



UNIVERSITY OF
PHAYAO HOSPITAL



คู่มือ

การบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา

(ฉบับปรับปรุง 2569)



ระบบสารสนเทศ
Healthcare Risk Manag

Healthcare Risk Management System

Username

Password

Log in

Forgot Password



คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา
ตุลาคม 2568

RM-QM-001-01

02/02/69



คู่มือการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา
ตุลาคม 2568



คำนำ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยาได้นำระบบการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในกระบวนการดำเนินงาน เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ในเรื่องการควบคุมภายใน เพื่อให้โรงพยาบาลมีระบบในการบริหารความเสี่ยงโดยการ บริหารปัจจัยและควบคุมกิจกรรม รวมทั้งกระบวนการดำเนินงานต่างๆ เพื่อลดมูลเหตุของแต่ละโอกาสที่ โรงพยาบาลจะเกิดความเสียหายหรือขาดประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพในระดับความเสี่ยงและขนาดของ ความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นให้อยู่ในระดับที่โรงพยาบาลยอมรับได้ โดยคำนึงถึงการบรรลุเป้าหมายขององค์กรตาม แผนยุทธศาสตร์และแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ให้ประสบผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัดและเป้าหมายที่กำหนดไว้ และเป็นการส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีระบบการจัดการที่ดี (Good governance)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา จึงได้จัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำ แผนการบริหารความเสี่ยงของทุกหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และใช้ในการ ปฏิบัติงานให้เกิดเป็นรูปธรรม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา
ตุลาคม 2568



สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ความเป็นมา	1
นโยบาย	1
เป้าหมาย	2
บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	2
บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหน่วยงาน	2
บทบาทหน้าที่ของบุคลากรในโรงพยาบาล	3
คำจำกัดความ	3
โครงสร้างของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	5
ขั้นตอนการดำเนินงานในการบริหารความเสี่ยง	6
แนวทางการบริหารความเสี่ยง	
● ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาและระบุความเสี่ยง	7
● ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง	8
● ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความเสี่ยง	14
● ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและติดตาม	18
ภาคผนวก	
ตัวอย่างแบบฟอร์มบัญชีรายการความเสี่ยง (Risk profile)	21
ตัวอย่างทะเบียนรายการความเสี่ยง (Risk register)	22
QR code คู่มือการใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล	24

การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

ความเป็นมา

การบริหารความเสี่ยงเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่บุคลากรทุกคนของโรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญและร่วมกันวางแผนป้องกัน และดำเนินการตามแนวทางที่วางไว้ โดยนำระบบการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในกระบวนการดำเนินงาน เพื่อลดมูลเหตุของแต่ละโอกาสที่โรงพยาบาลจะเกิดความเสียหายหรือขาดประสิทธิภาพ

นโยบาย

1. ผู้นำทุกระดับ ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยง
2. ดำเนินการเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และชุมชน เพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัย และมีการบริหารจัดการความเสี่ยงครอบคลุมทั้งด้านยุทธศาสตร์ การเงิน การปฏิบัติการ ความปลอดภัย และกฎหมาย กฎระเบียบ
3. ให้มีการบูรณาการในการบริหารจัดการความเสี่ยงให้เป็นแนวทางเดียวกัน เช่น ITA การควบคุมภายใน การบริหารจัดการความเสี่ยงภาครัฐ การบริหารจัดการความเสี่ยงตามมาตรฐาน มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 2P safety goals เป็นต้น
4. นำระบบบริหารจัดการความเสี่ยงสู่การปฏิบัติทุกหน่วยงาน ทุกระบบ ทุกทีม ทุกโปรแกรมในการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดคุณภาพ และความปลอดภัย
5. ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการประเมินความเสี่ยงในทุกหน่วยงาน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์/อุบัติการณ์ มีการทบทวนเหตุการณ์สำคัญและวางมาตรการการป้องกันที่เหมาะสม
6. เจ้าหน้าที่ทุกคนในองค์กร มีหน้าที่ในการค้นหาและจัดการความเสี่ยงเบื้องต้น
7. การรายงานความเสี่ยงเป็นโอกาสที่นำไปสู่การพัฒนา มิใช่เป็นการจับผิดหรือลงโทษ
8. กำหนดให้ 2P safety goals เป็นนโยบายความปลอดภัยของผู้รับบริการของโรงพยาบาล รวมทั้งมาตรฐานความปลอดภัยทั้ง 9 ข้อ นำไปสู่การปฏิบัติในองค์กร
9. กำหนดจุดเน้นในการบริหารจัดการความเสี่ยงตามเข็มมุ่ง Core competency ความเสี่ยง / เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ / อุบัติการณ์ที่สำคัญตามที่องค์กรกำหนด
10. มีการพัฒนาคุณภาพ และความปลอดภัยผ่านระบบ Nation Report Learning system (NRLS) เพื่อให้เกิดการประสานและเชื่อมโยงข้อมูลทั้งในองค์กร และองค์กรอื่น
11. มีการประเมินผลระบบบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ตามแนวทางต่างๆที่กำหนดไว้อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
12. สนับสนุนการขับเคลื่อนวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล และมีการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

เป้าหมาย

1. เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ บุคลากร สิ่งแวดล้อมและชุมชน
2. ลดข้อร้องเรียนทั้งเชิงรุกและเชิงรับ
3. ลดการเกิดอุบัติการณ์และความเสี่ยงซ้ำ

บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

1. กำหนดกลยุทธ์และวางแนวทางในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ทั้งความเสี่ยงด้านคลินิก และความเสี่ยงด้านการบริการ
2. ดูแล ติดตาม และควบคุมกำกับ การปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยง
3. กำหนดเกณฑ์วัดความเสี่ยง และกำหนดมาตรการที่จะใช้ในการจัดการความเสี่ยงให้เหมาะสม
4. ทบทวนอุบัติการณ์ที่สำคัญและข้อร้องเรียนต่างๆ วิเคราะห์สาเหตุและแนวโน้มของปัญหาเพื่อโอกาสในการพัฒนาและเฝ้าระวังป้องกัน จนถึง การปรับปรุงระบบการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ
5. รายงานผลการบริหารความเสี่ยง การดำเนินงานและสถานะความเสี่ยง รวมถึงสิ่งที่ต้องปรับปรุง แก่ไขต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
6. จัดให้มีคณะทำงานบริหารความเสี่ยงตามความจำเป็น

บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหน่วยงาน

1. รับนโยบาย แผนงาน และมาตรการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
2. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงานเบื้องต้น พิจารณาสั่งการและดำเนินการกรณีมีความเสี่ยงภายในหน่วยงาน
3. ค้นหาและจัดทำบัญชีความเสี่ยงภายในหน่วยงานและวางมาตรการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงที่สำคัญ
4. จัดระบบบริหารความเสี่ยงภายในหน่วยงาน
5. ทบทวนและยืนยันอุบัติการณ์ของหน่วยงานในระบบ HRMS (Healthcare Risk Management System) อย่างสม่ำเสมอ
6. รับทราบสถิติข้อมูล เกี่ยวกับความเสี่ยงภายในหน่วยงาน วิเคราะห์ ประเมินประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน
7. นำเสนอข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานแก่คณะกรรมการความเสี่ยง
8. สนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงานร่วมมือในการเฝ้าระวังและรายงานความเสี่ยง
9. ทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างสม่ำเสมอ

บทบาทหน้าที่ของบุคลากรในโรงพยาบาล

1. ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคู่มือในการเฝ้าระวัง และจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล
2. ค้นหาความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายในหน่วยงาน
3. จัดการความเสี่ยง แก่ไขสถานการณ์/อุบัติการณ์เบื้องต้น และรายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับ
4. บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไขความเสี่ยง อุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบ HRMS (Healthcare Risk Management System) อย่างสม่ำเสมอ
5. ร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงวางแผนแก้ไขปัญหา และหามาตรการป้องกัน เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำ

คำจำกัดความ

1. **ความเสี่ยง (Risk)** หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ หรือก่อให้เกิดความล้มเหลว ไม่บรรลุเป้าหมาย
2. **เหตุการณ์เกือบพลาด (Near miss)** หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ หรือไม่เกิดขึ้นเพราะแก้ไข/ป้องกันได้ทัน หรือด้วยความบังเอิญป้องกันได้ทันก่อนเกิดเหตุการณ์
3. **อุบัติการณ์ (Incident)** หมายถึง อุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนอกเหนือความคาดหมายจากการทำงานปกติ
4. **เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event)** หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากกระบวนการดูแลรักษาโดยไม่ตั้งใจ
5. **บัญชีความเสี่ยง (Risk profile)** หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งหน่วยงานที่ได้รวบรวมจัดทำขึ้นจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ การค้นหา/สำรวจความเสี่ยงภายในหน่วยงาน เพื่อเป็นประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวังและหามาตรการป้องกันเบื้องต้นในหน่วยงาน
6. **ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk Register)** หมายถึง เอกสารที่ช่วยในการบริหารจัดการความเสี่ยงให้ครอบคลุมทุกขั้นตอน พร้อมทั้งมีการวางแผนในการป้องกัน การจัดการและการประเมินผล เพื่อให้การบริหารจัดการความเสี่ยงมีชีวิต มีพลวัต เห็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ
7. **วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety culture)** หมายถึง ผลของค่านิยม เจตคติ การรับรู้ สมรรถนะ และแบบแผนพฤติกรรมของบุคคล และของกลุ่ม ซึ่งกำหนดความมุ่งมั่น วิธีการทำงานและความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยในองค์กร องค์กรที่สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยความปลอดภัยให้เกิดขึ้นได้ จะช่วยให้องค์กรนั้นมีภูมิคุ้มกัน สามารถตรวจจับ ป้องกันและแก้ไขปัญหาที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานได้ดีขึ้นและยั่งยืน



8. เหตุการณ์พึงสังวร (Sentinel events) หมายถึง เหตุการณ์สำคัญ รุนแรงไม่พึงประสงค์เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดหมายที่อาจเกิดขึ้นได้ มีผลต่อชีวิต ร่างกาย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะของผู้ป่วย ทรัพย์สิน หรือ มีผลกระทบต่อชื่อเสียงโรงพยาบาล โดรนคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้กำหนด เหตุการณ์พึงสังวร (Sentinel events) ที่ต้องรายงานทันที ดังนี้

1. อัคคีภัย
2. อุบัติภัยหมู่
3. เหตุทะเลาะวิวาท หรือสถานการณ์ความไม่สงบในโรงพยาบาล
4. ผ่าตัดผิดคนผิดข้าง
5. ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด
6. คลอดก่อนถึงโรงพยาบาล
7. มารดาเสียชีวิตหรือทารกตายคลอด
8. ฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล
9. ทรัพย์สินทางราชการสูญหายหรือโจรกรรม
10. เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายหรือเสียชื่อเสียงโรงพยาบาล (Social media)และก่อให้เกิดการฟ้องร้อง

โครงสร้าง

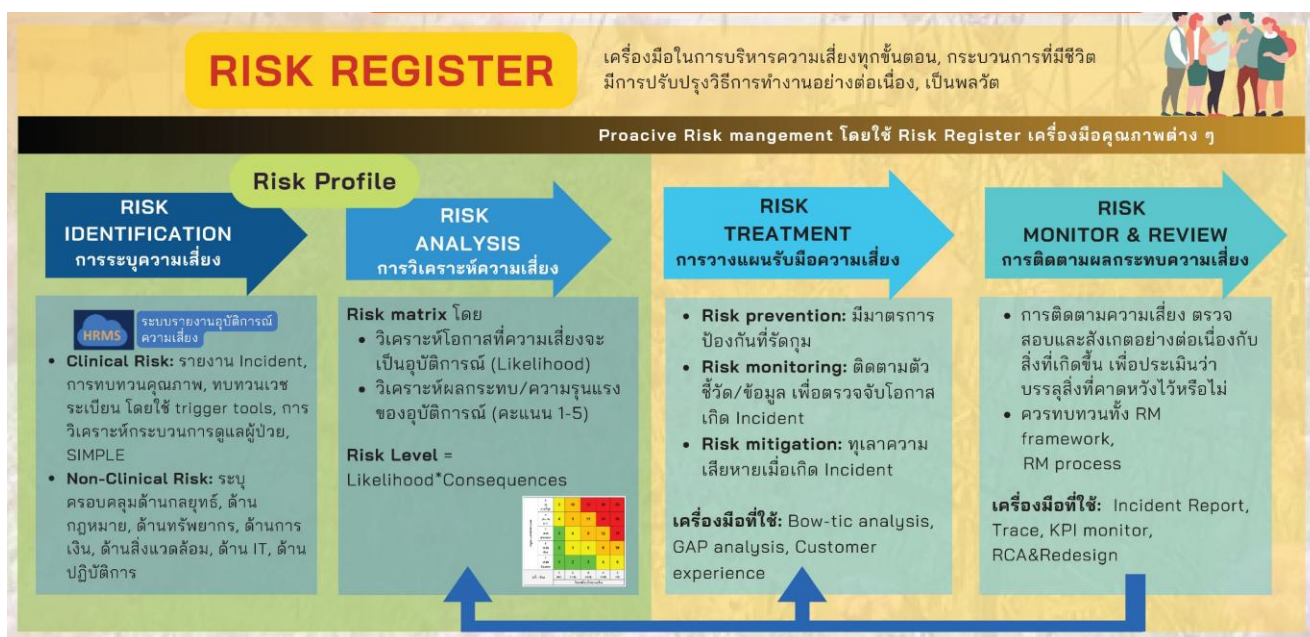
โครงสร้างของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง อ้างอิงตามโปรแกรมความเสี่ยง ดังนี้

โปรแกรม	รายละเอียด	คณะกรรมการผู้รับผิดชอบ
1.ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - ความเสี่ยงทางคลินิก - ความเสี่ยงจากการทบทวนทางคลินิก - ความเสี่ยงจากการทบทวนเวชระเบียน - ความเสี่ยงจากกระบวนการรักษาพยาบาล - ความเสี่ยงจากการตรวจวินิจฉัย - ความเสี่ยงจากความไม่พร้อมใช้ - ความเสี่ยงจากความไม่เพียงพอ - ความเสี่ยงจากความเที่ยงตรง 	คณะกรรมการคลินิกบริการ (PCT)
2.ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย	<ul style="list-style-type: none"> - ความเสี่ยงจากโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อม - ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน - ระบบสาธารณูปโภค - ระบบบำบัดน้ำเสีย - ระบบระบายอากาศ อุณหภูมิ ความชื้น - ระบบกำจัดขยะ 	คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมสุขอนามัยและความปลอดภัยในโรงพยาบาล (ENV)
3. ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	<ul style="list-style-type: none"> - ความเสี่ยงจากอุบัติการณ์การติดเชื้อ - สิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อน - การปฏิบัติตามมาตรฐาน แนวทางปฏิบัติ 	คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล (IC)
4. ด้านระบบการจัดการยา	<ul style="list-style-type: none"> - ความเสี่ยงจากความคาดเคลื่อนทางยาในทุกขั้นตอน - เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 	คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)
5. ด้านความคาดเคลื่อนทางเวชระเบียนและเทคโนโลยีสารสนเทศ	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานความเสี่ยงที่เกี่ยวกับเวชระเบียน - รับผิดชอบตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ - การจัดการความรู้ การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ และระบบฐานข้อมูลต่างๆ 	คณะกรรมการสารสนเทศและทบทวนเวชระเบียน (IM)
6. ด้านรับเรื่องร้องเรียน	<ul style="list-style-type: none"> - ประสานงานแต่ละโปรแกรมความเสี่ยง - วิเคราะห์ข้อมูล หาสาเหตุเกี่ยวข้องกับคา/หน่วยงานใด และผู้เกี่ยวข้องจะมีส่วนร่วมแก้ไขอย่างไร บูรณาการความเสี่ยงเพื่อแก้ไขปัญหาเชิงระบบ - รวบรวมรายงานอุบัติการณ์/ความเสี่ยงสู่คณะกรรมการบริหาร (FA) 	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM)

โปรแกรม	รายละเอียด	คณะกรรมการผู้รับผิดชอบ
7. ด้านบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์	- สนับสนุนบริการและสมรรถนะของบุคลากร	คณะกรรมการประสานงานและดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ (FA)

ขั้นตอนการดำเนินงานในการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบงานคุณภาพของโรงพยาบาล และช่วยในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ จึงได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง กระบวนการต่างๆ โดยอ้างอิงจาก “คู่มือการบริหารความเสี่ยง ฉบับตุลาคม 2569”, “ประกาศนโยบายการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป ประจำปี พ.ศ. 2568” และประยุกต์เข้ากับระบบ Enterprise risk management (ERM) โดยมีรายละเอียดขั้นตอนดังนี้



แนวทางการบริหารความเสี่ยง

แนวทางการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ค้นหาและระบุความเสี่ยง (Risk Identification)
2. การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk assessment)
3. การจัดการความเสี่ยง (Action to Manage Risk)
4. การติดตามและประเมินผล (Risk evaluation)

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาและระบุความเสี่ยง (Risk Identification)

การค้นหาและระบุความเสี่ยง (Risk Identification) คือ ขั้นตอนแรกของกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยการ

1. การค้นหาจากอดีต
 - ทบทวนความสูญเสียของหน่วยงานที่ผ่านมา
 - เรียนรู้ความผิดพลาดของผู้อื่น
 - ทบทวนข้อร้องเรียน
2. การค้นหาเชิงรุก
 - การสำรวจหน้างาน เช่น ENV round, IC round, RM round
 - การทบทวนเวชระเบียน
 - การทำ 12 กิจกรรมทบทวน
3. การค้นหาแบบตั้งรับ
 - รายงานอุบัติการณ์
 - รายงานเวรตรวจการ
 - บันทึกประจำวันของหน่วยงาน

หลังค้นหาความเสี่ยงแล้ว ให้รวบรวมและจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk profile) โดยผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน จัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง และวางมาตรการป้องกัน/แก้ไข สื่อสารให้บุคลากรในโรงพยาบาลรับทราบ และทบทวน Risk profile ทุก 6 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk assessment)

การประเมินความเสี่ยงจะครอบคลุมตั้งแต่การจำแนกประเภทความเสี่ยง การประเมินระดับความรุนแรง และการประมวลผลข้อมูลความเสี่ยง โดยแบ่งความเสี่ยงเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. **ความเสี่ยงทั่วไป (General risk หรือ Non-clinical risk)** : ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย

ตัวอย่างความเสี่ยงทั่วไป

- ของหาย/ลักขโมย
- การทะเลาะวิวาท
- หลังคารั่ว/ท่อน้ำแตก
- คิดค่าใช้จ่ายผิด/ให้สิทธิผิด

2. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk)

- 2.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common clinical risk): ความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยในกระบวนการรักษาที่ไม่จำเพาะต่อโรคใดโรคหนึ่ง

ตัวอย่างความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป

- อุบัติการณ์การระบุตัวผิดพลาด
- การติดเชื้อในโรงพยาบาล
- อุบัติการณ์ความคาดเคลื่อนทางยา
- อุบัติการณ์พลัดตกเตียง หกล้ม

- 2.2 ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific clinical risk): ความเสี่ยงเฉพาะตามกลุ่มโรค/หัตถการสำคัญหรือภาวะแทรกซ้อน โดยกำหนดโรค/หัตถการเป็นตัวตั้ง เพื่อพิจารณาว่ามีโอกาสเกิดความเสียหายใดบ้าง

ตัวอย่างความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค

- ภาวะ Hypoglycemia/DKA ในผู้ป่วยเบาหวาน

การแบ่งระดับความรุนแรงและการจัดกลุ่มความเสี่ยง

แยกระดับตามกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากระบบรายงานและเรียนรู้ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับประเทศ (National Reporting and Learning System) ดังนี้

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก และหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Personnel Safety Goals ของกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป กำหนดระดับความรุนแรง เป็นระดับ A-I ตามรายละเอียด ดังนี้

ระดับ	คำอธิบาย	ความรุนแรง
1	A (เกิดที่นี้) มีโอกาสเกิดเหตุการณ์และค้นพบได้ด้วยตนเอง สามารถปรับแก้ไขได้ ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่น ผู้ป่วยหรือบุคลากร	ไม่เกิดความรุนแรง (No Harm)
	B (เกิดที่ไกล) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยส่งต่อเหตุการณ์/ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่น แต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร	
2	C (เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากรแต่ไม่เกิดอันตรายเสียหาย	ความรุนแรงน้อย (Low Harm)
	D (ให้ระวัง) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย	
3	E (ต้องรักษา) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร เกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/รักษาเพิ่มมากขึ้น	ความรุนแรงปานกลาง (Moderate Harm)
	F (เยียวานาน) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น	
4	G (ต้องพิจารณา) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร ทำให้เกิดความผิดพลาดถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ความเชื่อถือและ/หรือมีการร้องเรียน	ความรุนแรงมาก (Severe Harm)
	H (ต้องการบีม) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร มีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต ต้องดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิต ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล	
5	I (จำใจลา) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/สื่อ	เสียชีวิต (Death)

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป ยกเว้นหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Personnel Safety Goal กำหนด และแยกระดับความรุนแรงเป็นระดับ 1-5 ตามรายละเอียด ดังนี้

ลำดับ	คำอธิบาย	ความรุนแรง
1	เกิดความผิดพลาดขึ้นแต่ไม่มีผลกระทบต่อความสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (ดำเนินงานสำเร็จตามแผนได้มากกว่า 90%) หรือทำให้เกิดความล่าช้าของโครงการไม่เกิน 1.5 เดือน หรือผลกระทบด้านการเงินที่มีมูลค่าน้อยกว่า 5,000 บาท	ความรุนแรงน้อยมาก
2	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยมีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อความสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (ดำเนินงานสำเร็จตามแผนได้ 81- 90%) หรือทำให้เกิดความล่าช้าของโครงการมากกว่า 1.5 - 3 เดือน หรือผลกระทบด้านการเงินที่มีมูลค่า 10,001 – 100,000 บาท	ความรุนแรงน้อย
3	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยมีผลกระทบ (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อความสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (ดำเนินงานสำเร็จตามแผนได้ 71- 80%) หรือทำให้เกิดความล่าช้าของโครงการมากกว่า 3 – 4.5 เดือน หรือผลกระทบด้านการเงินที่มีมูลค่า 100,001 – 500,000 บาท	ความรุนแรงปานกลาง
4	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (ดำเนินงานสำเร็จตามแผนได้ 60- 70%) หรือทำให้เกิดความล่าช้าของโครงการมากกว่า 4.5 - 6 เดือน หรือผลกระทบด้านการเงินที่มีมูลค่า 500,001 – 10,000,000 บาท	ความรุนแรงสูง
5	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (ดำเนินงานสำเร็จตามแผนได้น้อยกว่า 60%) ทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง หรือทำให้เกิดความล่าช้าของโครงการมากกว่า 6 เดือน หรือผลกระทบด้านการเงินที่มีมูลค่ามากกว่า 10,000,000 บาท	ความรุนแรงสูงมาก

จัดกลุ่มตามระดับความรุนแรง เป็น 5 ระดับ เพื่อใช้ในการรายงานความเสี่ยง

จัดกลุ่ม	ระดับความรุนแรงทางคลินิก	ระดับความรุนแรงทั่วไป
1. ไม่เกิดความรุนแรง /ความรุนแรงน้อยมาก	A - B	1
2. ความรุนแรงน้อย	C - D	2
3. ความรุนแรงปานกลาง	E - F	3
4. ความรุนแรงสูง	G - H	4
5. เสียชีวิต/ความรุนแรงสูงมาก	I / Sentinel event	5



การประเมินความเสี่ยง

เป็นการจำแนกและพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่มีอยู่โดยประเมินจากโอกาสที่จะเกิด (Likelihood) และผลกระทบ (Impact) หรือความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)

ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยงในรูปแบบ Risk matrix 5x5

ความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)		โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood)				
		อาจเกิด 1 ครั้ง ใน 2-5 ปี	อาจเกิด 1 ครั้งต่อปี	เกิดเกือบทุกเดือน	เกิดเกือบทุกสัปดาห์	เกิดเกือบทุกวัน
		Remote (1)	Uncommon (2)	Occasional (3)	Probable (4)	Frequent (5)
I,5	Death (5)	5	10	15	20	25
G-H,4	Severe Harm (4)	4	8	12	16	20
E-F,3	Moderate Harm (3)	3	6	9	12	15
C-D,2	Low Harm (2)	2	4	6	8	10
A-B,1	No Harm (1)	1	2	3	4	5

สีเขียว = เสี่ยงต่ำ , สีเหลือง = เสี่ยงปานกลาง , สีส้ม = เสี่ยงสูง, สีแดง = เสี่ยงสูงมาก

ความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)	คะแนน
No Harm = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ A-B หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 1	1
Low Harm = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ C-D หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 2	2
Moderate Harm = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ E-F หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 3	3
Severe Harm = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ G-H หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 4	4
Death = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ I หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 5	5

โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood)	คะแนน
Remote คือ โอกาสเกิดน้อยมาก อาจเกิดขึ้น 1 ครั้งในรอบ 2-5 ปี	1
Uncommon คือ เกิดเป็นครั้งคราวในรอบปี อาจเกิด 1 ครั้งต่อปี	2
Occasional คือ มีโอกาสเกิดหลายครั้งในรอบปี อาจเกิดเกือบทุกเดือน	3
Probable คือ มีโอกาสเกิดบ่อยในรอบเดือน อาจเกิดเกือบทุกสัปดาห์	4
Frequent คือ มีโอกาสเกิดเกือบจะทุกวัน	5

เมื่อนำ ความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา(Consequence) คูณด้วย โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood) ตามตาราง Risk matrix จะได้เป็น Risk level คือระดับความสำคัญของความเสี่ยง จัดกลุ่มได้ 4 ระดับ ได้แก่

1. สีเขียว = ความเสี่ยงระดับต่ำ (Low risk) หมายถึง ยอมรับได้แต่ควรมีการควบคุม ฝ้าระวังเพิ่มเติม
2. สีเหลือง = ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Moderate risk) หมายถึง เริ่มที่จะไม่สามารถยอมรับได้ กำหนดมาตรการป้องกัน ควบคุม ลดความเสี่ยงไม่ให้สูงขึ้น
3. สีส้ม = ความเสี่ยงระดับสูง (High risk) หมายถึง ยอมรับไม่ได้ จำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องบริหารความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้
4. สีแดง = ความเสี่ยงระดับสูงมาก (Extreme risk) หมายถึง ยอมรับไม่ได้ จำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องบริหารความเสี่ยง มิฉะนั้นอาจจะประสบปัญหารุนแรง ทบทวนและกำหนดแนวทางป้องกันการเกิดซ้ำ

การวิเคราะห์

1. ให้แทนค่าคะแนนของโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์หรือความถี่และความรุนแรงของเหตุการณ์หรือผลที่จะเกิดตามมา โดยเปรียบเทียบจากสถิติที่กำหนด
2. นำค่าคะแนน 2 มาคูณกันในตาราง
3. นำผลคูณของค่าคะแนนที่ได้เทียบตามตาราง ว่าความเสี่ยงนั้นอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงใด (อยู่สีใด)
4. หน่วยงานประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน โดยนำความเสี่ยงที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลางขึ้นไป จัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยง และรวบรวมเป็น Risk profile ของหน่วยงาน
5. ทบทวนการจัดทำบัญชีความเสี่ยงทุก 3 เดือน
6. หน่วยงานและองค์กรใช้ Risk level ในการจัดทำ Risk register

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความเสี่ยง (Action to Manage Risk)

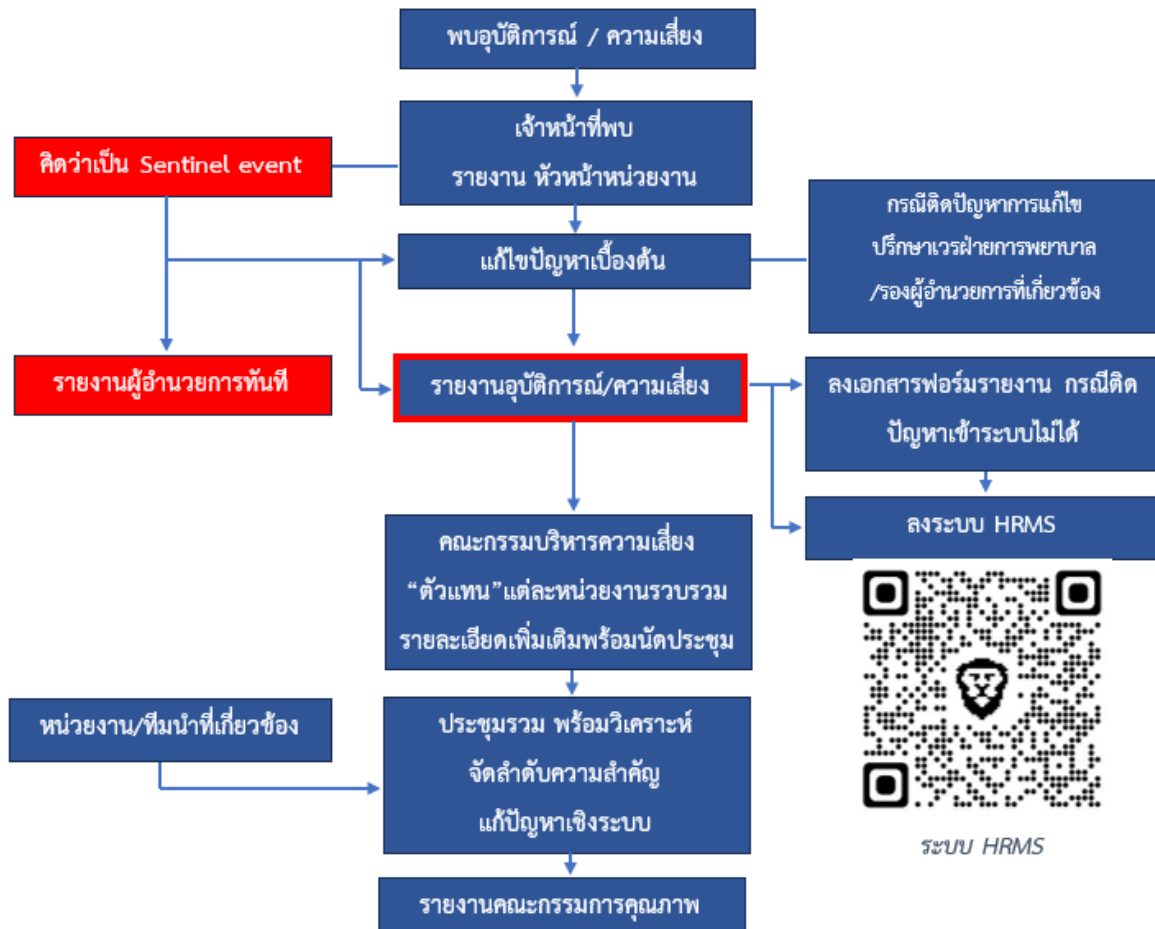
ก่อนเกิดเหตุ

1. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่น การส่งต่อ
2. การผ่อนถ่ายความเสี่ยง เช่น จ้างเหมาบริษัทเพื่อดูแลเครื่องมือทางการแพทย์และห้องปฏิบัติการ
3. การป้องกันความเสี่ยง เช่น ใส่ของมีคมในกล่องที่หนา การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน เช่น การตรวจสอบเครื่องมือ
4. การมีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง เช่น ทุกหน่วยงานมีระบบรายงานความเสี่ยงให้เจ้าหน้าที่ทุกคน รายงานความเสี่ยงได้หลายช่องทาง สะดวก มีการสื่อสารย้อนกลับและไม่เปิดเผยแก่ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง กรณีเป็นความลับ

หลังเกิดเหตุ

1. ลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ เป็นการดูแลแก้ปัญหาฉับพลันโดยการเอาใจใส่ให้ข้อมูลตรงไปตรงมาภายใต้คำแนะนำ การสื่อสาร ความเข้าใจอันดีต่อกัน ประคับประคองจิตใจ ขวัญกำลังใจ ทั้งผู้ป่วย ญาติและเจ้าหน้าที่ และรายงานผู้บริหารสูงสุดและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และติดตามประเมินผลภายหลังการใกล้เคียงอย่างต่อเนื่อง
2. การบริหารเงินชดเชยค่าเสียหาย กรณีที่ต้องมีการชดเชย ค่าเสียหาย คณะกรรมการการจัดการรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ จะเป็นผู้สรุปข้อมูลปัญหา นำเสนอผู้บริหารสูงสุดและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาล ร่วมกันพิจารณาชดเชยค่าเสียหายอย่างเหมาะสม, ยุติธรรมทุกฝ่าย

แนวทางการรายงานและจัดการความเสี่ยง



10 Sentinel Events
เหตุการณ์วิกฤต ต่อชีวิตและองค์กร

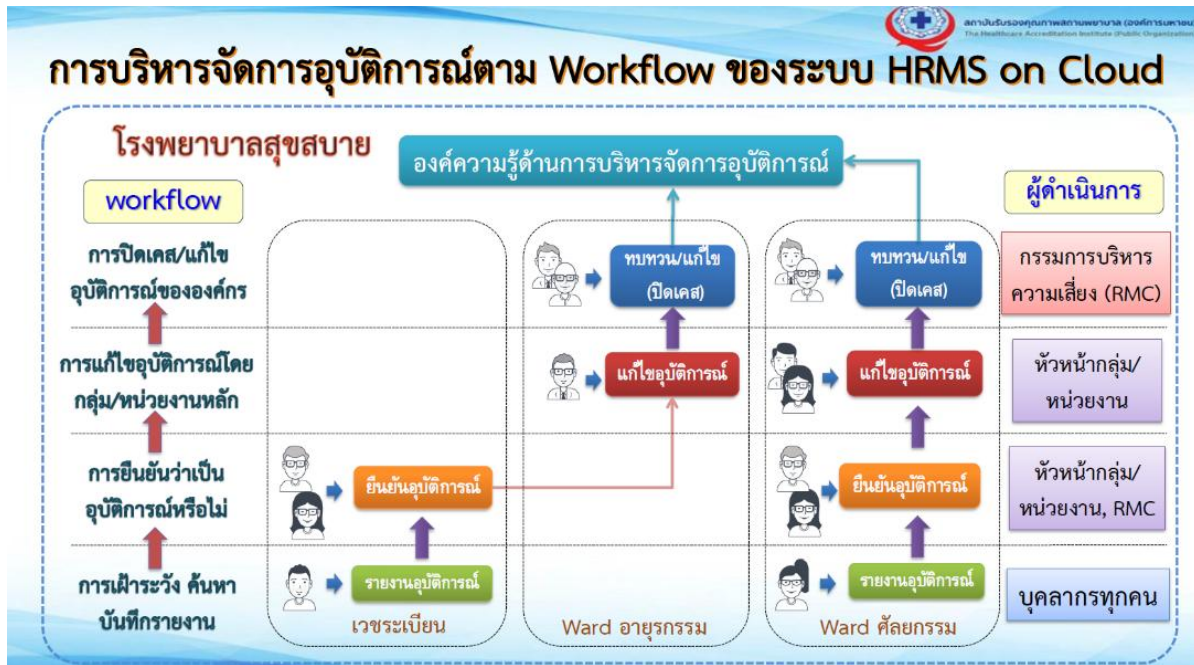
1. อัคคีภัย
2. อุบัติภัยหมู่
3. เหตุทะเลาะวิวาท หรือ สถานการณ์ความไม่สงบในโรงพยาบาล
4. ฆ่าตัวตัดคนหรือตัดขาง
5. ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด
6. คลอดก่อนถึงโรงพยาบาล
7. มารดาเสียชีวิตหรือการตายคลอด
8. ฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล
9. กรณีพิษทางราชการสาธารณสุข หรือ โจรกรรม
10. เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายหรือเสียชื่อเสียงโรงพยาบาล (Social Media) และก่อให้เกิดการฟ้องร้อง

3 ขั้นตอน

1. ผู้ประสบเหตุ
รายงาน แพทย์เจ้าของไข้ หัวหน้าหน่วยงาน ผู้ตรวจการพยาบาล (ทันที)
2. แจ้งผู้อำนวยการ โรงพยาบาล (ทันที)
3. แจ้งผู้อำนวยการ โรงพยาบาล (ทันที)

หากผู้อำนวยการต้องการให้รายงานตามลำดับ
1. รองผู้อำนวยการ
2. รองพรส.
3. รองแพทย์

ติดตามทบทวน RCA ภายใน 1 สัปดาห์ หลังเกิดเหตุการณ์และนำเสนอประเด็นปัญหา/แนวทางการแก้ไขในที่ประชุมความเสี่ยง



ระดับหน่วยงาน

1. หน่วยงานสรุป High risk , High volume , กิจกรรมทบทวนที่ 5 การค้นหาและป้องกันความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน 2 เดือน/ครั้ง นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
2. จัดทำและทบทวน Risk profile ของหน่วยงานทุก 3 เดือน และรายงานต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
3. นำความเสี่ยงที่ค้นหาและประเมินระดับแล้วมาเรียงลำดับความสำคัญตั้งแต่ระดับ Extreme risk, High risk, Moderate risk, และ Low risk
4. วางแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญระดับ Moderate risk ขึ้นไป
 - 4.1 วิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Root Cause Analysis)
 - 4.2 ในกรณีที่ไม่สามารถจัดการได้ภายในหน่วยงานให้นำเสนอต่อผู้บังคับบัญชาเพื่อหาแนวทางการจัดการในระดับคณะกรรมการโรงพยาบาล เช่น PCT ENV IC ต่อไป
5. นำข้อมูลจัดทำเป็นคู่มือสำหรับบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อป้องกันและจัดการความเสี่ยงภายในหน่วยงาน
6. เฝ้าระวังและติดตามการดำเนินงานโดยดูจากการรายงานอุบัติการณ์ และตัวชี้วัดที่มีการเก็บข้อมูล
7. ทบทวนคู่มือ และมาตรการที่จัดทำไว้เป็นระยะๆ และเมื่อเกิดความเสี่ยงที่มีผลกระทบรุนแรง

ระดับโรงพยาบาล

จัดทำ Risk profile ของโรงพยาบาล วางแนวทาง/มาตรการการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ

แนวทางในการรายงานและจัดการความเสี่ยงตามลักษณะการเกิดอุบัติการณ์ และระดับของความรุนแรง ดังนี้

ความเร่งด่วน	ลักษณะการเกิดอุบัติการณ์ / ระดับของความรุนแรง	การรายงานและจัดการ
ไม่เร่งด่วน	อุบัติการณ์ที่ไม่เกิดความรุนแรง (No Harm) (A-B, 1) อุบัติการณ์ระดับความรุนแรงน้อย (Low Harm) (C-D, 2)	1. ผู้ประสบเหตุแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และรายงานหัวหน้า เเวหรือหัวหน้าหน่วยงาน 2. ลงบันทึกอุบัติการณ์ใน HRMS ภายใน 1 เดือน 3. หน่วยงาน/PCT เข้าไปรับทราบอุบัติการณ์ในโปรแกรม การรายงาน 4. ทำการทบทวน/แก้ไข/วางมาตรการป้องกันภายใน หน่วยงาน หรือระหว่างหน่วยงาน 5. ส่งผลการทบทวนเข้าไปในระบบการรายงานอุบัติการณ์
เร่งด่วน	อุบัติการณ์ระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate Harm) (E-F, 3)	1. ผู้ประสบเหตุรายงานหัวหน้าหน่วยงาน/ผู้ตรวจการ พยาบาลทันที ร่วมกันแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า 2. หากแก้ไขไม่ได้ ให้รายงานหัวหน้าฝ่าย/แพทย์เวร/แพทย์ เจ้าของใช้ จัดการปัญหาต่อไป 3. ลงบันทึกอุบัติการณ์ใน HRMS ภายใน 1 วัน 4. ส่งรายงานอุบัติการณ์ให้ผู้บริหารภายใน 72 ชั่วโมง. 5. หน่วยงานร่วมกับ PCT/หน่วยงานร่วมกับระบบสำคัญ ทบทวนอุบัติการณ์ร่วมกัน 6. ส่งผลการทบทวนเข้าไปในระบบการรายงานอุบัติการณ์
	อุบัติการณ์ระดับความรุนแรงมาก (Severe Harm) (G-H, 4) อุบัติการณ์ระดับเสียชีวิต (Death) (I,5)	1. ผู้ประสบเหตุรายงานแพทย์เวร/แพทย์เจ้าของใช้/ ผู้อำนวยการทันที 2. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประสานทีมที่เกี่ยวข้อง แก้ไข/บรรเทาความรุนแรง ภายใน 1 วัน 3. ลงบันทึกอุบัติการณ์ใน HRMS ภายใน 1 วัน 4. ส่งรายงานอุบัติการณ์ให้ผู้บริหารภายใน 24 ชั่วโมง หลังเกิดเหตุ

ความเร่งด่วน	ลักษณะการเกิดอุบัติการณ์ / ระดับของความรุนแรง	การรายงานและจัดการ
		5. หน่วยงานร่วมกับ PCT/หน่วยงานร่วมกับระบบสำคัญทำ RCA ทุกราย 6. ส่งผลการทบทวนเข้าไปในระบบการรายงานอุบัติการณ์
เร่งด่วน/รุนแรง/ ควบคุมไม่ได้	Sentinel event (SE)	1. ผู้ประสบเหตุรายงานแพทย์เวร/แพทย์เจ้าของไข้/ ผู้อำนวยการทันที 2. ส่งรายงานอุบัติการณ์ให้ผู้บริหารและลงบันทึก อุบัติการณ์ใน HRMS ภายใน 24 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุ 3. หน่วยงานร่วมกับ PCT/หน่วยงานร่วมกับระบบสำคัญ ทบทวนอุบัติการณ์ร่วมกัน 4. ส่งผลการทบทวนเข้าไปในระบบการรายงานอุบัติการณ์ ภายใน 7 วัน

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผล (Risk evaluation)

การติดตามและการประเมินผล หมายถึงการนำเหตุการณ์และความสูญเสียที่เกิดขึ้น มาตรวจสอบความเพียงพอของวิธีการที่ใช้ป้องกันความเสี่ยง ซึ่งสิ่งที่ต้องประเมินได้แก่

1. การติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน
2. การประเมินผลระบบบริหารความเสี่ยงทั้งระบบ
3. การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
4. การทบทวนความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
5. การส่งต่อข้อมูลความเสี่ยงกลับสู่หน่วยงาน

ตารางแสดงแนวทางการรายงาน การแก้ไข และระยะเวลาการติดตามผล

ระดับความรุนแรง	ระยะเวลาในการรายงานในระบบ	แนวทางการจัดการ	ระยะเวลาการวางมาตรการป้องกัน/ส่งรายงานการทบทวน	ระยะเวลาการติดตามผล
A-B ระดับ 1 (Near miss)	รายงานได้ทุกวัน ภายใน 1 เดือน	รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ แนวโน้ม/ความถี่ที่สูงขึ้น/วาง มาตรการป้องกัน	แนวโน้มความถี่	3 เดือน
C-D ระดับ 2	รายงานได้ทุกวัน ภายใน 1 เดือน	ทบทวนหาแนวปฏิบัติ/จัดทำ คู่มือการปฏิบัติงาน	ภายใน 1 เดือน	3 เดือน
E-F ระดับ 3	ภายใน 1 วัน	RCA วางมาตรการป้องกัน/แก้ไข	ภายใน 7 วัน	1 เดือน
G-I ระดับ 4-5	ภายใน 1 วัน	RCA วางมาตรการป้องกัน/แก้ไข	ภายใน 3 วัน	2 สัปดาห์
Sentinel event (SE)	ภายใน 1 วัน	RCA วางมาตรการป้องกัน/แก้ไข	ภายใน 3 วัน	2 สัปดาห์

การประเมินผลการบริหารความเสี่ยง

1. การประเมินตามตัวชี้วัดการประเมินผลลัพธ์ของแผนบริหารความเสี่ยง คือ “ร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของการดำเนินการตามแผนบริหารความเสี่ยง” ดังนี้

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1	ร้อยละความเสี่ยงที่ได้รับรายงานทั้งหมด	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ต่อปี
2	ร้อยละการรายงาน Self report ของหน่วยงาน	ร้อยละ 80
3	ร้อยละอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ 3,5 และ E-I	ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี
4	ร้อยละความเสี่ยงระดับ 3-5 และ E-I ที่ได้รับการจัดการทบทวน (RCA) ภายในระยะเวลาที่กำหนด	ร้อยละ 80
5	จำนวนการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำระดับ 3-5 และ E-I ภายในระยะเวลา 1 ปี	เท่ากับ 0
6	ร้อยละการได้รับการแก้ไขของ Sentinel event	ร้อยละ 100
7	สัดส่วนอุบัติการณ์ near miss/miss	70:30
8	ผลสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย	ร้อยละ 80
9	ร้อยละของความเสี่ยงในบัญชีความเสี่ยง (Risk profile) ที่มีแผนจัดการ และดำเนินการเสร็จตามกำหนด	ร้อยละ 80

2. ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะต้องทำสรุปรายงานและจัดทำรายงานประเมินผล การบริหารความเสี่ยงประจำเดือนต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้มั่นใจว่ามีการบริหารความเสี่ยง เป็นไปอย่างเหมาะสม เพียงพอ ถูกต้อง และมีประสิทธิผล

การทบทวนแผนการบริหารความเสี่ยง

1. การทบทวนแผนบริหารความเสี่ยงเป็นการทบทวนประสิทธิภาพของแนวการบริหารความเสี่ยงในทุกชั้นตอน เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาแผนงานในการบริหารความเสี่ยงให้ทันสมัยและเหมาะสมกับการปฏิบัติงานจริง โดยการจัดประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นประจำทุก 3 เดือน



ภาคผนวก



ตัวอย่างแบบฟอร์ม Risk profile

RISK ASSESSMENT FORM (Risk profile)

RISK ASSESSMENT FORM (Risk profile)							
Department Name	งานการพยาบาลผู้ป่วยใน (หอผู้ป่วยใน 1/1)						
Prepared By	พ.จ.วิญญูทัย แสงงาม						
Date	13 Sep 67						
Rating Criteria	Probability Score: (frequency, time frame frequency, probability) โอกาสเกิด/ความถี่		Impact Score/ Consequence ความรุนแรงของผลกระทบ :		Risk priority level ลำดับความรุนแรง:		Risk control การควบคุมความเสี่ยง :
	1 Remote คือ โอกาสเกิดน้อยมาก อาจเกิดขึ้น 1 ครั้งในรอบ 2-5 ปี		1 Negligible – ความรุนแรงทางคลินิกระดับ A-D หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 1		Low (Acceptable level)		P = Prevention
	2 Uncommon คือ เกิดขึ้นครั้งคราวในรอบปี อาจเกิด 1 ครั้งต่อปี		2 Minor – ความรุนแรงทางคลินิกระดับ E-F หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 2		Moderate (Risk reduction with in 1 yr)		A = Avoidance
	3 Occasional คือ มีโอกาสเกิดหลายครั้งในรอบปี อาจเกิดเกือบทุกเดือน		3 Moderate – ความรุนแรงทางคลินิกระดับ G หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 3		High (Conduct risk reduction within 6 mo.)		R = Reduction
	4 Probable คือ มีโอกาสเกิดบ่อยในรอบเดือน อาจเกิดเกือบทุกสัปดาห์		4 Major – ความรุนแรงทางคลินิกระดับ H หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 4		Extreme (Conduct risk reduction immediately)		T = Transfer
5 Frequent คือ มีโอกาสเกิดเกือบทุกวัน		5 Catastrophic – ความรุนแรงทางคลินิกระดับ I หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 5					
รหัสความเสี่ยง/ อุบัติเหตุ	รายการความเสี่ยง/อุบัติเหตุ	รายละเอียด	Probability โอกาสความถี่	Impact Intensity ความรุนแรงของผลกระทบ	Risk priority level ลำดับความรุนแรง	กำหนดตัวชี้วัด	มาตรการควบคุม แก้ไข ป้องกัน ความเสี่ยง/อุบัติเหตุ
ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical - risk)							
CPM205	Medication error : administration (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติเหตุการฉีดยาในขั้นตอนการให้ยา)	การบริหารยาที่แตกต่างไปจากคำสั่งการใช้ยาของผู้สั่งจ่ายที่เขียนบันทึกไว้ในประวัติการรักษา หรือ ความคาดเคลื่อนที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาผิดไปจากความตั้งใจในการสั่งยาของผู้สั่งจ่าย จำนวนได้ 11 ข้อ ดังนี้ 1. การให้ยามิครบ (Omission error) 2. การให้ยาดูผิดชนิด 3. การให้ยาซึ่งผู้สั่งจ่ายไม่ได้สั่ง 4. การให้ยาผู้ป่วยผิดคน 5. การให้ยาดูผิดขนาด 6. การให้ยาดูผิดยี่ห้อ 7. การให้ยาดูผิดเวลา 8. การให้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่ตั้ง 9. การให้ยาในอัตราเร็วที่ผิด 10. การให้ยาดูผิดชนิด 11. การให้ยาดูรูปแบบยา	5	1	5	1. อัตราความคาดเคลื่อนในการบริหารยา (administration error) เท่ากับ 0	1. ทบทวนอุบัติเหตุในวันประชุมประจำเดือนทุกเดือน 2. จัดทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (CQI) ในหน่วยงาน เรื่อง "10R เตือนใจ Double check ฉบับใหม่ บริหารยาไร้กังวล" โดยยึดกิจกรรม ดังนี้ 2.1 กำหนดมาตรฐานการให้ยาตามหลัก 10R หอผู้ป่วยใน 2.2 กำหนดแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยใน เริ่มตั้งแต่กระบวนการรับคำสั่งการรักษา,กระบวนการเตรียมยา,ประธานความร่วมมือกับงานเภสัชกรรม
ความเสี่ยงทั่วไป (Non-clinical risk)							
GPS106	สิทธิการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลเป็นส่วนตัว (Privacy) ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ หรือบุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ผู้ให้บริการด้านความมั่นคงปลอดภัยคอมพิวเตอร์	สิทธิการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลเป็นส่วนตัว (Privacy) ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ หรือบุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ผู้ให้บริการด้านความมั่นคงปลอดภัยคอมพิวเตอร์ (Cybersecurity Incident) กล่าวคือ ไม่ได้เกิดจากการโจมตีทางไซเบอร์ (Cybersecurity Attack) โดยผู้ไม่ประสงค์ดี หรือองค์กรผู้ร้ายต่าง เช่น การเจาะระบบหรือการเข้าถึงข้อมูลความลับโดยมิชอบแล้วนำไปเปิดเผย แต่เกิดจากบุคคลที่ล่วงรู้หรือเข้าถึงได้ นำข้อมูลส่วนบุคคลไปเปิดเผยโดยละเมิดความเป็นส่วนตัว (Privacy) หรือไม่ได้ได้รับความยินยอมจากบุคคลนั้น	2	1	2	1. อุบัติการณ์ความละเมิดความเป็นส่วนตัว (Privacy) ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ หรือบุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ผู้ให้บริการด้านความมั่นคงปลอดภัยคอมพิวเตอร์ เท่ากับ 0	1. ทบทวนอุบัติเหตุในวันประชุมประจำเดือนทุกเดือน 2. ติดประกาศเรื่องสิทธิผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วย 3. ไม่เปิดเผยข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยแก่บุคคลอื่น 4. เน้นย้ำเรื่องสิทธิผู้ป่วยตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลแจ้งการจำหน่าย



ตัวอย่างแบบฟอร์ม Risk Register

		Risk identification				
		รหัส RISK by HRMS	Risk ID	Date	Risk title	risk description
OR	1	การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดส่วน	CPS101 : ผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดข้าง (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong body part)* CPS102 : ผ่าตัดผิดคน (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong patient)* CPS103 : ผ่าตัดผิดชนิด (Wrong surgical or other invasive procedure performed on a patient)*			
IC	2	การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาล	CPI201 : CAUTI: Catheter Associated Urinary Tract Infection CPI202 : VAP: Ventilator-Associated Pneumonia CPI203 : CLABSI: Central Line-Associated Bloodstream Infection CPS111 : SSI: Surgical Site Infection			
IC	3	บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติห	GPI201 : บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ทางอากาศ (airborne transmission) จากการปฏิบัติงาน ได้แก่ วัณโรค หัด และอีสุกอีใส GPI202 : บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ผ่านละอองฝอย (droplet transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น ไข้หวัดใหญ่ หัดเยอรมัน ฯลฯ GPI203 : บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ทางการสัมผัส (contact transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น เอชไอวี ตับอักเสบบี ตับอักเสบบี ฯลฯ GPI204 : บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ผ่านพาหะ (vector borne transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น ไข้เลือดออก ไข้กา ฯลฯ			
เภสัช NSO	4	การเกิด Medication Error และ	CPM101 : แพทย์สั่ง CPM201 : Medication error : Prescribing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติเหตุในขั้นตอนการสั่งจ่าย) CPM202 : Medication error : Transcribing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติเหตุในขั้นตอนการคัดลอกยา) CPM203 : Medication error : Pre-dispensing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติเหตุในขั้นตอนการเตรียมจ่ายยา) CPM204 : Medication error : Dispensing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติเหตุในขั้นตอนการจ่ายยา) CPM205 : Medication error :			
Lab NSO	5	การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	CPM501 : การให้เลือดผิด (Inc			
NSO	6	การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	CPP101 : Patient Identificatio			
MSO	7	ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย	CPP301 : Misdiagnosis or del			
Lab Rad	8	การรายงานผลการตรวจทางห้อง	CPL201 : ผลการตรวจวิเคราะห์ CPL203 : เตรียมตรวจ/ตรวจทาง			
NSO ER	9	การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาด	CPE402 : Under triage CPE403 : Over triage CPE405 : Delay Diagnosis and Delay treatment ในผู้ป่วย ฉุกเฉิน และผู้ป่วย Fast Track CPE407 : Missed Diagnosis			



ตัวอย่างแบบฟอร์ม Risk Register (ต่อ)

Risk analysis			Risk treatment plan				QI plan
Likelihood (Frequency)	Consequence (Impact)	Risk level	Risk treatment	Risk transfer & prevention	Risk monitoring	Risk mitigation	Quality improvement plan (QI)
1-5	1-5		การแก้ไข	มาตรการป้องกัน และถ่ายโอน	ติดตามด้วยวีลด์ ควบคุม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาสาเหตุที่ชัดเจน ฝ่าไฟใต้ขึ้น

Risk monitoring and review						
Risk owner	Review frequency	Review date	Result of review	Residual risk level	risk status	
			พบทวนพบเหตุการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกัน และการปฏิบัติ		active/closed	

QR code คู่มือการใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล
Healthcare Risk Management System on Cloud

