



โรงพยาบาล
พานทอง

ระเบียบปฏิบัติงาน

เรื่อง การบริหารความเสี่ยง

หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09

วันที่เริ่มใช้ : 11 ธันวาคม 2561

ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 02 สำเนาที่

หน้าที่ 1 ของ 13

ผู้ตรวจสอบ		ผู้อนุมัติ	
	(QMR)		(ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)

สารบัญ

ตอนที่	หัวข้อ
1.0	วัตถุประสงค์
2.0	ขอบเขต
3.0	ความรับผิดชอบ
4.0	คำจำกัดความ
5.0	ระเบียบปฏิบัติ
6.0	เอกสารอ้างอิง
7.0	เอกสารแนบ
8.0	บันทึกคุณภาพ

บันทึกการประกาศใช้

ฉบับที่	แก้ไขครั้งที่	วัน / เดือน / ปี	รายละเอียดการแก้ไข
D	01	02 มิ.ย. 2560	แก้ไขข้อ 4.4, 4.6
-	01	13 มิ.ย. 2561	แก้ไขข้อ 2, 3, 4, 5
-	02	11 ธ.ค. 2561	แก้ไขข้อ 2, 3, 4, 5



โรงพยาบาล
พานทอง

ระเบียบปฏิบัติงาน

เรื่อง การบริหารความเสี่ยง

หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09

วันที่เริ่มใช้ : 11 ธันวาคม 2561

ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 02 สำเนาที่

หน้าที่ 2 ของ 13

1.0 วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลที่เป็นแนวทางเดียวกัน
- 1.2 เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลได้สามารถค้นหาความเสี่ยงและหาแนวทางป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้
- 1.3 เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและผู้ให้บริการได้รับความปลอดภัยขณะให้บริการและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
- 1.4 เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถรายงานเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงและแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.0 ขอบเขต

- 2.1 เริ่มตั้งแต่หน่วยงานทุกหน่วยงาน มีการค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานและจัดทำเป็นบัญชีความเสี่ยง ทามาตรการแนวทางการป้องกันและแก้ไข และเมื่อเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงขึ้น หน่วยงานมีการแก้ไขเบื้องต้น บันทึกใบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ส่งให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงขึ้นทะเบียนและรับทราบ แล้วแจ้งกลับไปยังหน่วยงานนั้นๆ ให้ดำเนินการค้นหาสาเหตุ วางแนวทางการแก้ไขและป้องกันมิให้เกิดซ้ำ พร้อมทั้งติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุง และรวบรวมข้อมูล
- 2.2 ในกรณีมีการตรวจติดตามคุณภาพจากทีมภายในและทีมภายนอก ให้หน่วยงานหรือทีมที่เกี่ยวข้อง มีการรายงานสิ่งที่เป็นข้อเสนอนแนะ ข้อบกพร่อง ประเด็นที่ไม่สอดคล้องกับมาตรฐาน ในแบบบันทึกรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และส่งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่ตามระบบการรายงาน เพื่อติดตามผลการแก้ไข/ปรับปรุง และรวบรวมข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพต่อไป

3.0 ความรับผิดชอบ

- 3.1 ผู้อำนวยการ
จัดให้ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมีการบริหารความเสี่ยงด้วยการปฏิบัติการแก้ปัญหาและป้องกันข้อผิดพลาดในระบบการทำงานอย่างมีคุณภาพ
- 3.2 คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
ทำหน้าที่ร่วมพิจารณาการแก้ไขปัญหาและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
- 3.3 คณะกรรมการตรวจติดตามคุณภาพภายในและคณะกรรมการทีมคุณภาพ
นำประเด็นที่พบซึ่งไม่สอดคล้องตามข้อกำหนดตามมาตรฐาน ISO ประเด็นความเสี่ยงอุบัติการณ์ที่ได้จากการตรวจติดตามคุณภาพ และจากการตรวจประเมินระบบงานตามมาตรฐานต่างๆ มาเข้าสู่ระบบการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ด้วยการบันทึกในโปรแกรม IOR และพิมพ์แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (FM-QMR-20) ส่งให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง



โรงพยาบาล
พานทอง

ระเบียบปฏิบัติงาน

เรื่อง การบริหารความเสี่ยง

หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09

วันที่เริ่มใช้ : 11 ธันวาคม 2561

ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 02 สำเนาที่

หน้าที่ 3 ของ 13

3.4 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

รับรายงานและขึ้นทะเบียนความเสี่ยงและอุบัติการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานและในโรงพยาบาล มอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องทำการทบทวนค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข และติดตามดูผลการแก้ไขปัญหา รวบรวมข้อมูลนำเสนอและสรุปผลการดำเนินการแก้ไข/ปรับปรุง ให้ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลรับทราบทุกเดือน และปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน

3.5 หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน

ควบคุมสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด โดยจัดให้มีการตรวจสอบ ค้นหา และวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาในเวลาอันควร ดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและบันทึกรายงานวิธีการปฏิบัติการแก้ไขและป้องกันมิให้เกิดซ้ำ ต่อผู้แทนฝ่ายบริหารคุณภาพ ติดตามให้มีการจัดทำมาตรการการป้องกันมิให้เกิดซ้ำ และดูแลให้มีการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งจัดทำบัญชีความเสี่ยงในหน่วยงานให้เป็นปัจจุบัน

3.6 เจ้าหน้าที่ทุกคน/ผู้พบเห็นเหตุการณ์

ทำหน้าที่ช่วยเหลือ/แก้ไขปัญหาเบื้องต้น และรายงานให้รับทราบตามระบบการบังคับบัญชา รับคำร้องเรียน ประสานงานกับหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างานที่ถูกกล่าวถึงและปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันมิให้เกิดซ้ำ และรายงานสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด

3.7 ทีมเจรจาไกล่เกลี่ย

ทำหน้าที่ช่วยเหลือหน่วยงานหรือบุคคลที่ประสบปัญหาในการฟ้องร้อง ร้องเรียน หรือรับฟังเรื่องร้องเรียนจากผู้รับบริการ และดำเนินการตรวจสอบหลักฐานที่เกี่ยวข้องและข้อเท็จจริงเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินการเจรจาไกล่เกลี่ย

4.0 คำจำกัดความ

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

4.2 คำร้องเรียนของผู้รับบริการ หมายถึง ข้อมูลที่แสดงความคิดเห็นที่ไม่พึงพอใจต่อผู้ให้บริการหรือบริการที่ได้รับ โดยมีการร้องเรียนด้วยตนเอง โทรศัพท์ที่ระบุนามผู้ร้องเรียน จดหมายหรือเอกสารระบุ ชื่อ ที่อยู่ ที่สามารถสอกลับได้ หรือจากสื่อมวลชนต่าง ๆ

4.3 ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงด้าน Clinic และความเสี่ยงด้าน Non-Clinic



โรงพยาบาล
พานทอง

ระเบียบปฏิบัติงาน

เรื่อง การบริหารความเสี่ยง

หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09

วันที่เริ่มใช้ : 11 ธันวาคม 2561

ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 02 สำเนาที่

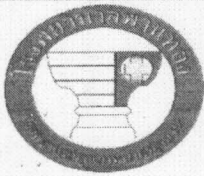
หน้าที่ 4 ของ 13

1. ด้าน clinic แบ่งเป็น 5 โปรแกรม ดังนี้
โปรแกรมที่ 1 การรักษา/การพยาบาล/การบำบัด/การฟื้นฟู(กายภาพ)
โปรแกรมที่ 2 การบาดเจ็บ/การทำหัตถการ/การดมยาสลบ
โปรแกรมที่ 3 การตั้งครรภ์/การคลอด/การผ่าตัดคลอด
โปรแกรมที่ 4 ความคลาดเคลื่อนทางยา
โปรแกรมที่ 5 การส่งตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

2. ด้าน Non-Clinic แบ่งเป็น 6 โปรแกรม ดังนี้
โปรแกรมที่ 6 เวชระเบียน/การระบุตัว/การเงิน
โปรแกรมที่ 7 เครื่องมือ/วัสดุการแพทย์/อาหาร
โปรแกรมที่ 8 สิ่งแวดล้อม/โครงสร้างกายภาพ/สิ่งอำนวยความสะดวก
โปรแกรมที่ 9 ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
โปรแกรมที่ 10 อาชีวอนามัยเจ้าหน้าที่
โปรแกรมที่ 11 ซอร์ร่องเรียน/สิทธิผู้ป่วย

4.4 ความเสี่ยงขั้นรุนแรง (Sentinel Event) คือ เหตุการณ์สำคัญ รุนแรง และไม่พึงประสงค์ เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดหมายอาจมีผลต่อชีวิต ร่างกาย ความเสียหายต่อผู้รับบริการ บุคลากร หรือมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ที่ต้องรีบให้ความช่วยเหลือ และ รายงานผู้บังคับบัญชาภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งมีจำนวน 16 ข้อ ดังนี้

1. ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย หรือ ถูกฆาตกรรมในโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้คาดหมาย
3. ผู้ป่วยสูญหายออกจากโรงพยาบาล โดยยังไม่จำหน่าย
4. ผ่าตัดผิดคน/ ผิดข้าง/ ผิดชนิด
5. สัมเครื่องมือหรือวัสดุทางการแพทย์ไว้ในตัวผู้ป่วยหลังจากเสร็จสิ้น การทำหัตถการ/ผ่าตัด
6. ให้เลือดผิดกรุป
7. การให้ยาผิด/ให้ยาที่แพ้ซ้ำ จนผู้ป่วยเกิดอันตรายต้องได้รับการช่วยชีวิต (รายงานทุกราย)
8. มารดา/ทารก เสียชีวิตระหว่างการดูแลรักษา ยกเว้น Death Fetus
9. มารดา/ทารก เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเนื่องจากเจ็บครรภ์และคลอดบุตร
10. ส่งมอบทารกกลับบ้านผิดคน
11. เจ้าหน้าที่/ผู้ป่วย มีความเสี่ยงจะถูกทำร้ายร่างกาย/ถูกทำร้ายร่างกาย
12. เหตุการณ์ร้องเรียน/เผยแพร่ต่อสื่อมวลชนทุกกรณี
13. การลักขโมยทรัพย์สินที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลที่มีมูลค่า >5,000 บาท



โรงพยาบาล
พานทอง

ระเบียบปฏิบัติงาน

เรื่อง การบริหารความเสี่ยง


หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09

วันที่เริ่มใช้ : 11 ธันวาคม 2561

ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 02 สำเนาที่

หน้าที่ 5 ของ 13

14. เกิดอัคคีภัย/วินาศภัย/อุทกภัย
15. เครื่องกำเนิดไฟฟ้าดับนานเกิน 1 นาที
16. เหตุการณ์ฉุกเฉินที่ต้องรายงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทันที (DCIRs) ได้แก่
 - 16.1 อุบัติเหตุ/เหตุฉุกเฉิน/การเจ็บป่วย รุนแรง ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเสียชีวิต ที่เกิดขึ้นกับบุคคลสำคัญ ดังนี้ เชื้อพระวงศ์ คณะรัฐมนตรี องคมนตรี ผู้นำต่างประเทศ พระราชอาคันตุกะ เอกอัครราชทูต ผู้บริหารระดับสูงนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข(หัวหน้าส่วนราชการระดับ กระทรวง ทบวง กรม กอง และผู้ว่าราชการจังหวัด)
 - 16.2 อุบัติเหตุ/เหตุฉุกเฉิน/การเจ็บป่วยรุนแรง ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้น กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ รองปลัดกระทรวง, ผู้ตรวจฯ, อธิบดี, รองอธิบดี, สาธารณสุขนิเทศ, ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/ศูนย์, นายแพทย์ สสจ., ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
 - 16.3 อุบัติเหตุ/เหตุฉุกเฉิน รุนแรง ที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับในระหว่างปฏิบัติหน้าที่
 - 16.4 อุบัติเหตุรพพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เกิดระหว่างปฏิบัติหน้าที่
 - 16.5 อุบัติเหตุ/สาธารณภัย ที่มีแนวโน้มรุนแรง/มีผลกระทบต่อสถานบริการ/หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และส่งผลต่อการให้บริการ/ปฏิบัติงาน
 - 16.6 อุบัติเหตุ/เหตุการณ์ที่มีการเสียชีวิต >5 ราย หรือบาดเจ็บ >15 ราย
 - 16.7 เหตุภัยความมั่นคงระดับประเทศ เนื่องจากการก่อการร้าย (Chemical Biological Radiological Nuclear Explosive : CBRNE)
 - 16.8 เหตุการณ์ที่ส่งผลเสียต่อภาพลักษณ์ของกระทรวงสาธารณสุข
- 4.5 สิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด หมายถึง ความผิดปกติหรือความบกพร่องอย่างใดอย่างหนึ่งหรือลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นคน วัสดุอุปกรณ์ เอกสาร หรือการบริการที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดหรือกฎเกณฑ์ที่วางไว้
- 4.6 ระดับความรุนแรง หมายถึง ลักษณะของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์หรือความเสี่ยงในแต่ละครั้ง ซึ่งสามารถแบ่งความรุนแรงเป็นระดับได้ดังนี้


 <p>โรงพยาบาล พานทอง</p>	<h2>ระเบียบปฏิบัติงาน</h2> <p>เรื่อง การบริหารความเสี่ยง</p>	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 11 ธันวาคม 2561
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 02 สำเนาที่	หน้าที่ 6 ของ 13

4.6.1 ความเสี่ยงทาง Clinic แบ่งระดับความรุนแรง 9 ระดับ ดังนี้

ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง
A	มีเหตุการณ์ที่อาจนำไปซึ่งการเกิดความคลาดเคลื่อนในการดูแลรักษาหรือบริการ	ไม่เกิดผลกระทบหรือน้อยมาก
B	มีความคลาดเคลื่อนในการดูแลรักษาหรือบริการแต่ไม่มีการบาดเจ็บไม่ถึงตัวผู้ป่วย	
C	ถึงตัวผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตราย	น้อย
D	ถึงผู้ป่วยมีการบาดเจ็บต้องคอยเฝ้าระวังเป็นพิเศษ	
E	ต้องการบำบัดรักษา ให้การรักษา เช่น ทำหัตถการขนาดเล็กให้ยารักษาหรือแก้ไขอาการ	ปานกลาง
F	ถึงตัวผู้ป่วยทำให้ต้องรักษาเพิ่มเติมอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น	
G	ถึงตัวผู้ป่วยทำให้เกิดความพิการถาวร	มาก
H	ถึงตัวผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต/เกือบเสียชีวิต	
I	ถึงผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต	มากที่สุด

4.6.2 ความเสี่ยงทาง Non-Clinic แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ	ประเภท	มูลค่าสูญเสีย	ความรุนแรง
	ผลกระทบต่อชื่อเสียง/ภาพลักษณ์องค์กร		
1	มีเหตุการณ์ที่อาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้(Near miss) แต่ดักจับได้ โดยหน่วยงานก่อนถึงตัวผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่ไม่ทำให้เกิดผลกระทบต่อองค์กร	เครื่องมือที่จำเป็นหรือทรัพย์สินไม่มีความเสียหาย/ ไม่สูญหาย	ไม่เกิดผลกระทบหรือน้อยมาก
2	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่มีผลกระทบหรือมีผลกระทบต่อองค์กรเล็กน้อย	เครื่องมือที่จำเป็นหรือทรัพย์สินเสียหาย มีมูลค่า < 1,000 บาท	น้อย
3	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น บุคคลภายนอกทราบเรื่อง เริ่มมีผลกระทบต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร มีแนวโน้มจะถูกฟ้องร้อง	เครื่องมือที่จำเป็นหรือทรัพย์สินเสียหาย มีมูลค่า ตั้งแต่1,000-5,000 บาท	ปานกลาง
4	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น มีอันตรายต่อชีวิตและความพิการ ผลกระทบต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร ชุมชน มีการร้องเรียนแจ้งความ	เครื่องมือที่จำเป็นหรือทรัพย์สินเสียหาย มีมูลค่า >5,000 บาท ขึ้นไป	มาก
5	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น มีอันตรายต่อชีวิตและความพิการ ผลกระทบต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์องค์กร ชุมชน มีการร้องเรียนแจ้งความ มีการฟ้องร้องและหรือแจ้งความ	เครื่องมือที่จำเป็นหรือทรัพย์สินเสียหาย มีมูลค่า>5,000 บาท และเกิดความเสียหายรุนแรง เกิดขึ้นต่อชีวิตและทรัพย์สิน	มากที่สุด

 โรงพยาบาล พานทอง	ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 11 ธันวาคม 2561
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 02 สำเนาที่	หน้าที่ 7 ของ 13

5.0 ระเบียบปฏิบัติ

- 5.1 ให้ทุกหน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการหลักในการปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงาน ให้ครอบคลุมด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่ อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ และตัวผู้รับบริการ
- 5.2 นำความเสี่ยงที่วิเคราะห์ได้มาขึ้นเป็นบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน และนำมาจัดลำดับความรุนแรงตามเกณฑ์ที่กำหนด
- 5.3 ดำเนินการประชุมเจ้าหน้าที่เพื่อระดมสมองในการหาแนวทางการป้องกันและแก้ไขทุกบัญชีความเสี่ยง
- 5.4 เมื่อพบเหตุการณ์/ความเสี่ยงในหน่วยงานดำเนินการตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ซึ่งการพบสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด พบได้จาก
 - 5.4.1 การตรวจติดตามคุณภาพภายใน คณะกรรมการตรวจติดตามคุณภาพภายในจะพิจารณาออกไป คำขอให้แก้ไข โดยใช้แบบบันทึกรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(FM-QMR-20) ตามวิธีปฏิบัติงานเรื่อง “ขั้นตอนการรายงานเหตุการณ์สำคัญที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล” (WI-QMR-04)
 - 5.4.2 จากการทบทวนของฝ่ายบริหาร ผู้แทนฝ่ายบริหารคุณภาพเป็นผู้ออกไปขอแก้ไข ตามวิธีปฏิบัติงานเรื่อง “ขั้นตอนการรายงานเหตุการณ์สำคัญที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล” (WI-QMR-04)
 - 5.4.3 จากข้อเสนอจากแบบบันทึกข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่ และคำร้องเรียนของผู้รับบริการ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นผู้ออกไป แบบบันทึกรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (FM-QMR-20) และปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติเรื่อง “การรวบรวมความคิดเห็นทั่วไป” (WI-QMR-03)
 - 5.4.5 กรณีพบสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดและอาจก่อให้เกิดปัญหา ให้ผู้พบเห็นหรือคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ดำเนินการแก้ไขปัญหาในทันที และบันทึกข้อมูลในโปรแกรม IOR และออกไปแบบบันทึกรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (FM-QMR-20) ตามวิธีปฏิบัติงานเรื่อง “ขั้นตอนการรายงานเหตุการณ์สำคัญที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล” (WI-QMR-04)
 - 5.4.6 กรณีพบเหตุการณ์ที่เป็นด้านคลินิกที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ A-D หรือเหตุการณ์สำคัญที่เป็นด้าน Non-Clinic ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1-2 ให้หน่วยงานบันทึกข้อมูลในโปรแกรม IOR และแบบบันทึกเหตุการณ์สำคัญภายในหน่วยงาน(FM-QMR-30)



โรงพยาบาล
พานทอง

ระเบียบปฏิบัติงาน

เรื่อง การบริหารความเสี่ยง

หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09

วันที่เริ่มใช้ : 11 ธันวาคม 2561

ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 02 สำเนาที่

หน้าที่ 8 ของ 13

- 5.4.7 กรณีพบเหตุการณ์สำคัญที่เป็นด้านคลินิกที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E - I หรือเหตุการณ์สำคัญที่เป็นด้าน Non-Clinic ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 3 - 5 ให้หน่วยงานทำการวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา(Root Caused Analysis) ด้วยการใช้แบบบันทึกข้อมูลการวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา (FM-QMR-29)
- 5.4.8 กรณีพบเหตุการณ์สำคัญที่เป็นความเสี่ยงขั้นรุนแรง (Sentinel Event) ให้หน่วยงานทำการรายงานหัวหน้าเวร/หัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่ม ตามลำดับการบังคับบัญชา และรายงานประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อพิจารณาช่วยเหลือและมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องได้ช่วยดำเนินการเพิ่มเติมตามความเหมาะสม พร้อมทั้งเขียนรายงานส่งภายใน 24 ชั่วโมง
- 5.4.9 กรณีเหตุการณ์สำคัญนั้นมีความรุนแรงและมีแนวโน้มที่เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง/ ร้องเรียน เมื่อผู้บริหารได้รับรายงานแล้ว ให้มอบหมายให้ทีมเจรจาไกล่เกลี่ยเข้าดำเนินการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาเหตุการณ์นั้นๆ
- 5.4.10 กรณีมีการทำ RM Safety Round ทุก 4 เดือน เมื่อพบปัญหาให้นำสู่ระบบการรายงานความเสี่ยงด้วย และสรุปประเด็นการตรวจเยี่ยมเข้าที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
- 5.5 ทุกหน่วยงานสรุปข้อมูลความเสี่ยงตามบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานตนเองทุกเดือน
- 5.6 ให้ทุกหน่วยงาน และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง นำข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในรอบปี มาจัดทำ Risk matrix ดังนี้
- 5.6.1 การจัดลำดับความสำคัญ (Risk Matrix) ให้พิจารณาความเสี่ยงต่างๆที่เกิดขึ้นในรอบปี แล้วนำมาจัดลำดับความสำคัญ (Risk Matrix) ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้
- 5.6.1.1 โอกาสที่จะเกิดขึ้น (Likelihood)
- | | |
|------------|---|
| ระดับที่ 1 | เหตุการณ์นั้นมีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก (<0.5%)หรือพบ 1 ครั้งในรอบ 5 ปี |
| ระดับที่ 2 | เหตุการณ์นั้นมีโอกาสเกิดขึ้นน้อย (0.5-1%) หรือพบ>1ครั้งต่อปี |
| ระดับที่ 3 | เหตุการณ์นั้นมีโอกาสเกิดขึ้นปานกลาง (1-5%) หรือพบ >1ครั้งต่อเดือน |
| ระดับที่ 4 | เหตุการณ์นั้นมีโอกาสเกิดขึ้นสูง (5-10%)หรือพบ>1 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| ระดับที่ 5 | เหตุการณ์นั้นมีโอกาสเกิดขึ้นสูงมาก (>10%) หรือพบ>1ครั้งต่อวัน |



โรงพยาบาล
พานทอง

ระเบียบปฏิบัติงาน

เรื่อง การบริหารความเสี่ยง

หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09

วันที่เริ่มใช้ : 11 ธันวาคม 2561

ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 02 สำเนาที่

หน้าที่ 9 ของ 13

5.6.1.2 ผลกระทบที่จะตามมา (Consequence หรือ Impact)

ระดับที่ 1 (Negligible) มีอันตราย/บาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องการการปฐมพยาบาล หรือสิ่งที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ระดับที่ 2 (Minor) มีอันตราย/บาดเจ็บเล็กน้อย สามารถแก้ไขได้โดยง่าย อาจทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

ระดับที่ 3 (Moderate) มีอันตราย/บาดเจ็บปานกลาง ต้องการการรักษาพยาบาลหรือทำหัตถการ อาจมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายเล็กน้อยหรือชั่วคราว

ระดับที่ 4 (Major) มีอันตราย/บาดเจ็บรุนแรง อาจมีการสูญเสียอวัยวะหรือการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างถาวร

ระดับที่ 5 (Catastrophic) มีอันตราย/บาดเจ็บรุนแรงมากเป็นเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตและทุพพลภาพอย่างถาวร

5.6.2 นำความเสี่ยงมาประเมินระดับความรุนแรง เพื่อจัดลำดับความสำคัญลงในตาราง Risk Matrix (5 x 5)

โอกาสที่จะเกิดขึ้น (Likelihood)	ผลกระทบ(Consequence หรือ Impact)				
	1	2	3	4	5
5	M ₅				
4	M ₄				
3		M ₃			
2		M ₂	M ₂		
1				M ₁	M ₁

5.7 นำประเด็นความเสี่ยงที่วิเคราะห์ Risk matrix ได้ไปดำเนินการทบทวนเพื่อค้นหาสาเหตุและวางแนวทาง/ระบบแก้ไข/ป้องกัน

ซึ่งระดับความสำคัญและความหมายในการดำเนินการของความเสี่ยงทั้ง 4 ระดับมีดังนี้



โรงพยาบาล
พานทอง

ระเบียบปฏิบัติงาน



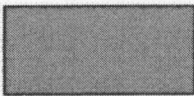

เรื่อง การบริหารความเสี่ยง


หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09

วันที่เริ่มใช้ : 11 ธันวาคม 2561

ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 02 สำเนาที่

หน้าที่ 10 ของ 13

ระดับความเสี่ยง	ระดับคะแนน	แทนด้วยแถบสี	ความหมายและการดำเนินการ
ระดับต่ำ (Low risk)	คะแนน1-3	สีเขียว 	เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ ภายใต้การควบคุมที่มีอยู่ ปัจจุบัน ไม่ต้องมีการควบคุมหรือจัดการความเสี่ยง แต่อาจติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงเป็นระยะๆ
ระดับปานกลาง (Medium risk)	คะแนน4-6	สีเหลือง 	เป็นความเสี่ยงที่เริ่มจะยอมรับไม่ได้ และต้องมีการประชุมทบทวนแนวทางการปฏิบัติงานที่มีอยู่เดิมร่วมกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อจัดการลดและ/หรือควบคุมความเสี่ยงเพิ่มเติม หรือโอนย้ายแบ่งความเสี่ยงไปให้ผู้อื่นช่วยรับผิดชอบเพื่อไม่ให้ความเสี่ยงมีระดับรุนแรงเพิ่มมากขึ้น
ระดับสูง (High risk)	คะแนน 8-12	สีส้ม 	เป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องมีการทบทวนค้นหาสาเหตุรากเหง้าของปัญหา(root caused analysis) และจัดทำคู่มือแนวทางป้องกัน/แก้ไข(PMหรือWI)
ระดับสูงที่สุด (Very-high risk)	คะแนน15-25	สีแดง 	ถือเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้ ต้องเร่งแก้ไขจัดการความเสี่ยงทันที โดยการเชิญผู้เกี่ยวข้องร่วมทบทวนค้นหาสาเหตุรากเหง้าของปัญหา(root caused

 <p>โรงพยาบาล พานทอง</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 11 ธันวาคม 2561
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 02 สำเนาที่	หน้าที่ 11 ของ 13

			analysis) เพื่อวางแผนทาง มาตรการป้องกันเฉพาะ และจัดทำคู่มือแนวทาง ป้องกัน/แก้ไข(PMหรือWI) และต้องมีการติดตามผลการ ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (CQI)
--	--	--	---

- 5.8 ทุกๆเดือนคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง สรุปข้อมูลความเสี่ยงและเหตุการณ์สำคัญ
ที่รวบรวมได้จากทุกหน่วยงานเข้าที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อแจ้งให้
ทุกฝ่ายงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและนำไปทบทวนเพื่อหาโอกาสพัฒนาปรับปรุงแก้ไข
- 5.9 ผู้แทนฝ่ายบริหารคุณภาพ นำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อ
ตรวจสอบดูให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติการแก้ไขป้องกันความผิดพลาดได้ครอบคลุมโดยปฏิบัติ
ตามระเบียบปฏิบัติเรื่อง “การทบทวนโดยฝ่ายบริหาร” (PM-QMR-04)

6.0 เอกสารอ้างอิง

6.0 ระเบียบปฏิบัติ

- 6.0.1 PM-QMR-04 การทบทวนโดยฝ่ายบริหาร
- 6.0.2 PM-QMR-05 การตรวจติดตามคุณภาพภายใน

6.1 วิธีปฏิบัติ

- 6.1.1 WI-QMR-03 การรวบรวมความคิดเห็นทั่วไป
- 6.1.2 WI-QMR-04 ขั้นตอนการรายงานเหตุการณ์สำคัญที่ไม่พึงประสงค์
ในโรงพยาบาล



โรงพยาบาล
พานทอง

ระเบียบปฏิบัติงาน

เรื่อง การบริหารความเสี่ยง

หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09

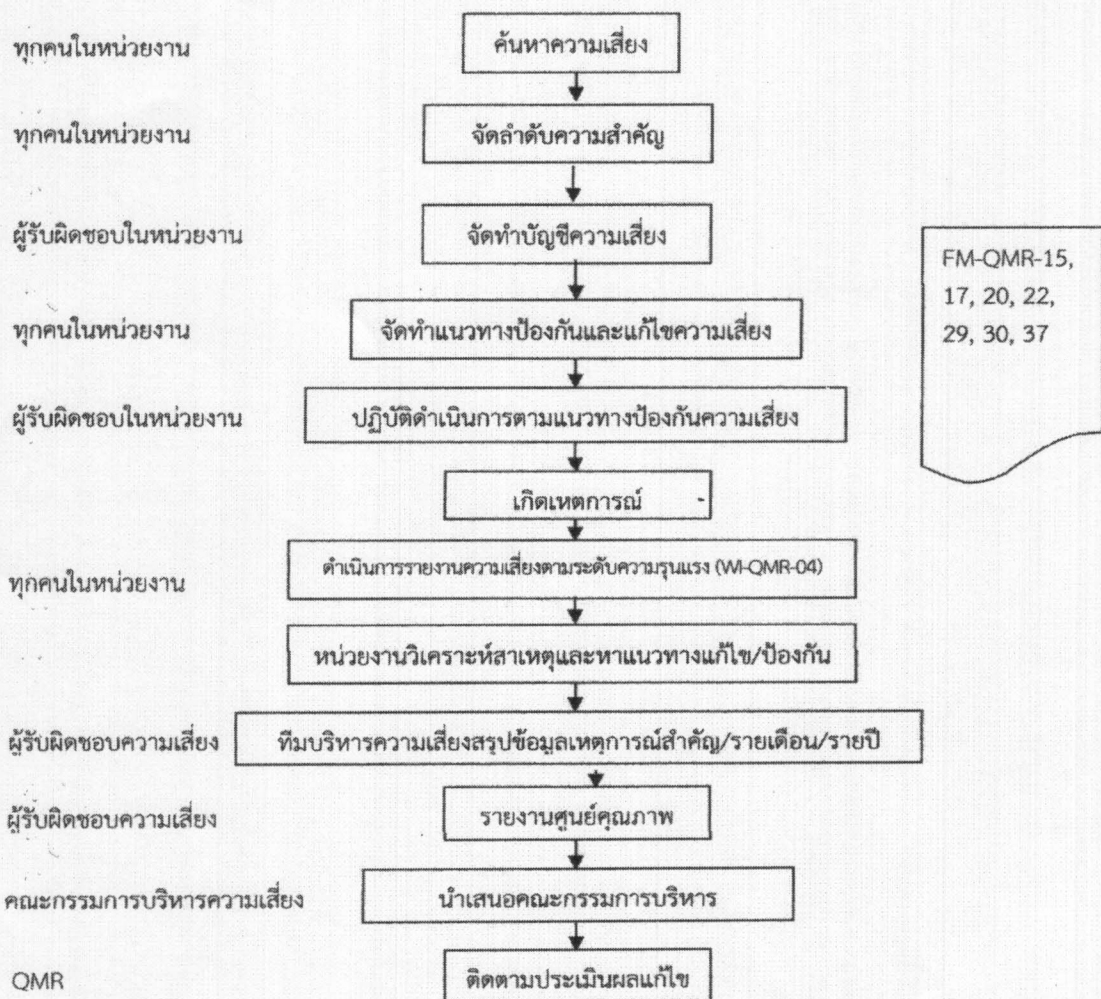
วันที่เริ่มใช้ : 11 ธันวาคม 2561


ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 02 สำเนาที่

หน้าที่ 12 ของ 13

7.0 เอกสารแนบ

7.1 Flow Chart กระบวนการบริหารความเสี่ยง



 โรงพยาบาล พานทอง	ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
	หมายเลขเอกสาร : PM-QMR-09	วันที่เริ่มใช้ : 11 ธันวาคม 2561
	ฉบับที่ - แก้ไขครั้งที่ : 02 ส่วนเท่าที่	หน้าที่ 13 ของ 13

8.0 บันทึกคุณภาพ

ชื่อเอกสาร	รหัสเอกสาร	สถานที่เก็บ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	การจัดเก็บ
1. ทะเบียนควบคุมเหตุการณ์สำคัญ	FM-QMR-15	สำนักงาน ควบคุมเอกสาร คุณภาพ	คณะกรรมการ ตรวจติดตาม คุณภาพภายใน	1 ปี	เรียงตาม เลขที่และครั้งที่ ที่ตรวจติดตาม
2. แบบบันทึกข้อเสนอแนะจาก ผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่	FM-QMR-17	- คณะทำงาน บริหารความเสี่ยง	คณะกรรมการ บริหารความเสี่ยง	1 ปี	เรียงตาม รายงานเลขที่
3. แบบบันทึกรายงาน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	FM-QMR-20	- หน่วยงาน - คณะทำงาน บริหารความเสี่ยง	ทุกหน่วยงาน	1 ปี	เรียงตาม ลำดับการ ขึ้นทะเบียน
4. แผนปฏิบัติการแก้ไข ข้อบกพร่องที่ตรวจพบ	FM-QMR-22	สำนักงาน ควบคุมเอกสาร คุณภาพ	คณะกรรมการ ตรวจติดตาม คุณภาพภายใน	1 ปี	เรียงตามครั้งที่ ที่ตรวจติดตาม
5. แบบบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์รากเหง้า ของปัญหา	FM-QMR-29	- หน่วยงาน - คณะทำงาน บริหารความเสี่ยง	ทุกหน่วยงาน	1 ปี	เรียงตาม รายงานเลขที่
6. แบบบันทึกเหตุการณ์ สำคัญภายในหน่วยงาน	FM-QMR-30	ทุกหน่วยงาน	ทุกหน่วยงาน	1 ปี	เรียงตาม วันเดือนปี
7. แบบ RM Safety Round	FM-QMR-37	คณะกรรมการ บริหารความเสี่ยง	คณะกรรมการ บริหารความเสี่ยง	1 ปี	เรียงตาม ครั้งที่ตรวจ