

Document No : *	PTS-SP-03-QSC-023	Revision : *	00
Department : *	Quality and Safety Committee	Effective Date :	05 Sep 2025
Document Type : *	Policy (SP) (PTS-SP)	Standard :	
Category : *	(03) Clinical Policy Domain	Classification :	ข้อมูลสำหรับใช้ภายใน (Internal use)
Subject : *	นโยบายบริหารความเสี่ยง (Risk Management)		

นโยบาย

- 1.1 พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของโรงพยาบาลพญาไท ศรีราชา และหน่วยบริการในเครือข่ายอย่างเป็นระบบ มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ตามเข็มมุ่งด้านให้ครอบคลุม 3P Safety Goals เพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายขององค์กร
 - Patient Safety Goals; Zero Events and Harm Free events และมาตรฐานสำคัญจำเป็น
 - Personnel Safety Goals; มาตรฐานสำคัญจำเป็น ได้แก่ บุคลากรบุคลากรติดเชื่อในการปฏิบัติหน้าที่
 - People Safety Goals; Environment Protection, Information System Management
- 1.2 มุ่งเน้นการค้นหา เฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงทุกประเภท เน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ โดยใช้ระบบ Tracer round , Trigger/Concurrent trigger เป็นต้น
- 1.3 มุ่งเน้นการกันสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร โดยใช้นโยบาย N³; No HARM – No Shame – No Blame และ Stop the line “3 Says for Patient Safety : SAY See / SAY Concerned / SAY Safe”
- 1.4 ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ สะท้อนสถานการณ์ความเสี่ยงขององค์กร โดยปรับระบบการรายงานความเสี่ยง Occurrence Online
- 1.5 การจัดทำบัญชีความเสี่ยงในทั้งที่มินาและหน่วยงาน รวมทั้งวิเคราะห์และจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทุกระบบบริการ/หน่วยให้ได้มาตรฐานในทุกมิติคุณภาพ
2. พัฒนาระบบคุณภาพและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยบูรณาการมาตรฐานระดับประเทศ และสากล เพื่อเป็นแบบอย่างของการพัฒนาคุณภาพ
3. พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ อย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการเรียนรู้ สร้างสรรค์นวัตกรรม งานวิจัย และการปฏิบัติที่เป็นเลิศ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมและคุ้มค่า
4. พัฒนาระบบการจัดการความรู้ เพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
5. สร้างและส่งเสริมวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้

ขอบเขต

นิยาม

หน้าที่และความรับผิดชอบ

- 1.1. บทบาทหน้าที่ของ**ผู้อำนวยการโรงพยาบาล**
 - 1.1.1. เป็นที่ปรึกษาการวางระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
 - 1.1.2. พิจารณาสั่งการและดำเนินการกรณีที่มีความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์สำคัญเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล
 - 1.1.3. รับทราบรายงาน การประเมินผล และการตอบสนองการบริหารความเสี่ยง
- 1.2. บทบาทหน้าที่ของ**คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล (HEC)**
 - 1.2.1. ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน
 - 1.2.2. สนับสนุนกระบวนการจัดการ และทรัพยากรเพื่อแก้ไขความเสี่ยง
 - 1.2.3. บริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ปัญหาความเสี่ยงที่ซับซ้อน ที่หน่วยงาน หรือทีมต่างๆ ไม่สามารถแก้ไขได้
 - 1.2.4. ติดตามประเมินผลการจัดการความเสี่ยงในส่วนงานที่เกี่ยวข้องทุก 3 เดือน
- 1.3. บทบาทหน้าที่ของ**คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RMC)**
 - 1.3.1. กำหนดนโยบายและแผนดำเนินงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
 - 1.3.2. พัฒนานโยบายความรู้ของบุคลากรในด้านการบริหารและจัดการความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม
 - 1.3.3. จัดทำคู่มือ กระบวนการรายงาน แนวทางในการบริหารความเสี่ยง และสื่อสารให้บุคลากรทราบ
 - 1.3.4. รวบรวมความเสี่ยง อุบัติการณ์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
 - 1.3.5. ประสานระบบที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในด้านต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อป้องกัน และควบคุมความเสี่ยง
 - 1.3.6. รวบรวม วิเคราะห์ความเสี่ยงเชิงรับจากการ ทบทวนอุบัติการณ์ และวิเคราะห์ความเสี่ยงเชิงรุกที่ได้จาก Tracer round และ Trigger tool เพื่อหาแนวทางปรับปรุงและวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงในโรงพยาบาล
 - 1.3.7. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่างๆ
 - 1.3.8. จัดทำรายงานความเสี่ยงเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุก 3 เดือน
 - 1.3.9. นำประเด็นที่มุ่งเน้นตามเข็มมุ่ง Patient Safety มาออกแบบวิธีปฏิบัติ เพื่อสื่อสารให้บุคลากรรับทราบและปฏิบัติตาม รวมถึงกำกับติดตามการปฏิบัติตามเข็มมุ่งด้วย Patient Safety
 - 1.3.10. ออกแบบระบบสารสนเทศ ที่เอื้อต่อการใช้งาน และประสานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศ
- 1.4. บทบาทหน้าที่ของ**ผู้จัดการแผนก / หัวหน้างานและผู้รับผิดชอบความเสี่ยงในหน่วยงาน**
 - 1.4.1. วางระบบการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน ค้นหา วิเคราะห์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน
 - 1.4.2. จัดทำมาตรการการป้องกันและจัดการที่ชัดเจนในประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ
 - 1.4.3. ประเมินผล ติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยง และปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานทุก 3 เดือน และเมื่อเกิดความเสี่ยงในหน่วยงาน
 - 1.4.4. เป็น Risk manager ระดับแผนก/หน่วยงาน และผู้ประสานงานกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับองค์กร เพื่อจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะ Sentinel Event และ Never Event

1.4.5. สื่อสารให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีความเข้าใจในประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในกิจกรรมปกติประจำวัน

1.4.6. สื่อสารและติดตามการปฏิบัติตามวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรโดยเฉพาะนโยบาย N³ และ Stop the line

1.5. บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทุกคน

1.5.1. บุคลากรทุกคนร่วมกันสร้างบรรยากาศที่แสดงถึงความมุ่งมั่นตั้งใจ ที่จะให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดในการปฏิบัติงานประจำ

1.5.2. บุคลากรทุกคนจะต้องเป็นผู้เฝ้าระวังความเสี่ยง (Gate Keeper) และรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตามข้อกำหนด

1.5.3. บุคลากรทุกคนต้องรายงานเหตุการณ์ (Incident report) หรือรายงานตนเอง (Self-report) ไม่ถือเป็นเรื่องผิด ไม่มีการตำหนิหรือกล่าวโทษ แต่จะมีการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบ ไม่ใช่ตัวบุคคล

1.5.4. บุคลากรทุกคนต้องปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อมุ่งเน้นตามความปลอดภัยตาม Patient Safety c และ วัฒนธรรมองค์กรตามนโยบาย N³ และ Stop the line

วิธีปฏิบัติ/ขั้นตอนการทำงาน

1. คณะกรรมการ QSC สื่อสารให้ผู้บริหารทุกระดับรับทราบ นโยบายการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้หัวหน้า/ผู้จัดการแผนก นำไปสื่อสารต่อให้บุคลากรรับทราบ และนำไปปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน
2. ผู้จัดการแผนก /หัวหน้าหน่วย สื่อสารให้บุคลากรในแผนก/ หน่วยงาน รับทราบ ผ่านการประชุมของแผนก/หน่วยงาน และนำไปปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน
3. ทีมบริหารความปลอดภัยสื่อสารให้ทุกหน่วยงานรับทราบ ผ่านกิจกรรม Safety talk ทุกไตรมาส เพื่อกระตุ้นการรับทราบนโยบาย และนำไปปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

Flow Chart กระบวนการทำงาน

-

ข้อควรระวัง/ข้อแนะนำ/ข้อสังเกตเพิ่มเติม

-

แบบฟอร์มและเอกสารคุณภาพที่เกี่ยวข้อง

-

เอกสารอ้างอิง / บรรณานุกรม

-

การเฝ้าติดตามและการวัดกระบวนการ/ผลลัพธ์

-