
ระบบบริหารความเสี่ยง ในโรงพยาบาล

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
2543

ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

โดย นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

จัดพิมพ์โดย

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

ชั้น 2 อาคารกรมการแพทย์ 6 กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี

โทรศัพท์ 589-0023-4 โทรสาร 951-0238

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

พิมพ์ครั้งแรก: ในการประชุม National Forum on Hospital Accreditation
ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2543

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล.

ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล.--กรุงเทพฯ:

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543.

62 หน้า.

1. โรงพยาบาล--การบริหารความเสี่ยง. I. สถาบันพัฒนา
และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. II. ชื่อเรื่อง.

362.11068

ISBN 974-293-332-4

ออกแบบ: Desire CRM

พิมพ์ที่: บริษัท ดีไซน์ จำกัด, กรุงเทพมหานคร

ในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ คำว่า “ความเสี่ยง” เป็นคำที่ยอมรับได้มากกว่าและทำให้หาโอกาสพัฒนาได้มากกว่าคำว่า “ปัญหา” เพราะเพียงเห็นว่ามีโอกาสที่จะเกิดปัญหาเท่านั้น เราก็จะนำมาปรับปรุงเพื่อป้องกันหรือเพื่อแก้ปัญหา

เมื่อลงไปเยี่ยมตามหน่วยงานต่างๆ การกำหนดประเด็นไว้ในใจว่าจะสังเกตดูว่ามี “ความเสี่ยง” ในด้านต่างๆ หรือไม่ ก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาทักษะการสังเกต และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ทำได้ง่าย สัมผัสได้ง่าย เห็นประโยชน์กับผู้ปฏิบัติงานที่

ขณะเดียวกัน คำว่า “ความเสี่ยง” ก็ก่อให้เกิดปัญหาความสับสน เนื่องจากความคาบเกี่ยวกับกิจกรรมคุณภาพอื่น ๆ ที่มีการทำกันอยู่แล้ว

หนังสือเล่มนี้เป็นการสรุปแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงของต่างประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่ได้มาจากรายงานของ Christopher RM Wilson ที่เสนอต่อ Canadian Council on Health Services Accreditation เมื่อปี 1991 โดยมีประเด็นที่น่าสนใจที่สุดคือการเชื่อมโยงโปรแกรมต่างๆ เข้าด้วยกันเป็นระบบบริหารความเสี่ยง

บทแรกเป็นการทบทวนแนวคิดและความหมายของคำที่ใช้ เช่น ความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยง กลยุทธ์ในการบริหาร ความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยง และระบบบริหาร ความเสี่ยง แม้จะดูสับสน แต่หากทำความเข้าใจให้ดีจะเป็น ประโยชน์มากในการนำไปปฏิบัติ

บทที่สองเป็นเรื่องของกระบวนการหรือขั้นตอนการ บริหารความเสี่ยงในระดับหน่วยงาน ซึ่งให้เห็นแง่มุมเชิงปฏิบัติ หลายๆ ประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วิธีการค้นหาความเสี่ยง และการกำหนดแนวทางในการควบคุมความเสี่ยง

บทที่สามเป็นเรื่องของการวางระบบบริหารความเสี่ยง ของโรงพยาบาล และกระบวนการบริหารความเสี่ยงในระดับ โรงพยาบาล ซึ่งผู้บริหารระดับสูงจำเป็นต้องเข้ามาคุมบังเหียน ให้มั่น เพื่อพิทักษ์ปกป้องผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และทรัพยากรของ โรงพยาบาล

ทั้งหมดนี้เป็นการแสดงให้เห็นภาพรวมเพื่อให้ผู้สนใจได้ นำไปคิดค้น ทำให้เป็นรูปธรรมของการปฏิบัติขึ้นในประเทศไทย และนำมาถ่ายทอดแลกเปลี่ยนกันในโอกาสต่อไป

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

คำนำ	(3)
บทที่ 1 แนวคิดและความหมาย	1
เกริ่นนำ	2
1. ความเสี่ยง (Risk)	2
2. การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)	5
3. กระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Process)	7
4. ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)	10
5. การบริหารความเสี่ยงกับการประกันพัฒนาคุณภาพ	12
บทที่ 2 การบริหารความเสี่ยงในระดับหน่วยงาน/แผนก	15
1. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)	16
2. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)	23
3. การจัดการกับความเสี่ยง (Action to Manage Risk)	24
4. การประเมินผล (Evaluation)	26
บทที่ 3 การบริหารความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาล	29
1. ผู้รับผิดชอบต่อการบริหารความเสี่ยง	30
2. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)	34
3. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)	42

4. การจัดการกับความเสี่ยง (Action to Manage Risk)	48
5. การประเมินผล (Evaluation)	52
ภาคผนวก ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยง	55
1. ผู้จัดการความเสี่ยง (Risk Manager)	56
2. ข้อกำหนดในการปฏิบัติงานของกรรมการบริหาร ความเสี่ยง (Term of Reference: The Risk Management Committee)	60
บรรณานุกรม	62



แนวคิดและความหมาย

“การบริหารความเสี่ยง” เป็นสิ่งที่รู้จักกันในภาคอุตสาหกรรมมากกว่า 30 ปี ส่วนใหญ่แล้วมักจะเกี่ยวข้องกับเรื่องของการประกัน และการเรียกร้องค่าเสียหาย. การนำแนวคิดนี้เข้ามาใช้กับโรงพยาบาลก่อให้เกิดความหมายที่กว้างขวางขึ้น และมีความสัมพันธ์กับระบบอื่นๆ อีกหลายระบบที่มีอยู่แล้ว. คำต่างๆ ที่ใช้อาจจะเป็นคำใหม่หรือการให้ความหมายใหม่ซึ่งควรทำความเข้าใจและสร้างความคุ้นเคยกับคำเหล่านั้น ซึ่งจะนำไปสู่การวางระบบงานด้านนี้ได้อย่างรวดเร็ว.

1. ความเสี่ยง (Risk)

ก. ความหมายของความเสี่ยง

ความเสี่ยง คือ “โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์”. สิ่งที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลอาจมีลักษณะดังต่อไปนี้:

- 1) การถูกทำร้ายหรือการบาดเจ็บ ซึ่งรวมความถึงการทำร้ายจิตใจ ความเจ็บป่วย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ การถูกกลั่นแกล้ง การรบกวน.
- 2) เหตุร้าย ภัยอันตราย ภาวะยากลำบาก.
- 3) การคุกคาม ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง.
- 4) ความไม่แน่นอน สิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น น่าสงสัย คาดการณ์ไม่ได้ ทำนายไม่ได้ ไม่แน่ใจ.
- 5) การถูกเปิดเผยซึ่งรวมความทั้งการเปิดเผยทางกายภาพ การเผยแพร่ความลับ และการแปลความที่ผิดพลาด.

ข. ความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ความเสี่ยงหรือความสูญเสียในโรงพยาบาลมี 7 ประการ (risk heptagon) ได้แก่:

- 1) ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล
- 2) การเสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจและขาดการสนับสนุนจากชุมชน.
- 3) การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะมีผลให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนาและการดำเนินการ ไม่ว่ารายได้นั้นจะเป็นจากรัฐบาลหรือจากผู้ป่วยโดยตรง.
- 4) การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ทรัพย์สินที่มีความเสี่ยงในที่นี้ครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาล ของผู้ป่วย/ญาติของเจ้าหน้าที่ หรือของบุคคลที่สามซึ่งทำธุรกิจในโรงพยาบาล.
- 5) การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแรงงานมีฝีมือที่ต้องลงทุนสูง การบาดเจ็บจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้หมายถึงต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อการทดแทน.
- 6) การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งมีชีวิตอื่นๆ ในบริเวณนั้น รวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา.
- 7) ภาระในการชดเชยค่าเสียหายซึ่งอาจจะมีมูลค่าเล็กน้อยหรือมหาศาล.

ค. ความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วย

ความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วยอาจแบ่งได้เป็นประเภทต่างๆ ดังนี้:

- 1) ความเสี่ยงด้านกายภาพ (physical risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของผู้ป่วย เช่น การลื่นหกล้ม, การตกเตียง, การติดเชือก, การตัดอวัยวะผิดหรือตัดส่วนที่ปกติของร่างกายออก, การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น, การทำร้ายร่างกาย.
- 2) ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (emotional risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการทำร้ายจิตใจ, การทำให้ผู้ป่วยอายขายหน้า, การทำให้เสียหน้า, ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน, รวมทั้งการคุกคามด้วยสิ่งที่มองไม่เห็นหรือพยากรณ์ไม่ได้ หรือความไม่เป็นส่วนตัว.
- 3) ความเสี่ยงด้านสังคม (social risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย, การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ป่วย เช่น การ expose ผู้ป่วยต่อหน้าผู้อื่น, การรักษาความลับของผู้ป่วย, รวมทั้งการจัดการกับสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย เช่น กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ารักษาได้ หรือการที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล.
- 4) ความเสี่ยงทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับความเชื่อ, ความรู้สึกไม่มั่นคง, ความสูญเสีย, ความกังวล.

ความเสี่ยงในโรงพยาบาลทั้ง 7 ประการข้างต้นล้วนมีความสำคัญเท่าเทียมกัน และมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน. การบาดเจ็บจากการทำงานของเจ้าหน้าที่อาจจะส่งผลให้

โรงพยาบาลต้องจ่ายชดเชยค่าเสียหาย การฟ้องร้องของผู้ป่วย อาจทำให้โรงพยาบาลต้องเสียชื่อเสียงในชุมชน. การบริหาร ความเสี่ยงจึงต้องคำนึงถึงความเสี่ยงหายทุกรูปแบบที่จะเกิดขึ้น.

2. การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

เราไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเสี่ยงได้ทั้งหมดหรือได้เสมอ ไป. ความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรเช่นเดียวกับส่วนหนึ่งของ ชีวิตคนเรา. จุดมุ่งหมายของการบริหารความเสี่ยงคือการรับรู้ และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น. การบริหารความเสี่ยงอาจทำได้ 2 แนวทางคือ การควบคุมความเสี่ยง (risk control) และการบริหารเงินชดเชย ความสูญเสีย (risk financing).

ก. การควบคุมความเสี่ยง (Risk Control)

เป็นความพยายามที่จะหยุดหรือลดความเสียหาย ซึ่ง สามารถทำได้โดยใช้กลยุทธ์ 5 ประการ ดังนี้:

คือ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง, การผ่อนถ่ายความเสี่ยง, การ ป้องกันความเสี่ยง, การลดความสูญเสีย และการแบ่งแยก ความเสี่ยง

- 1) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) คือการที่ บุคคลหรือองค์กรยุติการทำหน้าที่บางอย่างที่มีความ เสี่ยงสูง เช่น การที่สูติแพทย์ยุติการทำคลอด.
- 2) การผ่อนถ่ายความเสี่ยง (risk transfer) คือการที่ มอบหมายให้บุคคลหรือองค์กรอื่นมาทำหน้าที่ที่มี ความเสี่ยงแทน เช่น การส่งผู้ป่วยไปตรวจทางห้อง

ปฏิบัติการหรือเอกซเรย์นอกสถานที่ก็เป็นการ
ผ่อนคลายความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยผิดพลาดไปด้วย.

- 3) การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) คือการใช้
มาตรการต่างๆ เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุหรือ
ความเสียหาย เช่น การป้องกันอุบัติเหตุ การใช้วัสดุ
ทนไฟและการฝึกซ้อมเมื่อเกิดอัคคีภัย.
- 4) การลดความสูญเสีย (loss reduction) คือกลยุทธ์
ที่ใช้เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแล้ว เช่น การสอบสวน
และการบันทึกหลักฐานที่สมบูรณ์เพื่อลดภาระการ
ชดใช้ การให้ข้อมูลที่สมบูรณ์และตรงไปตรงมาเพื่อลด
การเสียชื่อเสียง กลยุทธ์ที่สำคัญเพื่อลดความสูญเสีย
คือการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบปัญหาด้วย
ความใส่ใจทันที.
- 5) การแบ่งแยกความเสี่ยง (risk segregation) เป็นการ
กระจายความเสี่ยงออกไปในรูปแบบต่างๆ หรือการมี
ระบบสำรอง เช่น มีเครื่องกำเนิดไอน้ำ 2 ใบ มีเครื่อง
กำเนิดไฟฟ้า 2 เครื่อง สิ่งเหล่านี้ไม่สามารถลดความ
เสี่ยงในตัวเองได้ แต่เมื่อรวมกันแล้วทำให้ผลกระทบ
ต่อองค์กรลดลง.

ข. การบริหารเงินสดชดเชยความสูญเสีย (Risk Financing)

มีเป้าหมายที่จะจ่ายชดเชยเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้นแล้ว
อย่างเหมาะสมและไม่กระทบต่อสถานะทางการเงินของ
โรงพยาบาล. โรงพยาบาลอาจจะคงความรับผิดชอบในการจ่าย
ไว้เองหรือผ่อนถ่ายไปให้ผู้อื่น การประกันภัยเป็นวิธีการหนึ่งของการ
การผ่อนถ่ายความรับผิดชอบในการจ่ายค่าเสียหายที่เกิดขึ้น.

โรงพยาบาลมักจะคงความรับผิดชอบในการจ่ายสำหรับค่า
ชดเชยจำนวนไม่มาก ด้วยการจ่ายจากงบประมาณดำเนินการ
หรือตั้งเป็นกองทุนสำรอง.

โรงพยาบาลอาจจะเข้าร่วมในโปรแกรมประกันตนเอง (self-
insurance) ซึ่งมีลักษณะผสมระหว่างการคงความรับผิดชอบ และ
การแบ่งถ่ายความรับผิดชอบให้ผู้อื่น อีกนัยหนึ่งเป็นการเฉลี่ย
ความเสี่ยงในกลุ่มสมาชิก

การบริหารเงินชดเชยความสูญเสียไม่ใช่ทางเลือกเพื่อ
ทดแทนการควบคุมความเสี่ยง. ควรตระหนักว่าการควบคุม
ความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชยความสูญเสียเป็นกลยุทธ์ที่
เสริมกันและกันซึ่งควรใช้กับความเสี่ยงทุกอย่างที่พบ. นอกจากนี้
นั้นการบริหารความเสี่ยงยังเป็นระบบที่ต้องจัดการกับจุดอ่อน
ของบุคคลและองค์กรให้ครอบคลุมทุกส่วน. การบริหารความเสี่ยง
จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้รับผิดชอบทุกฝ่าย แม้ว่าจะไม่อาจ
ขจัดความเสี่ยงให้หมดสิ้นไป แต่ความเสี่ยงก็เป็นสิ่งที่สามารถ
จัดการผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้.

3. กระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Process)

การบริหารความเสี่ยงคือกระบวนการหรือระบบบริหารซึ่ง
ประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอนได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง,
การประเมินความเสี่ยง, การจัดการกับความเสี่ยง, การประเมิน
ผล.

การประเมินผลเป็น feedback loop ซึ่งจะก่อให้เกิดการ
ปรับปรุงอย่างต่อเนื่องหรือการแก้ไขกิจกรรมที่ดำเนินการไปแล้ว.

3.1 การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)

การค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญเพราะการบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย. เราอาจค้นหาความเสี่ยงได้จากการศึกษาความสูญเสียของโรงพยาบาลที่ผ่านมา, อาจจะได้เรียนรู้จากประสบการณ์หรือความผิดพลาดของคนอื่น, วิธีการที่ซับซ้อนน้อยที่สุดคือการเฝ้าระวังและมีระบบรายงานเมื่อเกิดปัญหาเพื่อให้เกิดการประสานงานและการตอบสนองอย่างเหมาะสม.

3.2 การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

การประเมินความเสี่ยงในช่วงก่อนเกิดเหตุ คือการตอบคำถามว่ามีโอกาสเกิดความเสียหายมากเพียงใด บ่อยเท่าใด จะก่อให้เกิดความสูญเสียเท่าใด และในสถานการณ์ใดที่มีโอกาสจะเกิดมาก. การมีคำตอบเหล่านี้ทำให้โรงพยาบาลสามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม ทুমเหตุความพยายามกับการป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสก่อให้เกิดความสูญเสียมหาศาลมากกว่าความเสี่ยงที่เกิดบ่อยแต่มีความสูญเสียน้อย

การประเมินความเสี่ยงในขณะเกิดเหตุคือ การบริหารการจ่ายเงินชดเชย (claim management) ได้แก่ กระบวนการบันทึกและปรึกษาซึ่งเริ่มต้นทันทีที่พบว่ามีความเสียหายเกิดขึ้น.

การประเมินความเสี่ยงที่ดีจะต้องมีข้อมูลข่าวสารและความรู้ที่รวมอยู่ในแหล่งเดียวกัน. กิจกรรมของบุคคลหรือแผนกต่างๆ ในการตอบสนองต่อความสูญเสียซึ่งเคยมีมาก่อน จะต้องถอยให้กับระบบบริหารความเสี่ยงขององค์กรซึ่งต้องการความร่วมมือเพื่อให้มีการประเมินอย่างครอบคลุมสมบูรณ์.

3.3 การจัดการกับความเสี่ยง (Action to Manage Risk)

การจัดการกับความเสี่ยงมีกิจกรรมหลัก 2 ประการ คือ การควบคุมความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย. ในขั้นตอนนี้ ทีมผู้บริหารระดับสูงมีโอกาสดูแลความเสี่ยงที่พบเจอ การเผชิญกับความเสี่ยงที่รุนแรง และพิจารณาว่าวิธีการควบคุมความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชยความสูญเสียวิธีใดจะเหมาะสมที่สุดสำหรับความเสี่ยงแต่ละเรื่อง. กลยุทธ์ที่ใช้ อาจจะเป็นกลยุทธ์เฉพาะสำหรับความเสี่ยงแต่ละเรื่อง หรืออาจจะเป็นกลยุทธ์กว้างๆ ที่ใช้กับความเสี่ยงทั่วไป, ซึ่งวิธีหลังนี้จะมีค่าใช้จ่ายต่ำและมีโอกาสเกิดความล้มเหลวสูง เช่น การแข่งขันทันทีกับ การประเมินผลิตภัณฑ์ใหม่ที่จะใช้ในโรงพยาบาล.

ในการเลือกกลยุทธ์ต่างๆ ทีมผู้บริหารระดับสูงจะต้องเลือกทางเลือกที่เป็นไปได้และสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร. ในขณะที่มองจากมุมมองของการบริหารความเสี่ยง การหลีกเลี่ยงกิจกรรมบางอย่างเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงอาจจะเป็นสิ่งที่น่ากระทำ, แต่พันธกิจของโรงพยาบาลก็ทำให้งดทำกิจกรรมเหล่านั้นไม่ได้. หน้าที่ของผู้บริหารในขั้นตอนนี้คือการกำหนดกลยุทธ์การควบคุมความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชยความเสียหายสำหรับความเสี่ยงสำคัญที่ระบุไว้. จากลำดับที่สำคัญที่สุดไปสู่ลำดับรองๆ ลงไป จนครอบคลุมความเสี่ยงหลักๆ ได้ทั้งหมด.

เพื่อที่จะดำเนินการตามกลยุทธ์เหล่านี้ ผู้บริหารจะต้องพิจารณาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ. เราจะได้รับ การสนับสนุนจากแพทย์ในการปิดบริการสูตรหรือไม่มี, ห้องปฏิบัติการที่เราจะส่งไปตรวจจะทำงานที่เราต้องการได้น่าเชื่อถือหรือไม่, จะต้องลงทุนเท่าไรเพื่อจัดให้มีระบบสำรองขึ้นมาอีกระบบหนึ่ง. เราสามารถใช้คำถามทำนองเดียวกันนี้กับการบริหารเงินชดเชย

ความสูญเสีย ความเสี่ยงนี้จะจ่ายจากงบประมาณดำเนินการ ไหวหรือไม่, เราควรมีกองทุนสำรองหรือไม่, ระบบประกันที่เรา มีอยู่เพียงพอหรือไม่สำหรับการจ่ายกับค่าเสียหายมูลค่า มหาศาลที่มีโอกาสเกิดขึ้น.

3.4 การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลในที่นี้ไม่ได้หมายถึง การทบทวนประสิทธิภาพขององค์กรว่ายุทธศาสตร์ที่ใช้อยู่ได้ผลดีหรือไม่. การทบทวนนี้ควรมีขึ้นอย่างน้อยปีละครั้ง ด้วยการนำเหตุการณ์และความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบความเพียงพอของเกราะกำบังที่เลือกใช้ป้องกัน. ประเด็นที่ควรทบทวนได้แก่:

- 1) อัตราอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นและเงินที่ต้องจ่ายเพื่อชดเชยความสูญเสีย จำแนกตามลักษณะของความเสียหาย และการจ่ายเงิน. ควรเปรียบเทียบกับอัตราอุบัติเหตุของโรงพยาบาลในอดีต และเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยทั่วไปของประเทศ.
- 2) กิจกรรมบริหารความเสี่ยงที่ได้ดำเนินการไปในรอบปี รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น.
- 3) ประเมินความตระหนักและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ ภายใต้งบประมาณว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนคือผู้จัดการความเสี่ยง.

4. ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

การบริหารความเสี่ยงไม่ใช่เรื่องใหม่สำหรับโรงพยาบาล แต่เป็นกิจกรรมซึ่งมีการดำเนินงานอยู่แล้วในหลายเรื่อง เช่น อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ การควบคุมการ

ติดเชื้อในโรงพยาบาล การป้องกันอัคคีภัยและอุบัติเหตุ การรักษาความปลอดภัย ระบบประกันคุณภาพ การป้องกันอุบัติเหตุ การรายงานอุบัติการณ์ การใช้เครื่องมือที่ปลอดภัย การเขียนฉลากวัตถุอันตราย, สิ่งเหล่านี้อาจเรียกว่าโปรแกรมที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง (risk management program). นอกจากนี้ ยังมี การบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน (line risk management) ซึ่งเป็นกิจกรรมประจำวันของหัวหน้าหน่วยที่จะจัดการกับความเสี่ยงในขอบเขตอำนาจของตน.

สิ่งที่ขาดหายไปในโรงพยาบาลส่วนใหญ่คือการประสานกิจกรรมบริหารความเสี่ยงเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกำลังเกิดความเสี่ยงอะไรขึ้น โรงพยาบาลกำลังเผชิญกับความเสี่ยงอะไร กิจกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้ผลเพียงใด. ผลของการการประสานเชื่อมโยงองค์ประกอบทั้งหมดเข้าด้วยกันคือระบบบริหารความเสี่ยง (risk management system) อันได้แก่ การมีโครงสร้างร่วม มีเป้าหมายร่วม มีกิจกรรมที่ครอบคลุมกว้างขวาง ทั้งการรายงาน การสะท้อนข้อมูล การจัดทำฐานข้อมูล กิจกรรมของคณะกรรมการ การฝึกอบรม การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่การสนับสนุนของผู้ประกอบวิชาชีพ. การมีระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลจะส่งผลดังต่อไปนี้:

- 1) แสดงการยอมรับบทบาทของโปรแกรมที่มีอยู่เดิมและบทบาทของหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ
- 2) เป็นหลักประกันว่าหัวหน้าหน่วยงานจะเป็นผู้จัดการกับความเสี่ยงในโอกาสแรก
- 3) ส่งเสริมการสื่อสารระหว่างโปรแกรมและหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ
- 4) ทุกคนเป็นผู้จัดการความเสี่ยง จะต้องเสริมพลังให้ทุกคนสามารถจัดการกับความเสี่ยงได้

5) ไม่เพิ่มค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น

ผู้จัดการความเสี่ยง (risk manager) คือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งผู้อำนวยการมอบหมายให้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยง. โรงพยาบาลควรมีผู้จัดการความเสี่ยงซึ่งอาจจะเป็นผู้อำนวยการเอง หรือรองผู้อำนวยการ หรือคณะกรรมการ หรือบุคคลซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้อง (เช่น ผู้ประสานงานคุณภาพ) หรือบุคคลอื่นที่ได้รับมอบหมาย. ขณะเดียวกันจะต้องสร้างความตระหนักว่าทุกคนจะต้องทำหน้าที่ผู้จัดการความเสี่ยงในขอบเขตงานของตน.

5. การบริหารความเสี่ยงกับการประกัน/พัฒนาคุณภาพ

การบริหารความเสี่ยงกับการประกัน/พัฒนาคุณภาพเป็นระบบที่เสริมกันและกัน แม้ว่าจะมีขอบเขตไม่เหมือนกัน แต่ก็มีจุดร่วมอยู่ส่วนหนึ่ง ได้แก่:

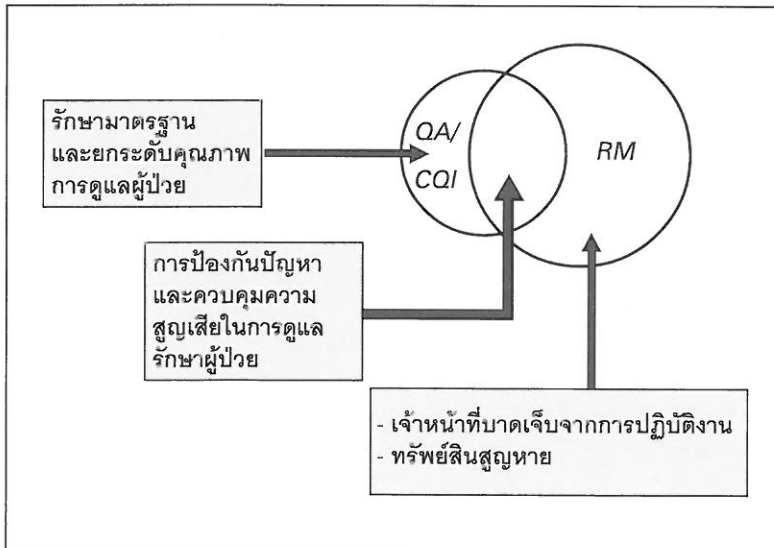
- 1) เครื่องมือและเทคนิคที่ใช้ติดตามระดับการเกิดปัญหา เช่น รายงานอุบัติการณ์.
- 2) เน้นที่ความปลอดภัยของผู้ป่วย กลไกป้องกันอันตรายแก่ผู้ป่วย
- 3) คำนึงถึงคุณภาพ ความทันต่อเวลา ความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร
- 4) การสื่อสารและร่วมมือระหว่างกิจกรรมทางการบริหาร และกิจกรรมทางคลินิก
- 5) เน้นการศึกษาต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่

ความสำคัญของแต่ละระบบอาจจะเปลี่ยนแปลงไปในสถานการณ์แตกต่างกันเนื่องจากมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน.

เป้าหมายของการประกัน/พัฒนาคุณภาพคือการทบทวนตรวจสอบผลงานเพื่อรักษาระดับและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายของการบริหารความเสี่ยงคือการคุ้มครองป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายแก่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย การบริหารความเสี่ยงอาจจะไม่ทำให้เป็นเลิศ แต่ป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา การประกัน/พัฒนาคุณภาพมุ่งที่จะปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง แต่เน้นเรื่องค่าใช้จ่ายหรือความเสี่ยงน้อยกว่า.

เมื่อเปรียบเทียบกับการบริหารทรัพยากรบุคคล การประกัน/พัฒนาคุณภาพจะคล้ายกับการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ส่วนการบริหารความเสี่ยงคือการดำเนินการทางวินัยเพื่อป้องกันความเสียหายไม่ให้มากขึ้นเมื่อเจ้าหน้าที่ประพฤติดนมีปัญหาร้ายแรง.

กรอบที่ 1.1 แสดงความคาบเกี่ยวระหว่างการบริหารความเสี่ยงและการประกัน/พัฒนาคุณภาพ



กรอบที่ 1.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการประกัน/พัฒนา
คุณภาพ กับการบริหารความเสี่ยง

	การประกัน/พัฒนาคุณภาพ (OA/CQI)	การบริหารความเสี่ยง (RM)
ความมุ่งหมาย	คุ้มครองผู้ป่วย ปฏิบัติตามมาตรฐาน วิชาชีพ มุ่งพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	คุ้มครองทรัพยากรของโรงพยาบาล
ขอบเขต	ประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ของการดูแลผู้ป่วย	ประเมินการเผชิญกับความเสี่ยงเพื่อ ป้องกันการสูญเสียของทุกฝ่าย
จุดเน้น	กลุ่มผู้ป่วยซึ่งมีลักษณะคล้ายกัน	เหตุการณ์เพียงครั้งเดียวซึ่งอาจก่อให้เกิด ความสูญเสียที่สำคัญ
ตัวอย่างเรื่อง medication error	ตรวจสอบพบว่ามีอัตราการให้ยาช้า กว่ากำหนด ไม่มีผลเสียร้ายแรงต่อ ผู้ป่วย ศึกษาสาเหตุของความล่าช้า	มีการให้ยาผิดขนาดทำให้ผู้ป่วยชัก และเสียชีวิต รพ. ถูกเรียกร้องค่าเสียหาย มีการทำข้อเสนอแนะเพื่อป้องกันไม่ ให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้นอีก
ตัวอย่างเรื่อง การพลัดตก หกล้ม	สถิติผู้ป่วยสูงอายุตกเตียงมากขึ้น ทำ การศึกษาเพื่อแสดงให้เห็นว่าต้องเอา ใจใส่กับผู้ป่วยที่มีความสับสนให้มาก ขึ้น	ผู้ป่วยสิ้นเปลืองในบริเวณที่เพิ่งทำความ สะอาดเสร็จซึ่งไม่ได้ตั้งป้ายเตือน ให้ระวัง ส่งผลให้แขนหัก มีการ สอบสวน ให้ข้อมูลต่อบริษัทประกัน และให้ข้อเสนอแนะต่อหน่วยดูแล รักษาความสะอาดเพื่อการป้องกัน

บทที่ 2

การบริหารความเสี่ยง

ในระดับหน่วยงาน/แผนก

1. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)

การบริหารความเสี่ยงเป็นกิจกรรมเชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย เปรียบได้กับการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ซึ่งมีเป้าหมายที่การพัฒนาตนเอง. การค้นหาความเสี่ยงเป็นการทบทวนโอกาสที่จะเกิดปัญหาเพื่อจัดการได้อย่างเหมาะสมในอนาคต.

หัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วยจะต้องค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานของตนเองด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต เรียนรู้ประสบการณ์ของคนอื่น และเรียนรู้ระหว่างการทำงานไปข้างหน้า.

1.1 การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต

ก. ระบบบันทึกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว

แม้ว่าโรงพยาบาลจะยังไม่มีระบบบริหารความเสี่ยงในภาพรวม, แต่ละหน่วยงานก็จะมีเก็บข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับความเสี่ยงในหน่วยงานของตนอยู่แล้วในกระบวนการควบคุมคุณภาพหรือการบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น, ซึ่งหน่วยงานควรจะนำข้อมูลเหล่านี้มาทบทวน. ดังตัวอย่างในกรอบ 2.1

ข. ประสบการณ์ของบุคคล

แนวทางคำถามข้างล่างนี้จะมีประโยชน์สำหรับผู้บริหารที่จะตอบเอง และให้เจ้าหน้าที่ทั้งหมดในหน่วยงานได้มีโอกาสตอบ. อาจจะเป็นการสัมภาษณ์รายบุคคล หรือการระดมสมองในกลุ่ม แล้วนำมารวบรวมและสอบถามอีกรอบหนึ่ง. ดังตัวอย่างในกรอบ

2.2

กรอบที่ 2.1 ระบบบันทึกข้อมูลที่ควรนำมาใช้ในการค้นหาความเสี่ยงของหน่วยงาน

บันทึกการควบคุมคุณภาพ	บันทึกเหตุการณ์
บันทึกการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน	อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
รายงานการตรวจสอบเพื่อป้องกันอัคคีภัย	อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่
รายงานยาเสพติด	ความผิดพลาดในการให้ยา
บันทึกการควบคุมคุณภาพของห้องปฏิบัติการ	รายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล
การควบคุมคุณภาพของอาหาร	รายงานผู้ป่วยสูญหาย
รายงานด้านอาชีวอนามัย	บันทึกประจำวันของหน่วยงาน
รายงานการตรวจสอบความปลอดภัยในการทำงาน	รายงานเวรตรวจการ
การตรวจสอบความปลอดภัยด้านรังสีวิทยา	รายงานของหน่วยรักษาความปลอดภัย

กรอบที่ 2.2 คำถามเพื่อการค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงาน

- 1) ในแผนกของท่าน อะไรคือสิ่งเลวร้ายที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้นได้?
- 2) ในประสบการณ์ของท่าน เกิดมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญอะไรเกิดขึ้น (ที่พบบ่อย หรือที่รุนแรง) ?
- 3) ช่วงเวลาหรือสถานการณ์ใดที่การทำงานของหน่วยงานนี้มีความเสี่ยงมากที่สุด?
- 4) มีข้อมูลปัญหาหรือความเสียหายที่ได้รับรายงานจากระบบประกันคุณภาพ การเฝ้าระวัง หรือการตรวจสอบอื่นๆ อะไรบ้าง?

1.2 เรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่น

การเรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่นอาจทำได้จากการค้นหาวารสารวิชาการ/internet, การเข้าร่วมประชุมวิชาการที่จัด

โดยองค์การวิชาชีพ, การติดตามข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์, การสร้างเครือข่ายกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ. วิธีการนี้เป็นวิธีการที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือไม่ต้องลงทุนด้วยความสูญเสีย.

ในการค้นหาความเสี่ยงจากวารสารวิชาการ คำที่จะใช้ค้นหาคือ occurrence, incident, claim, misadventure, adverse patient occurrence (APO). ควรค้นหาวารสารในช่วง 3-5 ปี เลือกทั้งวารสารที่เฉพาะเจาะจงสำหรับวิชาชีพของตน รวมทั้งวารสารทั่วไปเกี่ยวกับโรงพยาบาลและคลินิกบริการ. แหล่งที่จะค้นง่ายที่สุดในปัจจุบันคือการใช้ดัชนีซึ่งอยู่ในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์.

เป้าหมายของการเรียนรู้จากอดีตและการเรียนรู้จากผู้อื่นคือการสร้าง risk profile (บัญชีรายการความเสี่ยง) ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับหน่วยงาน ดังตัวอย่างในกรอบที่ 2.3.

1.3 เรียนรู้ในระหว่างการทำงาน

การค้นหาความเสี่ยงระหว่างการทำงานมีเป้าหมายเพื่อการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น การควบคุมความเสียหาย และที่สำคัญคือเพื่อการป้องกันปัญหาในอนาคต.

วิธีการที่ใช้ได้แก่ การรายงานผลไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วย (adverse patient occurrence) ซึ่งมีอยู่ 3 ลักษณะได้แก่ การรายงานอุบัติการณ์ (incident reporting), การคัดกรองเหตุการณ์ (occurrence screening), หรือการรายงานเหตุการณ์ (occurrence reporting).

กรอบที่ 2.3 ความเสี่ยงของแผนกรังสีวิทยา

1) อันตรายต่อผู้ป่วย

- anaphylactic reaction ต่อสารทึบรังสี
- การตกจากเตียงเอกซเรย์
- ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลอาจจะเดินไปรอบๆ, อาเจียนและสำลัก, มีอาการชัก, ตกจากเปล, น้ำเกลือหมด
- การบาดเจ็บที่หลังของผู้ป่วยเนื่องจากการเคลื่อนย้ายขึ้นและลงจากเตียงเอกซเรย์
- อันตรายเนื่องจากเครื่องล็อกและเครื่องควบคุมการทำงานผิดปกติ ทำให้กล้องหรือหลอดภาพตกใส่ผู้ป่วย

2) ความเสี่ยงต่อเครื่องมือ

- เครื่อง CT เนื่องจากเครื่องควบคุมความชื้นหรืออุณหภูมิไม่ทำงานหรือใช้งานผิดวิธี
- เครื่องเอกซเรย์และเครื่อง portable x-ray ชั่วรู้ด

3) อันตรายต่อเจ้าหน้าที่

- อันตรายจากรังสี
- ความเสี่ยงจากการใช้สารเคมี
- การบาดเจ็บจากเครื่องมือ

4) ความผิดพลาดในการถ่ายภาพหรือวินิจฉัย

- อ่านฟิล์มผิดหรือไม่ได้เห็นภาพที่ถ่ายไว้อย่างครบถ้วน

ก. รายงานอุบัติการณ์ (Incident Report)

เป็นรายงานที่ใช้กันมากที่สุด บุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับการเกิดเหตุการณ์เป็นผู้มีหน้าที่กรอกแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์และนำเสนอให้ผู้บังคับบัญชา.

ข. การคัดกรองเหตุการณ์ (Occurrence Screening)

เป็นการรายงานความเสี่ยงที่สมบูรณ์ ทันเวลา แต่ค่าใช้จ่ายสูง เพราะเป็นลักษณะของการวิจัย. จะมีการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกราย ทุก 48-72 ชั่วโมง โดยทีมผู้คัดกรอง ซึ่งได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับคุณภาพ ความเสี่ยง และเครื่องชี้วัด. หากพบเหตุการณ์ที่มีข้อสงสัยก็จะถูกส่งต่อไปยังกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพที่เหมาะสมเพื่อตัดสินใจว่าจำเป็นต้องมีการสืบสวนต่อไปหรือไม่. จากนั้นจะถูกส่งไปยังหัวหน้าแผนกเพื่อทบทวนและดำเนินการตามความเหมาะสม.

ค. การรายงานเหตุการณ์ (Occurrence Report) หรือ รายงานอุบัติการณ์ตามรายการที่กำหนด (Structured Incident Report)

เป็นระบบรายงานซึ่งเจ้าหน้าที่ทุกคนถูกสอนให้ตระหนักและรายงานเหตุการณ์ที่ระบุไว้จำนวนหนึ่งซึ่งเรียกว่าเหตุการณ์ (occurrence). บัญชีรายการเหตุการณ์นี้จะต้องเป็นที่เข้าใจของเจ้าหน้าที่ที่จะรายงาน มีจำนวนเหมาะสมและเฉพาะเจาะจงเพียงพอที่จะทำได้. ทุกคนจะต้องรับทราบและได้รับการคาดหวังว่าจะรายงานเหตุการณ์เหล่านี้.

ผู้บริหารต้องพิจารณาว่าจะใช้ระบบที่มีอยู่ให้เต็มศักยภาพได้อย่างไร เช่น การทำแบบฟอร์มให้ง่ายขึ้น, การแสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่ยรายงานไปนั้นได้ถูกนำมาใช้ประโยชน์, การให้ข้อมูลกลับ (feedback) มายังเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับความถี่และความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น.

กรอบที่ 2.4 เปรียบเทียบการรายงานผลไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ

	ข้อดี	จุดอ่อน
รายงานอุบัติการณ์	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นวิธีที่มีอยู่แล้ว 	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นการกล่าวโทษตัวเอง - จำกัดเฉพาะในฝ่ายการพยาบาล - ต้องใช้เวลามากเพราะแบบฟอร์มที่ยุ่งยาก และรายละเอียดที่ต้องบันทึกมาก - มีการรายงานน้อย เพียงร้อยละ 5-30
คัดกรองเหตุการณ์	<ul style="list-style-type: none"> - พบผลอันไม่พึงประสงค์ถึงร้อยละ 80. - ทำควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยสามารถแก้ไขได้ทันที - แพทย์ต้องเข้าร่วมโดยไม่มีทางเลือก 	<ul style="list-style-type: none"> - ค่าใช้จ่ายสูง (ผู้คัดกรอง 1 คน/100เตียง) - ไม่สามารถค้นพบสิ่งที่ไม่ได้อยู่ในบันทึก - ครอบคลุมเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น
รายงานเหตุการณ์	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่จะได้รับทราบว่าต้องรายงานอะไร. - สามารถจัดกลุ่มหรือให้รหัสข้อมูลได้ก่อนที่จะบันทึกเข้าฐานข้อมูล - สามารถจัดทำโดยพัฒนาจากระบบรายงานอุบัติการณ์ที่โรงพยาบาลมีอยู่เดิม - ไม่จำกัดใช้เฉพาะพยาบาลเท่านั้น. - ค่าใช้จ่ายไม่สูง ไม่คุกคาม ไม่กล่าวโทษ 	<ul style="list-style-type: none"> - อาจจะไม่ละเอียดการรายงานเหตุการณ์รุนแรงซึ่งไม่ได้อยู่ในบัญชีรายการ - ต้องการความร่วมมือจากแพทย์มากเป็นพิเศษเพื่อให้ประสานบัญชีรายการที่ต้องการรายงานเข้ามารู้อย่างเดียวกัน

วิธีการที่แนะนำให้ทำคือการสร้าง occurrence report system หรือ structured incident report system ซึ่งเป็นของโรงพยาบาลโดยรวบรวมบัญชีรายการอุบัติการณ์จากทุกหน่วยงานมาเป็นบัญชีเดียวกัน, และให้ทุกหน่วยงานมีหน้าที่รายงานตามแบบบันทึกที่โรงพยาบาลจัดทำขึ้น. หน่วยงานอาจจะเพิ่มเติมบัญชีรายการอุบัติการณ์มีลักษณะเฉพาะเจาะจงและไม่ปรากฏในบัญชีรายการของโรงพยาบาลด้วยก็ได้.

กรอบที่ 2.5 รายงานอุบัติการณ์ตามรายการที่กำหนด (Hospital Occurrence/Structure Incident Report)

ชื่อผู้ป่วย/ผู้ประสบปัญหา	อายุ _____ เพศ _____	ที่เกิดเหตุ _____
แพทย์เจ้าของไข้	หลังผ่าตัด/คลอด _____ วัน	วันที่ _____ เวลา _____

เหตุการณ์ (ให้ทำเครื่องหมายถูกในช่องที่เหลื่อมทุกข้อที่เกิดขึ้นเพื่ออธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น)		
1. ความปลอดภัย/ตก/ล้ม <input type="checkbox"/> 1) ล้ม <input type="checkbox"/> 2) พบว่านอนอยู่บนพื้น <input type="checkbox"/> 3) ตกจากเตียง/เก้าอี้/โต๊ะ <input type="checkbox"/> 4) เครื่องรัดตรงหลุด <input type="checkbox"/> 5) ปีนข้ามไม้กั้นเตียง <input type="checkbox"/> 6) พลัดตกขณะเคลื่อนย้าย <input type="checkbox"/> 7) _____	4. เครื่องมือ <input type="checkbox"/> 1) ผู้ป่วยถูกแทง/ไหม้ <input type="checkbox"/> 2) ตกใส่ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> 3) ไม่ทำงาน/ทำงานผิดปกติ <input type="checkbox"/> 4) ไม่มีเครื่องมือใช้ <input type="checkbox"/> 5) ลิฟต์ไม่ทำงาน <input type="checkbox"/> 6) _____	7. การผ่าตัด/วิสัญญี <input type="checkbox"/> 1) ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี <input type="checkbox"/> 2) ผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง <input type="checkbox"/> 3) คัดอวัยวะออกไม่ได้วางแผน <input type="checkbox"/> 4) เย็บซ่อมอวัยวะที่บาดเจ็บ <input type="checkbox"/> 5) ทิ้งเครื่องมือ/ก๊อช ไว้ในผู้ป่วย <input type="checkbox"/> 6) กลับมาผ่าตัดซ้ำ <input type="checkbox"/> 7) acute MI/CVA หลังผ่าตัด <input type="checkbox"/> 8) _____
2. การติดต่อสื่อสาร <input type="checkbox"/> 1) ไม่มีรายงานผล lab/x-ray ส่วนหรือผิดปกติ <input type="checkbox"/> 2) ไม่รายงานแพทย์/แพทย์ไม่ตอบ <input type="checkbox"/> 3) ปฏิบัติไม่ถูกต้องตามคำสั่ง <input type="checkbox"/> 4) เวรระเบียบไม่สมบูรณ์ <input type="checkbox"/> 5) ไม่ยินยอมไม่ตรงกันหัตถการ <input type="checkbox"/> 6) ทำหัตถการโดยไม่ยินยอม <input type="checkbox"/> 7) _____	5. การวินิจฉัย/รักษา <input type="checkbox"/> 1) รับ admit เข้าโดยโรคเดิมใน 7 วัน <input type="checkbox"/> 2) ไม่สามารถวินิจฉัยโรคที่ต้อง admit หรือมา ER เข้า <input type="checkbox"/> 3) อ่านผล x-ray ผิด <input type="checkbox"/> 4) ลำบากในการรักษาผู้ป่วยที่ทรุดลง <input type="checkbox"/> 5) ภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการ <input type="checkbox"/> 6) ทำ diag proc เข้าโดยไม่มีแผน <input type="checkbox"/> 7) การเฝ้าระวังไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> 8) ใส่ cath/tube/drain ไม่ถูก <input type="checkbox"/> 9) ดูแล cath/tube/drain ไม่ถูกต้อง <input type="checkbox"/> 10) ย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน <input type="checkbox"/> 11) _____	8. อื่นๆ <input type="checkbox"/> 1) ผู้ป่วย/ญาติไม่พึงพอใจ <input type="checkbox"/> 2) ไม่มีใครอยู่ รพ. <input type="checkbox"/> 3) การทำรายการกายผู้ป่วย/ญาติ/จนท. <input type="checkbox"/> 4) ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตัวเอง <input type="checkbox"/> 5) ใจกรรม/การลัทธิ <input type="checkbox"/> 6) การคุกคาม/ข่มขู่ <input type="checkbox"/> 7) สิ่งแวดล้อมเป็นอันตราย/ปนเปื้อน <input type="checkbox"/> 8) อุบัติเหตุไฟไหม้ <input type="checkbox"/> 9) จนท.บาดเจ็บจากการทำงาน <input type="checkbox"/> 10) _____
3. ยา/สารน้ำ/เลือด <input type="checkbox"/> 1) ผิดคน <input type="checkbox"/> 2) ยาผิดขนาด/ชนิด/วิธี/เวลา <input type="checkbox"/> 3) สารน้ำผิดชนิด/ความเร็ว/เวลา <input type="checkbox"/> 4) สัมให้ <input type="checkbox"/> 5) ภาวะแทรกซ้อนจาก IV/IM <input type="checkbox"/> 6) ให้ยา/สารน้ำทั้งที่มีข้อห้าม <input type="checkbox"/> 7) _____	6. การคลอด <input type="checkbox"/> 1) ไม่พบ fetal distress ทันที <input type="checkbox"/> 2) ผ่าตัดคลอดเข้าเกินไป <input type="checkbox"/> 3) ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด <input type="checkbox"/> 4) บาดเจ็บจากการคลอด <input type="checkbox"/> 6) _____	
ธรรมชาติของการบาดเจ็บ <input type="checkbox"/> 1) กระดูกและกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> 2) ผิวหนัง <input type="checkbox"/> 3) ประสาทส่วนกลาง <input type="checkbox"/> 4) หัวใจและปอด	บันทึกในเวรระเบียบ <input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทำ รายงานแพทย์ <input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทำ คำสั่งแพทย์ _____ _____ _____	แพทย์ผู้ประเมิน ผลการประเมิน <input type="checkbox"/> ไม่มีการบาดเจ็บ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นการบาดเจ็บชัดเจน <input type="checkbox"/> ต้องอยู่ รพ. นานขึ้น

บรรยายสรุปเหตุการณ์	
_____ _____ _____ _____	
ชื่อที่อยู่ของพยาบาล	
ลงนามผู้บันทึก	ลงนามผู้ทบทวน
วันที่ _____ เวลา _____	วันที่ _____ เวลา _____

2. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

การประเมินความเสี่ยงจะทำทั้งในลักษณะของการประเมินย้อนหลัง การประเมินไปข้างหน้า การประเมินในปัจจุบัน โดยทำทั้งในระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาล.

กรอบที่ 2.6 รูปแบบของการประเมินความเสี่ยงในระดับหน่วยงาน และระดับโรงพยาบาล

	ปัจจุบัน	จากอดีตไปอนาคต
ระดับหน่วยงาน	ควบคุมความเสียหาย	Risk Profile
ระดับโรงพยาบาล	บริหารคำเรียกร้องค่าเสียหาย	ประเมินน้ำหนักความเสี่ยง

2.1 การควบคุมความเสียหาย

คือการประเมินขั้นต้นด้วยสัญญาณและการตอบสนองอย่างเฉียบพลันต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยเจ้าหน้าที่ผู้อยู่ในเหตุการณ์และต้องแก้ไขสถานการณ์ในขณะนั้น, ซึ่งจะเกิดขึ้นภายในเวลาเป็นนาทีและจะต้องรายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบเพื่อทบทวนในเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง.

ในขณะที่เจ้าหน้าที่กำลังเข้าไปแก้ไขเหตุการณ์ ควรจะมีคำถามเหล่านี้ขึ้นในใจอย่างต่อเนื่องว่า เกิดอะไรขึ้น, อะไรเป็นสาเหตุ (cause), ผลลัพธ์จะเป็นอย่างไร (outcome), เราจะจัดการเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือ (severity). เมื่อควบคุมสถานการณ์ได้แล้วก็จะกลับไปคำถามว่าอะไรเป็นสาเหตุ นำไปสู่การสืบค้นเพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่มีอันตรายเพิ่มขึ้นหรือกลับซ้ำขึ้นอีก. กิจกรรมสุดท้ายคือการรายงานให้ผู้บังคับบัญชาที่อยู่สูงขึ้นไป. กิจกรรมเหล่านี้เป็นการจัดการกับความเสี่ยงซึ่งเจ้าหน้าที่ทุกคนต้องทำด้วยความรับผิดชอบกับสิ่งที่อยู่ตรงหน้า.

2.2 Risk Profile

คือการวาดภาพให้เห็นว่าหน่วยงานนี้มีความเสี่ยงสำคัญอะไร ซึ่งจะมีทั้งความเสี่ยงทั่วไปและความเสี่ยงที่เป็นเรื่องเฉพาะเจาะจงของหน่วยงาน. การจัดทำ profile เริ่มด้วยการทำบัญชีความเสี่ยงทั้งหมดที่ค้นพบ บัญชีนี้อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาบ้างแต่ไม่มากนัก. สิ่งที่สำคัญก็คือจะต้องประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่างๆ ให้เห็นว่าอะไรคือความเสี่ยงสำคัญที่ต้องระมัดระวัง และจะต้องไม่ให้ความเสี่ยงที่พบบ่อยมาบดบังความสำคัญของความเสี่ยงที่รุนแรงและส่งผลกระทบสูง. กรอบที่ 2.7 แสดงให้เห็นตัวอย่างการวิเคราะห์ความรุนแรงและความถี่ของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนจัดการอย่างเหมาะสมต่อไป.

ภาพที่ 2.7 ตัวอย่าง Risk Analysis Grid

ความถี่	ความรุนแรง	
	ต่ำ	สูง
ต่ำ	ของหาย	ผลไม่พึงประสงค์ในบริการ สุติกรรมและวิสัยทัศน์
สูง	ตกเตียง, ให้นยาผิด	การเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุใดๆ กัน

3. การจัดการกับความเสี่ยง (Action to Manage Risk)

การจัดการกับความเสี่ยงในระดับแผนกคือการควบคุมความสูญเสีย ส่วนการบริหารเงินชดเชยค่าเสียหายนั้นเป็นการจัดการในระดับโรงพยาบาล.

กลยุทธ์สำคัญในการควบคุมความสูญเสียได้แก่

1. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) เช่น การปิดห้องผ่าตัดเนื่องจากไม่มีวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล.

2. การผ่องถ่ายความเสี่ยง (risk transfer) เช่น การจ้างเหมาให้บริการมาดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือที่ซับซ้อน การส่งตรวจพิเศษบางอย่างที่ทำไม่บ่อยไปยังห้องปฏิบัติการภายนอก.

3. การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) มีหลายรูปแบบได้แก่:

3.1 การปกป้อง (protection) เช่น เลือตะกั่ว, กล่องใส่ของมีคม, การฉีดวัคซีน, การตรวจสอบ software จากภายนอกว่ามีไวรัสหรือไม่, การคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับหัตถการบางอย่าง.

3.2 การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันและมาตรฐานเกี่ยวกับเครื่องมือ เช่น การจำกัดผู้ใช้เครื่องมือ, การตรวจสอบ, การทดสอบระบบสำรอง.

3.3 การมีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา, การตรวจสอบอุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน, การรับส่งผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด, การรับเงิน, การตรวจสอบคุณสมบัติของแพทย์.

3.4 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้ทุกคนตระหนักว่าสามารถจำกัดขอบเขตหรือป้องกันความเสี่ยงได้ด้วยวิธีใด ทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของกระบวนการป้องกันความเสี่ยง.

4. การลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์ (loss reduction) ได้แก่ การดูแลแก้ปัญหาโดยฉับพลันด้วยความเอาใจใส่ ให้ความอบอุ่นสะดวกสบาย ให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาภายใต้คำแนะนำของผู้รู้กฎหมาย การสื่อสารและความเข้าใจ

ที่ดีต่อกันจะช่วยป้องกันปัญหาการฟ้องร้องได้. แม้จะเป็นเหตุการณ์ที่ดูเหมือนจะเล็กน้อย เช่น คำร้องเรียนของผู้ป่วย นั่นเป็นสัญญาณเตือนว่าจำเป็นต้องปรับปรุงการสื่อสารและสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย.

5. การแบ่งแยกความเสี่ยง (risk segregation) ได้แก่ การแบ่งแยกหรือจัดให้มีระบบสำรองสำหรับทรัพยากรที่ใช้ในการทำงาน.

แต่ละหน่วยงานจะต้องระบุความเสี่ยงและวิธีการจัดการกับความเสี่ยงดังกล่าว. การจัดทำรายการการสรุปของหน่วยงานดังตัวอย่างข้างล่างจะได้ประโยชน์คือ ทำให้เห็นชัดเจนว่ามีความเสี่ยงอะไร ทำให้หน่วยงานต้องพิจารณาว่ามีมาตรการในการควบคุมหรือป้องกันอย่างไร มาตรการเหล่านั้นเพียงพอหรือไม่.

4. การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลในระดับแผนกจะเชื่อมโยงกลับไปไปที่เครื่องชี้วัดและระบบประกันคุณภาพ, กิจกรรมประเมินได้แก่:

1. การติดตามเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานประจำเดือน
2. การทบทวนประสบการณ์เบื้องต้นหลังเครื่องชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงประจำปี โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำขึ้นอีกทั้งที่มีมาตรการป้องกัน มากกว่าที่จะดูแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์. คำถามที่ต้องถามคือ ก) อุบัติการณ์นี้เกิดขึ้นได้อย่างไรทั้งที่มีมาตรการป้องกันแล้ว ข) อุบัติการณ์นี้เป็นเหตุการณ์เดี่ยว (isolated incident) หรือเป็นเรื่องของระบบ มี

โอกาสที่จะเกิดขึ้นอีกได้หรือไม่.

3. การตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่.

กรอบที่ 2.8 ความเสี่ยงและมาตรการควบคุมของแผนกรังสีวิทยา

ความเสี่ยง	กลยุทธ์	กิจกรรม
1. อันตรายต่อผู้ป่วย		
Anaphylactic shock	P R	คัดกรองผู้ป่วยว่าเคยแพ้ยาหรืออาหารทะเลหรือไม่ เตรียมรถฉุกเฉินให้พร้อม
ตกเลือดบาดเจ็บระหว่างเคลื่อนย้าย	P	คัดกรองผู้ป่วยเพื่อค้นหาผู้ต้องการการดูแลพิเศษ
ผู้ป่วยบาดเจ็บเนื่องจากไม่มีผู้ดูแล	T T	ผู้ป่วยที่มากด้วยเปลนอนจะต้องมีพยาบาลมาด้วย ผู้ป่วยหนักและช่วยตัวเองไม่ได้ให้เปลี่ยนเสื้อผ้าและรอในห้องสังเกตอาการ
การได้รังสีมากเกินไป	R	จำกัดปริมาณรังสีด้วยการใช้วิธีการที่ถูกต้องและตรวจสอบเครื่องมือ
อุบัติเหตุจากเครื่องมือ	P ST	บำรุงรักษาเชิงป้องกัน ทำประกันภัย
2. ความเสียหายต่อเครื่องมือ		
ความเสียหายต่อเครื่อง CT scan	ST P	บำรุงรักษาโดยผู้ขายอย่างสม่ำเสมอ ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ใช้อย่างละเอียด
ความเสียหายต่อเครื่องเอกซเรย์	ST P P	บำรุงรักษาโดยผู้ขายอย่างสม่ำเสมอ บำรุงรักษาเชิงป้องกันโดยเจ้าหน้าที่ ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ใช้
ความเสียหายต่อเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่	ST P	บำรุงรักษาโดยผู้ขายอย่างสม่ำเสมอ เหมือนเครื่องเอกซเรย์ทั่วไป ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ใช้
3. อันตรายต่อเจ้าหน้าที่		
บาดเจ็บจากเครื่องมือ	P	บำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอโดยผู้ขายและเจ้าหน้าที่
ปวดหลังจากการย้ายผู้ป่วย	P	ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับ body mechanic
ถูกสารเคมีกัดกร่อน	P R	มีระเบียบปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในภาวใช้สารเคมี มีอุปกรณ์ป้องกัน แวนดา ที่ล้างมือถูสารเคมี
T=Transfer (ถ่ายโอน), ST=ทำสัญญากับหน่วยงานภายนอก, P=Prevention (ป้องกัน), R=Reduction (ลดความเสียหาย)		



การบริหารความเสี่ยง

ในระดับโรงพยาบาล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

โรงพยาบาลอาจจะมีกิจกรรมหรือโครงสร้างเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงอยู่บ้างแล้ว แต่จุดอ่อนที่ยังมีอยู่คือขาดการสื่อสารระหว่างผู้เกี่ยวข้องและมีลักษณะของการตั้งรับคอยแก้ไขปัญหา. สิ่งที่จะควรเกิดขึ้นคือ 1) การทำงานเป็นทีมในผู้บริหารระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลสนับสนุนและตัดสินใจร่วมกัน, 2) เปลี่ยนจากการตั้งรับคอยแก้ไขปัญหาไปสู่การจัดการและเตรียมการสำหรับอนาคต, 3) การมีระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาล และมีการรายงานให้ผู้นำระดับสูงได้รับทราบ.

1. ผู้รับผิดชอบต่อการบริหารความเสี่ยง

1.1 คณะกรรมการโรงพยาบาล-Board of Trustee (ถ้ามี)

คณะกรรมการโรงพยาบาลคือผู้พิทักษ์ชื่อเสียงของโรงพยาบาล เป็นเจ้าของทรัพย์สินและรายได้ เป็นผู้พิทักษ์ของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เป็นผู้แตกต่างในกรณีที่มีการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากโรงพยาบาล. ด้วยเหตุนี้ความเสี่ยงจึงเป็นประเด็นของ governance ไม่ใช่เพียงงานบริหารประจำวัน, คณะกรรมการต้องมีหน้าที่ในการให้ความเห็นชอบต่อนโยบาย รับทราบรายงาน ตอบสนอง และประเมินผล เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง.

1.2 ผู้บริหารโรงพยาบาล

ก. หน้าที่ของผู้บริหารคือการบริหารจัดการความเสี่ยง ได้แก่:

- 1) การจัดให้มีระบบบริหารความเสี่ยงกำหนดผู้รับผิดชอบดูแลภาพรวมและในแต่ละส่วน
- 2) นำกระบวนการบริหารความเสี่ยงทั้ง 4 ขั้นตอนมาปฏิบัติ มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานที่ชัดเจน เน้นการบริหารความเสี่ยงในเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับ
- 3) การจัดระบบรายงาน, ฐานข้อมูลของความเสี่ยงและความเสียหายทั้งหมดของโรงพยาบาล
- 4) การประสานกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงเข้าด้วยกันด้วยการ
 - ให้มีผู้แทนคร่อมในคณะกรรมการเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและการประกัน/พัฒนาคุณภาพ
 - ใช้ข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์และการเรียกร้องค่าเสียหายเพื่อเลือกประเด็นสำหรับนำมาศึกษาเชิงลึก
 - บูรณาการการบริหารความเสี่ยงและการประกันคุณภาพในแต่ละหน่วยงาน

ข. การเริ่มต้นสำหรับโรงพยาบาล

- 1) การทบทวนเขียนโดยทีมผู้บริหารระดับสูง
 - กำหนดแบบรายงานข้อมูลที่เป็นซึ่งระบบต่างๆ จะต้องสรุปให้ที่ประชุมผู้บริหารระดับสูงรับทราบ (ตัวอย่างในกรอบ 3.1)
 - ให้แต่ละโปรแกรมจัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับกิจกรรมและประสบการณ์เสนอต่อที่ประชุมผู้บริหารระดับสูง

- 2) การจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเพื่อทำหน้าที่รวบรวมและทบทวนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงและความสูญเสีย, สร้างหลักประกันว่าความความเสี่ยงที่สำคัญ (ความถี่ x ค่าใช้จ่าย) ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม.
- 3) จัดให้มีหน่วยเลขานุการกิจและฐานข้อมูลสนับสนุนแก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ซึ่งต้องการเจ้าหน้าที่สถานที่ และคอมพิวเตอร์ที่เพียงพอ.

กรอบที่ 3.1 ตัวอย่างรายงานการบริหารความเสี่ยง งวด 3 เดือน

โปรแกรม/แผน/ระบบ _____	
รายงานการบริหารความเสี่ยงงวด 3 เดือนซึ่งสิ้นสุดเมื่อ _____	
1. จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด	งวดนี้ _____ งวดที่แล้ว _____ งวดนี้ของปีที่แล้ว _____
2. แยกจำนวนอุบัติการณ์ตามประเภท	
(ก) ผู้ป่วย _____	(ข) เจ้าหน้าที่ _____
(ค) ทรัพย์สิน _____	(ง) อื่นๆ _____
3. ประสิทธิภาพ: จำนวนอุบัติการณ์ซึ่งครอบคลุมด้วยกลยุทธ์ควบคุมความเสี่ยงในปัจจุบัน _____	
4. ความรุนแรง: จำนวนอุบัติการณ์ซึ่งมีการเรียกร้องค่าเสียหาย _____	
5. รายการอุบัติการณ์รุนแรง:	

วันที่ _____	ลงชื่อ _____ ตำแหน่ง _____

1.3 แพทย์

ไม่สามารถกล่าวได้ว่าโรงพยาบาลมีระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ หากแพทย์ไม่เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่. ลำพังเพียงผู้บริหารไม่สามารถจัดการกับปัญหาการเรียกร้องค่าเสียหายซึ่งเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของแพทย์ โรงพยาบาลโดยที่เจ้าตัวไม่เป็นผู้ริเริ่ม. จำเป็นต้องให้แพทย์ตระหนักว่ากิจกรรมบริหารความเสี่ยงจะให้ประโยชน์แก่ตนเองและผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์เข้ามามีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจ.

แม้จะตระหนักในความรับผิดชอบ แต่แพทย์ก็อาจจะต่อต้านความรับผิดชอบที่จะต้องรายงานด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น โอกาสถูกฟ้องร้อง ความเป็นอิสระของวิชาชีพ การขุดคุ้ยไปยังผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ. จะต้องทำความเข้าใจกับแพทย์เกี่ยวกับประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากระบบบริหารความเสี่ยง เช่น เป็นกลไก ป้องกันความผิดพลาด, พบความผิดพลาดก่อนที่จะถูกฟ้องร้อง, ค้นหากระบวนการที่มีความเสี่ยงสูงก่อนที่จะเกิดปัญหา, เตือนแพทย์ว่ามีโอกาสเกิดปัญหาหากจะดำเนินการต่อไป, ให้ความมั่นใจว่าสมาชิกทุกคนจะปลอดภัยและสามารถทำงานได้.

การจัดระบบบริหารความเสี่ยงในกลุ่มแพทย์จะคล้ายกับของโรงพยาบาลที่กล่าวมาแล้ว คือ:

- 1) ประธานแพทย์เป็นผู้จัดการความเสี่ยงทางการแพทย์
- 2) คณะกรรมการองค์กรแพทย์เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์
- 3) แผนก/กลุ่มงานทางการแพทย์, หน่วยบริการทางการแพทย์ และคณะกรรมการขององค์กรแพทย์ มีหน้าที่ค้นหา/ประเมินความเสี่ยง, จัดระบบรายงานเหตุการณ์เมื่อเกิดปัญหาทางการแพทย์.

เป็นเรื่องจำเป็นที่ผู้รับผิดชอบกิจกรรมบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลจะต้องได้รับเชิญเข้าร่วมประชุมทบทวนความเสี่ยงทางการแพทย์. นอกจากนั้นจะต้องมีตัวแทนขององค์กรแพทย์เข้าไปอยู่ในคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดบูรณาการของการทำงาน.

2. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)

การค้นหาความเสี่ยงคือการบริหารความเสี่ยงเชิงรุกทำให้สามารถลดความถี่และความรุนแรงของความเสียหายที่จะเกิดขึ้น. การค้นหาความเสี่ยงเป็นรากฐานของกระบวนการบริหารความเสี่ยง แต่เป็นขั้นตอนที่ยากที่สุด. กลยุทธ์ในการค้นหาความเสี่ยงได้แก่ การรายงาน, การสำรวจ, การรวบรวมข้อมูลจากแหล่งภายนอก, ข้อมูลจากการฟ้องร้องหรือคำร้องเรียน.

2.1 การรายงาน

ก. รายงานในโปรแกรมหรือระบบที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีระบบรายงานในโปรแกรมต่างๆ อยู่แล้ว ดังตัวอย่างในกรอบที่ 3.1.

โรงพยาบาลจะต้องสนับสนุนให้โปรแกรมต่างๆ ที่มีระบบรายงานอยู่แล้ว เช่น ระบบประกันและพัฒนาคุณภาพรับผิดชอบ ดำเนินการระบบรายงานต่อไป โดยผู้จัดการความเสี่ยงมีหน้าที่ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเหล่านี้. นอกจากนั้นผู้จัดการความเสี่ยงยังต้องเข้ามารับผิดชอบต่อทันทีเมื่อ:

- 1) มีการรายงานเหตุการณ์หรือความเสี่ยงจากบุคคล/หน่วยงานอื่น โดยไม่ผ่านโปรแกรมที่จัดระบบไว้แล้ว

เช่น รายงานของผู้ตรวจการพยาบาล หรือของหน่วย
รักษาความปลอดภัย.

- 2) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากจนโปรแกรมที่
รับผิดชอบอยู่ไม่อาจรองรับได้.

กรอบที่ 3.2 รายงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง

โปรแกรม	รายงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง
ประกันคุณภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการบรรลุข้อกำหนดที่ต้องทำ (100% standard) ซึ่งเป็นข้อกำหนดที่สำคัญและไม่สามารถละเลยได้ - เครื่องชี้วัดที่สำคัญ เช่น การเสียชีวิต, ผู้ป่วยหายหรือสลับตัว, เครื่องมือชำรุด, การติดเชื้อในโรงพยาบาล, ความผิดพลาดในการรักษา, ความผิดพลาดในการให้ยา
อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุ - รายงานต่อกองทุนทดแทนแรงงาน - รายงานการตรวจสอบสิ่งแวดล้อมในการทำงานของแต่ละหน่วย
การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - ความถี่และอัตราการติดเชื้อในหน่วยงานต่างๆ
อุบัติการณ์เกี่ยวกับยา	<ul style="list-style-type: none"> - ความผิดพลาดในการให้ยา (ผิดยา ผิดขนาด ผิดคน ผิดเวลา ผิดวิธี) - ผลข้างเคียงของการใช้ยา (ADR) - ยาหาย (โดยเฉพาะยาเสพติด)
การรักษาความปลอดภัยและการป้องกันอัคคีภัย	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานการเกิดโจรกรรมและทำลายทรัพย์สิน - รายงานการฝึกซ้อมป้องกันอัคคีภัย, การเกิดอัคคีภัย, การมีสัญญาณเตือน
รายงานเหตุการณ์นอกเวลาทำการ	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างอยู่เวรของผู้ตรวจการพยาบาลและผู้บริหาร

ข. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Occurrence)

รายงานประเภทนี้มี 3 ลักษณะคือ รายงานอุบัติการณ์ (incident report), การคัดกรองเหตุการณ์ (occurrence screening), รายงานเหตุการณ์ (occurrence report) ดังได้กล่าวไว้ในบทที่ 2.

เป็นที่ชัดเจนว่าขั้นตอนแรกในการจัดระบบบริหารความเสี่ยงคือการปรับปรุงรายงานอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ภายในโรงพยาบาล. การรายงานและสืบสวนแต่เริ่มแรกจะช่วยแก้ปัญหาได้อย่างทันท่วงทีและลดความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น และช่วยให้ค้นหาข้อมูลได้ในขณะที่เหตุการณ์ยังอยู่นอยู่. นอกจากนี้ยังเป็นการบันทึกประวัติศาสตร์ด้วยข้อมูลที่น่าเชื่อถือไว้เป็น risk profile ของโรงพยาบาล.

ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยงจะต้องรับผิดชอบเป็นเจ้าของระบบรายงานนี้ ทำให้มีความสมบูรณ์และตอบสนองต่อข้อมูลที่ได้รับ. ระบบรายงานนี้เป็นระบบเดียวที่จะมีการเปลี่ยนแปลงเจ้าของและผู้รับผิดชอบ เพื่อให้เกิดการประสานเป็นหนึ่งเดียว.

ระบบรายงานที่ดีควรมีลักษณะต่อไปนี้:

- 1) มีคำจำกัดความของอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของโรงพยาบาล
- 2) มีแนวทางที่ชัดเจนว่าในกรณีใดที่จะต้องเขียนรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์
- 3) กำหนดผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการเขียนรายงาน
- 4) กำหนดเส้นทางเดินของรายงานที่รัดกุม เป็นหลักประกันในการรักษาความลับ และไม่อนุญาตให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าถึงได้

- 5) ลักษณะของกิจกรรมแก้ปัญหาซึ่งจะตามมาจากรายงาน และการสร้างความเข้าใจว่าการแก้ปัญหาไม่ใช่การลงโทษ

ค. รายงานอุบัติการณ์ทางการแพทย์ (Medical Incident)

แพทย์ควรมีหน้าที่รายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ. ในกรณีที่แพทย์ยังไม่ให้ความสำคัญกับการรายงานดังกล่าวมากนัก มีวิธีการที่เป็นไปได้ดังนี้:

- 1) ผู้อำนวยการและหัวหน้าแผนกต่างๆ จะต้องสื่อไปยังแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นๆ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลและเภสัชกร) ว่าผู้บริหารจำเป็นต้องรับทราบเหตุการณ์เหล่านี้และจะเก็บข้อมูลทั้งหมดไว้เป็นความลับทั้งในด้านของผู้รายงานและผู้เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์.
- 2) มอบหมายให้เจ้าหน้าที่เวชระเบียนรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการทบทวนเวชระเบียน (ดูกรอบที่ 3.3).
- 3) คำร้องเรียนเกี่ยวกับแพทย์ทั้งหมดจะได้รับการคัดกรองโดยแพทย์ที่ได้รับมอบหมายเพื่อตรวจสอบว่าเป็นการร้องเรียนโดยสุจริตใจหรือไม่.
- 4) ผู้นำแพทย์จะต้องยืนยันว่าการบริหารความเสี่ยงไม่ใช่การเฝ้าระวังหรือการลงโทษแพทย์ แต่เป็นสิ่งที่จะสนับสนุนแพทย์ด้วยการค้นหาความผิดพลาดที่เกิดขึ้นก่อนที่จะเป็นเรื่องราร้องเรียน และวิเคราะห์กระบวนการหรือวิธีการทำงานที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงนั้น. แต่หากพบว่าอุบัติการณ์นั้นเป็นความบกพร่องของตัวบุคคล อุบัติการณ์นั้นจะถูกบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติของแพทย์ผู้รับผิดชอบ.

กรอบที่ 3.3 ข้อมูล/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ บันทึกเวชระเบียน

- การบาดเจ็บต่ออวัยวะในระหว่างการคลอด/ผ่าตัด หรือการตัดอวัยวะออกโดยไม่ได้วางแผน
- การกลับไปรับการผ่าตัดหรือกลับไปหรือห้องคลอดโดยไม่ได้วางแผน
- ภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือหยุดหายใจ
- การย้ายจากหอผู้ป่วยทั่วไปเข้าไปในหอผู้ป่วยวิกฤติ
- การสูญเสียทางระบบประสาทซึ่งเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด
- ใบยินยอมรับการผ่าตัด/หัตถการซึ่งไม่เรียบร้อยหรือไม่ปรากฏ
- การรับเข้านอนในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 7 วันด้วยการวินิจฉัยโรคเดิม
- การเสียชีวิต
- อัตราการตรวจศพผู้เสียชีวิต
- การทำร้ายตนเอง
- การไม่สมัครอยู่รับการรักษา
- อัตราการผ่าตัดคลอด
- การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยใน
- การที่ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มจนได้รับบาดเจ็บ

ง. คำร้องเรียนของผู้ป่วย

คำร้องเรียนของผู้ป่วยให้ความหมาย 3 ประการคือ 1) เป็นการขอความช่วยเหลือจากผู้ที่อยู่ในภาวะไม่ปกติและต้องการความเข้าใจ 2) เป็นการจุดประกายให้เห็นโอกาสพัฒนากระบวนการที่เกี่ยวข้อง (3) เป็นการส่งสัญญาณเตือนว่ามีปัญหาในการสื่อสารและเจตคติระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ.

แนวทางสำหรับผู้บริหารมีดังนี้:

- 1) ให้มีข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยในทุกหน่วยบริการทางคลินิก.
- 2) ให้มีการบันทึกคำร้องเรียนของผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้ง รวมทั้งในกรณีที่มีการร้องเรียนด้วยคำพูด.
- 3) ให้รายงานการตอบสนองคำร้องเรียนของผู้ป่วยทุกรายภายในเวลาที่กำหนดไว้ (เช่น ภายในเวรนั้น, ภายในวันนั้น, หรือภายใน 48 ชั่วโมงในกรณีผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว).
- 4) ส่งคำร้องเรียนทั้งหมดที่ส่งมาที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้กับผู้จัดการความเสี่ยง เพื่อศึกษาวิเคราะห์ร่วมกับผู้ร้องเรียนและเจ้าหน้าที่ และรายงานการแก้ปัญหาให้ผู้บริหารทราบ.

2.2 การสำรวจ/สัมภาษณ์หน่วยงาน

(Departmental Survey)

ก. การสัมภาษณ์

ในระยะแรกของการจัดระบบอาจจะยังไม่มีข้อมูลมากนัก การสัมภาษณ์หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ จะทำให้ได้รับทราบระบบรายงานที่มีอยู่, การตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอก, โอกาสเกิดความเสี่ยงในมุมมองของหัวหน้าหน่วยงาน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการทำ risk profile ของหน่วยงานและโรงพยาบาล.

ข. การสำรวจ

นอกเหนือจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหน่วยงานแล้ว การสำรวจในสถานที่โดยบุคคลที่ไม่ได้ทำงานประจำในหน่วยงานก็

เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะทำให้ค้นพบความเสี่ยงในด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อม และวิธีการทำงาน. แต่ต้องระมัดระวังที่จะไม่ให้การสำรวจนี้เป็นการจับผิดซึ่งกันและกัน เช่น เมื่อสำรวจแล้วให้รวบรวมความเสี่ยงทั้งหมดที่พบเห็นเข้าเป็นบัญชีของโรงพยาบาล แล้วส่งให้แต่ละหน่วยงานตรวจสอบตนเองว่ามีความเสี่ยงเหล่านั้นอยู่หรือไม่.

กรอบที่ 3.4 ตัวอย่างคำถามในการสัมภาษณ์หัวหน้าหน่วยงาน

- ในหน่วยงานของท่านมีความเสี่ยงอะไรบ้าง อะไรคือสิ่งที่ท่านพยายามป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นในปัจจุบัน
- ใน 2-3 ปีที่ผ่านมา มีอุบัติการณ์ร้ายแรงอะไรเกิดขึ้นบ้าง พอจะจัดทำบันทึกอุบัติการณ์เหล่านั้นให้แก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้หรือไม่
- ในมุมมองของท่าน มีความเสี่ยงอะไรอีกที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงควรจะรับทราบ
- มีหน่วยงานภายนอกเข้ามาตรวจสอบการทำงาน สถานที่ เครื่องมือ หรือขอรายงานจากหน่วยงานนี้บ้างหรือไม่ขอทราบชื่อและจุดเน้นของหน่วยงานภายนอกเหล่านั้น
- รูปแบบการบันทึกเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรืออุบัติการณ์เป็นอย่างไร
- เมื่อไรจะส่งรายงานอุบัติการณ์เหล่านั้นออกไปนอกหน่วยงาน ส่งไปให้ใคร

2.3 แหล่งข้อมูลจากภายนอก

การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นจะช่วยให้โรงพยาบาลจัดระบบบริหารความเสี่ยงได้ดีขึ้น. หน้าที่หนึ่งในระบบบริหารความเสี่ยงคือการตรวจสอบวารสาร, ข่าวสาร, webpage,

รายงานของบริษัทประกัน, รายงานการตรวจสอบของส่วนราชการ หรือแหล่งข้อมูลอื่นๆ. หน้าที่ของผู้บริหารคือการส่งข้อมูลเหล่านี้ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงดังกล่าวหรือไม่ และจะมีแนวทางในการควบคุมอย่างไร.

2.4 การเรียกร้องค่าเสียหาย

ระบบบริหารความเสี่ยงจะไม่สมบูรณ์หากมีคำร้องเรียนเรียกค่าเสียหายมาอยู่บนโต๊ะโดยที่ไม่ได้ตระหนักมาก่อน. การมีจดหมายหรือคำร้องเรียนของผู้ป่วย หรือญาติ หรือทนายความ หรือมีการขอดูแลระยะเบี่ยง เป็นเรื่องน่ากลัว เป็นการแสดงให้เห็นว่ามีความล้มเหลวในการค้นหาความเสี่ยง ละเลยในการสืบสวนและการป้องกันปัญหา. แทนที่จะใช้กลยุทธ์เชิงรุก กลับกลายเป็นการตั้งรับ.

ดังได้กล่าวมาแล้วว่าแหล่งข้อมูลในการค้นหาความเสี่ยง ได้แก่ รายงานจากแผนงานที่เกี่ยวข้อง รายงานเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์ ข้อมูลจากหน่วยงาน ข้อมูลจากแหล่งภายนอก และข้อมูลจากการฟ้องร้องหรือคำร้องเรียน. การจัดการกับข้อมูลเหล่านี้ทั้งหมดในเวลาเดียวกันจะเป็นงานที่เกินกำลัง ในช่วงต้นจึงต้องวางแผนว่าจะเริ่มกับข้อมูลอะไรก่อน และตั้งเป้าว่าจะสามารถควบคุมข้อมูลทั้งหมดได้ในที่สุด. แหล่งข้อมูลแต่ละแหล่งจะมีลักษณะพิเศษ เช่น ข้อมูลจากแหล่งจากภายนอกถือว่าเป็นความเสี่ยงที่ค้นหาไว้แล้ว จึงสามารถเริ่มต้นในขั้นต่อไปคือการประเมินความเสี่ยงได้เลย.

กรอบที่ 3.5 ความรับผิดชอบต่อกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง

แหล่งข้อมูล	1. ค้นหา	2. ประเมินความเสี่ยง	3. จัดการ	4. ประเมินผลระบบ
รายงานจากโปรแกรม	โปรแกรม	โปรแกรม	โปรแกรม	RM
รายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์	RM*	RM*	RM	RM
รายงานอื่นๆ	ผู้รายงาน	RM	RM	RM
ความเสี่ยงสูง	ผู้เกี่ยวข้อง	RM	RM	RM
สัมภาษณ์หัวหน้าหน่วยสำรวจ	หน่วยงาน	หน่วยงาน/RM	หน่วยงาน/RM	หน่วยงาน/RM
แหล่งข้อมูลภายนอก	ภายนอก	RM	RM	RM
คำเรียกร้องค่าเสียหาย	ผู้ร้องเรียน	RM		
RM = ผู้จัดการความเสี่ยงหรือคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง RM* = เป็นหน้าที่ที่ผู้จัดการความเสี่ยงหรือคณะกรรมการต้องดำเนินการ โปรแกรม = การประกันและพัฒนาคุณภาพ, การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, การป้องกันอัคคีภัย/อุบัติเหตุ, อาชีวอนามัยและความปลอดภัย				

3. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

การประเมินความเสี่ยงครอบคลุมตั้งแต่การตอบสนองของเจ้าหน้าที่ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การจัดการกับการเรียกร้องค่าเสียหาย การดำเนินงานระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารความเสี่ยง และการประมวลผลข้อมูลความเสี่ยง.

3.1 การประเมินขั้นต้น (Initial Assessment)

เป็นการเชื่อมต่อการหว่างการบริหารความเสี่ยงในระดับหน่วยงานกับการบริหารความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาล. เริ่มต้นด้วยการประเมินและควบคุมความเสียหายโดยผู้อยู่ในเหตุการณ์ดังกล่าวแล้วในบทที่ 2, ตามด้วยการรายงานให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบ ซึ่งจะต้องมีการใช้ดุลยพินิจว่าเมื่อไรจะให้ผู้จัดการความ

เสี่ยงและผู้บริหารระดับสูงเข้ามารับผิดชอบ.

รายงานขั้นต้นซึ่งมักจะเป็นรายงานด้วยปาก จะช่วยให้ผู้ที่ไม่อยู่ในเหตุการณ์เข้ามามีส่วนร่วม. บุคคลที่สองอาจจะเป็นหัวหน้างาน หัวหน้าแผนก หรือผู้จัดการคุณภาพ จะทำหน้าที่ประเมินสาเหตุ ผลลัพธ์ โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ซ้ำ และ ความรุนแรง, ตัดสินใจว่าจะจัดการด้วยวิธีการปกติหรือต้องการความช่วยเหลือ เช่น หากเกิดการบาดเจ็บขึ้นกับผู้ป่วย เป็นกฎว่าผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจจากแพทย์, ถ้าพบว่าอาจมีอาหารเป็นพิษในโรงพยาบาลจะต้องปฏิบัติเสมือนมีสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งต้องการความช่วยเหลือและทิศทางจากผู้บริหารระดับสูงทันที.

ความรุนแรงของสิ่งที่เกิดขึ้นจะเป็นตัวกำหนดว่าผู้รับผิดชอบในการจัดการจะอยู่ในระดับหน่วยงาน/แผนงาน หรือจะรวมศูนย์มาอยู่ที่ผู้จัดการความเสี่ยง.

การรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้หัวหน้าพยาบาล หรือผู้บริหารความเสี่ยงได้รับทราบจะทำให้เกิดมุมมองที่กว้างขึ้น, สามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเข้ากับเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน ทำให้ต้องพิจารณาบทวนสมมติฐานเกี่ยวกับสาเหตุและเปลี่ยนแปลงการประเมินความเสี่ยง.

3.2 การบริหารคำเรียกร้องค่าเสียหาย

(Claim Management-CM)

การบริหารคำเรียกร้องค่าเสียหายเป็นกิจกรรมของผู้เชี่ยวชาญอีกด้านหนึ่ง และเป็นหน้าที่หลักของผู้บริหารความเสี่ยง. อุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ที่รุนแรงจะมีโอกาสที่จะถูกฟ้องร้องหรือเรียกร้องค่าเสียหายจะต้องได้รับการจัดการอย่างเร่งด่วน ถูกต้องและเป็นความลับ. กิจกรรมในการบริหารคำร้องเรียนได้แก่:

ก. การรับรู้ (Recognition)

ผู้พบเหตุการณ์จะต้องแจ้งให้ผู้จัดการความเสี่ยงได้รับทราบอุบัติการณ์และความรุนแรงที่เกิดขึ้นเพื่อจะได้วางแผนรองรับอย่างเหมาะสม โดยควรจะได้รับทราบภายใน 48 ชั่วโมง. บุคคลที่พบเหตุการณ์อาจจะแจ้งให้ผู้จัดการความเสี่ยงทราบโดยตรงหรืออาจจะนำเสนอในระหว่างการทบทวนรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์ซึ่งทำประจำวัน. ควรจะเป็นกฎว่ารายงานอุบัติการณ์ทุกฉบับจะต้องถูกส่งไปเก็บที่สำนักงานของผู้จัดการความเสี่ยง.

ข. การแจ้งให้ผู้รับประกันทราบ

ผู้รับประกันจะต้องทราบโดยเร็วที่สุดเกี่ยวกับโอกาสที่จะถูกเรียกร้องค่าเสียหาย. ผู้รับประกันอาจจะตั้งประเด็นคำถามหรือให้คำแนะนำการปฏิบัติและการสืบหาข้อเท็จจริง. การไม่แจ้งให้ผู้รับประกันทราบอาจจะมีผลต่อความคุ้มครองที่จะได้รับ.

ค. การรวบรวมหลักฐาน

ผู้รับผิดชอบคำเรียกร้องค่าเสียหาย (หรือผู้บริหารความเสี่ยง) จะต้องรวบรวมหลักฐานข้อเท็จจริงที่จำเป็นให้มากที่สุดและเก็บไว้ในที่ปลอดภัย. ลักษณะของหลักฐานที่ควรมีการรวบรวมเก็บไว้ได้แก่ ต้นฉบับของเวชระเบียนผู้ป่วย, เอกสารซึ่งไม่ได้เก็บไว้ในเวชระเบียนตามปกติ เช่น บันทึกการ monitor, ฟิล์มเอกซเรย์, แผ่นสไลด์ทางพยาธิวิทยา, เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์, ชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ของพยาน เพื่อนร่วมห้องของผู้ป่วย, ชื่อเจ้าหน้าที่ที่ขึ้นเวรรับผิดชอบ. ข้อมูลเหล่านี้จะต้องเก็บเข้าไว้ในที่เก็บที่ปลอดภัยและล็อกกุญแจ.

ง. การระงับคำเรียกร้องค่าเสียหาย (Discouraging Claim)

โรงพยาบาล (พร้อมด้วยทนายความของผู้รับประกัน) ควรตอบสนองต่อผู้ป่วย/ครอบครัวอย่างเหมาะสมเพื่อให้ป้องกันการฟ้องร้องเรียกร้องค่าเสียหาย (แต่หากได้ยื่นฟ้องไปแล้วจะไม่มีประโยชน์). การสื่อสารอย่างเปิดเผยและตรงไปตรงมาจะช่วยลดความตึงเครียดและขจัดความเข้าใจผิดที่เกิดขึ้น, ป้องกันการฟ้องร้องที่กินเวลายืดเยื้อและค่าใช้จ่ายสูง. ความสำเร็จในขั้นตอนนี้ขึ้นกับการตอบสนองต่อปัญหาหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นทันทีโดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง.

จ. การสืบหาข้อเท็จจริง

ควรดำเนินการสืบหาข้อเท็จจริงอย่างละเอียดและไม่มีอคติโดยเร็วที่สุด. เริ่มจากการตรวจสอบว่ามีการบันทึกรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์ที่สมบูรณ์ สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและจดบันทึก. เจ้าหน้าที่จะต้องมั่นใจว่าโรงพยาบาลจะให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำทางกฎหมายตามความจำเป็น. เจ้าหน้าที่จะต้องระมัดระวังในการให้ข้อมูลกับบุคคลต่างๆ นอกเหนือจากทนายความของผู้รับประกันและผู้บริหารของโรงพยาบาล. โรงพยาบาลต้องมั่นใจว่ามีการแก้ไขปัญหาโดยเร็วที่สุดเพื่อป้องกันการขยายตัวของความเสียหายหรือการเกิดซ้ำ.

ฉ. การทำงานกับทนายความของผู้รับประกัน

โรงพยาบาลจะต้องดำเนินการตามขั้นตอนที่กล่าวมาพร้อมกับเจ้าหน้าที่ด้วยความระมัดระวัง. ทนายความของผู้รับประกันอาจจะเข้ามาช่วยชี้แนะในขั้นตอนดังกล่าว เช่น การเตรียมเอกสารเพื่อต่อสู้คดี การตรวจสอบค้นหาลักฐาน การจัดการศพ การ

พิสูจน์หลักฐาน การอุทธรณ์ การประนีประนอม ทั้งนี้ผลสำเร็จขึ้นกับความใส่ใจในทุกขั้นตอนของผู้เกี่ยวข้อง.

3.3 การประเมินความเสี่ยงในอนาคต

เป็นการนำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันมาพิจารณาว่ามีลักษณะอย่างไร ผลเป็นอย่างไร มีปัจจัยอะไรเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ นี้และเหตุการณ์อื่นที่มีลักษณะคล้ายกัน. สิ่งที่สนใจคือสาเหตุ ปัจจัยเสริม และโอกาสที่จะเกิดซ้ำ. การวิเคราะห์นี้จำเป็นต้องพิจารณาเหตุการณ์หลายเหตุการณ์เปรียบเทียบกับกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีฐานข้อมูลและระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงที่ดี.

ก. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Information System-RMIS)

โรงพยาบาลควรจัดสร้างระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงขึ้นเพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพในการรับรู้และเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงจะทำหน้าที่ต่อไปนี้:

- 1) เก็บรวบรวม สอบทาน และรายงานอุบัติการณ์ทั้งหมดในแต่ละช่วงเวลา.
- 2) แสดงให้เห็นแนวโน้มของข้อมูลในมิติต่างๆ เช่น ประเภทของอุบัติการณ์ สถานที่.
- 3) แสดงความสูญเสียที่เกิดขึ้นเป็นตัวเงิน.
- 4) วิเคราะห์อุบัติการณ์ลักษณะเดียวกันที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งๆ เพื่อให้ผู้บริหารได้รับทราบ และนำไปสู่การจัดทำเกณฑ์การประเมินก่อนรับผู้ป่วยเข้ามาทำการหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง.

- 5) การติดตามการชดใช้ค่าเสียหายที่เกิดขึ้นซึ่งมักจะเกิดขึ้นภายหลังอุบัติการณ์เป็นเวลานาน ระบบนี้จะต้องบอกได้ว่ารายการใดที่มีค่าเสียหายเกิดขึ้นสูงมาก และกำลังอยู่ในขั้นตอนใดของการดำเนินการ.

ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงจะทำงานได้ดีนั้น เมื่อ

- 1) ข้อมูลอุบัติการณ์ทั้งหมดจะต้องเข้ามาสู่ระบบทันทีที่มีการรายงานให้บุคคลนอกหน่วยงานได้รับทราบ. ระบบนี้จะต้องรองรับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ได้และส่งให้มีการติดตามข้อมูลเพิ่มเติมในภายหลัง.
- 2) แบบรายงานอุบัติการณ์ช่วยให้ผู้บันทึกสามารถระบุรหัสหรือจัดกลุ่มได้ง่าย เช่น มีช่องให้เติมรายละเอียดที่จำเป็นพอสมควร ทำให้ตรวจพบการเกิดปัญหาซ้ำๆ ได้ง่ายขึ้น.
- 3) ใช้คอมพิวเตอร์ที่เป็นอิสระไม่เชื่อมโยงกับเครือข่ายใดๆ เพื่อประโยชน์ในการรักษาความลับและจำกัดให้ผู้มีอำนาจเท่านั้นที่จะเข้าถึงระบบได้.

ข. ประสพการณ์ค่าเสียหายของโรงพยาบาล

การประเมินความเสี่ยงในอนาคตด้วยการศึกษาประสพการณ์ค่าเสียหายของโรงพยาบาล จะต้องตอบคำถาม 2 ข้อคือ โรงพยาบาลต้องดำเนินการเป็นพิเศษเพื่อจัดการกับเหตุการณ์นี้หรือไม่ ถ้าจำเป็นจะจัดการอย่างไร.

เพื่อตอบคำถามนี้ผู้จัดการความเสี่ยงต้องรู้ว่าเคยเกิดอะไรขึ้นในอดีต. ข้อมูลเหล่านี้จะได้จากรายงานซึ่งแสดงจำนวนและลักษณะของการเกิดเหตุการณ์ต่างๆ เป็นรายเดือน รายปี เปรียบ

เทียบระหว่างข้อมูลรายเดือนระหว่างปี รวมทั้งเหตุการณ์รุนแรงที่มีการฟ้องร้อง.

ในการทบทวนดังกล่าว โรงพยาบาลต้องตัดสินใจว่าสามารถรับต่อระดับความเสียหายที่เป็นอยู่หรือไม่ หรือต้องหากลยุทธ์อื่นเข้ามาเสริม. การตัดสินใจนี้ขึ้นกับแนวโน้มของการเกิดอุบัติเหตุการณ์ว่ามากขึ้นหรือลดลง.

4. การจัดการกับความเสี่ยง (Action to Manage Risk)

4.1 คณะกรรมการและผู้บริหาร

การจัดการกับความเสี่ยงไม่ได้เริ่มต้นที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง แต่เริ่มต้นที่คณะกรรมการโรงพยาบาลและผู้บริหารระดับสูง ซึ่งจะร่วมกันวางกรอบนโยบายในการทำงานเกี่ยวกับระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล.

ผู้บริหารทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและในส่วนองค์กรแพทย์มีหน้าที่ต้องจัดให้มีระบบบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล, มอบหมายให้แต่ละหน่วยรับผิดชอบการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานของตน, จัดทำระเบียบปฏิบัติสำหรับการบริหารความเสี่ยง รับรายงานสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ, ประสานระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน.

คุณค่าของบทบาทนี้อยู่การเชื่อมโยงกิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินการอยู่แล้วในลักษณะแยกส่วนและไม่เป็นทางการเข้ามาเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดเกราะกำบังที่จะปกป้องโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่.

4.2 แผนบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

องค์ประกอบของแผนบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ประกอบด้วย:

- 1) นโยบายของคณะกรรมการโรงพยาบาลในเรื่องความปลอดภัยของโรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง.
- 2) สิ่งที่คณะกรรมการโรงพยาบาลจะทำได้เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยและรายงานที่ต้องการ.
- 3) คำจำกัดความของความเสี่ยงและการบริหารความเสี่ยง.
- 4) ความรับผิดชอบของหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ในการจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน.
- 5) นโยบายการค้นหาและรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงที่มีความสำคัญสูง.
- 6) ความรับผิดชอบของแผนงานที่เกี่ยวข้องและการเชื่อมโยงกับระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล.
- 7) โครงสร้างองค์กรหรือการสื่อสารสำหรับการบริหารความเสี่ยง โดยระบุบทบาทของผู้จัดการความเสี่ยงและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง.

บางโรงพยาบาลอาจจะเขียนนโยบายสำหรับการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์แยกออกไป ซึ่งจะต้องระบุการเชื่อมโยงกับระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลด้วย โดยต้องมีตัวแทนขององค์กรแพทย์ในคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และมีผู้บริหารความเสี่ยงอยู่ในคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์.

แผนการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล สามารถสรุปได้ดังกรอบที่ 3.6 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแต่ละหน่วยงานยังคงมี

กรอบที่ 3.6 ความรับผิดชอบของหน่วยงานต่าง ๆ ในการจัดการ
กับความเสี่ยง

องค์ประกอบ ของความ ความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ					โปรแกรมระดับ รพ.
	แพทย์	พยาบาล	สถานที่/ พัสดุ	วินิจฉัย/ บริการ	บริหาร	
ผู้ป่วย	X	X		X	X	ประกันพัฒนาคุณภาพ
					X	แผนรองรับอุบัติเหตุ
เจ้าหน้าที่			X		X	อาชีพอนามัย
					X	บริการสุขภาพเจ้าหน้าที่
					X	เจ้าหน้าที่สัมพันธ์
ทรัพย์สิน			X			ความปลอดภัย
			X			ป้องกันอัคคีภัย
รายได้					X	ระบบบัญชี รพ.
ค่าเสียหาย	X	X		X		การควบคุมการติดเชื้อ
	X	X	X	X		ระบบรายงานอุบัติการณ์
ชื่อเสียง					X	ประชาสัมพันธ์
	X	X			X	ผู้ป่วยสัมพันธ์
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-right: 10px;"> <p>▼</p> <p>รายงานเหตุการณ์และแนวโน้ม</p> <p>▼</p> <p>คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง</p> <p>▼</p> <p>ผู้อำนวยการ</p> <p>▼</p> <p>คณะกรรมการโรงพยาบาล</p> </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <p>←</p> <p>↓</p> </div> </div>						

ความรับผิดชอบในการจัดการกับความเสี่ยงในหน่วยงานของตน
และรับผิดชอบในการช่วยระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
ด้วยการสำรวจและป้องกันความเสี่ยงบางอย่าง.

ทั้งหน่วยงานและระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
จะรายงานข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยง. หน่วยงานอาจจะรายงาน
เป็นรายเดือน, ในขณะที่ระบบใหญ่อาจจะทำรายงานเป็นราย 3
เดือน.

ในที่สุดผู้อำนวยการจะทบทวนข้อมูลและผลการวิเคราะห์
ต่างๆ เพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการโรงพยาบาล.

4.3 กลยุทธ์ในการจัดการกับความเสี่ยง

ก. กลยุทธ์ในการควบคุมความเสี่ยง (Risk Control)

ที่ใช้กันโดยทั่วไปคือ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การถ่ายโอน
ความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง การลดความสูญเสีย และการ
แบ่งแยกความเสี่ยง.

ผู้เกี่ยวข้องควรใช้คำถามมาตรฐานต่อไปนี้:

- 1) ขณะนี้ใช้กลยุทธ์อะไรในการจัดการกับความเสี่ยงนี้?
- 2) ที่ผ่านมามีผลเป็นอย่างไร?
- 3) สามารถทำให้ผลดีขึ้นกว่าเดิมหรือไม่?
- 4) มีกลยุทธ์อื่นที่สามารถนำมาใช้ได้หรือไม่?
- 5) ความรุนแรง (ค่าใช้จ่าย x ความถี่) มีมากจนต้องหา
กลยุทธ์ที่เข้มข้นมากขึ้นหรือไม่?

ชุดคำถามที่อาจใช้เพื่อหากลยุทธ์อื่นได้แก่:

- 1) จำเป็นหรือไม่ที่โรงพยาบาล/หน่วยงานจะต้องทำหน้าที่
ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสีย?
- 2) มีหน่วยงานอื่นหรือไม่ที่จะสามารถทำหน้าที่เหล่านี้
แทนเรา?
- 3) จะสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีเพื่อลดความเสี่ยงหรือ
เพื่อมีการป้องกันที่ดีขึ้นหรือไม่?
- 4) จะมีวิธีการช่วยเหลืออย่างไรหากเกิดอุบัติเหตุขึ้นใน
การปฏิบัติหน้าที่นี้?

- 5) มีวิธีการที่จะแบ่งแยกองค์ประกอบในการทำหน้าที่หรือระบบงานอย่างไร เพื่อว่าเมื่อส่วนหนึ่งไม่สามารถใช้การได้ ก็ไม่ทำให้ระบบทั้งหมดเสียหายไป?

ข. กลยุทธ์การบริหารการเงินเพื่อชดเชยความสูญเสียของโรงพยาบาล (Risk Financing)

มีความยืดหยุ่นน้อยกว่าการควบคุมความเสี่ยง. เจ้าหน้าที่การเงินที่ดูแลเรื่องการเงินประกันของโรงพยาบาลจะต้องร่วมอยู่ในคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงด้วยเพื่อพิจารณาประเด็นต่อไปนี้สำหรับความเสี่ยงแต่ละเรื่อง:

- 1) มีกรรมวิธีใดที่คุ้มครองความเสี่ยงนี้?
- 2) ความคุ้มครองนั้นเพียงพอหรือไม่หากมีการเรียกร้องค่าเสียหายในระดับสูง?
- 3) โรงพยาบาลควรทำประกันเพื่อขยายความคุ้มครองให้มากขึ้นหรือไม่?

5. การประเมินผล (Evaluation)

5.1 การประเมินผลประสบการณ์

เป็นการทบทวนโดยคณะกรรมการโรงพยาบาล ในแง่ของความถี่และความรุนแรงของความเสียหาย การฟ้องร้องเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และอุบัติการณ์อื่นๆ, พร้อมทั้งตั้งคำถามว่าระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพเพียงใด. มีการเปรียบเทียบผลงานที่เป็นอยู่กับข้อมูลเดิม และของสถานประกอบการอื่น ซึ่งผู้รับประกันหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมักจะมีข้อมูลเหล่านี้อยู่. คณะกรรมการโรงพยาบาลจะต้องให้ความสนใจกับการทำหน้าที่ในส่วนต่างๆ ของระบบซึ่งเป็นผู้แก้ไขปัญหา.

5.2 การประเมินวิธีการแก้ไขปัญห

การบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการซึ่งผู้บริหารความเสี่ยง/คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ตอบสนองต่อการที่มีความเสี่ยงใหม่เกิดขึ้น มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น หรือมีการระบุความเสี่ยงแต่ไม่สามารถจัดการอย่างได้ผล.

การบริหารความเสี่ยงคือการลดความเสี่ยงที่ไม่จำเป็นลงไปถึงระดับที่ผลประโยชน์ในการทำนั้นมีมากกว่าผลเสีย. เมื่อมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาล ความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บเนื่องจากสิ่งแวดล้อมจะมีเพิ่มขึ้น เช่น การลื่นล้ม การทำร้ายตนเอง การหลงทาง. การประเมินแนวทางแก้ไขปัญหคือการพิจารณาว่าถ้าโรงพยาบาลไม่เพิ่มเจ้าหน้าที่เพื่อเพิ่มการดูแลให้มากขึ้น, ก็ต้องถามว่าจะให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ด้วยกันเป็นกลุ่มในขอบเขตที่จำกัดได้หรือไม่, หากทำเช่นนั้นจะทำให้คุณภาพชีวิตลดลงหรือไม่.

5.3 การสะท้อนกลับ

การนำเสนอรายงานต่อคณะกรรมการโรงพยาบาลหรือทีมผู้บริหารระดับสูงทุก 3 เดือนไม่เป็นการเพียงพอ, แต่จะต้องมีการสื่อสารการตอบสนองของคณะกรรมการโรงพยาบาลออกมาให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ. ความเจ็บจากระดับสูงอาจถูกแปลความว่าไม่ยอมรับ หรือไม่สนใจ. จะต้องมีการสื่อสารออกมายังเจ้าหน้าที่ว่าคณะกรรมการโรงพยาบาลได้รับทราบ ได้พิจารณา และให้ความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ และทรัพย์สินของโรงพยาบาล.

חכאשחרת

ผู้รับผิดชอบ
ระบบบริหารความเสี่ยง

1. ผู้จัดการความเสี่ยง (Risk Manager)

กิจกรรมประกันและพัฒนาคุณภาพส่วนใหญ่จะมีหน่วยงานหรือโปรแกรมรับผิดชอบอยู่แล้ว. ความจำเป็นในการมีผู้จัดการความเสี่ยงอยู่ที่การพิจารณาภารกิจในส่วนที่ยังไม่มีผู้รับผิดชอบชัดเจน ได้แก่ การจัดการกับคำเรียกร้องค่าเสียหาย, การจัดการกับฐานข้อมูลความเสี่ยง, การให้ความรู้และสร้างความตื่นตัว และการเชื่อมโยงกับผู้บริหารระดับสูง.

1.1 รูปแบบของผู้จัดการความเสี่ยง

บุคคลที่จะรับผิดชอบกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลขึ้นกับขนาดของโรงพยาบาลและระบบบริหารความเสี่ยง เช่น:

- ผู้บริหารอาวุโสซึ่งได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการให้รับผิดชอบการบริหารความเสี่ยง.
- ผู้บริหารซึ่งรับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงอยู่แล้ว.
- ผู้จัดการความเสี่ยงเต็มเวลา.
- เปลี่ยนตำแหน่งผู้ประสานงานคุณภาพเป็นผู้บริหารความเสี่ยง ในสถานการณ์ที่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพได้ฝังตัวเข้าไปในทุกหน่วยงานจนเป็นวัฒนธรรมแล้ว.

1.2 คุณสมบัติของผู้จัดการความเสี่ยง

กรอบ 4.1 เปรียบเทียบให้เห็นว่าผู้จัดการความเสี่ยงที่ทำงานเต็มเวลาและที่ทำงานไม่เต็มเวลาควรมีคุณสมบัติคล้ายและต่างกันอย่างไร.

กรอบที่ 4.1 เปรียบเทียบคุณสมบัติและหน้าที่ของผู้จัดการความเสี่ยง

	ทำงานไม่เต็มเวลา	ทำงานเต็มเวลา
ความรู้และประสบการณ์	- ทำงานในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 ปี	- เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง
ประสบการณ์การบริหาร	- ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าแผนก	- ระดับหัวหน้าแผนก
ทักษะ	- การทำงานร่วมกับบุคคลอื่นและการแก้ปัญหา	- การทำงานร่วมกับบุคคลอื่นและการแก้ปัญหา
ความรู้เฉพาะ	- กฎหมายและการเรียกร้องค่าเสียหาย	- กฎหมายและการเรียกร้องค่าเสียหาย - การประกันเกี่ยวกับโรงพยาบาล
สายบังคับบัญชา	ขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการในเรื่องการบริหารความเสี่ยง	ขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการ

1.3 หน้าที่ของผู้จัดการความเสี่ยง

ผู้จัดการความเสี่ยงมีหน้าที่ประสานกิจกรรมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่เป็นงานประจำวัน อันได้แก่ การรายงานอุบัติการณ์, การบริหารค่าเรียกร้องค่าเสียหาย, การบริหารระบบ.

ผู้จัดการความเสี่ยงที่ทำงานเต็มเวลาอาจทำหน้าที่เกี่ยวกับการให้ความรู้และสร้างความตระหนัก, การประกัน และการประสานงานด้านกฎหมาย.

ก. การรายงานอุบัติการณ์

- ออกแบบดำเนินการรักษาระบบเพื่อให้แพทย์เจ้าหน้าที่ผู้ป่วย ญาติ ได้รายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลหรือต่อโรงพยาบาล. ระบบนี้ควรครอบคลุมคำร้องเรียนของผู้ป่วย จดหมายขอโทษความ และรายงานการตรวจสอบ.

ข. การบริหารคำเรียกร้องค่าเสียหาย

- ประเมินการเรียกร้องค่าเสียหาย ความเสียหายที่เกิดขึ้น โอกาสที่จะถูกฟ้องร้อง เพื่อนำเสนอต่อผู้บริหารระดับสูงและผู้รับประกัน.
- การรวบรวมและรักษาเอกสารหรือข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นเพื่อนำเสนอให้พนักงานอัยการหรือทนายความของโรงพยาบาล.
- ให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติเพื่อลดโอกาสที่จะถูกฟ้องร้อง.
- ปฏิบัติการเพื่อลดความรุนแรงของความเสียหาย การฟ้องร้อง หรือการจ่ายเงินชดเชยที่จะเกิดขึ้น.
- ร่วมในคณะกรรมการซึ่งเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย.

ค. การบริหารระบบ

- จัดให้มีสถิติเกี่ยวกับความถี่และความรุนแรงของอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล.
- รักษาความลับของข้อมูลซึ่งได้มาระหว่างการสืบสวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์.
- รวบรวม ประเมิน และกระจายข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้อง.
- จัดทำรายงานทุก 3 เดือนให้แก่ผู้อำนวยการและคณะกรรมการโรงพยาบาล.
- ให้คำแนะนำแก่หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ เกี่ยวกับการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์.
- ทบทวนข้อเสนอแนะที่ได้รับจากหน่วยงานภายนอก และติดตามให้มีการดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสม.
- แนะนำให้มีการทบทวนนโยบายและระเบียบปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ.

ง. การให้ความรู้และสร้างความตระหนัก

- ช่วยองค์กรแพทย์จัดทำ risk management profile สำหรับแต่ละแผนกหรือสาขา.
- ทบทวนประสิทธิผลของระบบป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญในโรงพยาบาล (เช่น การป้องกันอัคคีภัย, การตรวจสอบคุณสมบัติของแพทย์, การป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงาน).
- วางแผนและดำเนินการให้มีการฝึกอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงแก่เจ้าหน้าที่.
- ร่วมในการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่.

จ. การประกัน

- รายงานผู้รับประกันเมื่อมีเหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะมีการฟ้องร้องเกิดขึ้น.
- เป็นผู้ติดต่อกับผู้รับประกัน.
- ตรวจสอบว่าการทำประกันของโรงพยาบาลครอบคลุมอย่างเพียงพอ.

ฉ. การประสานงานด้านกฎหมาย

- ตรวจสอบว่าโรงพยาบาลปฏิบัติตามข้อกำหนดของกฎหมายในเวลาที่เหมาะสม.
- ตอบสนองต่อคำถามของโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องการฟ้องร้อง.
- ทบทวนสัญญาต่างๆ ที่โรงพยาบาลทำกับบุคคล/หน่วยงานภายนอก.

2. ข้อกำหนดในการปฏิบัติงานของกรรมการบริหารความเสี่ยง (Term of Reference: The Risk Management Committee)

1. ความมุ่งหมาย

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีหน้าที่สร้างหลักประกันในการให้บริการที่มีคุณภาพ การมีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และผู้มาเยี่ยม ด้วยการตรวจสอบกระบวนการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน จัดทำรายงาน ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ และสะท้อนผลงานให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ.

2. สมาชิก

ประกอบด้วยผู้อำนวยการหรือผู้ที่ผู้อำนวยการมอบหมาย (ประธาน) ประธานแพทย์*, รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล/หัวหน้าพยาบาล*, ผู้บริหารอาวุโสด้านบริการวิชาชีพ, ผู้บริหารอาวุโสด้านบริการสนับสนุน, ผู้บริหารอาวุโสด้านการเงิน, ผู้บริหารอาวุโสด้านทรัพยากรบุคคล, ประธานคณะกรรมการตรวจสอบทางการแพทย์, พยาบาลในหน่วยงานพิเศษ* เช่น ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหนัก, หัวหน้าแผนกฉุกเฉิน*, หัวหน้าแผนกวิศวกรรม/ซ่อมบำรุง*, หัวหน้าแผนกเวชระเบียน*, ประธานคณะกรรมการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน, ผู้ประสานงานคุณภาพ, ผู้บริหารคุณภาพ* (เลขานุการ).

ในการประชุมอาจจะเชิญประชาสัมพันธ์พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ เข้าร่วมประชุมด้วย.

3. ความรับผิดชอบ

คณะกรรมการมีหน้าที่รายงานโดยตรงต่อผู้อำนวยการ.

4. ความถี่ของการประชุม

ประชุมปีละ 10 ครั้ง.

(เนื่องจากคณะกรรมการมีขนาดใหญ่มาก อาจจะทำให้มีการประชุมเต็มคณะทุก 3 เดือน และให้คณะทำงานซึ่งมีเครื่องหมาย

* ประชุมกันในระหว่างเดือนที่เหลืออีก 8 เดือน)

5. หน้าที่รับผิดชอบ

- 5.1 ทบทวนอุบัติการณ์และการเรียกร้องค่าเสียหายที่สำคัญเพื่อค้นหาจุดอ่อนในระบบ.
- 5.2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อดูแนวโน้มหรือค้นหาความเสี่ยง.
- 5.3 เสนอแนะแนวทางป้องกันหรือควบคุมความเสี่ยง.
- 5.4 อภิปรายเกี่ยวกับการดำเนินงานและประสิทธิภาพของกลไกป้องกันและควบคุมความเสี่ยงที่มีอยู่.
- 5.5 ร่วมกับผู้จัดการความเสี่ยงในการค้นหาความเสี่ยงประเมิน และดำเนินการแก้ไขป้องกัน .
- 5.6 สร้างความตื่นตัวทั่วทั้งองค์กรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง.
- 5.7 จัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยงทุก 3 เดือนเสนอผู้อำนวยการและคณะกรรมการโรงพยาบาล.
- 5.8 ดำเนินการศึกษาหรือจัดทำโครงการอื่นๆ ที่คณะกรรมการหรือผู้อำนวยการมอบหมาย.

- Rowland, H.S.; Rowland, B.L. (1995) *The Manual of Nursing Quality Assurance vol 2*. Aspen Publishers, Inc., Maryland.
- Stock, R.G.; Lefroy, S.E. (1988) *Risk Management: A Practical Framework for Canadian Health Care Facilities*. Canadian Hospital Association Press, Ottawa.
- Wilson. (1991) *Risk Management: A Companion Document to the CCHFA Standards on Risk Management*. Ontario Hospital Association, Ontario.
- Wilson, CRM. (1992) *QA/CQI: Strategies in Health Care Quality*. W.B.Saunders, Toronto.