

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	รหัส : SP-RM-01 แผ่นที่ : 1/7 แก้ไขครั้งที่ : 1
ทีมบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ผู้ตรวจสอบ: นายเกรียงศักดิ์ สีสหมอก	ผู้อนุมัติ: นายสุกิจ ทิพทิพากร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬ

สารบัญ

1. วัตถุประสงค์
2. ขอบเขต
3. ความรับผิดชอบ
4. คำจำกัดความ
5. ระเบียบปฏิบัติ
6. แบบฟอร์มและเอกสารอ้างอิง

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	รหัส : SP -RM-01 แผ่นที่ : 2/7 แก้ไขครั้งที่ : 1 วันที่บังคับใช้:.....
ทีมบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ผู้ตรวจสอบ: นายเกรียงศักดิ์ สีมอก	ผู้อนุมัติ: นายสุกิจ ทิพพิพากร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬ

1. วัตถุประสงค์

เป็นแนวทางในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลจุฬ ในการวิเคราะห์ ควบคุม ดำเนินการแก้ไข ปรับปรุง ป้องกันความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่

2. ขอบเขต

สำหรับการบริหารความเสี่ยงตั้งแต่การกำหนดนโยบาย วางแผนพัฒนา รวบรวม วิเคราะห์และ ทบทวนข้อมูลความเสี่ยง ของทุกกลุ่มงาน/ฝ่าย/งานในโรงพยาบาล ดำเนินการแก้ไขความเสี่ยง นำเสนอข้อมูล ความเสี่ยงแก่คณะกรรมการบริหารและ ส่งกลับข้อมูลต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดระบบการติดตาม การ ประเมินผลการบริหารความเสี่ยงและปรับปรุงการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลทั้งระบบ

3. ความรับผิดชอบ

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล

4. คำจำกัดความ

4.1 ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ แบ่งเป็น

- ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วย
- ความเสี่ยงที่เกิดกับเจ้าหน้าที่
- การสูญเสียทรัพย์สินของผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่และโรงพยาบาล
- การเสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล
- ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	รหัส : SP-RM-01 แผ่นที่ : 3/7 แก้ไขครั้งที่ : 1 วันที่บังคับใช้:.....
ทีมบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ผู้ตรวจสอบ: นายเกรียงศักดิ์ สีมอก	ผู้อนุมัติ: นายสุกิจ ทิพพิพากร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬ

4.2 อุบัติการณ์ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ
ชื่อเสียง ทรัพย์สิน สิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือการฟ้องร้อง

4.3 ความเสี่ยงทางคลินิก หมายถึง ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย

4.4 ระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง

- 4.4.1 การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล
- 4.4.2 การทบทวนการดูแลรักษาพยาบาลของทีมนำทางคลินิก
- 4.4.3 อุบัติการณ์เกี่ยวกับยา
- 4.4.4 การรับฟังความคิดเห็นและคำร้องเรียนของผู้รับบริการ
- 4.4.5 อาชีวอนามัยของเจ้าหน้าที่และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง
- 4.4.7 เทคโนโลยีและสารสนเทศ
- 4.4.8 งานเครื่องมือแพทย์

5. ระเบียบปฏิบัติ

5.1 การค้นหาความเสี่ยง

ให้หน่วยงานค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป ดังต่อไปนี้

- 5.1.1 การค้นหาความเสี่ยงระหว่างการทำงาน
- 5.1.2 การค้นหาความเสี่ยงจากการวิเคราะห์กระบวนการหลัก โดยใช้แบบ
วิเคราะห์กระบวนการหลักของหน่วยงาน (F-RM-001) และนำความเสี่ยงที่
สำคัญมาจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน (F-RM-002)
- 5.1.3 การค้นหาความเสี่ยงระดับทีมประสานงาน จากการทำกิจกรรมทบทวน
ทางคลินิก การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย ทบทวนการเสียชีวิต การเกิด
ภาวะแทรกซ้อน การทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน การทบทวน
การตรวจรักษาผู้ป่วย การสำรวจโครงสร้างทางสิ่งแวดล้อม

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	รหัส : SP-RM-01 แผ่นที่ : 4/7 แก้ไขครั้งที่ : 1 วันที่บังคับใช้:.....
ทีมบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ผู้ตรวจสอบ: นายเกรียงศักดิ์ สีสหมอก	ผู้อนุมัติ: นายสุกิจ ทิพพิพากร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬ

- 5.1.4 การค้นหาความเสี่ยงจากกรณีมีข้อร้องเรียน / คำร้องเรียน ที่มีการระบุชื่อ โดยมีการบันทึกในแบบแสดงความคิดเห็นของผู้รับบริการ (F-RM-004)
- 5.2 การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
- 5.2.1 แจ้งเหตุ / รายงานอุบัติการณ์ทางวาจาหรือ คำบอกเล่า ต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
- 5.2.2 ผู้ประสบเหตุ เป็นผู้เขียนบันทึกในแบบบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง (F-RM-003)
- 5.2.3 กรณีเป็นคำร้องเรียน ผู้รับคำร้องเรียนเป็นผู้บันทึกอุบัติการณ์ในแบบบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง (F-RM-003)
- 5.2.4 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นผู้รับผิดชอบการลงบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากแบบบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง (F-RM-003) หรือรายงานความเสี่ยงที่ตนเองรับแจ้งเหตุ ใน www.riskchun.com
- 5.2.5 ประธานและผู้จัดการความเสี่ยงรวบรวมรายงาน วิเคราะห์ข้อมูล จำนวนอุบัติการณ์ ประเภทและระดับความรุนแรงของความเสี่ยง รายงานต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการบริหาร ทุก 1 เดือน
- กรณีอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง ให้รายงานผู้อำนวยการทันที
- 5.3 การวิเคราะห์ความเสี่ยง
- วิเคราะห์ความเสี่ยงตามแบบวิเคราะห์ความรุนแรงของความเสี่ยง (R-RM-004)
- 5.3.1 ประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทางคลินิก (ระดับ A-I)
- 5.3.2 ประเมินเหตุการณ์จำแนกตามระดับความรุนแรงทั่วไป (ระดับ 1-4)

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	รหัส : SP-RM-01 แผ่นที่ : 5 / 7 แก้ไขครั้งที่ : 1 วันที่บังคับใช้:.....
ทีมบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ผู้ตรวจสอบ: นายเกรียงศักดิ์ สี่หมอก	ผู้อนุมัติ: นายสุกิจ ทิพพิพากร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬ

5.4 การวางแผนและการจัดการความเสี่ยง

- 5.4.1 กรณีเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ให้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงที่มีความรุนแรงระดับ 1-2 (R-RM-001) และระดับ 3-4 (R-RM-002)
- 5.4.2 กรณีเกิดข้อร้องเรียนหรือกรณีข้อพิพาททางการแพทย์ให้ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติในการดำเนินการกรณีข้อพิพาททางการแพทย์ (R-RM-003)

5.5 การประเมินผล

- 5.5.1 หัวหน้าหน่วยงาน ติดตามเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงาน เพื่อทบทวนสาเหตุ และแนวโน้มการเกิดอุบัติการณ์ ติดตามแผนการแก้ไขปรับปรุงตามสาเหตุ และตรวจสอบว่า มาตรการที่ใช้ป้องกัน เหมาะสมหรือไม่เป็นประจำ
- 5.5.2 หัวหน้างานตรวจสอบบัญชีความเสี่ยงและวิเคราะห์อุบัติการณ์ เพื่อหามาตรการจัดการและปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงทุก 6 เดือน
- 5.5.3 ผู้จัดการความเสี่ยงและประธานความเสี่ยง ติดตามผลการการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานตามเครื่องชี้วัดของโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลทุก 1 เดือน
- 5.5.4 คณะกรรมการบริหารคุณภาพ และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ประเมินผลการดำเนินงานระบบบริหารความเสี่ยงปีละ 1 ครั้ง

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	รหัส : SP-RM-01 แผ่นที่ : 6/7 แก้ไขครั้งที่ : 1 วันที่บังคับใช้:.....
ทีมบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ผู้ตรวจสอบ: นายเกรียงศักดิ์ สีส้มอก	ผู้อนุมัติ: นายสุกิจ ทิพพิพากร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬ

5.6 การสะท้อนกลับข้อมูลความเสี่ยง

- 5.6.1 ประธานและผู้จัดการความเสี่ยงรวบรวมรายงาน วิเคราะห์ข้อมูล ประเมิน และระดับความรุนแรงของความเสี่ยง แจ้งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการหามาตรการการปรับปรุงและแก้ไข ทุก 1 เดือน
- 5.6.2 ประธานและผู้จัดการความเสี่ยง นำเสนอข้อมูลการบริหารความเสี่ยงต่อ คณะกรรมการบริหารคุณภาพและ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาหาจุดอ่อนในระบบ แล้วแจ้งกลับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนา แผนบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน และระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ทุก 1 เดือน

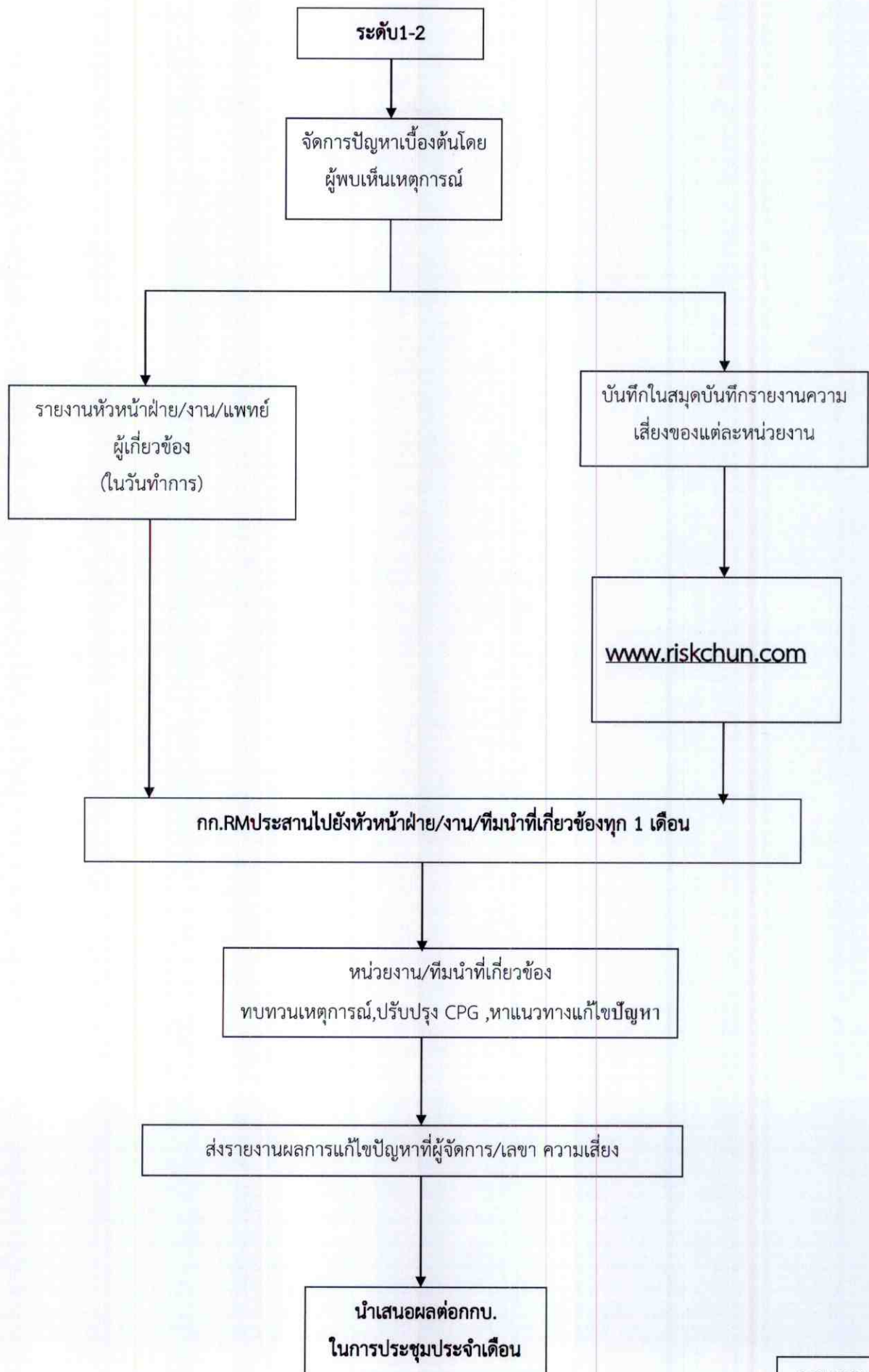
5.7 เครื่องชี้วัด

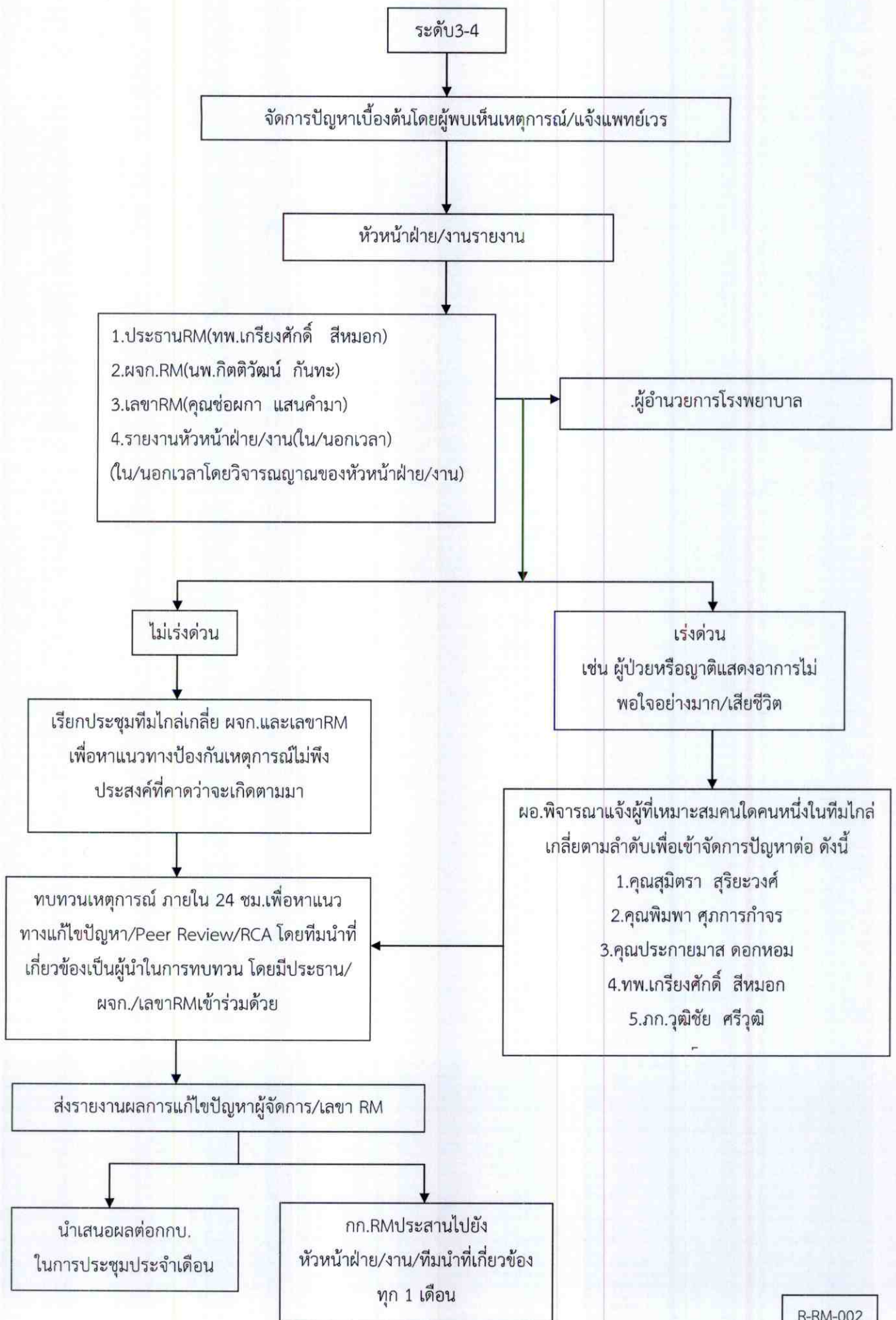
- 5.7.1 ระดับความสำเร็จการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง
- 5.7.2 แนวโน้มการรายงานและค้นหาความเสี่ยงที่ได้รับ
- 5.7.3 ร้อยละอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ 3-4 / E-I ที่ได้รับการทบทวน
- 5.7.4 จำนวนการเกิดอุบัติเหตุจราจรของรถ Ambulance
- 5.7.5 จำนวนถูกข้อมีคม/สารคัดหลั่ง

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	รหัส : SP-RM-01 แผ่นที่ : 7/7 แก้ไขครั้งที่ : 1 วันที่บังคับใช้:.....
ทีมบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ผู้ตรวจสอบ: นายเกรียงศักดิ์ สีมอก	ผู้อนุมัติ: นายสุกิจ ทิพพิพากร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬ

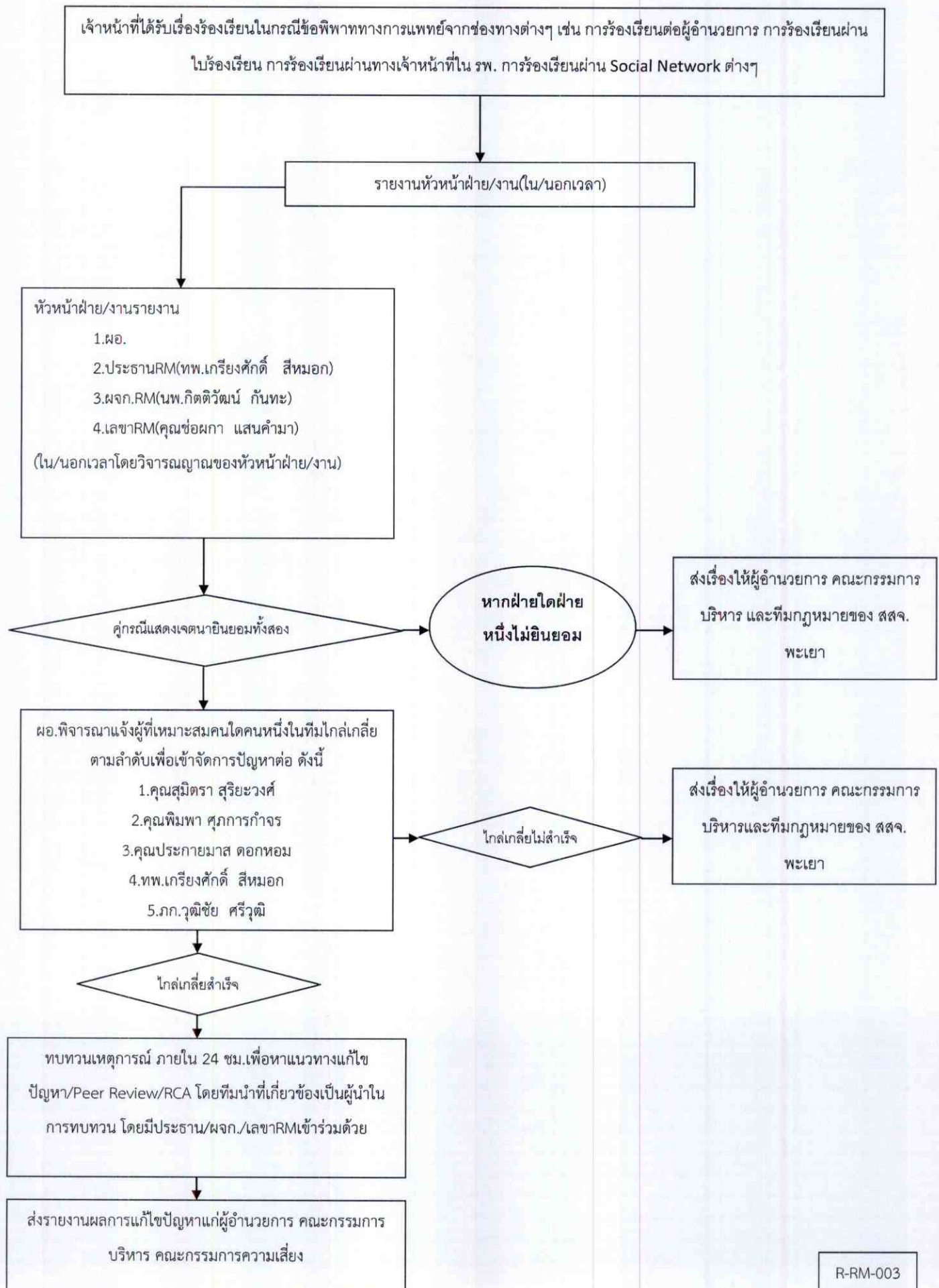
6.แบบฟอร์มและเอกสารอ้างอิง

- 6.1 F-RM-001 ตารางการวิเคราะห์ความเสี่ยงจากกระบวนการหลักของหน่วยงาน
- 6.2 F-RM-002 บัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน
- 6.3 F-RM-003 แบบบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง
- 6.4 F-RM-004 แบบฟอร์มแสดงความคิดเห็นของผู้รับบริการ
- 6.5 R-RM-001 Flow ระดับ 1-2
- 6.6 R-RM-006 Flow ระดับ 3-4
- 6.7 R-RM-003 แนวทางปฏิบัติในการดำเนินการกรณีข้อพิพาททางการแพทย์
- 6.7.R-RM-004 แบบวิเคราะห์ความรุนแรงและการจัดการความเสี่ยง





แนวทางการปฏิบัติในการดำเนินการกรณีข้อพิพาททางการแพทย์



การวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของความเสียหายทางคลินิก (ระดับ A-I)

ระดับ	คำอธิบายเหตุการณ์		การจัดการ
1	A : เหตุการณ์ที่มีโอกาสที่เกิดความเสียหายคลาดเคลื่อน เช่น การจัดยาเกิน เที่ยบ KARDEX, ORDER หรือการ DOUBLE CHECK ขณะจัด แล้วพบความผิดพลาด	Near miss	1. สามารถทบทวนและแก้ไขได้ภายในหน่วยงาน 2. ส่งคืนข้อมูลและแนวทางการจัดการแก้ไขภายใน 1 เดือน
	B : เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย เช่น จัดยาผิดแล้วจะนำไปให้ผู้ป่วยแต่ตรวจพบก่อน	Miss	
2	C : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย(ให้ยา/หัตถการไปแล้ว)	Miss	
	D : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องเฝ้าระวังเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย	Miss	
3	E : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมีการบำบัดรักษา	Miss	1. RCA ,Peer Review ภายใน 24 ชั่วโมง 2. ส่งคืนข้อมูลและแนวทางการจัดการแก้ไขภายใน 2 สัปดาห์
	F : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น	Miss	
4	G : เกิดความคลาดเคลื่อนอันตรายแก่ผู้ป่วย หรือเกิดความพิการถาวร	Miss	
	H : เหตุการณ์ที่มีผลให้ต้องมีการกู้ชีวิต	Miss	
	I : เหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต	Miss	

การวิเคราะห์ระดับความรุนแรงจำแนกตามความเสี่ยงทั่วไป

ความรุนแรง	ผลกระทบ	การจัดการ
1	ยังไม่เกิดความเสียหายแต่สร้างความรบกวนต่อระบบ	1. สามารถทบทวนและแก้ไขได้ภายในหน่วยงาน 2. ส่งคืนข้อมูลและแนวทางการจัดการแก้ไข ภายใน 1 เดือน
2	เสียหายต่อทรัพย์สินเล็กน้อยผู้ป่วยไม่พอใจแต่ผู้ปฏิบัติแก้ไขได้	
3	เสียหายต่อทรัพย์สินมาก ผู้ป่วยไม่พอใจ ต้องการให้รพ. รับผิดชอบต้องแจ้งกรรมการ / ผอ. รพ.	1. RCA ,Peer Review ภายใน 24 ชั่วโมง 2. ส่งคืนข้อมูลและแนวทางการจัดการแก้ไข ภายใน 2 สัปดาห์
4	เสียหายต่อทรัพย์สินรุนแรง ผู้ป่วยไม่พึงพอใจมากฟ้องร้องผ่านองค์กรภายนอก	