


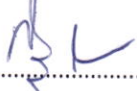

สำเนาที่.....



โรงพยาบาลหัวหิน  
HUA HIN HOSPITAL

## โรงพยาบาลหัวหิน

วิธีปฏิบัติที่ R - HQM.๐๑ - ๐๑  
เรื่อง คู่มือการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

ผู้จัดทำ	 ..... (นางสาวสุปรียา สนธิ) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เลขานุการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	วันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๕
ทบทวนโดย	 ..... (นายณัฐ รัตนโกสัย) ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	วันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๕
อนุมัติโดย	 ..... (นายวิชัย ศรีอุทธารวงศ์) หัวหน้ากลุ่มภารกิจพัฒนาระบบบริการ และสนับสนุนบริการสุขภาพ	วันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๕

ฉบับที่ A  
วันที่บังคับใช้ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๕

แก้ไขครั้งที่ ๐๐  
สถานะเอกสาร .....

**เอกสารต้นฉบับ**

วิธีปฏิบัติ โรงพยาบาลหัวหิน	เรื่อง คู่มือการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)	
	เอกสารเลขที่ R - HQM.๐๑ - ๐๑	ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ ๐๐
	วันที่บังคับใช้ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๕	หน้า ๒ ของ ๑๗

## การบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลหัวหิน

### แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลหัวหิน ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลศูนย์ (A) คุณภาพคู่คุณธรรม

พันธกิจ :

- พัฒนาระบบการบริหาร การบริการบุคลากรให้มีความพร้อมสมบูรณ์ในการเป็นโรงพยาบาลศูนย์ตอนล่างของเขต ๕ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านอุบัติเหตุ หัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง ทารกแรกเกิด ไต ทันตกรรม และการแพทย์ทางเลือกคุณภาพระดับชั้นนำ
- ระดมพลังภาคีทุกภาคส่วน สร้างความรอบรู้และวัฒนธรรมสุขภาพแก่ประชาชน ชุมชน และการควบคุมป้องกันโรคและการมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งทันการเปลี่ยนแปลง
- สร้างระบบบริหารทรัพยากรบุคคลและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรทุกระดับให้มีขีดความสามารถสูง มีความเชี่ยวชาญทันการเปลี่ยนแปลงและเป็นที่ยอมรับไว้วางใจจากผู้ใช้บริการ
- พัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง ทันสมัย มีธรรมาภิบาล มีความเข้มแข็งและมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองสูง
- สร้างสรรคพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรมบริการสุขภาพ รองรับความต้องการทางสุขภาพและความเปลี่ยนแปลง และพัฒนาระบบบริการเพื่อร่วมผลิตบุคลากรทางการแพทย์คุณภาพ

ค่านิยม : ความสุข ความสามัคคี นำการพัฒนา

เข็มมุ่ง ปี ๒๕๖๖ : ๑. ER คุณภาพ ๒. Patient Identification (การระบุตัวผู้ป่วย)

ยุทธศาสตร์โรงพยาบาล :

- การพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์สู่ความเป็นเลิศและพัฒนาเครือข่ายบริการให้เป็นหุ้นส่วนบริการที่มีประสิทธิภาพ
- การพัฒนาและสร้างเครือข่ายชุมชนให้มีความเข้มแข็ง
- การบริหารทรัพยากรบุคคลขององค์กรให้ได้ความรู้ความสามารถ ความเสียสละ เรียนรู้ตลอดเวลา มีคุณธรรมและมีความสุข
- การพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรตามหลักธรรมาภิบาล มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ และมีความเป็นมืออาชีพ
- การพัฒนางานวิชาการและวิจัยด้านสุขภาพและการเป็นสถาบันร่วมสอนบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาต่างๆ

วิธีปฏิบัติ โรงพยาบาลหัวหิน	เรื่อง คู่มือการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)	
	เอกสารเลขที่ R - HQM.๐๑ - ๐๑	ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ ๐๐
	วันที่บังคับใช้ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๕	หน้า ๓ ของ ๑๗



โรงพยาบาลหัวหิน  
HUA HIN HOSPITAL

ประกาศ

### เรื่อง นโยบายการบริหารความเสี่ยง

ด้วยโรงพยาบาลหัวหิน มีนโยบายให้มีการดำเนินการตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ มีการสร้างความเข้าใจร่วมกันทั้งระดับหน่วยงาน ทีมนำทางคลินิก ทีมนำเฉพาะด้าน และระดับโรงพยาบาล เพื่อสามารถจัดการความเสี่ยงให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. เมื่อมีอุบัติการณ์ต่างๆ เกิดขึ้นต้องมีการรายงานที่ชัดเจน การรายงานเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวหิน ทุกคนต้องปฏิบัติโดยไม่ถือว่าผู้รายงานมีความผิด แต่จะมีความผิดในกรณีที่มิเหตุการณ่เกิดขึ้นแล้วไม่รายงาน และให้สื่อสารในเชิงบวกเพื่อมิให้เกิดความเข้าใจผิดและข้อขัดแย้งในองค์กร
2. ให้ทุกหน่วยงาน/ทีม ดำเนินกิจกรรมจัดการความเสี่ยงให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายหลักของหน่วยงาน/ทีม กำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยง และให้มีการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอนอย่างครบถ้วน คือ การค้นหาและระบุความเสี่ยง, การประเมินความเสี่ยง, การจัดการความเสี่ยง, การประเมินผล และหน่วยงานต้องจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน Risk Profile โดยจัดทำเป็นคู่มือปฏิบัติ มาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงในโรงพยาบาล
3. สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร โดยใช้หลัก 2P Safety ซึ่งเป็นนโยบายการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรโรงพยาบาลหัวหิน
4. จัดทำทะเบียนจัดการความเสี่ยง Risk Register เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การตอบสนอง ไปจนถึงการติดตามและทบทวน ทำให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่มีชีวิต และเป็นพลวัตและทำให้เกิดการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมนำโรงพยาบาล เป็นผู้รับผิดชอบในการถ่ายทอด สื่อสาร ติดตาม สถานการณ์ ประเมินผล และสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมต่อการดำเนินงานระบบบริหารความเสี่ยง

จึงประกาศมาเพื่อทราบและถือปฏิบัติโดยพร้อมเพรียงกัน

ประกาศ ณ วันที่ 27 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565

(นายจิตตรัตน์ เตชะภูมิพร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

วิธีปฏิบัติ โรงพยาบาลหัวหิน	เรื่อง คู่มือการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)	
	เอกสารเลขที่ R - HQM.๐๑ - ๐๑	ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ ๐๐
	วันที่บังคับใช้ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๕	หน้า ๔ ของ ๑๗

### ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงโรงพยาบาลหัวหิน

#### ๑. เป้าหมาย

โรงพยาบาลหัวหินมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ/ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน

#### ๒. วัตถุประสงค์

๒.๑ เพื่อให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวหินมีการรายงานความเสี่ยงเข้าระบบ Hrms. ถูกหมวด ถูกระดับ ทันเวลา

๒.๒ เพื่อให้หัวหน้างานรับทราบปัญหาจากหน่วยงานผ่านระบบฐานข้อมูลโปรแกรม Hrms. และทบทวน ทันเวลา

๒.๓ เพื่อให้หน่วยงานมีการจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) เป็นปัจจุบันและนำมาใช้ในการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานได้

๒.๔ เพื่อให้องค์กรได้เรียนรู้จากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และมีมาตรการป้องกันร่วมกัน (ประสบการณ์จากผู้ป่วย)

#### ๓. ตัวชี้วัดคุณภาพ

๓.๑ จำนวนรายงานอุบัติการณ์ = เพิ่มขึ้น

๓.๒ หน่วยงานมีการจัดทำบัญชีความเสี่ยงตามเกณฑ์มาตรฐาน = ๘๐%

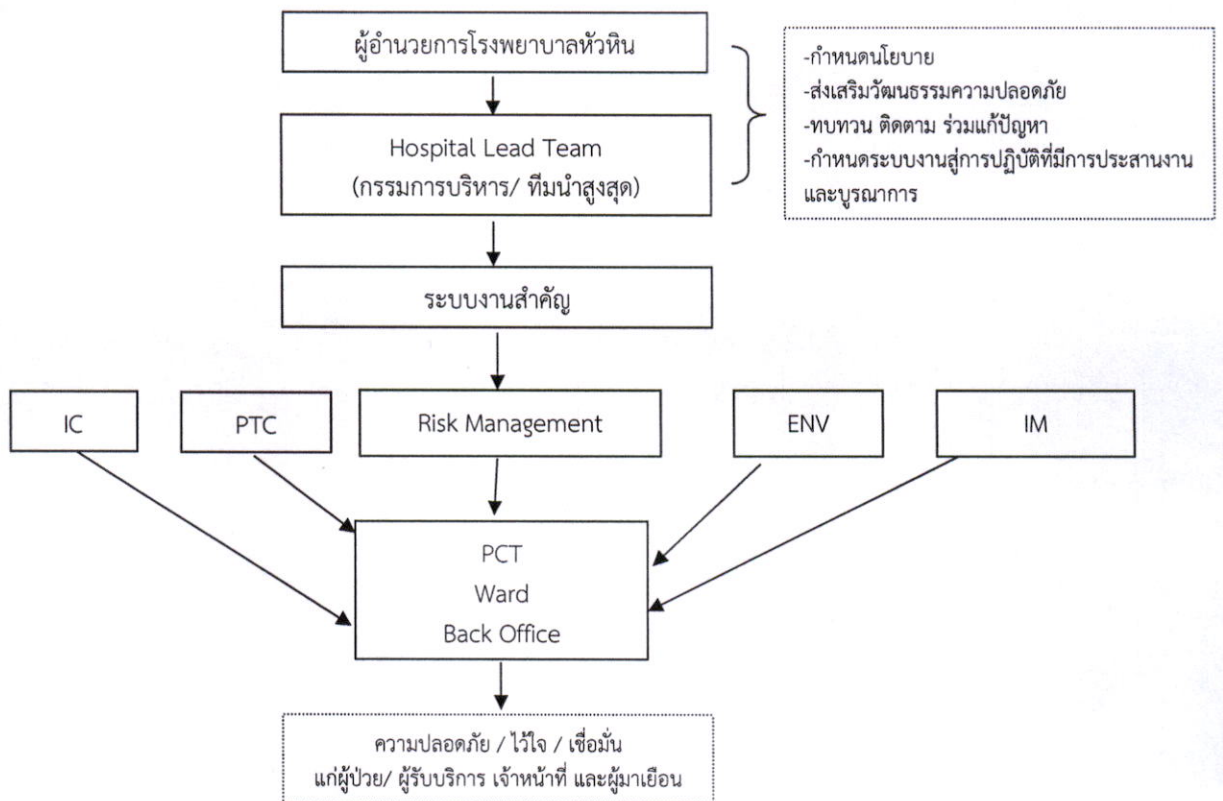
๓.๓ อุบัติการณ์และข้อร้องเรียนระดับ E-I ได้รับการทบทวน ด้วยวิธีใด วิธีหนึ่ง = ๑๐๐%

๓.๔ อุบัติการณ์ในมาตรฐานสำคัญจำเป็นของโรงพยาบาล ระดับ E-I ได้รับการทบทวนทันเวลา = ๑๐๐%

๓.๕ การเกิดซ้ำของอุบัติการณ์และข้อร้องเรียนระดับ G-H-I = ๐

๓.๖ ร้อยละของหน่วยงานที่มีการค้นหาและรายงานความเสี่ยง = ๑๐๐

#### ๔. โครงสร้างระบบบริหารจัดการความเสี่ยงโรงพยาบาลหัวหิน



วิธีปฏิบัติ โรงพยาบาลหัวหิน	เรื่อง คู่มือการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)	
	เอกสารเลขที่ R - HQM.๐๑ - ๐๑	ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ ๐๐
	วันที่บังคับใช้ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๕	หน้า ๕ ของ ๑๗

## ๕. บทบาทหน้าที่

### ๕.๑ บทบาทหน้าที่ของผู้อำนวยการ

๑. เป็นที่ปรึกษาการวางระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
๒. พิจารณาสั่งการและดำเนินการกรณีที่มีความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์สำคัญเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล
๓. รับทราบรายงาน การประเมินผล และการตอบสนองการบริหารความเสี่ยง

### ๕.๒ บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

๑. ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน
๒. สนับสนุนกระบวนการจัดการ และทรัพยากรเพื่อแก้ไขความเสี่ยง
๓. บริหารจัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน ปัญหาความเสี่ยงที่ซับซ้อน ที่หน่วยงานหรือทีมคร่อมไม่สามารถแก้ไขได้

#### ๔. ติดตามประเมินผลการจัดการความเสี่ยง

### ๕.๓ บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

๑. กำหนดนโยบายและแผนดำเนินงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
๒. จัดทำคู่มือ แนวทางในการบริหารความเสี่ยงและสื่อสารให้บุคลากรทราบ
๓. รวบรวมความเสี่ยง อุบัติการณ์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
๔. ประสานระบบที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในด้านต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อป้องกันและควบคุมความเสี่ยง

๕. รวบรวม วิเคราะห์ ทบทวนอุบัติการณ์ เพื่อหาแนวทางปรับปรุงและวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงในโรงพยาบาล

#### ๖. สื่อสารนโยบาย ระเบียบปฏิบัติที่ได้จากการทบทวน เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ

#### ๗. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่างๆ

#### ๘. จัดทำรายงานความเสี่ยงเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุก ๑ เดือน

### ๕.๔ บทบาทหน้าที่ของหัวหน้างานและผู้รับผิดชอบความเสี่ยงในหน่วยงาน

๑. วางระบบการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน ค้นหา วิเคราะห์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานจัดทำมาตรการป้องกันและจัดการที่ชัดเจนในประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ
๒. ประเมินผล ติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยง และปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๓. สื่อสารให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีความเข้าใจในประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในกิจกรรมปกติประจำวัน

๔. ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง การดักจับความเสี่ยง การแก้ไขปัญหา การหาสาเหตุรากเหง้า สาเหตุเชิงระบบ แนวทางป้องกันและลดความสูญเสียที่วางไว้

### ๕.๕ บทบาทหน้าที่ของระบบที่เกี่ยวข้อง

มีหน้าที่ในการรายงานเหตุการณ์/ อุบัติการณ์หรือความเสี่ยง และประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงในทีมไปยังผู้จัดการความเสี่ยง ดังนี้

๑. ทีมผู้ดูแลผู้ป่วย (PCT) : มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษา และสิทธิผู้ป่วยซึ่งเป็นการเสี่ยงทางคลินิก

วิธีปฏิบัติ โรงพยาบาลหัวหิน	เรื่อง คู่มือการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)	
	เอกสารเลขที่ R - HQM.๐๑ - ๐๑	ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ ๐๐
	วันที่บังคับใช้ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๕	หน้า ๖ ของ ๑๗

๒. ทีมพัฒนาระบบยา (PTC) : มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยา และปัญหาเกี่ยวกับยา

๓. ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) : มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับการติดเชื้อในโรงพยาบาล การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่

๔. ทีมบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) : มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัย การฝึกซ้อมป้องกันอัคคีภัย การเกิดอัคคีภัย การตรวจคุณภาพน้ำทิ้ง การจัดการขยะ การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ การจัดหา เก็บรักษา แจกจ่าย ซ่อมบำรุง และจำหน่ายเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ

๕. ทีมเทคโนโลยีสารสนเทศ (IM) : มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับเวชระเบียน การตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในเชิงปริมาณและคุณภาพ การจัดการความรู้ การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ และระบบฐานข้อมูลต่างๆ

๖. ทีมรับเรื่องร้องเรียนและเจรจาไกล่เกลี่ย : มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับด้านร้องเรียน ผลการจัดการปัญหาข้อร้องเรียน

๗. ทีมบริหารและพัฒนาบุคลากร (HRD) : มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงด้านพฤติกรรมบริการ และสมรรถนะบุคลากร

#### ๕.๖ บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทุกระดับ

๑. ทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติตามคู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

๒. เป็นผู้จัดการความเสี่ยง และแก้ไขสถานการณ์เบื้องต้น

๓. บันทึกอุบัติการณ์ การแก้ไข และรายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด

๔. ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

#### ๖. คำนิยามศัพท์

๖.๑ การบริหารความเสี่ยง (Risk management) หมายถึง การจัดการในเรื่อง การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผล รวมทั้งการดำเนินการเพื่อป้องกันความเสี่ยง และการจัดการเมื่อเกิดปัญหา

๖.๒ บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้นโดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีตและหน่วยงานอื่นๆ ตลอดจนการทบทวนต่างๆ การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากกระบวนการทำงานและสำรวจภายในหน่วยงานตนเอง เพื่อหาประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวังทั้งในระบบหน่วยงาน ทีมคร่อมสายงานและระดับโรงพยาบาล

๖.๓ ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะเกิด ความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ เช่น ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้รับบริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียหรือเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรือเกิดอันตรายต่อเจ้าหน้าที่

๖.๔ อุบัติการณ์ (Incident) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย, จิตใจ, ชื่อเสียง, ทรัพย์สิน, สิ่งแวดล้อม, ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจ, เกิดการร้องเรียนหรือการฟ้องร้อง, อุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยรายแรก คือ ความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วยรายอื่นๆ

วิธีปฏิบัติ โรงพยาบาลหัวหิน	เรื่อง คู่มือการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)	
	เอกสารเลขที่ R - HQM.๐๑ - ๐๑	ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ ๐๐
	วันที่บังคับใช้ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๕	หน้า ๗ ของ ๑๗

๖.๕ เกือบผิดพลาด (Near miss) หมายถึง มีความผิดพลาดเกิดขึ้น แต่ยังไม่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ หรือโรงพยาบาลยังไม่ได้รับความเสียหาย (ระดับความรุนแรง A-B)

๖.๖ ผิดพลาด (Miss) หมายถึง ความผิดพลาดต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ หรือโรงพยาบาลแล้ว จนกระทั่งความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตหรือเกิดการฟ้องร้องผ่านสื่อสาธารณะ (ระดับความรุนแรง C-I)

๖.๗ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งเกิดจากการรักษาและไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วย อันตรายดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลาการรักษา นอนโรงพยาบาลนานขึ้น เกิดความพิการ หรือการเสียชีวิต ลักษณะของสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การบาดเจ็บ เหตุร้าย ภัยอันตราย การคุกคาม ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ความไม่แน่นอน การถูกเปิดเผยข้อมูล เป็นต้น

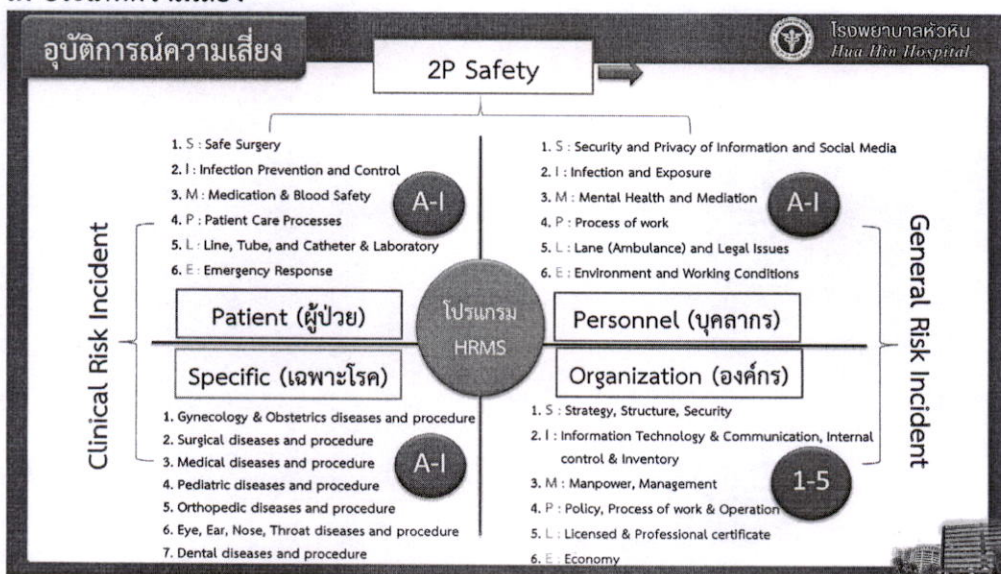
๖.๘ เหตุการณ์พึงสังวร (Sentinel Event) หมายถึง เหตุการณ์สำคัญรุนแรงและไม่พึงประสงค์ เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดหมายที่อาจเกิดขึ้นได้ มีผลต่อชีวิต ร่างกาย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะของผู้ป่วย ทรัพย์สินหรือมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาลตามที่กำหนด ๑๔ รายการ

๖.๙ การวิเคราะห์หาสาเหตุราก (Root Cause Analysis) หมายถึง การวิเคราะห์เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถพัฒนาแนวทางแก้ไขป้องกันได้อย่างเหมาะสม และตรงกับสาเหตุที่แท้จริง โดยมีวิธีการที่หลากหลายที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์

๖.๑๐ วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) หมายถึง คุณลักษณะขององค์ประกอบในด้านความปลอดภัย ดังนี้

๑. การรับรู้ถึงธรรมชาติในกิจกรรมขององค์กรที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาด
๒. ลักษณะองค์กรที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลาด โดยไม่ต้องหวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ
๓. มีความร่วมมือกันอย่างกว้างขวางเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่างๆ
๔. ความเต็มใจขององค์กรที่จะสนับสนุนทรัพยากรเพื่อความปลอดภัย

## ๗. ประเภทความเสี่ยง



เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลหัวหิน ห้ามนำออกไปใช้ภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาต

วิธีปฏิบัติ โรงพยาบาลหัวหิน	เรื่อง คู่มือการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)	
	เอกสารเลขที่ R - HQM.๐๑ - ๐๑	ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ ๐๐
	วันที่บังคับใช้ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๕	หน้า ๘ ของ ๑๗

๘. มาตรฐานสำคัญจำเป็นโรงพยาบาลหัวหิน ที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวหินทุกคน “ต้องถือปฏิบัติ” หากพบเหตุการณ์ ระดับ E ขึ้นไป ต้องรายงานหัวหน้าตามสายงานทันทีและคีย์เข้าระบบ HRMS. ให้ทันเวลาที่กำหนด ประกอบด้วยกัน ๑๔ ข้อ (มาตรฐานสำคัญจำเป็น ๙ ข้อ + Sentinel Event ๕ ข้อ) ดังนี้

๑. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
๒. การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CLABSI
๓. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
๔. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event
๕. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
๖. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
๗. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค
๘. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน
๙. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน
๑๐. สัมผัสของตกค้างไว้ในตัวผู้ป่วย มีผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำ
๑๑. มารดา/ ทารกได้รับบาดเจ็บรุนแรง หรือเสียชีวิตจากการคลอด
๑๒. ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย
๑๓. การก่อเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงพยาบาล
๑๔. อัคคีภัย/ การรั่วไหลของสารเคมี/ ก๊าซ/ น้ำ

๙. กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วยกัน ๔ ขั้นตอน

๑. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) มีขั้นตอน ดังนี้

๑.๑ การค้นหาจากอดีต เช่น ศึกษาความสูญเสียของหน่วยงานที่ผ่านมา, เรียนรู้จากประสบการณ์หรือความผิดพลาดของคนอื่น, ทบทวนข้อร้องเรียน

๑.๒ การศึกษาจากการสำรวจสภาพการณ์ในปัจจุบัน มี ๒ ประเภท คือ

๑.๒.๑ การค้นหาเชิงรุกจากการตรวจสอบ เช่น ENV Round, IC Round, Risk Round, การทบทวนเวชระเบียน, การค้นหาจากกระบวนการทำงาน

๑.๒.๒ การค้นหาเชิงรับจากรายงานต่างๆ เช่น รายงานอุบัติการณ์, รายงานเวรตรวจการ, บันทึกประจำของหน่วยงาน

๑.๓ การจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk Profile)

๑.๔ การจัดบัญชีความเสี่ยงเข้าโปรแกรมความเสี่ยง เพื่อแยกเป็นหมวดหมู่ สะดวกในการวิเคราะห์ แก้ไข ปรับปรุง

๒. การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment)

๒.๑ ประเภทของความเสี่ยง

๒.๑.๑ ความเสี่ยงจากคลินิก หมายถึง ความเสี่ยงเกี่ยวกับการดูแลรักษาซึ่งส่งผลต่อสภาพร่างกายหรืออันตรายต่อผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่ ได้แก่ ความปลอดภัยจากการใช้ยา การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ กระบวนการดูแลผู้ป่วย

๒.๑.๒ ความเสี่ยงทั่วไป ความเสี่ยงที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการรักษาพยาบาล แต่เกิดจากปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลทำให้เกิดความเสียหาย ได้แก่



วิธีปฏิบัติ โรงพยาบาลหัวหิน	เรื่อง คู่มือการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)	
	เอกสารเลขที่ R - HQM.๐๑ - ๐๑	ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ ๐๐
	วันที่บังคับใช้ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๕	หน้า ๙ ของ ๑๗

> ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย หมายถึงอุบัติการณ์เกี่ยวกับอาคาร สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก อุบัติการณ์เกี่ยวกับผลที่เกิดจากการปฏิบัติงานที่มีต่อสุขภาพของบุคลากร ความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน อุบัติการณ์เกี่ยวกับเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการดูแลรักษา

> ความเสี่ยงด้านข้อมูลสารสนเทศและสิทธิผู้ป่วย หมายถึงอุบัติการณ์เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูลก่อนลงนามยินยอมการรักษา การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย การตัดสินใจหรือไม่รับ การรักษา อุบัติการณ์ข้อมูลด้านต่างๆ เช่น พฤติกรรมบริการ

> ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและเวชระเบียน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ความไม่พร้อมใช้ของคอมพิวเตอร์ โปรแกรมการจัดเก็บข้อมูล และเกี่ยวกับข้อมูลสถิติต่างๆ อุบัติการณ์เกี่ยวกับเอกสารประวัติของผู้ป่วย เช่น การบันทึก การจัดเก็บ การค้นหา การระบุตัวผู้ป่วย การบันทึกสิทธิการรักษา การบันทึกค่าการรักษา การบันทึกที่แสดงถึงคุณภาพการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การสื่อสารของสหวิชาชีพ

> ด้านการสนับสนุนบริการ หมายถึง การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกจากงานสนับสนุน อุบัติการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียรายได้ ทรัพย์สินของทางราชการต่างๆ

## ๒.๒ การแบ่งระดับความรุนแรง

**ระดับ A-I ใช้เฉพาะกับรายงานอุบัติการณ์ด้านคลินิก และอุบัติการณ์ทั่วไปในหมวด Personnel แบ่งเป็น ๙ ระดับ ตามความหมายดังนี้**

ระดับ A : ยังไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้

ระดับ B : เกิดเหตุการณ์แล้ว แต่ไม่เป็นอันตรายเนื่องจากยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย/ บุคลากร

ระดับ C : เกิดเหตุการณ์แล้ว แต่ไม่เป็นอันตราย ถึงแม้เหตุการณ์นั้นถึงตัวผู้ป่วย/ บุคลากร

ระดับ D : เกิดเหตุการณ์ แต่ไม่มีอันตรายต่อผู้ป่วย/ บุคลากร ต้องการการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

ระดับ E : เกิดเหตุการณ์ มีอันตรายต่อผู้ป่วย/ บุคลากร เพียงชั่วคราว ต้องการการรักษา/แก้ไขเพิ่มเติมไม่

กระทบวันนอน/ เกิดผลเสีย หรือผลกระทบระดับหน่วยงานแต่แก้ไขได้ ต้องการการเฝ้าระวังต่อเนื่อง

ระดับ F : เกิดเหตุการณ์ มีอันตรายต่อผู้ป่วย/ บุคลากร พิจารณาชั่วคราว กระทบวันนอน ทำให้ต้องนอน รพ.

นานขึ้น/ เกิดผลเสีย หรือผลกระทบระดับหน่วยงาน ต้องการการช่วยเหลือจากภายนอกหน่วยงาน/ ทีมที่เกี่ยวข้อง

ระดับ G : เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงพิจารณาถาวร/ เกิดผลกระทบ หรือผลกระทบทั้งระดับหน่วยงาน ระดับ

โรงพยาบาล เสียต่อการถูกฟ้องร้องและเสียชื่อเสียง ต้องการการช่วยเหลือจากระดับบริหาร

ระดับ H : เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ต้องทำการช่วยชีวิต/ เกิดผลเสีย หรือผลกระทบระดับโรงพยาบาลเกือบ ถูกฟ้องร้อง

ระดับ I : เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงเสียชีวิต/ หรือเกิดการฟ้องร้อง เสื่อมเสียชื่อเสียงต่อโรงพยาบาล

## ระดับ ๑-๕ ใช้เฉพาะกับรายการอุบัติการณ์ทั่วไปในหมวด Organization

ระดับ ๑ : เกิดความผิดพลาดขึ้นแต่ไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน

ระดับ ๒ : เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยมีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน

ระดับ ๓ : เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลกระทบ (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน

ระดับ ๔ : เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย

วิธีปฏิบัติ โรงพยาบาลหัวหิน	เรื่อง คู่มือการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)	
	เอกสารเลขที่ R - HQM.๐๑ - ๐๑	ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ ๐๐
	วันที่บังคับใช้ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๕	หน้า ๑๐ ของ ๑๗

ระดับ ๕ : เกิดความผิดพลาดขึ้น และมีผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง

### ๓. การจัดการความเสี่ยง (Action to Manage Risk)

#### ๓.๑ กลยุทธ์การควบคุมการสูญเสีย

๓.๑.๑ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่น การส่งต่อ

๓.๑.๒ การแบ่งถ่ายความเสี่ยง เช่น จ้างบริษัทเพื่อดูแลเครื่องมือแพทย์และห้องปฏิบัติการ

๓.๑.๓ การป้องกันความเสี่ยง เช่น ใส่ของมีคมในกล่องที่หนา, การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน, การตรวจสอบเครื่องมือ, การสอบเทียบเครื่องมือต่างๆ, การตรวจสอบการให้ยา, การตรวจสอบก่อนการให้เลือด, การตรวจสอบอุปกรณ์บนรถฉุกเฉิน และการให้ความรู้เจ้าหน้าที่ เป็นต้น

๓.๑.๔ มีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้แก่ ทุกหน่วยงานมีระบบการรายงานความเสี่ยงหลายช่องทาง สะดวก มีการสื่อสารย้อนกลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ไม่เกี่ยวข้อง

#### ๓.๒ การจัดการหลังเกิดเหตุ

๓.๒.๑ ลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ : เป็นการดูแลแก้ปัญหาฉับพลัน โดยการเอาใจใส่ให้ข้อมูล ตรงไปตรงมา ภายใต้คำแนะนำ การสื่อสาร ความเข้าใจที่ดีต่อกัน ประคับประคองจิตใจ ขวัญกำลังใจทั้งผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ รายงานผู้บริหารสูงสุด ติดตามประเมินผล

๓.๒.๒ การบริหารเงินค่าชดเชยกรณีต้องชดเชยค่าเสียหาย : ทีมเจรจาไกล่เกลี่ยจะเป็นผู้สรุปข้อมูลปัญหา ร่วมกันพิจารณา นำเสนอผู้บริหารสูงสุด

๓.๒.๓ การรายงานอุบัติการณ์ (Incident Report)

#### ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ A-B, หรือความเสี่ยงทั่วไประดับ ๑

๑. ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ประเมินสถานการณ์/ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แจ้งหัวหน้าเวร/ หัวหน้าหน่วยงานรับทราบ เพื่อหาแนวทางป้องกันแก้ไขโดยหัวหน้างาน เป็นความเสี่ยงระดับหน่วยงาน

๒. ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ บันทึกอุบัติการณ์เข้าโปรแกรมความเสี่ยง HRMS. (ภายใน ๑๕ วัน)

๓. ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน ส่งเลขาทีมบริหารความเสี่ยงภายใน ๑ เดือน

#### ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ C-D หรือความเสี่ยงทั่วไประดับ ๒

๑. ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ประเมินสถานการณ์/ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แจ้งหัวหน้าเวร/ หัวหน้าหน่วยงานรับทราบเพื่อหาแนวทางป้องกันแก้ไขโดยหัวหน้างาน เป็นความเสี่ยงระดับหน่วยงาน

๒. ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ บันทึกอุบัติการณ์เข้าโปรแกรมความเสี่ยง HRMS. (ภายใน ๗ วัน)

๓. ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน ส่งเลขาทีมบริหารความเสี่ยงภายใน ๑ เดือน

#### ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ E-F หรือความเสี่ยงทั่วไประดับ ๓

๑. ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ประเมินสถานการณ์/ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้น จากนั้นแจ้งหัวหน้าเวร/ หัวหน้าหน่วยงานรับทราบภายใน ๒๔ ชั่วโมง

๒. ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ บันทึกอุบัติการณ์เข้าโปรแกรมความเสี่ยง HRMS. (ภายใน ๗๒ ชั่วโมง/ ๓ วัน)

๓. ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมแนบ Time line Case ส่งเลขาทีมบริหารความเสี่ยงภายใน ๑๒๐ ชั่วโมง/ หรือ ๕ วัน (หัวหน้างานยืนยันในระบบ)

วิธีปฏิบัติ โรงพยาบาลหัวหิน	เรื่อง คู่มือการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)	
	เอกสารเลขที่ R - HQM.๐๑ - ๐๑	ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ ๐๐
	วันที่บังคับใช้ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๕	หน้า ๑๑ ของ ๑๗

๔. ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปปฏิบัติการประจำเดือน ส่งเลขาทิมบริหารความเสี่ยงทุกเดือน ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ G H I หรือความเสี่ยงทั่วไประดับ ๔-๕ และ Sentinel Event (เหตุการณ์พียงสังวรณ) ทุกเหตุการณ์

๑. ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ประเมินสถานการณ์/ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้น จากนั้นแจ้งหัวหน้าเวร/ หัวหน้าหน่วยงานรับทราบทันที

๒. กรณีในเวลาราชการ หัวหน้าหน่วยงานรายงานตามสายงานทันที สายงานรายงานต่อผู้อำนวยการ/ เลขาธิการความเสี่ยงแจ้งต่อระบบที่เกี่ยวข้องทันที

๓. กรณีนอกเวลาราชการ หัวหน้าเวรรายงานเวรตรวจการทันที เวรตรวจการรายงานตามสายงานทันที สายงานรายงานต่อผู้อำนวยการ

๔. ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์บันทึกใบรายงานอุบัติการณ์ เข้าระบบ HRMS. ภายใน ๒๔ ชั่วโมง

๕. ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปปฏิบัติการที่เกิดขึ้นพร้อมแนบ Time Line Case ส่งเลขาทิมบริหารความเสี่ยงภายใน ๗๒ ชั่วโมง/ หรือ ๓ วัน (หัวหน้างานยืนยันในระบบ)

๖. ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปปฏิบัติการประจำเดือน ส่งเลขาทิมบริหารความเสี่ยงทุกเดือน

● **ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ**

๑. จุดรับเรื่องร้องเรียน ณ จุดให้บริการ, จุดประชาสัมพันธ์, งานนิติกร ส่งต่อหัวหน้างานเจรจาเบื้องต้น

๒. หากไม่สามารถปิดประเด็นไม่พึงพอใจได้ หัวหน้างานรายงานต่อทีมใกล้เคียงทันที ประสานใกล้เคียงรายงานต่อผู้อำนวยการ

๓. ทีมบริหารความเสี่ยงประเมินและติดตามผลการดำเนินการแก้ไข สรุปผลหลังเกิดเหตุการณ์รายงานต่อผู้อำนวยการภายใน ๑ สัปดาห์

๓.๒.๔ การจำแนกความเสี่ยงและการจัดการ

ทีม PCT : การดูแลผู้ป่วยทางคลินิก

ทีม PTC : ความคลาดเคลื่อนทางยา

ทีม IC : การควบคุมป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อ

ทีม ENV : อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์

ทีม IM : เทคโนโลยีและสารสนเทศ

ทีม HR : บุคลากร การสนับสนุนบริการ และประสานงาน

ทีมเจรจาไกล่เกลี่ย : ข้อร้องเรียนและสิทธิผู้ป่วย

๓.๒.๕ เรื่องที่ต้องประสานกับหน่วยงานอื่น/ เรื่องที่ต้องวิเคราะห์ RCA

- ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ C, D/ ความเสี่ยงทั่วไประดับ ๒ ที่เกิดซ้ำมากกว่า ๓ ครั้ง/ เดือน

- ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ E ขึ้นไป/ ความเสี่ยงทั่วไประดับ ๔ ขึ้นไป

๓.๒.๖ การสรุปข้อมูลอุบัติการณ์

-ทีมบริหารความเสี่ยงสรุปข้อมูลทุกเดือน เสนอที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และสรุปข้อมูลรวมทุก ๓ เดือน

-ส่งกลับให้ทุกหน่วยงานรับทราบเพื่อนำไปวิเคราะห์ในหน่วยงาน หาแนวทางป้องกันต่อไป

เรื่องที่ต้องวิเคราะห์ RCA ส่งข้อมูลกลับให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล

วิธีปฏิบัติ โรงพยาบาลหัวหิน	เรื่อง คู่มือการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)	
	เอกสารเลขที่ R - HQM.๐๑ - ๐๑	ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ ๐๐
	วันที่บังคับใช้ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๕	หน้า ๑๒ ของ ๑๗

#### ๔.ประเมินผล (Evaluation)

เป็นการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ นำไปสู่การปรับปรุงระบบให้ดีขึ้น

๔.๑ ประเมินระบบ/ กระบวนการที่วางไว้/ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่

๔.๒ ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง

- การบันทึกรายงานอุบัติการณ์เข้าระบบ HRMS. และการทบทวนตามระยะเวลาที่กำหนด
- จำนวนของอุบัติการณ์
- การแบ่งประเภท/ หมวดของอุบัติการณ์
- การแบ่งระดับความรุนแรง
- อัตราการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

วิธีปฏิบัติ โรงพยาบาลหัวหิน	เรื่อง คู่มือการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)	
	เอกสารเลขที่ R - HQM.๐๑ - ๐๑	ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ ๐๐
	วันที่บังคับใช้ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๕	หน้า ๑๓ ของ ๙

๙. ระบบการบริหารความเสี่ยง ระดับความรุนแรงและระยะเวลาในการจัดการ

๙.๑ ความเสี่ยงด้านคลินิก หมวด Patient, หมวด Specific และความเสี่ยงทั่วไป หมวด Personnel

ระดับ	ลักษณะการเกิดอุบัติการณ์	ความหมาย	ผลกระทบ	รายงานเข้า HRMS.	ระบบทบทวน	ส่งรายงานการทบทวน
A	Near Miss	เสี่ยงแต่ยังไม่เกิด	ยังไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้	15 วัน	12 กิจกรรม	30 วัน
B	Near Miss	เกิดแต่ยังไม่ถึง	เกิดเหตุการณ์แล้ว แต่ไม่เป็นอันตรายเนื่องจากยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย/ บุคลากร	15 วัน	12 กิจกรรม	30 วัน
C	Miss	ถึงแต่ไม่เป็นไร	เกิดเหตุการณ์แล้ว แต่ไม่เป็นอันตราย ถึงแม้เหตุการณ์นั้นถึงตัวผู้ป่วย/ บุคลากร	7 วัน	3 P	30 วัน
D	Miss	ถึงต้องเฝ้าระวัง	เกิดเหตุการณ์ แต่ไม่มีอันตรายต่อผู้ป่วย/ บุคลากร ต้องการการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง	7 วัน	3 P	30 วัน
E	Miss	ถึงต้องให้การรักษา	เกิดเหตุการณ์ มีอันตรายต่อผู้ป่วย/ บุคลากร เพียงชั่วคราว ต้องการการรักษา/แก้ไขเพิ่มเติมไม่กระทบวันนอน/ เกิดผลเสีย หรือผลกระทบระดับหน่วยงานแต่แก้ไขได้ ต้องการการเฝ้าระวังต่อเนื่อง	3 วัน (72 ชม.)	3P หรือ RCA&Time line	5 วัน (120 ชม.)
F	Miss	ถึงต้องเสียเวลานอนนาน	เกิดเหตุการณ์ มีอันตรายต่อผู้ป่วย/ บุคลากร พิจารณาชั่วคราว กระทบวันนอน ทำให้ต้องนอน รพ.นานขึ้น/ เกิดผลเสีย หรือผลกระทบระดับหน่วยงาน ต้องการการช่วยเหลือจากภายนอกหน่วยงาน/ ทีมที่เกี่ยวข้อง	3 วัน (72ชม.)	3P หรือ RCA&Time line	5 วัน (120 ชม.)
G	Miss	ถึงต้องพิจารณา	เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงพิจารณาถาวร/ เกิดผลกระทบ หรือผลกระทบทั้งระดับหน่วยงาน ระดับโรงพยาบาล เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องและเสียชื่อเสียง ต้องการการช่วยเหลือจากระดับบริหาร	1 วัน (24ชม.)	RCA&Time line	3 วัน (72 ชม.)
H	Miss	ถึงต้องช่วยชีวิต	เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ต้องทำการช่วยชีวิต/ เกิดผลเสีย หรือผลกระทบระดับโรงพยาบาล เกือบถูกฟ้องร้อง	1 วัน (24ชม.)	RCA&Time line	3 วัน (72 ชม.)
I	Miss	ถึงต้องเสียชีวิต	เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงเสียชีวิต/ หรือเกิดการฟ้องร้อง เสื่อมเสียชื่อเสียงต่อโรงพยาบาล	1 วัน (24ชม.)	RCA&Time line	3 วัน (72 ชม.)

วิธีปฏิบัติ โรงพยาบาลหัวหิน	เรื่อง คู่มือการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)	
	เอกสารเลขที่ R - HQM.๐๑ - ๐๑	ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ ๐๐
	วันที่บังคับใช้ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๕	หน้า ๑๔ ของ ๑๗

๙.๒ ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไป แบ่งเป็น ๕ ระดับ หมวด Organization (องค์กร)

ระดับ	ลักษณะการเกิดอุบัติการณ์	ความหมาย	ผลกระทบ	รายงานเข้า HRMS.	ระบบ ทบทวน	ส่งรายงาน การทบทวน
๑	Near Miss	เกือบพลาด	เกิดความผิดพลาดขึ้นแต่ไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน	๑๕ วัน	๑๒ กิจกรรม	๓๐ วัน
๒	Low Risk	รุนแรงน้อย	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยมีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน	๗ วัน	๑๒ กิจกรรม	๓๐ วัน
๓	Moderate Risk	รุนแรงปานกลาง	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลกระทบ (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน	๕ วัน	๓ P	๓๐ วัน
๔	Significant Risk	รุนแรงมาก	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย	๒๔ ชม.	RCA&Time line	๓ วัน (๗๒ ชม.)
๕	High Risk	รุนแรงสูง	เกิดความผิดพลาดขึ้น และมีผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง	๒๔ ชม.	RCA&Time line	๓ วัน (๗๒ ชม.)

วิธีปฏิบัติ โรงพยาบาลหัวหิน	เรื่อง คู่มือการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)	
	เอกสารเลขที่ R - HQM.๐๑ - ๐๑	ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ ๐๐
	วันที่บังคับใช้ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๕	หน้า ๑๕ ของ ๙

๙.๓ แนวทางรับข้อร้องเรียน

กรณีเข้าเกณฑ์และเงื่อนไขที่ควรส่งเข้ากระบวนการรับข้อร้องเรียนได้แก่

๑. ความเสี่ยงทางคลินิก ได้แก่

-ระดับ E F G H I เพื่อพิจารณาว่า เสี่ยงต่อการเกิดข้อร้องเรียนหรือไม่

๒. ความเสี่ยงทั่วไปที่ไม่ใช่ความเสี่ยงทางคลินิก ได้แก่

-เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในการให้บริการ/ หรือผิดวินัยของข้าราชการ

- ความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อรายได้ ทรัพย์สิน และทรัพยากรของโรงพยาบาลในระดับมาก

- ความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล

๑๐. ผู้รับผิดชอบประสานทีมคร่อมและหน่วยงานตามความเสี่ยงแต่ละด้าน

- ความเสี่ยงทางการรักษาพยาบาล (Clinical Risk)

ผู้รับผิดชอบ ๑. เลขา PCT สูดิ-นรีเวชกรรม

๒. เลขา PCT กุมารเวชกรรม

๓. เลขา PCT ศัลยกรรม

๔. เลขา PCT กระดูกและข้อ

๕. เลขา PCT อายุรกรรม

๖. เลขา PCT ER

- ความเสี่ยงด้านยา

ผู้รับผิดชอบ ๑. ภญ.สุธารส ปริญญาปทุมโน

๒. ภก.ณรงค์พล สันติวิกรานนท์

- ความเสี่ยงเรื่องการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางปวีริศา รัตนนา

- ความเสี่ยงด้านระบบสารสนเทศ

ผู้รับผิดชอบ ๑. นายวิวัฒน์ โชติกิตติพงษ์

- ความเสี่ยงด้านบุคลากร

ผู้รับผิดชอบ ๑. นายจรัสพันธ์ อ่อนเกตุพล

๒. นางสาวสุนันท์ ล้อเจริญ

- ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม/ โครงสร้างกายภาพ/ ความปลอดภัย

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางสาวสุนันท์ ล้อเจริญ

๒. นายเกรียงศักดิ์ อุ่นแดง

๓. นางชมชัด อุ่เงิน

- ความเสี่ยงด้านระบบเครื่องมือและอุปกรณ์

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางวริญทราภรณ์ พินนาสีก

๒. นางยุภาวรรณ บุญเอี่ยม

วิธีปฏิบัติ โรงพยาบาลหัวหิน	เรื่อง คู่มือการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)	
	เอกสารเลขที่ R - HQM.๐๑ - ๐๑	ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ ๐๐
	วันที่บังคับใช้ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๕	หน้า ๑๖ ของ ๑๗

-ความเสี่ยงด้านทรัพย์สิน/ ทรัพยากร

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางพรทิพย์ อุไรรัตน์

๒. นางชดชัต อุเงิน

-ความเสี่ยงด้านสิทธิผู้ป่วย/ ข้อร้องเรียน/ เจริญใจไกล่เกลี่ย

ผู้รับผิดชอบ ๑. ประธานคณะกรรมการเจริญใจไกล่เกลี่ย

๒. เลขานุการคณะกรรมการเจริญใจไกล่เกลี่ย

๓. นิติกรโรงพยาบาล

๑๑. เหตุการณ์ฉุกเฉินที่ต้องรายงานผู้บริหารทันที

๑๑.๑ อุบัติเหตุ เหตุฉุกเฉินหรือการเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิตที่เกิดขึ้นกับบุคคลสำคัญ ดังนี้ เชื้อพระวงศ์, คณะรัฐมนตรี, องคมนตรี, ผู้นำต่างประเทศ พระราชอาคันตุกะ เอกอัครราชทูต, ผู้บริหารระดับสูงนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (หัวหน้าส่วนราชการระดับ กระทรวง กรม กองและผู้ว่าราชการจังหวัด)

๑๑.๒ อุบัติเหตุ เหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูง เช่น รองปลัดฯ, ผู้ตรวจ, อธิบดี, รองอธิบดี, สาธารณสุขนิเทศ, ผู้อำนวยการสำนัก/ กอง/ ศูนย์, นายแพทย์ สสจ., ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

๑๑.๓ อุบัติเหตุ เหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วยรุนแรงที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับในระหว่างปฏิบัติหน้าที่

๑๑.๔ อุบัติเหตุรพพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เกิดระหว่างปฏิบัติหน้าที่

๑๑.๕ อุบัติเหตุหรือสาธารณภัยที่มีแนวโน้มรุนแรง/ มีผลกระทบต่อสถานบริการหรือหน่วยงานสังกัด

กระทรวงสาธารณสุข และส่งผลกระทบต่อให้บริการหรือการปฏิบัติงาน

๑๑.๖ อุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ที่มีการเสียชีวิต ≥๕ ราย หรือ บาดเจ็บ ≥๑๕ ราย

๑๑.๗ เหตุภัยความมั่นคงระดับประเทศ เนื่องจากการก่อการร้าย

๑๑.๘ เหตุการณ์ที่ส่งผลเสียต่อภาพลักษณ์ของกระทรวงสาธารณสุข



วิธีปฏิบัติ โรงพยาบาลหัวหิน	เรื่อง คู่มือการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)	
	เอกสารเลขที่ R - HQM.๐๑ - ๐๑	ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ ๐๐
	วันที่บังคับใช้ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๕	หน้า ๑๗ ของ ๑๗

กระบวนการรายงานความเสี่ยง

