

เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง

จัดทำ

วันที่ 11 พฤศจิกายน 2559

ระบบบริหารจัดการความเสี่ยง

การบริหารจัดการความเสี่ยง เป็นกิจกรรมพื้นฐานบุคลากรทุกคนของโรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญและร่วมกันวางแผนป้องกันและดำเนินการตามแนวทางที่วางไว้โดยใช้กระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง ที่ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล

เป้าหมาย

1. เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงความสำคัญของการค้นหาความเสี่ยง สามารถระบุระดับความรุนแรง จัดการกับความเสี่ยงอย่างเหมาะสม และรายงานที่บริหารจัดการความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ
2. บริหารจัดการความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อความปลอดภัยทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถจัดระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานได้ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน
2. เพื่อพัฒนาและจัดระบบบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้ผู้รับบริการ และผู้ปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่ สิ่งแวดล้อมและทรัพย์สินในโรงพยาบาลมีความปลอดภัย

ขอบเขต

คู่มือการบริหารความเสี่ยงนี้ ใช้เป็นคู่มือในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรทุกคน /หน่วยงาน คณะกรรมการทีมต่างๆ ของโรงพยาบาล

นโยบายบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

1. ค้นหา ใ้ระวัง และติดตามความเสี่ยงทุกประเภทที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล รวมทั้งประสานการดำเนินงานในโปรแกรมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องทุกส่วนกับทุกหน่วยงาน

2. ควบคุมและป้องกัน ความเสี่ยงทุกประเภท ที่มีโอกาสเกิดขึ้นในโรงพยาบาลทั้งต่อผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ ทรัพย์สิน สิ่งของและชื่อเสียงของโรงพยาบาล

3. ทุกหน่วยงานต้องมีการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน โดยการค้นหา จัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง มีการวิเคราะห์ความเสี่ยง และจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

4. หน่วยงานทุกระดับต้องมีวัฒนธรรมองค์กรด้านความเสี่ยง เพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นคุณค่า และมีส่วนร่วมในการค้นหาและรายงานความเสี่ยง

5. เมื่อมีเหตุการณ์ความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ต่างๆ เกิดขึ้น ต้องมีระบบการรายงานที่ชัดเจน โดยผู้ประสบเหตุหรือรับทราบเหตุการณ์ต้องรายงานตามลำดับขั้น ซึ่งการรายงานเหตุการณ์เป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติโดยไม่ถือว่าผู้รายงานมีความผิด แต่จะถือว่ามีความผิดในกรณีที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้วละเลย ไม่มีการรายงาน

6. เมื่อมีข้อร้องเรียน ไม่ว่าจะเป็นด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษร โรงพยาบาลถือว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญและมีผลต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ต้องมีการรายงาน บันทึกรายงาน และตอบสนองข้อร้องเรียนอย่างเหมาะสม โดยเร็ว

7. มีการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากร เพื่อตอบสนองและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสม

8. โรงพยาบาลส่งเสริมให้มีระบบรายงานอุบัติการณ์ เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ถือว่าเป็นความผิด

บทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ กับการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

บทบาทหน้าที่ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

1. เป็นที่ปรึกษาการวางระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
2. พิจารณาสั่งการและดำเนินการกรณีที่มีความเสี่ยงหรือเหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล
3. รับทราบรายงาน การประเมินผล และการตอบสนองการบริหารความเสี่ยง

บทบาทหน้าที่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

1. ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน
2. สนับสนุน กระบวนการจัดการและทรัพยากรเพื่อแก้ไขความเสี่ยง
3. บริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ปัญหาความเสี่ยงที่มีความซับซ้อน ที่หน่วยงานหรือทีมไม่สามารถแก้ไขได้
4. ติดตามประเมินผลการจัดการความเสี่ยง

บทบาทหน้าที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

1. กำหนดนโยบาย และแผนดำเนินงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
2. จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยง และสื่อสารให้บุคลากรทราบ
3. รวบรวมความเสี่ยง อุบัติการณ์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
4. ประสานระบบที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง ในด้านต่างๆ ของโรงพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมความเสี่ยง
5. รวบรวม วิเคราะห์ ทบทวน อุบัติการณ์ เพื่อหาแนวทางปรับปรุงและวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงในโรงพยาบาล
6. สื่อสารนโยบาย ระเบียบปฏิบัติที่ได้จากการทบทวนเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ
7. ติดตามประเมินผลการดำเนินการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่าง ๆ
8. สรุปรายงานและประมวลผลความเสี่ยง แจ้งทุกหน่วยงานและทุกทีม จัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยงเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน

บทบาทหน้าที่หัวหน้างานและผู้รับผิดชอบความเสี่ยงในหน่วยงาน (RM Network)

1. วางระบบการบริหารความเสี่ยง ค้นหา วิเคราะห์ ละจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน จัดทำมาตรการการป้องกันและจัดการที่ชัดเจนในประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ
2. ประเมินผล ติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยงและปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3. มีการสื่อสารภายในหน่วยงานให้เจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจในประเด็นเสี่ยงที่สำคัญ ส่งเสริมให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในกิจกรรมปกติประจำวัน
4. ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง การดักจับความเสี่ยง การแก้ไขปัญหา การหาสาเหตุราก สาเหตุเชิงระบบ แนวทางป้องกันและลดความสูญเสียที่วางไว้ว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่

ทีมที่รับผิดชอบโปรแกรมหรือระบบที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง

มีหน้าที่รายงานเหตุการณ์/อุบัติเหตุหรือความเสี่ยงและประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงในทีม ไปยังผู้จัดการความเสี่ยง ดังนี้

1. ทีมดูแลผู้ป่วย(PCT) มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงเกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษาและสิทธิผู้ป่วยซึ่งเป็นความเสี่ยงทางคลินิก
2. ทีมพัฒนาระบบยา(PTC) มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาและปัญหาเกี่ยวกับยา

3. ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) มีหน้าที่รายงานอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล, การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ เป็นต้น
4. ทีมบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย(ENV) มีหน้าที่รายงานความผิดพลาดในการรักษาความปลอดภัย, รายงานการฝึกซ้อมป้องกันอัคคีภัย, รายงานการเกิดอัคคีภัย, รายงานการตรวจคุณภาพน้ำทิ้ง การกำจัดขยะ การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ รวมทั้งรายงานความเสี่ยงด้านการจัดหา เก็บรักษา แจกจ่าย ซ่อมบำรุง และจำหน่ายเครื่องมือ/สิ่งอุปกรณ์ต่างๆ
5. ทีมความคลาดเคลื่อนทางเวชระเบียนและเทคโนโลยีสารสนเทศ (MIS) มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงเกี่ยวกับเวชระเบียน รับผิดชอบตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ การจัดการความรู้ การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ และระบบฐานข้อมูลต่างๆ
6. ทีมรับเรื่องร้องเรียน มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงด้านเรื่องร้องเรียน
7. ทีมบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์(HRD)มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงด้านพฤติกรรมบริการและสมรรถนะของบุคลากร

บทบาทหน้าที่บุคลากรทุกระดับ

1. ทำความเข้าใจ แนวทางปฏิบัติตามคู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
2. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์/อุบัติการณ์เบื้องต้น
3. บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไข และรายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด
4. ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ / อุบัติการณ์ซ้ำ

การสื่อสารและการประสานงาน

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้กำหนดให้มีการสื่อสารและประสานงานดังนี้

1. ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเดือนละ 1 ครั้ง และบันทึกรายงานการประชุมเป็นลายลักษณ์อักษรเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. รายงานสรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหาร เดือนละ 1 ครั้ง
3. รายงานสรุปความเสี่ยงแยกตามหน่วยงานและแยกตามคณะกรรมการต่างๆตามโปรแกรมความเสี่ยง เดือนละ 1 ครั้ง
4. รายงานอุบัติการณ์หรือแนวทางการป้องกันความเสี่ยงของหน่วยงานต่างๆ ที่ต้องส่งให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงตามระยะเวลาที่ระบุไว้ในระเบียบปฏิบัติที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนด
5. การสำรวจตรวจเยี่ยมความเสี่ยง(Risk Round)
6. การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ
7. บอร์ดประชาสัมพันธ์
8. เอกสารประชาสัมพันธ์
9. ทางโทรศัพท์หรือโซเชียลเน็ตเวิร์คต่างๆ

คำจำกัดความ

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

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

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

4.อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเกิดจากการรักษา และไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรค หรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วย อันตรายดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลาการรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือเกิดความพิการตามมา ลักษณะสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การถูกทำร้ายหรือการบาดเจ็บ เหนื่อย ภัยอันตราย การคุกคามก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ความไม่แน่นอน การถูกเปิดเผย

5.เหตุการณ์พึงสังวร (Sentinel Events) หมายถึง เหตุการณ์สำคัญ รุนแรงและไม่พึงประสงค์เป็น เหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดหมาย อาจมีผลต่อชีวิต ร่างกาย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะของผู้ป่วย หรือมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล (ซึ่งควรมีการเฝ้าระวังเชิงรุก)

6.ความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical Error) หมายถึง ความล้มเหลวของการดูแลรักษาที่วางแผนไว้ หรือการวางแผนการรักษาที่ไม่ถูกต้องในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

7.เหตุเกือบพลาด (Near Miss) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่เกิดขึ้นเพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทัน หรือด้วยความบังเอิญ ป้องกันได้ทันก่อนเกิดเหตุ มีการบรรเทาอาการก่อน

8.อุบัติการณ์รุนแรง หมายถึง ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความสูญเสียอย่างมากซึ่งผู้ประสบเหตุการณ์ต้อง รายงานหัวหน้า หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนทันที หรือโดยเร็วที่สุด

- บุคลากร/ผู้รับบริการเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด
- การเกิดอัคคีภัย
- ข้อร้องเรียนกล่าวหาที่อาจมีผลกระทบต่อชื่อเสียงโรงพยาบาล
- ความคลาดเคลื่อนทางคลินิก(ระดับ E-I)
- ผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายร่างกายตนเอง หรือผู้อื่น
- การระบาดของโรค/อุบัติเหตุ/อุบัติภัยรุนแรง
- การโจรกรรมทรัพย์สินของทางราชการ/เจ้าหน้าที่/ผู้รับบริการ
- เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินของทางราชการ/เจ้าหน้าที่/ผู้รับบริการ

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินและวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification)

การค้นหาความเสี่ยงคือขั้นตอนแรกของกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยการค้นหาความเสี่ยงกระทำได้ด้วย

1.1 การค้นหาจากอดีต เช่น ศึกษาความสูญเสียของหน่วยงานที่ผ่านมา, เรียนรู้ประสบการณ์ หรือความผิดพลาดของคนอื่น, ทบทวนข้อร้องเรียน

1.2. การศึกษาจากการสำรวจสภาพการในปัจจุบัน ซึ่งการค้นหาความเสี่ยงมี 2 ประเภท ได้แก่

- การค้นหาเชิงรุก จากการตรวจสอบ เช่น ENV Round , IC Round , Risk Round , การทบทวนเวชระเบียน การค้นหาจากกระบวนการทำงาน , การทำกิจกรรมทบทวน

- การค้นหาแบบตั้งรับ จากรายงานต่างๆ เช่น รายงานอุบัติการณ์ รายงานเฝ้าระวังการ บันทึกประจำวันของหน่วยงาน เป็นต้น

เมื่อแต่ละหน่วยงานค้นหาความเสี่ยงได้แล้ว ให้จัดทำ**บัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk profile)** ผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงานเลือกรายการความเสี่ยงจากบัญชีความเสี่ยงจัดเข้าโปรแกรมความเสี่ยงแต่ละโปรแกรม เพื่อแยกเป็นหมวดหมู่ และสะดวกในการจัดการวิเคราะห์แก้ไข ปรับปรุง และจัดทำมาตรการป้องกัน

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความเสี่ยงและวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment)

การแบ่งประเภทความเสี่ยง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความเสี่ยงทางคลินิก หมายถึง ความเสี่ยงเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งส่งผลให้เกิดต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ได้แก่ ความปลอดภัยจากการใช้ยา การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ กระบวนการดูแลผู้ป่วย

2. ความเสี่ยงทางทั่วไป หมายถึง ความเสี่ยงที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการรักษาพยาบาล แต่เกิดจากปัจจัยอื่นๆที่มีผลทำให้เกิดความเสียหาย ความเสี่ยงทั่วไป ได้แก่

2.1 ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับอาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก , อุบัติการณ์เกี่ยวกับผลที่จะเกิดจากการปฏิบัติงานที่มีต่อ สุขภาพบุคลากร ความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน อุบัติการณ์เกี่ยวกับ อุปกรณ์ เครื่องมือ ที่ใช้ในการดูแลรักษา

2.2 ความเสี่ยงด้านข้อร้องเรียนและสิทธิผู้ป่วย หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูลก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย การตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษา อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนในด้านต่างๆ เช่น พฤติกรรมบริการ

2.3 ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและเวชระเบียน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์, ความไม่พร้อมใช้คอมพิวเตอร์, โปรแกรมการสื่อสารบันทึก ,การจัดเก็บข้อมูล และเกี่ยวกับข้อมูลสถิติต่างๆ อุบัติการณ์เกี่ยวกับเอกสารประวัติของผู้ป่วย เช่น การบันทึก การจัดเก็บ การค้นหา การระบุตัวผู้ป่วย การบันทึกสิทธิการรักษา การบันทึกค่ารักษาพยาบาล การบันทึกที่แสดงถึงคุณภาพการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสื่อสารของสหสาขาวิชาชีพ

2.4 ด้านการสนับสนุนบริการ หมายถึง การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกจากงานสนับสนุน อุบัติการณ์เกี่ยวกับค่ารักษา การสูญเสียรายได้ทรัพย์สินทางราชการต่างๆ/มูลค่าความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน

การแบ่งระดับความรุนแรงและการจัดกลุ่มความเสี่ยง

2.1 ความรุนแรงความเสี่ยงทางคลินิกแบ่งเป็น 9 ระดับ

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
A	ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่มีโอกาสทำให้เกิดอุบัติการณ์ขึ้นได้ หรือถ้าไม่ให้ความสนใจที่อาจเกิดอุบัติการณ์ขึ้น	Near Miss
B	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ เนื่องจากอุบัติการณ์นั้นไม่ไปถึงตัวผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่	
C	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ / แม้อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นถึงตัวผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่	Low Risk
D	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ / แต่ยังคงจำเป็นต้องมีการติดตามดูแลและเฝ้าระวังเพิ่มเติม	
E	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ เพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม	Moderate Risk
F	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ เพียงชั่วคราว รวมถึงต้องได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล หรือยืดระยะเวลาในการรักษา ตัวในโรงพยาบาลออกไป	
G	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่/เกิดความพิการอย่างถาวร	High Risk
H	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ จนเกือบถึงแก่ชีวิต	
I	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ จนถึงแก่ชีวิต	

2.2 ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไปมี 4 ระดับ

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
1	เป็นเรื่องปกติอาจก่อความรำคาญยังไม่เกิดความเสียหาย / มีโอกาสสูญเสียทรัพย์สินแต่ยังไม่เกิดความเสียหาย	Near Miss
2	ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (< 1,000 บาท) แต่สามารถแก้ไขได้ หรือผู้ป่วยไม่พอใจแจ้งเจ้าหน้าที่	Low Risk
3	ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินอย่างมาก(1,000 -10,000บาท)ซึ่งสามารถแก้ไขได้แต่อาจต้องสูญเสียบางอย่างไปหรือผู้ป่วยไม่พอใจต้องให้ รพ.รับผิดชอบโดยแจ้งหัวหน้างานหรือ ผอ.โดยตรง	Moderate Risk
4	ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน(> 10,000 บาท)หรือชื่อเสียง รพ.อย่างรุนแรง ไม่สามารถแก้ไขได้หรือผู้ป่วยไม่พอใจอย่างมากต้องการให้ รพ.รับผิดชอบโดยฟ้องร้องผ่านองค์กรภายนอก	High Risk

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความเสี่ยง (Action To Manage Risk)

กลยุทธ์สำคัญในการควบคุมความเสี่ยง

ก่อนเกิดเหตุ

1. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่น การส่งต่อ
2. การผ่อนถ่ายความเสี่ยง เช่น จ้างเหมาบริษัทเพื่อดูแลเครื่องมือทางการแพทย์และห้องปฏิบัติการ
3. การป้องกันความเสี่ยง เช่น ใส่ของมีคมในกล่องที่หนา การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันเช่นการตรวจสอบเครื่องมือ การสอบเทียบเครื่องมือต่างๆ มีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา การตรวจอุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน การให้ความรู้เจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดความตระหนักและเป็นเจ้าของการป้องกันความเสี่ยงระบบสำรองไฟ เครื่องมืออุปกรณ์ การสำรองข้อมูล จัดทำฐานข้อมูลความเสี่ยงสื่อสารทั่วสารทั้งองค์กร
4. มีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้แก่ ทุกหน่วยงานมีระบบรายงานความเสี่ยง ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรายงานความเสี่ยงได้หลายช่องทาง สะดวก มีการสื่อสาร ย้อนกลับ และไม่เปิดเผยแก่ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกรณีที่เป็นความลับ

หลังเกิดเหตุ

1. ลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ เป็นการดูแลแก้ปัญหาฉับพลันโดยการเอาใจใส่ ให้ข้อมูลตรงไปตรงมา ภายใต้อำนาจและหน้าที่สื่อสาร ความเข้าใจที่ดีต่อกัน ประคับประคอง จิตใจ ขวัญกำลังใจทั้งผู้ป่วยญาติ และเจ้าหน้าที่และรายงานผู้บริหารสูงสุดและคณะ กรรมการบริหารโรงพยาบาล และติดตามประเมินผล ภายหลังภายหลังการไกล่เกลี่ยอย่าง ต่อเนื่อง
2. การบริหารเงินชดเชยค่าเสียหาย กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหายที่ควบคุมค่าเสียหาย / ไกล่เกลี่ย จะเป็นผู้สรุปข้อมูล ปัญหา นำเสนอผู้บริหารสูงสุดและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาล ร่วมกันพิจารณา ชดเชยค่าเสียหายอย่างเหมาะสม, ยุติธรรม ทุกฝ่าย

การรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยง (Incident Report)

1. ความเสี่ยงทั่วไประดับ 1-2 หรือ ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ A-D (Near miss/Low risk)

- ผู้ที่พบเหตุการณ์ประเมินสถานการณ์/ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แจ้งหัวหน้าเวร / หัวหน้าหน่วยงานรับทราบ เพื่อหาแนวทางป้องกันแก้ไข โดยหัวหน้างานเป็นผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน
- ผู้พบเหตุการณ์บันทึกใบรายงานอุบัติการณ์ประจำหน่วยงาน
- ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน ส่งเลขาทีมบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลทุกเดือน

2. ความเสี่ยงทั่วไประดับ 3 หรือ ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ E-F (Moderate risk)

- ผู้ที่พบเหตุการณ์ประเมิน สถานการณ์ / เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และพยายามแก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้น จากนั้นแจ้งหัวหน้าเวร / หัวหน้างานภายใน 24 ชั่วโมงและผู้พบเหตุการณ์บันทึกใบรายงานอุบัติการณ์ ประจำหน่วยงาน
- หัวหน้าเวร/หัวหน้างาน รายงานผู้อำนวยการทันที
- RM ในหน่วยงานสรุปบันทึกรายงานอุบัติการณ์ ส่งเลขาทีมความเสี่ยงภายใน 72 ชั่วโมง
- ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน ส่งเลขาทีมบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลทุกเดือน

3. ความเสี่ยงทั่วไประดับ 4 หรือ ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ G-I (High risk)

- ผู้พบเหตุการณ์ประเมินสถานการณ์ / เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และพยายามแก้ไขเหตุการณ์ เบื้องต้น จากนั้นให้แจ้งหัวหน้าเวร / หัวหน้างานทันที
- หัวหน้าเวร/หัวหน้างาน รายงานผู้อำนวยการทันที (ในกรณีเหตุการณ์เกิดในเวลาราชการให้หัวหน้างาน รายงานผู้อำนวยการ / ผู้รักษาการแทน ผู้จัดการความเสี่ยงโปรแกรมที่เกี่ยวข้องทันที ถ้าเหตุการณ์ เกิดนอกเวลาราชการให้หัวหน้าเวรรายงานแพทย์เวรทันที แล้วแพทย์เวรต้องรายงานให้ผู้อำนวยการ /ผู้รักษาการแทนทราบข้อมูลทันที)
- RM ในหน่วยงานสรุปบันทึกรายงานอุบัติการณ์ ส่งเลขาทีมความเสี่ยงภายใน 24 ชั่วโมง
- ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน ส่งเลขาทีมบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลทุกเดือน

4.ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ กรณีได้รับข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการโดยมีหนังสือ / ไม่มีหนังสือร้องเรียน

ให้รายงานหัวหน้างานและเลขาทีมบริหารความเสี่ยงประสานกับทีมผู้จัดการความเสี่ยง เพื่อดำเนินการไต่ถาม / ลดความเสี่ยง / สอบสวนและแจ้งผู้อำนวยการทราบภายใน 24 ชม. จากนั้นทีมบริหารความเสี่ยง ทำการประเมินและติดตามผลการดำเนินการแก้ไขสรุปผลหลังเกิดเหตุการณ์แล้วรายงานต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลภายใน 1 สัปดาห์

สรุปการส่งใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

1. ความเสี่ยงระดับ 1 ส่งรายงาน ที่เลขาค่าความเสี่ยงทุกสิ้นเดือน
2. ความเสี่ยงระดับ 2 ส่งรายงาน ที่เลขาค่าความเสี่ยงทุกสิ้นเดือน
3. ความเสี่ยงระดับ 3 ส่งรายงาน ที่เลขาบริหารความเสี่ยงภายใน 72 ชั่วโมง และสรุปรวบรวม ส่งทุกสิ้นเดือน
4. ความเสี่ยงระดับ 4 ส่งรายงาน ที่เลขาบริหารความเสี่ยงภายใน 24 ชั่วโมง และ สรุปรวบรวม ส่งทุกสิ้นเดือน

การจำแนกความเสี่ยงและจัดการเมื่อได้รับรายงานอุบัติการณ์

โปรแกรมความเสี่ยง	ทีมรับผิดชอบ
1.การดูแลผู้ป่วยทางคลินิก	ทีม PCT
2.ความคลาดเคลื่อนทางยา	ทีม PTC
3.การควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อ	ทีม IC
4.ระบบสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย	ทีม ENV
5.อุปกรณ์และเครื่องมือการแพทย์	ทีม ENV
6.เทคโนโลยีและสารสนเทศ	ทีม IM
7.ข้อร้องเรียนและสิทธิผู้ป่วย	ทีม RM
8.สนับสนุนบริการและประสานงาน	ทีม HRD

การสรุปรายงานข้อมูลอุบัติการณ์ / ความเสี่ยง

ทีมบริหารความเสี่ยงสรุปข้อมูลทุกเดือน เสนอที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและสรุปข้อมูลรวมทุก 3 เดือน ส่งกลับให้ทุกหน่วยงานรับทราบและนำไปวิเคราะห์การบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน เพื่อหาแนวทางแก้ไขป้องกันความเสี่ยงต่อไป

เรื่องที่ต้องเขียนในรายงานอุบัติการณ์ (Incident report)

- ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ E ขึ้นไป
- ความเสี่ยงทั่วไประดับ 3 ขึ้นไป
- ความเสี่ยงระดับ 2 หรือ C, D ที่เกิดซ้ำ > 3 ครั้ง/เดือน
- เรื่องที่ต้องการประสานงานกับหน่วยงานอื่น (ไม่สามารถแก้ไขได้ภายในหน่วยงาน)

เรื่องที่ต้องวิเคราะห์ RCA และส่งข้อมูลกลับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ภายใน 30 วัน หลังจากเกิดเหตุการณ์

- ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ E ขึ้นไป
- ความเสี่ยงทั่วไประดับ 3 ขึ้นไป

ขั้นตอนที่ 4. การประเมินผล (Evaluation)

มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้ดีขึ้น

1. การทบทวนระบบ/กระบวนการที่ได้วางไว้/ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ๆ
2. ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง
 - 2.1. การเขียนรายงานอุบัติการณ์และการส่งใบรายงานตามระยะเวลาที่กำหนด
 - 2.2. จำนวน และประเภท risk/อุบัติการณ์
 - 2.3. อัตราของความเสี่ยง/อุบัติการณ์ตามกลุ่มประเภทความเสี่ยง/ความรุนแรง
 - 2.4. ระดับความรุนแรง
 - 2.5. อัตราการเกิดซ้ำ

ภาคผนวก 2

FR-RM-002

แบบสรุปการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน โรงพยาบาลตาสุม

ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ชื่อหน่วยงาน.....

ลำดับที่	ความเสี่ยง/เหตุการณ์	ระดับ ความ รุนแรง	โปรแกรม ความเสี่ยง	แนวทางป้องกันของหน่วยงาน	หมายเหตุ

ความเสี่ยงใหม่.....รายได้แก่.....

ความเสี่ยงที่เกิดซ้ำ.....รายได้แก่.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

** ส่งรายงานทุกสิ้นเดือน

ภาคผนวก 3

แบบสรุปรายงานการบริหารความเสี่ยง
โรงพยาบาลतालसुम อ.तालसुम จ.อุบลราชธานี
ประจำเดือน.....พ.ศ.....

1. จำนวนการเกิดอุบัติการณ์ทั้งหมด.....เรื่อง.....ครั้ง
2. จำนวนอุบัติการณ์แยกโปรแกรมความเสี่ยง
 - 2.1 การดูแลผู้ป่วยทางคลินิก.....เรื่อง
 - 2.2 ความคลาดเคลื่อนทางยา.....เรื่อง
 - 2.3 การควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อ.....เรื่อง
 - 2.4 สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย.....เรื่อง
 - 2.5 อุปกรณ์และเครื่องมือการแพทย์.....เรื่อง
 - 2.6 เทคโนโลยีและสารสนเทศ.....เรื่อง
 - 2.7 ข้อร้องเรียนและสิทธิผู้ป่วย.....เรื่อง
 - 2.8 สนับสนุนบริการ.....เรื่อง
3. จำนวนอุบัติการณ์ตามระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้น
 - 5.1 ความเสี่ยงอุบัติการณ์ระดับ 1.....เรื่อง.....ครั้ง
 - 5.2 ความเสี่ยง/อุบัติการณ์ระดับ 2.....เรื่อง.....ครั้ง
 - 5.3 ความเสี่ยง/อุบัติการณ์ระดับ 3เรื่อง.....ครั้ง
 - 5.4 ความเสี่ยง/อุบัติการณ์ระดับ 4เรื่อง.....ครั้ง

วันที่สรุปงาน.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ภาคผนวก 4

แบบสรุปผลการจัดการข้อร้องเรียน
โรงพยาบาลतालसुम อ.तालसुम จ.อุบลราชธานี

ชื่อ – สกุลผู้รับบริการ.....อายุ.....ปี HN.....
ที่อยู่.....วันที่รับไว้.....วันที่จำหน่าย.....
สถานที่เกิดเหตุการณ์.....วันที่เกิดเหตุ.....เวลาที่เกิด.....
รายละเอียดการเกิดเหตุการณ์

.....
.....
.....

สรุปการดำเนินการแก้ไข / โทล่เกลี่ย / ให้ความช่วยเหลือ

.....
.....
.....
.....
.....

ผู้บันทึก

.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....
(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลतालसुम)