

คู่มือบริหารจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช



จัดทำโดย
คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

คำนำ

เพื่อสร้างหลักประกันแก่ผู้ป่วยเจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพปลอดภัย จากความเสี่ยงต่าง ๆ และเพื่อลดความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นแก่โรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง จึงจัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง เพื่อเป็นแนวทางให้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช ใช้เป็นแนวทาง ในการปฏิบัติงาน ให้ผู้มารับบริการ และเจ้าหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์แก่องค์กรมากที่สุด คณะผู้จัดทำขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชและผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือนี้

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช

มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ระบบบริหารจัดการความเสี่ยง

การบริหารจัดการความเสี่ยง เป็นกิจกรรมพื้นฐานบุคลากรทุกคนของโรงพยาบาลต้องใช้ความสำคัญและร่วมกันวางแผนป้องกันและดำเนินการตามแนวทางที่วางไว้โดยใช้กระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล

เป้าหมาย

๑. เพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัย
๒. เพื่อให้เกิดค้นหาความเสี่ยงให้ครอบคลุม รวมทั้งสามารถจัดการและป้องกันความเสี่ยงในเชิงรุก
๓. เพื่อประสานเชื่อมโยงระบบข้อมูลความเสี่ยงกับทุกทีมหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถจัดระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานได้ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน
๒. เพื่อพัฒนาและจัดระบบบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ
๓. เพื่อให้ผู้รับบริการ และผู้ปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่ สิ่งแวดล้อมและทรัพย์สินในโรงพยาบาล

มีความปลอดภัย

ตัวชี้วัด

๑. อัตราความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์ของหน่วยงาน เป้าหมายร้อยละ ๘๐
๒. อัตราของการรายงาน self report ของหน่วยงานร้อยละ ๘๐ (อย่างน้อย ๕ ใบ/เดือน)
๓. อัตราความถูกต้องของการจัดระดับความเสี่ยง มากกว่าร้อยละ ๘๐
๔. อัตราความเสี่ยงระดับ ๓, ๔ และ G, H, I ได้รับการแก้ไขร้อยละ ๘๐
๕. อัตราการได้รับการแก้ไขของ sentinel events ร้อยละ ๑๐๐

ขอบเขต

คู่มือการบริหารความเสี่ยงนี้ ใช้เป็นคู่มือในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรทุกคน/หน่วยงาน คณะกรรมการทีมต่าง ๆ ของโรงพยาบาลเจ้าพระยามรธาฯ

นโยบายบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลเจ้าพระยามรธาฯ

๑. บุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาลที่พบเห็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ให้รายงานความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ในใบรายงานอุบัติการณ์ทันทีตามลำดับการรายงานอุบัติการณ์
๒. ทุกหน่วยงานมีการค้นหา ทบทวน วิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงาน และมีมาตรการป้องกันหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยง รวมทั้งรายงานความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ที่พบต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทุกสัปดาห์
๓. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เป็นผู้เชื่อมโยงระบบข้อมูลความเสี่ยงกับทุกโปรแกรมหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ โรงพยาบาลและชุมชน



คำสั่งโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช

ที่ ๑๐ /๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช

ตามที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายให้หน่วยบริการ ในสังกัด มีควรวตรวจสอบภายในทุกระดับ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลการตรวจสอบการดำเนินงานของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้มีความน่าเชื่อถือ สามารถลดความเสี่ยงในการดำเนินงานมีการกำกับดูแลตนเองที่อย่างเป็นระบบ ตามพระราชบัญญัติวินัยการเงิน การคลังของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑ มาตรา ๗๕ ให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหาร ความเสี่ยง โดยให้ถือปฏิบัติตามมาตรฐาน หลักเกณฑ์ ที่กระทรวงการคลังกำหนด นั้น

เพื่อให้การตรวจสอบภายในของโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช บรรลุ ตามเป้าหมายที่กำหนด อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จึงแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โดยมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล มีรายนามกรรมการ ดังนี้

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| ๑. นายอิทธิพล จรัสโอฬาร | ผู้อำนวยการโรงพยาบาล | ที่ปรึกษา |
| ๒. นางชะบา ธรรมวิชิต | รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร | ประธาน |
| ๓. นายอนุพันธ์ หวลบุตรดา | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์(๑) | กรรมการ |
| ๔. นายจิรภัทร กัลยาณพจน์พร | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์(๒) | กรรมการ |
| ๕. นางณดาตยา ขนุนทอง | รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล | กรรมการ |
| ๖. นายวัชรระ ตั้งศรีสกุล | รองผู้อำนวยการด้านกิจการพิเศษ | กรรมการ |
| ๗. นางสาวพรเพ็ญ เรืองสุขอุดม | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ | กรรมการ |
| ๘. นางฉันทนา ปล้องเจริญ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | กรรมการ |
| ๙. นางสาวกิตติพิชญ์ ทัพภากรวิศิษฐ์ | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ | กรรมการ |
| ๑๐. นางสาวสุกัญญา บุรณากาญจน์ | เจ้าหน้าที่งานพัสดุชำนาญงาน | กรรมการ |
| ๑๑. นางสาวหทัยกัญญา มีสุข | นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ | กรรมการ |
| ๑๒. นางสาวสายใจ พันธุ์ชะวงค์ | นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ | กรรมการ |
| ๑๓. นางสาวสุนัดดา หัวยั้งสีทอง | นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ | กรรมการ |
| ๑๔. นางนงนุช คังสุพรรณ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการ |
| ๑๕. นางสาวคณิตสกล ทวีสุวรรณไกร | นักวิชาการเงินและบัญชี | กรรมการ |
| ๑๖. นางสาวเสมอใจ สุพรรณเดชาวรี | เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน | กรรมการ |
| ๑๗. นางสาวทศรัตน์ วิริยะประสิทธิ์ | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ | กรรมการและเลขานุการ |

๑๘. นายปริญญา...

๑๘. นายปริญญา ขาวงจักร
๑๙. นางสาวอรารัตน์ ทาสี

นิติกร
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการ มีหน้าที่ดังนี้

- ๑. จัดทำแผนการบริหารจัดการความเสี่ยง
- ๒. ติดตามประเมินผลการบริหารจัดการความเสี่ยง
- ๓. จัดทำรายงานผลตามแผนการบริหารจัดการความเสี่ยง
- ๔. พิจารณาบททวนแผนการบริหารจัดการความเสี่ยง

๒. คณะทำงานวิเคราะห์ความเสี่ยง และแก้ไข ป้องกันความเสี่ยง ด้านต่าง ๆ มีดังนี้

- | | |
|----------------------------|--|
| ๑. นายอนุพันธ์ ทวลบุตรดา | หัวหน้าคณะทำงานวิเคราะห์ความเสี่ยงและแก้ไขป้องกันความเสี่ยงสาขาวิชาชีพ |
| ๒. นายกัมปนาท มงคลยศ | หัวหน้าคณะทำงานวิเคราะห์ความเสี่ยง และแก้ไขป้องกันความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล |
| ๓. รุ่งประธานองครแพทย์ | หัวหน้าคณะทำงานวิเคราะห์ความเสี่ยง และแก้ไข ป้องกันความเสี่ยงประธานองครแพทย์ |
| ๔. นางนฤมล คงสุพรรณ | หัวหน้าคณะทำงานวิเคราะห์ความเสี่ยง และแก้ไข ป้องกันความเสี่ยงเรื่องร้องเรียน |
| ๕. นางฉันทนา ปลั่งเจริญ | หัวหน้าคณะทำงานวิเคราะห์ความเสี่ยง และแก้ไขป้องกันความเสี่ยงด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ |
| ๖. นางจิราพร ประกายรุ่งทอง | หัวหน้าคณะทำงานวิเคราะห์ความเสี่ยงและแก้ไข ป้องกันความเสี่ยงด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล |
| ๗. นางณัฐกรีน ปิ่นเพชร | หัวหน้าคณะทำงานวิเคราะห์ความเสี่ยง และแก้ไขป้องกันความเสี่ยงด้านการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล |
| ๘. นายนิพนธ์ พิชระภัทร | หัวหน้าคณะทำงานด้านสาธารณสุขโลก |

คณะทำงานวิเคราะห์ความเสี่ยง และแก้ไข ป้องกันความเสี่ยง ดังกล่าว มีหน้าที่ดังนี้

- ๑. ทำการทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นหรือความเสี่ยงตามประเด็นที่ได้รับผิดชอบเพื่อแก้ไข ป้องกันปัญหา/ความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาล
- ๒. นำเสนอผลการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา/อุบัติการณ์

๓. จัดทำและเผยแพร่...

๓. จัดทำและเผยแพร่ นโยบาย/แนวทางปฏิบัติ/มาตรการการป้องกันปัญหา หรือความเสี่ยงที่รัดกุม ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๔. ติดตามและเฝ้าระวัง รวมทั้งประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหา/ความเสี่ยง ที่โรงพยาบาลกำหนดอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย ๖ เดือน

ให้ยกเลิกคำสั่งโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช ที่ ๓๔๖/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๔ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล และคำสั่งอื่นใด ที่ขัดหรือแย้งให้ใช้คำสั่งนี้แทน ทั้งนี้ ให้คำสั่งนี้มีผลใช้บังคับตั้งแต่นี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายสิทธิพล จรัสไธพร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช

โปรแกรมความเสี่ยงและทีมนำระบบที่รับผิดชอบ

มีหน้าที่รายงานเหตุการณ์/อุบัติการณ์หรือความเสี่ยง ประเมินประสิทธิภาพของการบริหาร ความเสี่ยงในทีม รวมถึงการวางแผนหรือมาตรการป้องกันเหตุการณ์/อุบัติการณ์หรือความเสี่ยง ไปยัง ผู้จัดการความเสี่ยง ดังนี้

โปรแกรม	รายละเอียด	ทีมนำระบบที่รับผิดชอบ
๑. ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - ความเสี่ยงทางคลินิก - ความเสี่ยงจากการทบทวนทางคลินิก - ความเสี่ยงจากการทบทวนเวชระเบียน - ความเสี่ยงจากกระบวนการรักษาพยาบาล - ความเสี่ยงจากการตรวจประกอบการวินิจฉัย 	ทีมดูแลผู้ป่วย (PCT)
๒. ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และความปลอดภัย	<ul style="list-style-type: none"> - ความเสี่ยงจากโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อม - ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน - ระบบสาธารณูปโภค - ระบบบำบัดน้ำเสีย - ระบบระบายอากาศ อุณหภูมิ ความชื้น - ระบบกำจัดขยะ 	ทีมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV)
๓. ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์	<ul style="list-style-type: none"> - ความเสี่ยงจากความไม่พร้อมใช้ - ความเสี่ยงจากความไม่เพียงพอ - ความเสี่ยงจากความเที่ยงตรง 	ทีมเครื่องมือและอุปกรณ์ (EQU)
๔. ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	<ul style="list-style-type: none"> - ความเสี่ยงจากอุบัติการณ์การติดเชื้อ - สิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อน - การปฏิบัติตามมาตรฐาน แนวทางปฏิบัติ 	ทีมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)
๕. ด้านระบบการจัดการ ด้านยา	<ul style="list-style-type: none"> - ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในทุกขั้นตอน - เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 	ทีมการจัดการด้านยา (PTC)
๖. ด้านความคลาดเคลื่อนทางเวชระเบียนและเทคโนโลยีสารสนเทศ	<ul style="list-style-type: none"> - มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงเกี่ยวกับเวชระเบียน รับผิดชอบตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ การจัดการความรู้ การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ และระบบฐานข้อมูลต่าง ๆ 	ทีมด้านความคลาดเคลื่อนทางเวชระเบียนและเทคโนโลยีสารสนเทศ (IM)
๗. ด้านรับเรื่องร้องเรียน	<ul style="list-style-type: none"> - มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงด้านเรื่องร้องเรียน 	ทีมนิติการ
๘. ด้านบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (HRD)	<ul style="list-style-type: none"> - มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงด้านพฤติกรรมบริการ การสนับสนุนบริการ และสมรรถนะของบุคลากร 	ทีมบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (HRD)

<p>การประสานแต่ละโปรแกรม ความเสี่ยง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีตัวแทนที่มนำระบบที่รับผิดชอบทุกโปรแกรมเป็น คณะกรรมการความเสี่ยง - ข้อมูลรายงานอุบัติการณ์/ความเสี่ยงจากทุก โปรแกรมรวบรวมสู่ทีมบริหาร ความเสี่ยง - ทีมบริหารความเสี่ยงพิจารณาความเชื่อมโยงระหว่าง โปรแกรมโดยการ วิเคราะห์ข้อมูล หาสาเหตุเกี่ยวข้องกับใคร/ทีมใดบ้าง และผู้เกี่ยวข้องจะมีส่วน ร่วมแก้ไขอย่างไร บูรณาการ ความเสี่ยงเพื่อแก้ไขปัญหาเชิงระบบ - ตัวอย่างรายงานอุบัติการณ์/ความเสี่ยงที่เชื่อมโยง ระหว่างโปรแกรม ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> ๑. การส่ง LAB ผิดคน, X-ray ผิดคน, ให้ยาผิดคน ให้เลือดผิดคน จ่ายเวชระเบียนผิดคน อาจเกี่ยวข้องกับระบบ Patient Identification ๒. การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด อาจเกิด ระบบ ANC การเฝ้าระวัง High Risk Pregnancy หรือ อาจเกิดจากการจุดอัตรากำลังในห้องคลอด ในภาวะปกติ ภาวะวิกฤติฉุกเฉิน และภาวะที่ผู้ป่วย มาก หรืออาจเกิดจากระบบการ Consult แพทย์เวร แพทย์เฉพาะทาง หรืออาจเกิด จาก Competency ของพยาบาลห้องคลอด ๓. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้อง Readmit เกิดภาวะวิกฤติ ต้องกลับมารักษาที่ ER ไม่มาตามนัด กินยาไม่ถูกต้อง อาจเกิดระบบ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การให้ข้อมูลเสริมพลัง อาจเกิดจากระบบการ เยี่ยมบ้าน การประสาน เครือข่าย อาจเกิดจากระบบการเข้าถึงบริการ ของ ผู้อื่น ๔. Prescribing Error, Drug interaction อุบัติการณ์ แพ้ยาชา ระบบ Drug Reconciliation ไม่มีประสิทธิผล อาจเกิดจาก ระบบเทคโนโลยี สารสนเทศรายงานอุบัติการณ์ไม่ ถูกต้อง ไม่ครอบคลุม ไม่ครบถ้วน ๕. เจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตาม CPG, WJ, QA อาจเกิดจาก ระบบนิเทศติดตาม และการประเมินผล 	
---	---	--

บทบาทหน้าที่บุคลากรทุกระดับ

๑. ทำความเข้าใจ แนวทางปฏิบัติตามคู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
๒. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้นแก่ไขสถานการณ์/อุบัติการณ์เบื้องต้น
๓. บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไข และรายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด
๔. ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์/อุบัติการณ์ซ้ำ

การสื่อสารและการประสานงาน

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้กำหนดให้มีการสื่อสารและประสานงาน ดังนี้

๑. ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเดือนละ ๑ ครั้ง และบันทึกรายงานการประชุมเป็นลายลักษณ์อักษรเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล
๒. รายงานสรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลและคณะกรรมการบริหารเดือนละ ๑ ครั้ง
๓. รายงานสรุปความเสี่ยงแยกตามหน่วยงานและแยกตามคณะกรรมการต่าง ๆ ตามโปรแกรมความเสี่ยงเดือนละ ๑ ครั้ง
๔. รายงานอุบัติการณ์หรือแนวทางการป้องกันความเสี่ยงของหน่วยงานต่าง ๆ ที่ต้องส่งให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงตามระยะเวลาที่ระบุไว้ในระเบียบปฏิบัติที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนด
๕. การสำรวจตรวจเยี่ยมความเสี่ยง (Risk Round)
๖. การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ
๗. บอร์ดประชาสัมพันธ์
๘. เอกสารประชาสัมพันธ์
๙. ทางโทรศัพท์หรือทาง social network ต่างๆ

คำจำกัดความ

๑. การบริหารความเสี่ยง (Risk Management / RM) หมายถึงการจัดการในเรื่องการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผล รวมทั้งการดำเนินการเพื่อ ป้องกันความเสี่ยงและการจัดการเมื่อเกิดปัญหา
๒. ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ เช่น ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การทำลายสิ่งแวดล้อม ภาวะในการขาดใช้ค่าเสียหาย
๓. บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้น โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีต และหน่วยงานอื่น ๆ ตลอดจนการทบทวนต่าง ๆ การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากกระบวนการทำงานและการสำรวจภายในหน่วยงาน ของตนเอง เพื่อหาประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวัง โดยมีทั้งระดับโรงพยาบาล กลุ่มงาน/แผนกหน่วยงาน

๔. อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเกิดจากการรักษา และไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรค หรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วย อันตรายดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลาการ รักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือเกิดความพิการตามมา ลักษณะสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การถูกทำร้าย หรือการบาดเจ็บ เหตุร้ายภัยอันตราย การคุกคามก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ความไม่แน่นอน การถูกเปิดเผย

๕. เหตุการณ์พึงสังวร (Sentinel Events) หมายถึง เหตุการณ์สำคัญรุนแรงและไม่พึงประสงค์เป็น เหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดหมาย อาจมีผลต่อชีวิต ร่างกาย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะของผู้ป่วย หรือมีผลกระทบ ต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล (ซึ่งควรมีการเฝ้าระวังเชิงรุก)

๖. ความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical Error) หมายถึง ความล้มเหลวของการดูแลรักษาที่วางแผนไว้หรือการวางแผนการรักษาที่ไม่ถูกต้องในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

๗. เหตุเกือบพลาด (Near Miss) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่เกิดขึ้นเพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทัน หรือด้วยความบังเอิญ ป้องกันได้ทันก่อนเกิดเหตุ มีการบรรเทาอาการก่อน

๘. อุบัติการณ์รุนแรง หมายถึง ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความสูญเสียอย่างมากซึ่งผู้ประสบเหตุการณ์ต้องรายงานหัวหน้า หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนทันทีหรือโดยเร็วที่สุด

- บุคลากร/ผู้รับบริการเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด
- การเกิดอัคคีภัย และไฟฟ้าลัดวงจร
- ข้อร้องเรียนกล่าวหาที่อาจมีผลกระทบต่อชื่อเสียงโรงพยาบาล
- ความคลาดเคลื่อนทางคลินิก (ระดับ E-I)
- ผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายร่างกายตนเอง หรือผู้อื่น
- การระบาดของโรค/อุบัติเหตุ/อุบัติภัยรุนแรง
- การโจรกรรมทรัพย์สินของทางราชการ/เจ้าหน้าที่/ผู้รับบริการ
- เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินของทางราชการ/เจ้าหน้าที่/ผู้รับบริการ

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ ค้นหาความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ ๒ ประเมินและวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ ๓ การจัดการความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินผล

ขั้นตอนที่ ๑ การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification)

การค้นหาความเสี่ยงคือขั้นตอนเริ่มแรกของกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยการค้นหาความเสี่ยงกระทำโดย

๑.๑ การค้นหาจากอดีต เช่น ศึกษาความสูญเสียของหน่วยงานที่ผ่านมา, เรียนรู้ประสบการณ์หรือความผิดพลาดของคนอื่น, ทบทวนข้อร้องเรียน

๑.๒ การศึกษาจากการสำรวจสภาพการในปัจจุบัน ซึ่งการค้นหาความเสี่ยงมี ๒ ประเภท ได้แก่

- การค้นหาเชิงรุก จากการตรวจสอบ เช่น ENV Round, IC Round, Risk Round, การทบทวนเวชระเบียน การค้นหาจากกระบวนการทำงาน, การทำกิจกรรมทบทวน

- การค้นหาแบบตั้งรับ จากรายงานต่าง ๆ เช่น รายงานอุบัติการณ์ รายงานเวรตรวจการบันทึกประจำวันของหน่วยงาน เป็นต้น

เมื่อแต่ละหน่วยงานค้นหาความเสี่ยงได้แล้ว ให้จัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk profile) ผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงานเลือกรายการความเสี่ยงจากบัญชีความเสี่ยง จัดเข้าโปรแกรมความเสี่ยงแต่ละโปรแกรมเพื่อแยกเป็นหมวดหมู่และสะดวกในการจัดการวิเคราะห์แก้ไข ปรับปรุง และจัดทำมาตรการป้องกัน

ขั้นตอนที่ ๒ การประเมินความเสี่ยงและวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment)

การแบ่งประเภทความเสี่ยง แบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ

๑. ความเสี่ยงทางคลินิก หมายถึง ความเสี่ยงเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งส่งผลให้เกิดต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ได้แก่ ความปลอดภัยจากการใช้ยา การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ กระบวนการดูแลผู้ป่วย

๒. ความเสี่ยงทางทั่วไป หมายถึง ความเสี่ยงที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการรักษาพยาบาล แต่เกิดจากปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลทำให้เกิดความเสียหาย ความเสี่ยงทั่วไป ได้แก่

๒.๑ ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับอาคารสถานที่สิ่งอำนวยความสะดวก, อุบัติการณ์เกี่ยวกับผลที่จะเกิดจากการปฏิบัติงานที่มีต่อสุขภาพบุคลากร ความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน อุบัติการณ์เกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการดูแลรักษา

๒.๒ ความเสี่ยงด้านข้อร้องเรียนและสิทธิผู้ป่วย หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูลก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย การตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษา อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนในด้านต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมบริการ

๒.๓ ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและเวชระเบียน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์, ความไม่พร้อมใช้คอมพิวเตอร์, โปรแกรมการสื่อสารบันทึก, การจัดเก็บข้อมูล และเกี่ยวกับข้อมูลสถิติต่าง ๆ อุบัติการณ์เกี่ยวกับเอกสารประวัติของผู้ป่วย เช่น การบันทึกการจัดเก็บ การค้นหา การระบุตัวผู้ป่วย การบันทึกสิทธิการรักษา การบันทึกค่ารักษาพยาบาล การบันทึกที่แสดงถึงคุณภาพการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสื่อสารของสหสาขาวิชาชีพ

๒.๔ ด้านการสนับสนุนบริการ หมายถึง การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกจากงานสนับสนุน อุบัติการณ์เกี่ยวกับคำปรึกษา การสูญเสียรายได้ทรัพย์สินทางราชการต่าง ๆ/มูลค่าความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน

การแบ่งระดับความรุนแรงและการจัดกลุ่มความเสี่ยง

๒.๑ ความรุนแรงความเสี่ยงทางคลินิกแบ่งเป็น ๙ ระดับ

ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง
A	เหตุการณ์ที่มีโอกาสผิดพลาด (Near miss)	ต่ำ
B	ความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วยและ/หรือบุคลากร	
C	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตราย	
D	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ	ปานกลาง
E	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราวต้องรักษาเพิ่มมากขึ้น	
F	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น	
G	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร	สูง
H	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต	
I	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต	

ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไปมี ๔ ระดับ

ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง
๑	เป็นเรื่องปกติ อาจก่อความหรือสร้างความรำคาญยังไม่เกิดความเสียหาย (Near Miss)	เล็กน้อย
๒	ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินแต่สามารถแก้ไขปัญหาได้ หรือผู้ป่วยไม่พอใจแจ้งเจ้าหน้าที่ อาจส่งใบร้องเรียนในตู้รับเรื่องร้องเรียน หรือรายงานนิติกรดำเนินการ	ปานกลาง
๓	ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินอย่างมาก ซึ่งสามารถแก้ไขได้แต่อาจต้องสูญเสียบางสิ่งไปหรือผู้ป่วยไม่พอใจต้องการให้โรงพยาบาลรับผิดชอบ โดยแจ้งหัวหน้างาน/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโดยตรง	มาก
๔	ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินหรือชื่อเสียงโรงพยาบาลอย่างรุนแรง ไม่สามารถแก้ไขได้ หรือผู้ป่วยไม่พอใจอย่างมาก ต้องการให้โรงพยาบาลรับผิดชอบ โดยฟ้องร้องผ่านองค์กรภายนอก	สูงมาก

ขั้นตอนที่ ๓ การจัดการความเสี่ยง (Action to Manage Risk)

กลยุทธ์สำคัญในการควบคุมความสูญเสีย

ก่อนเกิดเหตุ

๑. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่น การส่งต่อ
๒. การป้องกันความเสี่ยง เช่น จ้างเหมาบริษัทเพื่อดูแลเครื่องมือทางการแพทย์และห้องปฏิบัติการ

๓. การป้องกันความเสี่ยง เช่น ใส่ของมีคมในกล่องที่หนา การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน เช่น การตรวจสอบเครื่องมือ การสอบเทียบเครื่องมือต่าง ๆ มีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา การตรวจอุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน การให้ความรู้เจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดความตระหนักและเป็นเจ้าของการป้องกันความเสี่ยงระบบสำรองไฟ เครื่องมืออุปกรณ์ การสำรองข้อมูล จัดทำฐานข้อมูลความเสี่ยงสื่อข่าวสารทั้งองค์กร

๔. มีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้แก่ ทุกหน่วยงานมีระบบรายงานความเสี่ยง ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรายงานความเสี่ยงได้หลายช่องทาง สะดวก มีการสื่อสาร ย้อนกลับ และไม่เปิดเผยแก่ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกรณีที่เป็นความลับ

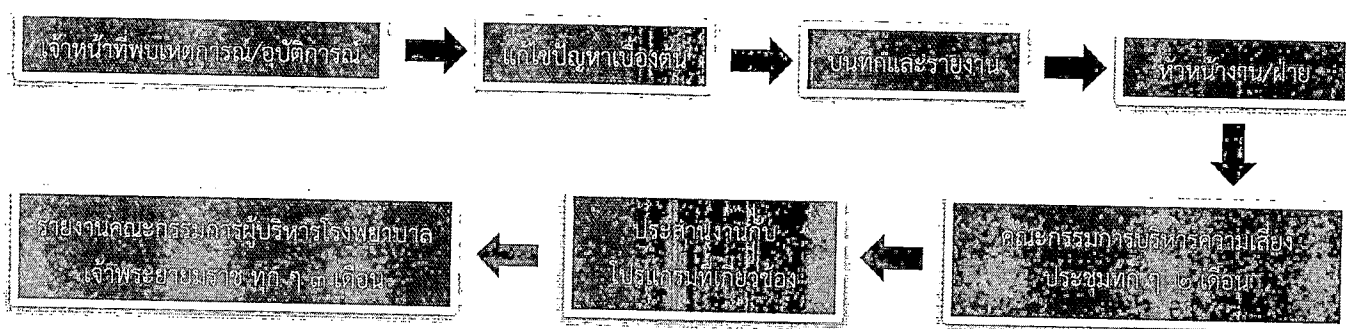
หลังเกิดเหตุ

๑. ลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์เป็นการดูแลแก้ปัญหาฉับพลันโดยการเอาใจใส่ให้ข้อมูลตรงไปตรงมาภายใต้คำแนะนำการสื่อสาร ความเข้าใจที่ดีต่อกัน ประคับประคองจิตใจ ช่วยก้ำกึ่งใจ ทั้งผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่และรายงานผู้บริหารสูงสุดและคณะ กรรมการบริหารโรงพยาบาล และติดตามประเมินผล ภายหลังการไกล่เกลี่ยอย่างต่อเนื่อง

๒. การบริหารเงินชดเชยค่าเสียหาย กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหายที่ควบคุมค่าเสียหาย/ไกล่เกลี่ยจะเป็นผู้สรุปข้อมูลปัญหา นำเสนอผู้บริหารสูงสุดและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาล ร่วมกันพิจารณาชดเชยค่าเสียหายอย่างเหมาะสม, ยุติธรรมทุกฝ่าย

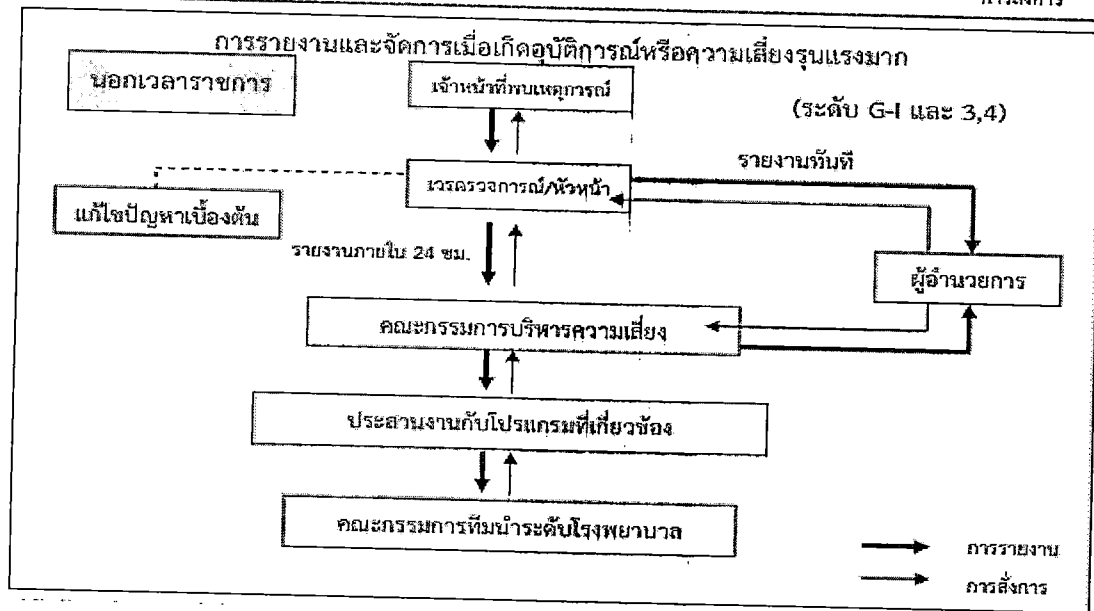
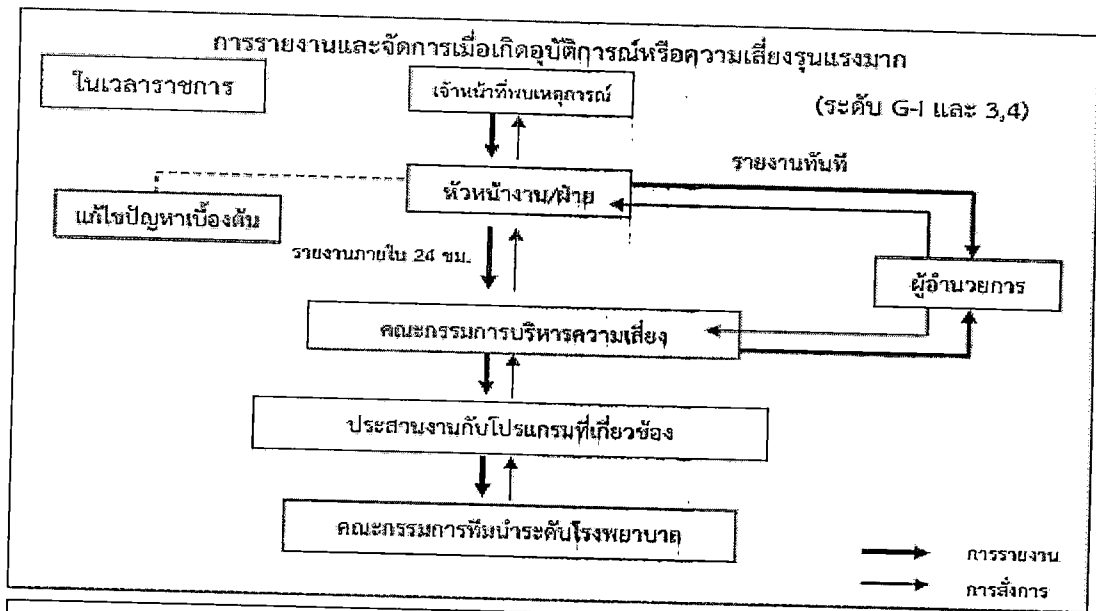
การรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยง (Incident Report) ระบบการรายงานและจัดการอุบัติการณ์หรือความเสี่ยง แบ่งได้ ๒ ระบบ ดังนี้

๑. การรายงานและจัดการ เมื่อเกิดอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงไม่รุนแรง (ระดับ A-F)



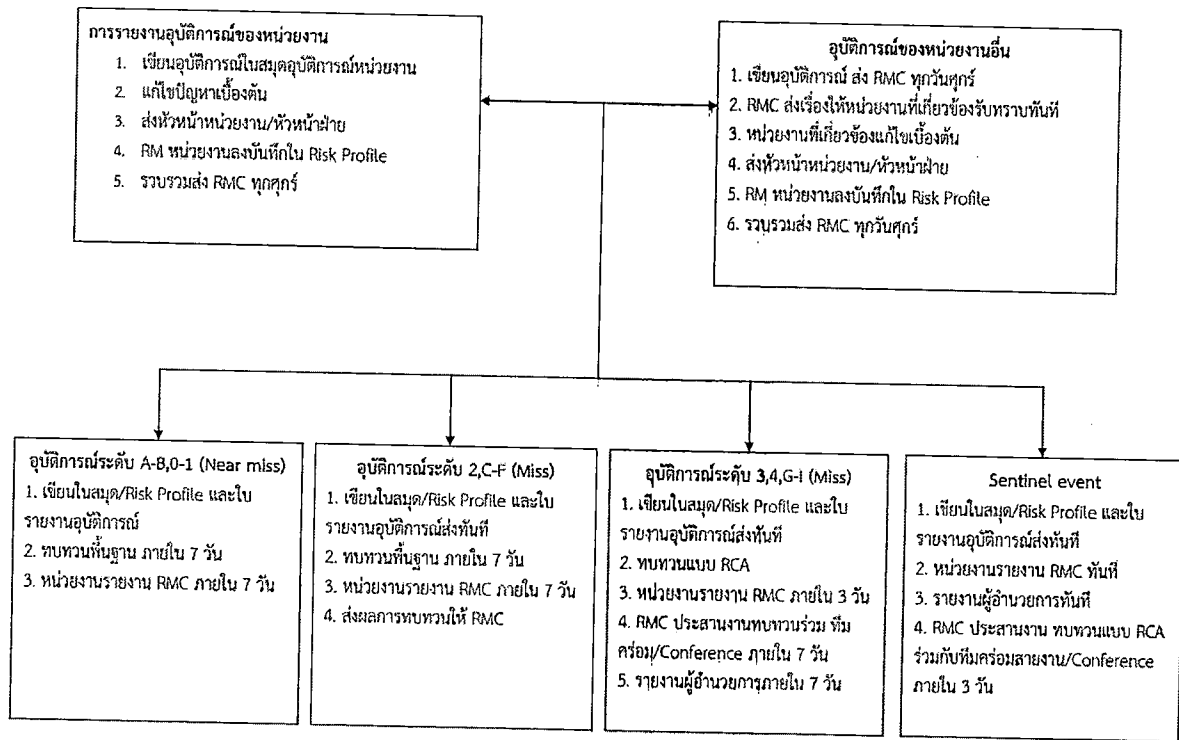
๒. การรายงานและจัดการ เมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือความเสียหายรุนแรงมาก (ระดับ G-I)

- การรายงานในเวลาราชการ
- การรายงานนอกเวลาราชการ



กรณีข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ

กรณีได้รับข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการโดยมีหนังสือ/ไม่มีหนังสือร้องเรียน ให้รายงานหัวหน้างาน และเลขา ทีมบริหารความเสี่ยงทันที เพื่อประสานผู้จัดการความเสี่ยงและทีมสิทธิผู้ป่วยฯ ดำเนินการไต่ถาม/ลดความเสี่ยง/สอบสวน และแจ้งผู้อำนวยการทราบภายใน ๒๔ ชั่วโมง จากนั้นทีมบริหารความเสี่ยงทำการประเมิน และติดตามผลการ ดำเนินการแก้ไขสรุปผลหลังเกิดเหตุการณ์แล้วรายงานต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลภายใน ๑ สัปดาห์



การจำแนกความเสี่ยงและจัดการเมื่อได้รับรายงานอุบัติการณ์

โปรแกรมความเสี่ยง	ทีมรับผิดชอบ
๑. การดูแลผู้ป่วยทางคลินิก	ทีม PCT
๒. ระบบสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย	ทีม ENV
๓. การควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อ	ทีม IC
๔. ความคลาดเคลื่อนทางยา	ทีม PTC
๕. เทคโนโลยีและสารสนเทศ	ทีม IM
๖. ข้อร้องเรียนและสิทธิผู้ป่วย	ทีม PCF
๗. ด้านบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์	ทีม HRD
๘. ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์	ทีม EQU

การสรุปรายงานข้อมูลอุบัติการณ์/ความเสี่ยง

ทีมบริหารความเสี่ยงสรุปข้อมูลทุกเดือน ในแบบฟอร์มแบบสรุปรายงานการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลประจำเดือนเสนอที่ประชุมคณะกรรมการที่มีนาระดับโรงพยาบาล และรวบรวมข้อมูลสรุปทุกเดือน ส่งกลับให้ทุกหน่วยงานรับทราบและนำไปวิเคราะห์การบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน เพื่อหาแนวทางแก้ไข ป้องกันความเสี่ยงต่อไป

ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินผล (Evaluation)

มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้ดีขึ้น

๑. การทบทวนระบบ/กระบวนการที่ได้วางไว้/ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ
๒. ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง
 - ๒.๑ การเขียนรายงานอุบัติการณ์และการส่งใบรายงานตามระยะเวลาที่กำหนด
 - ๒.๒ จำนวนและประเภท risk/อุบัติการณ์
 - ๒.๓ อัตราของความเสี่ยง/อุบัติการณ์ตามกลุ่มประเภทความเสี่ยง/ความรุนแรง
 - ๒.๔. ระดับความรุนแรง
 - ๒.๕. อัตราการเกิดซ้ำ

คำอธิบาย ระดับ	โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง
๑ น้อยมาก	อาจเกิดขึ้น ๐-๑ ครั้งต่อปี
๒ น้อย	เกิดขึ้น ๒-๓ ครั้งต่อปี
๓ ปานกลาง	เกิดขึ้น ๔-๕ ครั้งต่อปี
๔ สูง	เกิดขึ้น ๖-๑๒ ครั้งต่อปี
๕ สูงมาก	เกิดขึ้นมากกว่า ๑๒ ครั้งต่อปี

แผนที่ความเสี่ยง (Risk Matrix)									
ผลกระทบ / ความรุนแรง							ระดับความเสี่ยง	จำนวนความเสี่ยง	ระดับของผู้บริหารความเสี่ยง
๙							สูงมาก	๐	ผู้บริหารระดับสูง
๘				๘			สูง	๑	ระดับกลาง
๓		๑, ๖, ๘, ๑๓	๓, ๔, ๕, ๗, ๑๒				ปานกลาง	๑๐	ระดับต้น
๕		๑๐, ๑๑, ๑๔	๒				น้อย	๓	ระดับปฏิบัติการ
๑							รวม	๑๔	
	๑	๒	๓	๔	๕				
					โอกาสที่จะเกิด				
หมายเหตุ									
๑. ตัวเลขในตาราง คือ ลำดับที่ความเสี่ยงจากภาพตารางตามคะแนนสูงสุดของผลกระทบและโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง									
๒. ความเสี่ยงในระดับสูงและสูงมาก นำมาวางแผนบริหารความเสี่ยง (Enterprise Risk Management : ERM)									
๓. ความเสี่ยงระดับปานกลางลงไป นำไปทำการควบคุมภายใน (Internal Control : IC)									

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ได้กำหนดเหตุการณ์ Sentinel Events ที่ต้องรายงานทันที ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ถูกข่มขู่ คุกคาม ถูกทำร้าย
2. อุบัติการณ์จากเหตุความไม่สงบในโรงพยาบาล
3. ไฟไหม้
4. ทรัพย์สินมูลค่าสูง สูญหาย (>5,000 บาท)
5. เครื่องข่าย HOSxP ล่ม > $\frac{1}{2}$ ชั่วโมง
6. ผู้ป่วยหายออกจากโรงพยาบาล/สับเปลี่ยนทารก
7. ผู้รับบริการร้องเรียน อันที่จะเป็นข้อเสียหายต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล

ภาคผนวก

- ภาคผนวก ๑ แบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์
- ภาคผนวก ๒ แบบบันทึกการรายงานความเสียหายระดับหน่วยงาน และบัญชีความเสียหายหน่วยงาน
- ภาคผนวก ๓ แบบสรุปรายงานการบริหารความเสียหายระดับโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช
- ภาคผนวก ๔ แบบสรุปผลการจัดการข้อร้องเรียน

ภาคผนวก ๑
ใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

หน่วยงานที่รายงาน.....

สถานที่.....

เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเรื่องใด :

อุบัติการณ์ความเสี่ยงย่อย :

สรุปประเด็นปัญหา :

ระดับความรุนแรง :

ผู้ที่ได้รับผลกระทบ :

วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง :

ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง :

แหล่งที่มา/ วิธีการค้นพบ :

รายละเอียดการเกิดเหตุ :

หมายเหตุ :

ภาคผนวก ๓

ภาคผนวก ๓ รายงานการบริหารความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

หน่วยงาน:โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช.....

รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. รายงาน ณ วันที่:

การติดตามการจัดการความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

ความเสี่ยงด้าน.....

ลำดับที่ ความเสี่ยง	ความเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยง / สาเหตุ	มาตรการใน การจัดการความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ	ผู้ควบคุมกำกับ	ระยะเวลา ดำเนินงาน	สถานะ การ ดำเนินงาน *	ผลการดำเนินงาน	โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง		ปัญหาและ แนวทางแก้ไข เพื่อลดความเสี่ยง
									ก่อน ดำเนินการ มาตรการใน	หลัง ดำเนินการ มาตรการใน	

* สถานะการดำเนินงาน

- ★ ยังไม่ได้ดำเนินการ
- ✕ ล่าช้ากว่ากำหนด
- อยู่ระหว่างดำเนินการ
- ✓ เสร็จตามกำหนด

หมายเหตุ: มาตรการในการจัดการความเสี่ยง คือ มาตรการในการจัดการความเสี่ยงที่มีอยู่ และ มาตรการในการจัดการความเสี่ยงที่เพิ่มเติม/ ปรับปรุง

ภาคผนวก ๔
แบบฟอร์มหนังสือร้องทุกข์ - ร้องเรียน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....

ขอร้องทุกข์ - ร้องเรียน เนื่องจาก.....

เพื่อให้ดำเนินการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหา ดังนี้

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน.....ฉบับ
๒. เอกสารอื่น ๆ (ระบุ).....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ร้องทุกข์ / ร้องเรียน
(.....)

หมายเลขโทรศัพท์.....

ตารางการวิเคราะห์ความเสี่ยง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธรราช

ประเมินความเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยง	การประเมินความเสี่ยง		
		โอกาส	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง
๑. พนักงานเจ้าหน้าที่ บุคลากรและพยาบาล ให้บริการไม่สุภาพ ใช้ถ้อยคำไม่เรียบร้อย บางครั้งมีการโต้เถียงกับผู้รับบริการ	๑. มีความเครียดโดยไม่ผู้ตัว ไม่กล้าเพราะเรื่องส่วนตัว หรือเรื่องงาน ๒. ปฏิบัติงานหนักจนร่างกายไม่มีเวลาพักผ่อน ส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์ ๓. พฤติกรรมส่วนตัวของแต่ละคนที่ไม่มีจิตใจที่ให้บริการ	๔	๔	๑๖
		๕	๕	๒๕
		๕	๓	๑๒
๓. การเบิกจ่ายค่าตอบแทนไม่เป็นไปตามระเบียบ	๑. มีการเปลี่ยนแปลงระเบียบการเบิกจ่ายบ่อย ๒. เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจในระเบียบเกี่ยวกับการเบิกจ่าย	๒	๓	๖
๔. การดำเนินการลงโทษทางวินัยผู้กระทำความผิด	๑. การปฏิบัติหน้าที่โดยเอื้อผลประโยชน์แก่ตนเองหรือบุคคลอื่น ๒. การละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ ๓. การรับฟังข้อเท็จจริงไม่เพียงพอแล้วพิจารณาลงโทษทันที โดยไม่แสวงหาข้อเท็จจริงให้เพียงพอก่อน	๒	๓	๖

แนวทางการป้องกันความเสี่ยงจากการทุจริต ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมาราช

ที่	ปัญหา/ประเด็นความเสี่ยง	ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น	แนวทาง/มาตรการแก้ไข
๑	พนักงานเจ้าหน้าที่ บุคลากรและพยาบาล ให้บริการไม่สุภาพ ใช้ถ้อยคำไม่เรียบร้อย บางครั้งมีการโต้เถียงกับผู้ใช้บริการ	- เกิดความรุนแรงทางร่างกาย อ่างถึงขั้นการลงมือทำร้ายร่างกาย	- แจ้งให้พนักงาน ระเบียบงาน ระเบียบและรับความเข้าใจ รวมถึงการชี้แจงระเบียบการบริการเป็นสำคัญ - กรณีมีการตีโต้แย้งจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมซ้ำอีก ให้หัวหน้ามีหนังสือแจ้งมายังผู้อำนวยการต่อไป
๒	การจัดซื้อจัดจ้าง	- เสียประโยชน์ของทางราชการ - ได้พัสดุที่ไม่ได้คุณภาพ อายุการใช้งานสั้นลง - อาจเป็นการสนับสนุนให้เกิดการทุจริต	- สร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้ระเบียบในการจัดซื้อจัดจ้าง
๓	การเบิกจ่ายค่าตอบแทนไม่เป็นไปตามระเบียบ	- เกิดความเสียหาย - เกิดการทุจริตเบิกจ่ายเงินเมื่อประโยชน์แก่ผู้อื่น	- สร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้ระเบียบเบิกจ่ายเงินแต่ละประเภท
๔	การดำเนินการส่งโทษทางวินัย ผู้กระทำความผิด	- การได้ข้อเท็จจริงที่ไม่เพียงพอต่อการรับฟังเพื่อพิจารณา ส่งโทษ ส่งผลต่อการส่งโทษทางวินัยที่ไม่เป็นธรรม	- สอบถามข้อเท็จจริงให้ได้ความชัดเจนและเพียงพอ - รวบรวมพยานหลักฐานทุกอย่างที่เกี่ยวข้อง