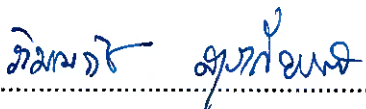
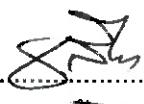



QP-QSC-011

## นโยบายบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

ผู้จัดทำ .....   
( พว.กิมณภัท สุรเกียรติ ) (ผู้จัดการส่วนบริหารคุณภาพ  
และความปลอดภัย/ เลขาคณะกรรมการ  
บริหารคุณภาพและความปลอดภัย (QSC))

ผู้รับรอง .....   
( นพ.ชาญชัย ลีสมประสงค์ ) (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/  
ประธานคณะกรรมการบริหารคุณภาพ  
และความปลอดภัย (QSC))

ผู้อนุมัติ .....   
( นพ.ชาญชัย ลีสมประสงค์ ) (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/  
ประธานคณะกรรมการบริหารคุณภาพ  
และความปลอดภัย (QSC))

แก้ไขครั้งที่ : 00

ระดับเอกสาร : C

วันที่มีผลบังคับใช้ : 31 ก.ค. 2567

- รพ.พญาไทศรีราชา  รพ.พญาไทศรีราชา 2  รพ.พญาไทบางพระ  คลินิกเวชกรรมพญาไทบ่อวิน  คลินิกเวชกรรมพญาไทสะพานสี

ชื่อเอกสาร : QP-QSC-011 นโยบายบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

ผู้จัดทำ : พว.ภิมณฑ์ สุเกียรติ	ตำแหน่ง : ผู้จัดการส่วนบริหารคุณภาพและความปลอดภัย/ เลขาธิการคณะกรรมการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (QSC)		
ผู้รับรอง : นพ.ชาญชัย ลีสมประสงค์	ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ ประธานคณะกรรมการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (QSC)		
ผู้อนุมัติ : นพ.ชาญชัย ลีสมประสงค์	ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ ประธานคณะกรรมการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (QSC)		
แก้ไขครั้งที่ : 00	ระดับเอกสาร : C	วันที่บังคับใช้ : 31 ก.ค. 67	วันที่ครบกำหนดทบทวน : 31 ก.ค. 70

เอกสารฉบับนี้เป็นเอกสารภายในของโรงพยาบาลพญาไท ศรีราชา เท่านั้น ห้ามทำสำเนาหรือพิมพ์เผยแพร่ก่อนได้รับอนุมัติ และห้ามบันทึก/แก้ไขข้อความใดๆบนเอกสารควบคุม

ประวัติการแก้ไขเอกสาร

หน้าที่	แก้ไขครั้งที่	วันที่บังคับใช้ส่วนที่แก้ไข	รายละเอียดการแก้ไข	เลขที่ใบแจ้งขอแก้ไข

ชื่อเอกสาร : QP-QSC-011 นโยบายบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

ผู้จัดทำ : พว.ภิมณัช สุเกียรติ	ตำแหน่ง : ผู้จัดการส่วนบริหารคุณภาพและความปลอดภัย/ เลขาคณะกรรมการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (QSC)
ผู้รับรอง : นพ.ชาญชัย ลีสมประสงค์	ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ ประธานคณะกรรมการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (QSC)
ผู้อนุมัติ : นพ.ชาญชัย ลีสมประสงค์	ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ ประธานคณะกรรมการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (QSC)
แก้ไขครั้งที่ : 00	ระดับเอกสาร : C
วันที่บังคับใช้ : 31 ก.ค. 67	วันที่ครบกำหนดทบทวน : 31 ก.ค. 70

เอกสารฉบับนี้เป็นเอกสารภายในของโรงพยาบาลพญาไท ศรีราชา เท่านั้น ห้ามทำสำเนาหรือพิมพ์เผยแพร่ก่อนได้รับอนุมัติ และห้ามบันทึก/แก้ไขข้อความใดๆบนเอกสารควบคุม

## นโยบายบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

### 1. วัตถุประสงค์

- 1.1 มุ่งเน้นพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรเพื่อตอบสนองและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยง มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ตามเข็มมุ่งด้าน Patient Safety
- 1.2 มุ่งเน้นการค้นหา เฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงทุกประเภท เน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ โดยใช้ระบบ Tracer round , Trigger/Concurrent trigger เป็นต้น
- 1.3 มีระบบการรายงานความเสี่ยงที่ชัดเจน โดยจัดทำประกาศ Sentinel event , Never event
- 1.4 มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยงในทุกหน่วยงาน รวมทั้งวิเคราะห์และจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ
- 1.5 มุ่งเน้นการกันสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร โดยใช้นโยบาย N<sup>3</sup> ; No HARM – No Shame – No Blame และ Stop the line “3 Says for Patient Safety : SAY See / SAY Concerned / SAY Safe”
- 1.6 มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ สะท้อนสถานการณ์ความเสี่ยงขององค์กร โดยปรับระบบการรายงานความเสี่ยง Occurrence Online

### 2. เป้าหมาย

- 2.1 เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ แพทย์ / พนักงาน และสิ่งแวดล้อม
- 2.2 มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

### 3. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ

- 3.1 บทบาทหน้าที่ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล
  - 3.1.1 เป็นที่ปรึกษาการวางระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
  - 3.1.2 พิจารณาสั่งการและดำเนินการกรณีที่มีความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์สำคัญเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล
  - 3.1.3 รับทราบรายงาน การประเมินผล และการตอบสนองการบริหารความเสี่ยง

ชื่อเอกสาร : QP-QSC-011 นโยบายบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

ผู้จัดทำ : พว.ภิมณภัช สุรกิจยติ	ตำแหน่ง : ผู้จัดการส่วนบริหารคุณภาพและความปลอดภัย/ เลขาคณะกรรมการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (QSC)		
ผู้รับรอง : นพ.ชาญชัย ลีสมประสงค์	ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ ประธานคณะกรรมการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (QSC)		
ผู้อนุมัติ : นพ.ชาญชัย ลีสมประสงค์	ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ ประธานคณะกรรมการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (QSC)		
แก้ไขครั้งที่ : 00	ระดับเอกสาร : C	วันที่บังคับใช้ : 31 ก.ค. 67	วันที่ครบกำหนดทบทวน : 31 ก.ค. 70

เอกสารฉบับนี้เป็นเอกสารภายในของโรงพยาบาลพญาไท ศรีราชา เท่านั้น ห้ามทำสำเนาหรือพิมพ์เผยแพร่ก่อนได้รับอนุมัติ และห้ามบันทึก/แก้ไขข้อความใดๆบนเอกสารควบคุม

- 3.2 บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล (HEC)
- 3.2.1 ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน
  - 3.2.2 สนับสนุนกระบวนการจัดการ และทรัพยากรเพื่อแก้ไขความเสี่ยง
  - 3.2.3 บริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ปัญหาความเสี่ยงที่ซับซ้อน ที่หน่วยงานหรือทีมต่างๆ ไม่สามารถแก้ไขได้
  - 3.2.4 ติดตามประเมินผลการจัดการความเสี่ยงในส่วนงานที่เกี่ยวข้องทุก 3 เดือน
- 3.3 บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RMC)
- 3.3.1 กำหนดนโยบายและแผนดำเนินงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
  - 3.3.2 พัฒนาการรู้ของบุคลากรในด้านการบริหารและจัดการความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม
  - 3.3.3 จัดทำคู่มือ กระบวนการรายงาน แนวทางในการบริหารความเสี่ยง และสื่อสารให้บุคลากรทราบ
  - 3.3.4 รวบรวมความเสี่ยง อุบัติการณ์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
  - 3.3.5 ประสานระบบที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในด้านต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อป้องกันและควบคุมความเสี่ยง
  - 3.3.6 รวบรวม วิเคราะห์ความเสี่ยงเชิงรับจากการ ทบทวนอุบัติการณ์ และวิเคราะห์ความเสี่ยงเชิงรุกที่ได้จาก Tracer round และ Trigger tool เพื่อหาแนวทางปรับปรุงและวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงในโรงพยาบาล
  - 3.3.7 ติดตามประเมินผลการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่างๆ
  - 3.3.8 จัดทำรายงานความเสี่ยงเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุก 3 เดือน
  - 3.3.9 นำประเด็นที่มุ่งเน้นตามเข็มมุ่ง Patient Safety มาออกแบบวิธีปฏิบัติ เพื่อสื่อสารให้บุคลากรรับทราบและปฏิบัติตาม รวมถึงกำกับติดตามการปฏิบัติตามเข็มมุ่งด้วย Patient Safety
  - 3.3.10 ออกแบบระบบสารสนเทศ ที่เอื้อต่อการใช้งาน และประสานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศ

ชื่อเอกสาร : QP-QSC-011 นโยบายบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

ผู้จัดทำ : พว.กิมณภัช สุรเกียรติ	ตำแหน่ง : ผู้จัดการส่วนบริหารคุณภาพและความปลอดภัย/ เลขาคณะกรรมการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (QSC)
ผู้รับรอง : นพ.ชาญชัย ลีสมประสงค์	ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ ประธานคณะกรรมการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (QSC)
ผู้อนุมัติ : นพ.ชาญชัย ลีสมประสงค์	ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ ประธานคณะกรรมการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (QSC)
แก้ไขครั้งที่ : 00	ระดับเอกสาร : C
วันที่บังคับใช้ : 31 ก.ค. 67	วันที่ครบกำหนดทบทวน : 31 ก.ค. 70

เอกสารฉบับนี้เป็นเอกสารภายในของโรงพยาบาลพญาไท ศรีราชา เท่านั้น ห้ามทำสำเนาหรือพิมพ์เผยแพร่ก่อนได้รับอนุมัติ และห้ามบันทึก/แก้ไขข้อความใดๆบนเอกสารควบคุม

- 3.4 บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการแผนก / หัวหน้างานและผู้รับผิดชอบความเสี่ยงในหน่วยงาน
  - 3.4.1 วางระบบการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน ค้นหา วิเคราะห์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน
  - 3.4.2 จัดทำมาตรการการป้องกันและจัดการที่ชัดเจนในประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ
  - 3.4.3 ประเมินผล ติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยง และปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานทุก 3 เดือน และเมื่อเกิดความเสี่ยงในหน่วยงาน
  - 3.4.4 เป็น Risk manager ระดับแผนก/หน่วยงาน และผู้ประสานงานกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับองค์กร เพื่อจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะ Sentinel Event และ Never Event
  - 3.4.5 สื่อสารให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีความเข้าใจในประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในกิจกรรมปกติประจำวัน
  - 3.4.6 สื่อสารและติดตามการปฏิบัติตามวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรโดยเฉพาะนโยบาย N<sup>3</sup> และ Stop the line
- 3.5 บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทุกคน
  - 3.5.1 บุคลากรทุกคนร่วมกันสร้างบรรยากาศที่แสดงถึงความมุ่งมั่นตั้งใจ ที่จะให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดในการปฏิบัติงานประจำ
  - 3.5.2 บุคลากรทุกคนจะต้องเป็นผู้เฝ้าระวังความเสี่ยง (Gate Keeper) และรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตามข้อกำหนด
  - 3.5.3 บุคลากรทุกคนต้องรายงานเหตุการณ์ (Incident report) หรือรายงานตนเอง (Self-report) ไม่ถือเป็นการผิด ไม่มีการตำหนิหรือกล่าวโทษ แต่จะมีการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบ ไม่ใช่ตัวบุคคล
  - 3.5.4 บุคลากรทุกคนต้องปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อมุ่งเน้นตามความปลอดภัยตาม Patient Safety cuและวัฒนธรรมองค์กรตามนโยบาย N<sup>3</sup> และ Stop the line

รพ.พญาไทศรีราชา  รพ.พญาไทศรีราชา 2  รพ.พญาไทบางพระ  คลินิกเวชกรรมพญาไทบ่อวิน  คลินิกเวชกรรมพญาไทสะพานสี

ชื่อเอกสาร : QP-QSC-011 นโยบายบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

ผู้จัดทำ : พว.ภิมณัช สุรกิจฤทธิ์	ตำแหน่ง : ผู้จัดการส่วนบริหารคุณภาพและความปลอดภัย/ เลขาคณะกรรมการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (QSC)		
ผู้รับรอง : นพ.ชาญชัย ลีสมประสงค์	ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ ประธานคณะกรรมการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (QSC)		
ผู้อนุมัติ : นพ.ชาญชัย ลีสมประสงค์	ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ ประธานคณะกรรมการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (QSC)		
แก้ไขครั้งที่ : 00	ระดับเอกสาร : C	วันที่บังคับใช้ : 31 ก.ค. 67	วันที่ครบกำหนดทบทวน : 31 ก.ค. 70

เอกสารฉบับนี้เป็นเอกสารภายในของโรงพยาบาลพญาไท ศรีราชา เท่านั้น ห้ามทำสำเนาหรือพิมพ์เผยแพร่ก่อนได้รับอนุมัติ และห้ามบันทึก/แก้ไขข้อความใดๆบนเอกสารควบคุม

#### 4. ช่องทางการสื่อสาร

- 4.1 คณะกรรมการ QSC สื่อสารให้ผู้บริหารทุกระดับรับทราบ นโยบายการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้หัวหน้า/ผู้จัดการแผนก นำไปสื่อสารต่อให้บุคลากรรับทราบ และนำไปปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน
- 4.2 ผู้จัดการแผนก /หัวหน้าหน่วย สื่อสารให้บุคลากรในแผนก/ หน่วยงาน รับทราบ ผ่านการประชุมของแผนก/ หน่วยงาน และนำไปปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน
- 4.3 ทีมบริหารความปลอดภัยสื่อสารให้ทุกหน่วยงานรับทราบ ผ่านกิจกรรม Safety talk ทุกไตรมาส เพื่อกระตุ้นการรับทราบนโยบาย และนำไปปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

#### 5. การเฝ้าติดตามและการวัดกระบวนการ/ การบริการ

-

#### 6. ข้อควรระวัง/ ข้อแนะนำ

-

#### 7. เอกสารอ้างอิง

-

เอกสารที่เกี่ยวข้อง : -  
 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน  
 เอกสารแนบ : -  
 IR NO. ที่เกี่ยวข้อง : แก้ไขครั้งที่ .....หน้า.....จาก OCC NO.....