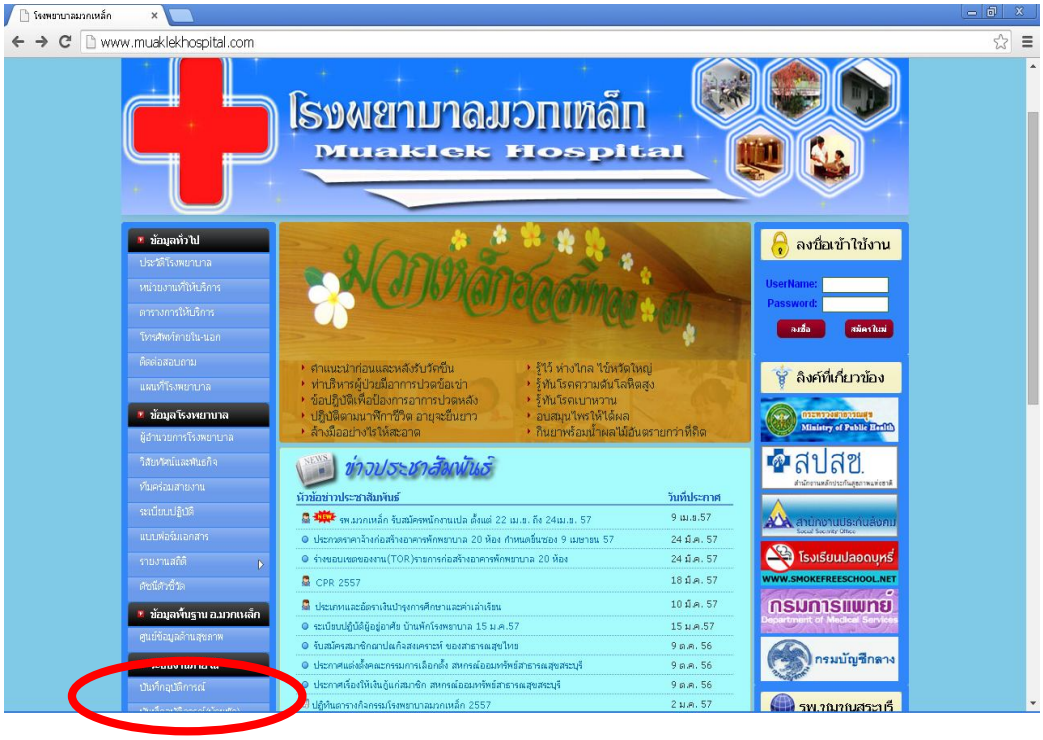
☐ อื่นๆ

.....

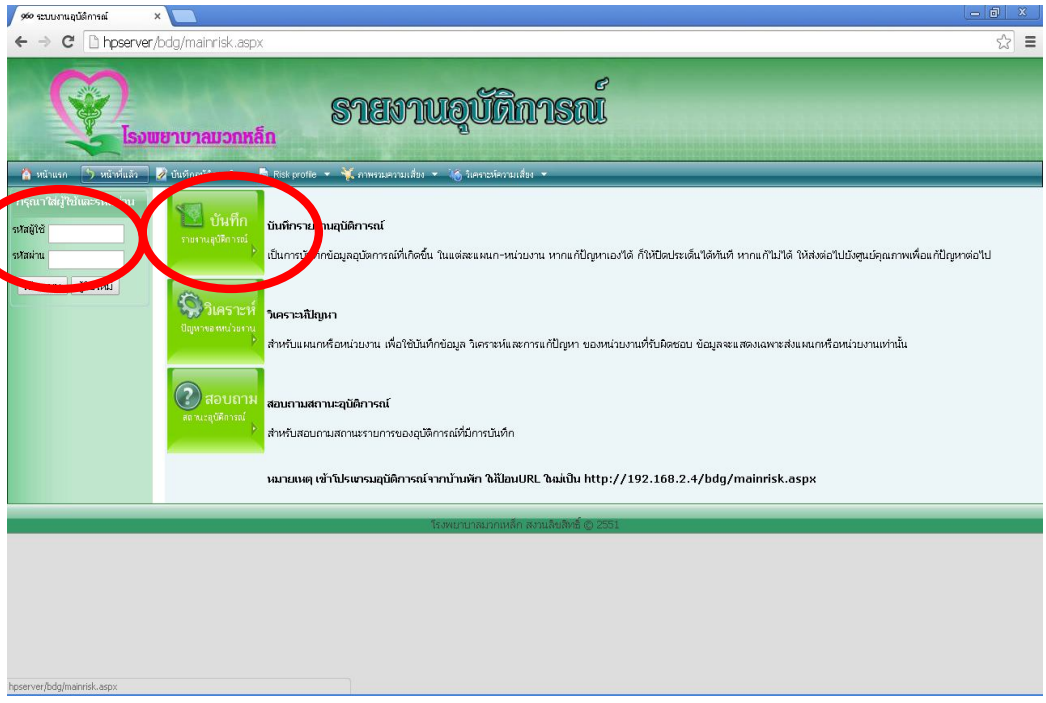
ลงชื่อ.....ลงชื่อ.....ลงชื่อ.....

ภาคผนวก 3 แบบรายงานอุบัติการณ์ผ่านเว็บไซต์

1. www.muaklekhospital.com
2. บันทึกอุบัติการณ์



3.ใส่ user name และ password และบันทึกรายละเอียด



ภาคผนวก 4 แบบสรุปการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงานประจำเดือน

แบบสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน.....

หน่วยงาน..... โรงพยาบาลมวกเหล็ก **F-RSM-002**

วันที่เกิดเหตุการณ์	เหตุการณ์	ระดับความรุนแรง	หน่วยงานที่รายงาน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	วิเคราะห์สาเหตุ	มาตรการป้องกัน

( ) ให้หน่วยงานกำหนดมาตรการป้องกัน และส่งกลับผู้จัดการความเสี่ยงภายในวันที่.....

( ) นำเข้าประชุมร่วมกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง วันที่.....

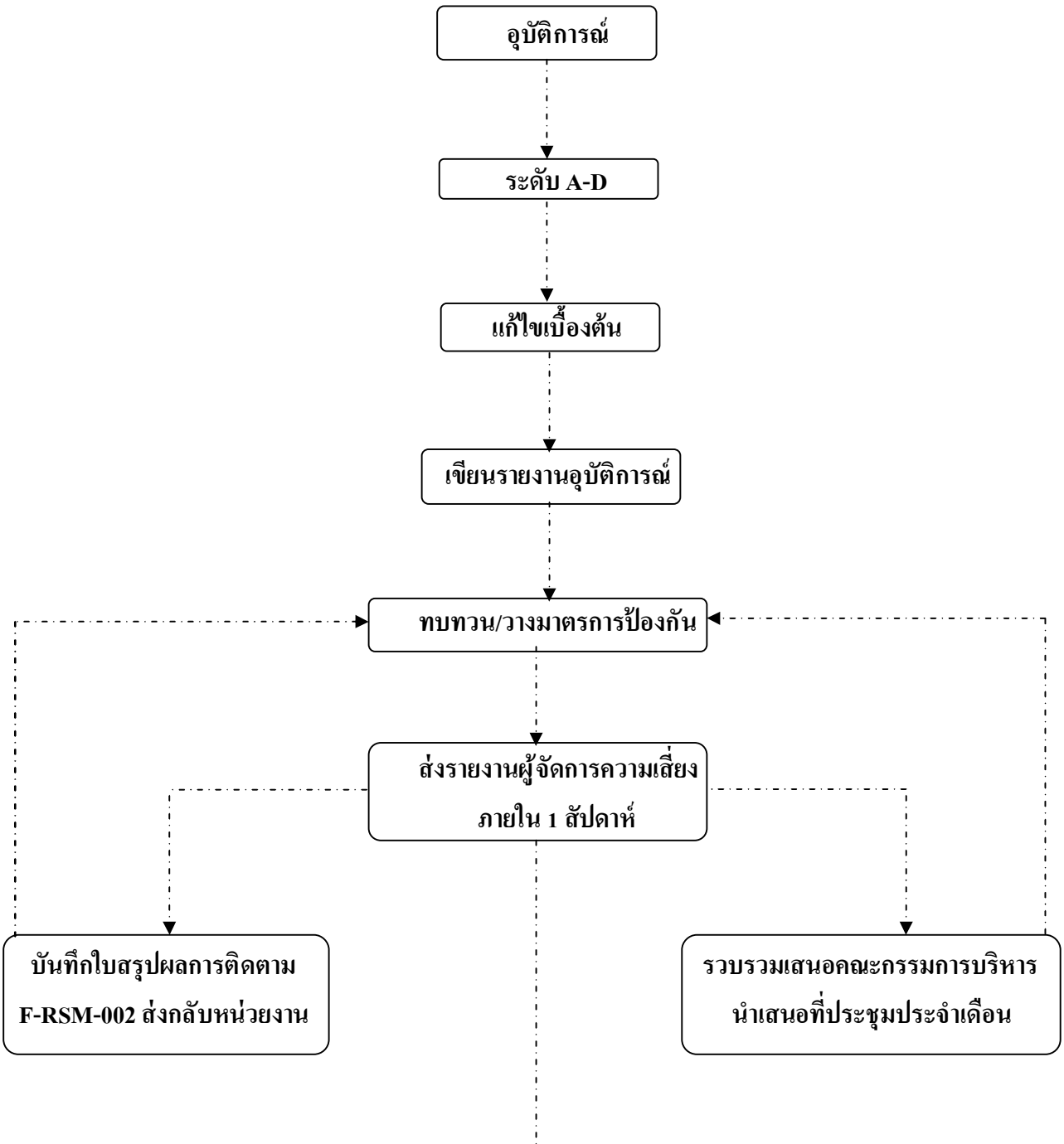
ภาคผนวก 5 แบบฟอร์มบัญชีรายการความเสี่ยง

บัญชีความเสี่ยง หน่วยงาน.....โรงพยาบาลมวกเหล็ก

F-RSM-003

ความเสี่ยง/ ปัญหา	รุนแรง เกิดบ่อย	รุนแรง เกิดไม่บ่อย	ไม่รุนแรง เกิดบ่อย	ไม่รุนแรง เกิดไม่บ่อย	แนวทางป้องกัน

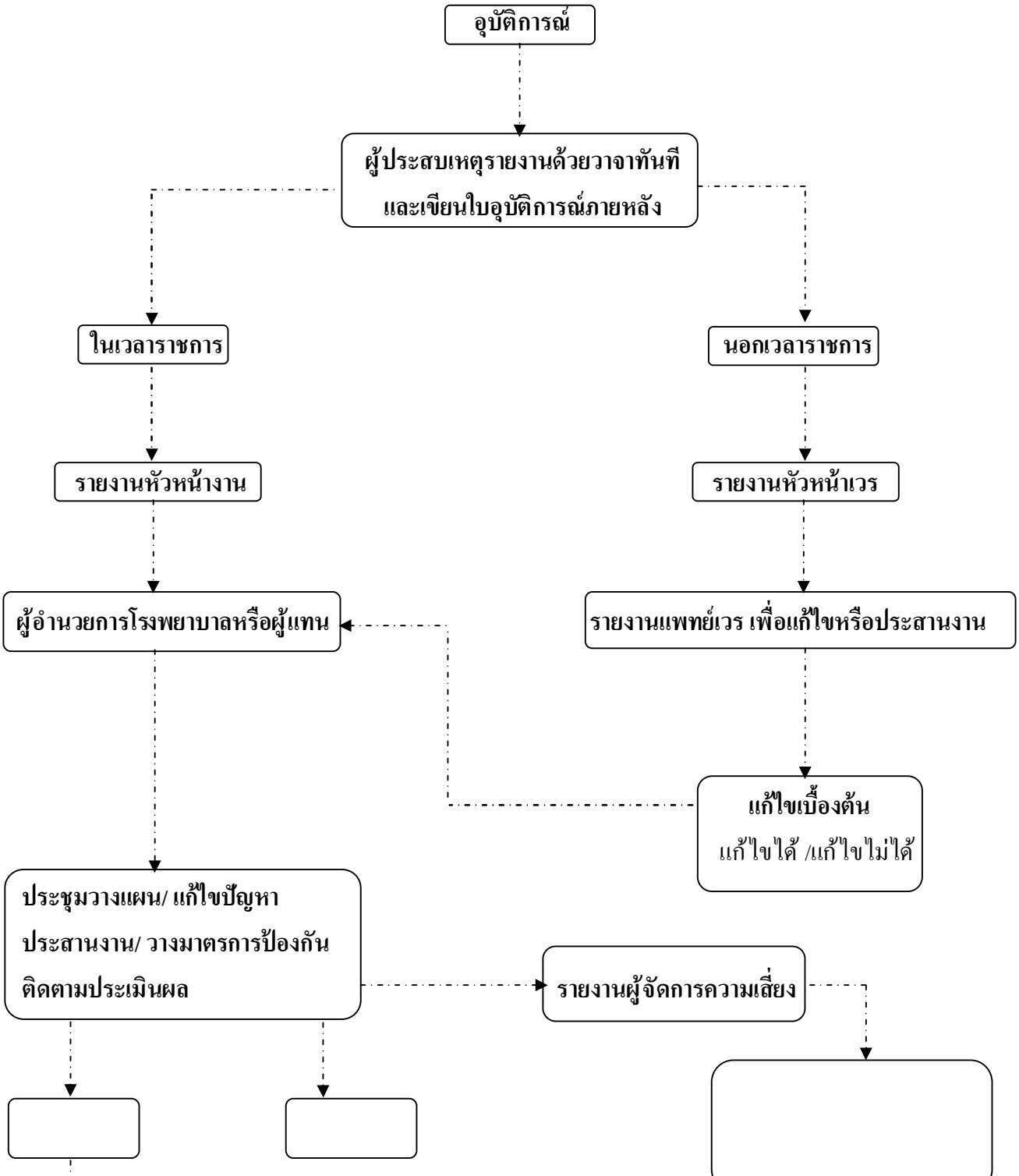
ภาคผนวก 6 Flow Chart การรายงานและการจัดการอุบัติการณ์/ ความเสี่ยงระดับ A-D



รายงานผู้ดูแลโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบปฏิบัติงาน : P-RSM-001	หน้า : 17/20
เรื่อง : การบริหารความเสี่ยง	ฉบับที่ : 5

ภาคผนวก 7 Flow chart การรายงานและการจัดการอุบัติการณ์/ ความเสี่ยงระดับ E-I



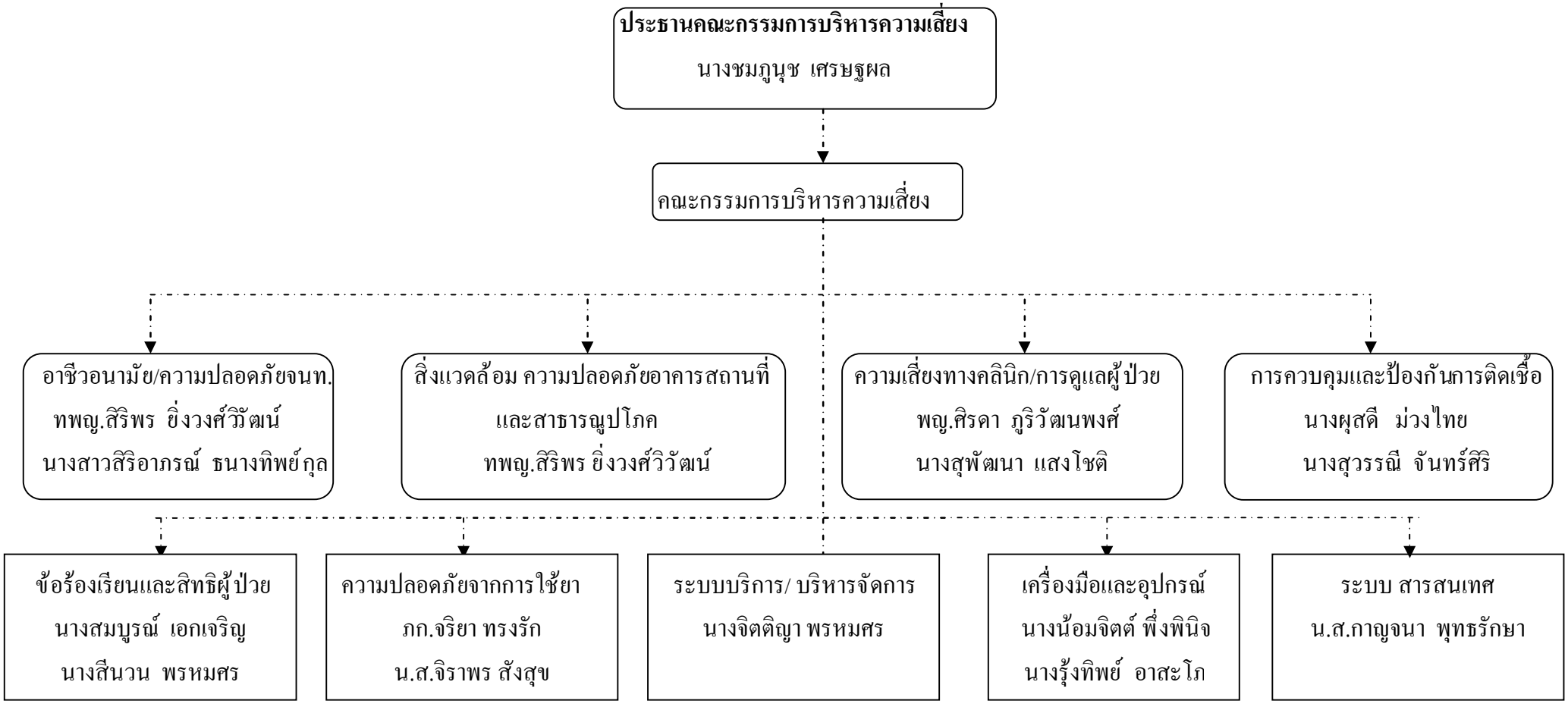
รวบรวมเสนอคณะกรรมการ

แก้ไขไม่ได้ **แก้ไขได้** **บริหารนำเสนอที่ประชุม**

ประจำเดือน

รายงานสสจ.

ภาคผนวก 8 แผนผังการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบการบริหารความเสี่ยงตามความเสี่ยงของโรงพยาบาล 9 โปรแกรม



ภาคผนวก 9 ระดับความรุนแรงความคลาดเคลื่อนทางคลินิก/ยา

การจัดกลุ่มความคลาดเคลื่อนทางคลินิกตามอันตรายที่เกิดกับผู้ป่วย

- **ไม่มีความคลาดเคลื่อน**

  Category A: เหตุการณ์ที่มีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้

- **มีความคลาดเคลื่อน แต่ไม่มีอันตราย**

  Category B: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย

  Category C: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยแล้ว

  Category D: เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องเฝ้าระวัง ว่าจะไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย

- **มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตราย**

  Category E: เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ทำให้ต้องได้รับการรักษา

  Category F: เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ทำให้ต้องนอนหรืออยู่ รพ.นานขึ้น

  Category G: เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ทำให้เกิดความพิการถาวร

  Category H: เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต

- **มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตรายจนเสียชีวิต**

  Category I: เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นเหตุให้เสียชีวิต

ภาคผนวก 10 ระดับความรุนแรงความคลาดเคลื่อนด้านอื่นๆ

การจัดกลุ่มความคลาดเคลื่อนด้านอื่นๆ

- **ไม่มีความคลาดเคลื่อน**

  Category A: เหตุการณ์ที่มีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน

- **มีความคลาดเคลื่อน แต่ไม่มีอันตราย**

  Category B: เกิดความคลาดเคลื่อนแต่ถูกตรวจพบก่อน

  Category C: เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน /จนท./ชื่อเสียง/ทรัพย์สินโรงพยาบาล แต่ไม่ทำให้เกิดความเสียหายต่อหน่วยงาน/จนท./โรงพยาบาล

  Category D: เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน/จนท./ชื่อเสียง/ทรัพย์สินโรงพยาบาล ส่งผลให้ต้องเฝ้าระวังว่าจะไม่เกิดความเสียหายกับหน่วยงาน/จนท.

- **มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตราย**

  Category E: เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน/จนท./ชื่อเสียง/ทรัพย์สินโรงพยาบาล ทำให้เกิดความเสียหายคิดเป็นงบประมาณ 1-1,000 บาท, ถูกแจ้งความกับตำรวจลงบันทึกประจำวันเป็นหลักฐาน แต่ไม่ถูกสอบสวน

  Category F: เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน/จนท./ชื่อเสียง/ทรัพย์สินโรงพยาบาล ทำให้เกิดความเสียหายคิดเป็นงบประมาณ 1,001-5,000 บาท, ถูกร้องเรียนผ่านสื่อวิทยุในชุมชน , ถูกสอบสวนจากตำรวจ

  Category G: เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน/จนท./ชื่อเสียง/ทรัพย์สินโรงพยาบาล ทำให้เกิดความเสียหายคิดเป็นงบประมาณ 5,001-15,000 บาท, ถูกร้องเรียนผ่านผู้บังคับบัญชาระดับจังหวัด

  Category H: เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน/จนท./ชื่อเสียง/ทรัพย์สินโรงพยาบาล ทำให้เกิดความเสียหาย คิดเป็นงบประมาณ 15,001- 50,000 บาท, ถูกร้องเรียนผ่านสื่อวิทยุ,สิ่งพิมพ์ระดับท้องถิ่น

- **มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตรายจนเสียชีวิต**

  Category I: เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน/จนท./ชื่อเสียง/ทรัพย์สินโรงพยาบาล ทำให้เกิดความเสียหายคิดเป็นงบประมาณ 50,001 บาทขึ้นไป,ถูกร้องเรียนผ่านโทรทัศน์,หนังสือพิมพ์รายวัน,เป็นคดีความขึ้นศาล