



คำสั่งโรงพยาบาลพนัสนิคม
ที่ ๓๘๘ / ๒๕๖๑
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ด้วยโรงพยาบาลพนัสนิคม ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลและคุณภาพบริการให้ได้ตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพ ตลอดจนการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพด้านอื่น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ประทับใจ และพึงพอใจ ตลอดจนเจ้าหน้าที่เป็นคนดี คนเก่ง มีความสุข

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และบรรลุตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลพนัสนิคมจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ดังรายชื่อต่อไปนี้

๑./ นางมณี	ธาดาดินทร์	ประธานกรรมการ /
๒./ นางสาววิลาสินี	สัตยาพิศย์	รองประธานกรรมการ
๓./ นางจริยภรณ์	นิคมชัยประเสริฐ	รองประธานกรรมการ
๔./ นางสาวแพรวพรรณ	จงแสงทอง	กรรมการ
๕./ นางนาตยา	วงศ์สิริวิทยา	กรรมการ
๖./ นางสาวสุนันทา	อารีย์วัฒน์	กรรมการ
๗./ นางวิวา	จำเมือง	กรรมการ
๘./ นางชไมพร	หน่วยคร	กรรมการ
๙./ นางสาวอรัญญา	แป้นทิม	กรรมการ
๑๐./ นางกัญญา	วงษ์นกแก้วทอง	กรรมการ
๑๑./ นายพงษ์ศักดิ์	มีน้อย	กรรมการ
๑๒./ นางสาวเสน่ห์	บุญเพ็ง	กรรมการ
๑๓./ นายวัชณู	บุญริบูรณ์	กรรมการ
๑๔./ นางกาญจนา	ไทยเจริญ	กรรมการ
๑๕./ นางสาวรสสุคนธ์	พินสะอาด	กรรมการ
๑๖./ นางภัทริญา	เลิศงามดี	กรรมการ
๑๗./ นางสุภารัตน์	รัตน์ไพบุลย์	กรรมการ
๑๘./ นายอนุพงษ์	ภิญโญ	กรรมการ
๑๙./ นางสาวนันทนวล	แสงรัตน์	กรรมการ
๒๐./ นางชติยา	สายศิลป์	กรรมการ
๒๑./ นางสมจิตร	รักจรรยาบรรณ	กรรมการ
๒๒./ นางนงลักษณ์	วงษ์บุญเพ็ง	กรรมการ
๒๓./ นางศิริพันธ์	สุวะมาตย์	กรรมการ
๒๔./ นายสนธยา	เอียบกงไชย	กรรมการ

๒๕. นางโสภณ

น้ำฟ้า

กรรมการและเลขานุการ

๒๖. นางลมัย

แนนนนท์

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่

๑. ดำเนินการระบบบริหารความเสี่ยง โดยมีองค์ประกอบสำคัญที่สนับสนุนการออกแบบระบบ การนำไปปฏิบัติ การธำรง และการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งมาตรการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ดังต่อไปนี้

- โครงหลักของการบริหารความเสี่ยง เช่น นโยบายการบริหารความเสี่ยง ขอบเขตการประเมิน ความเสี่ยง วัตถุประสงค์ ภารกิจ และความมุ่งมั่น ในการบริหารความเสี่ยง ที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร

- การจัดการภายในองค์กร เช่น สรุปรูปแบบจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ การออกแบบกระบวนการ และกิจกรรม การเชื่อมโยงกับระบบอื่น การกำหนดองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีม ทรัพยากรที่ใช้ การอบรมบุคลากร กระบวนการสื่อสารกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย การกำกับติดตามและ ประเมินผล

- รายการความเสี่ยงที่จะจัดการ ครอบคลุมความเสี่ยงด้านยุทธศาสตร์ ด้านคลินิก ด้าน ปฏิบัติการ ด้านการเงิน และด้านอื่นตรงต่าง ๆ

๒. ระบบบริหารความเสี่ยงได้รับการสนับสนุนโดยการมีนโยบาย แผน ระเบียบปฏิบัติ ทะเบียน ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) และกระบวนการต่างๆ ดังนี้

- นโยบายการบริหารความเสี่ยง แสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยงและแสดง ทิศทางในการดำเนินงาน

- แผนการบริหารความเสี่ยง แสดงวิธีการที่องค์กรจะใช้ในการบริหารความเสี่ยง เช่น ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ ความรับผิดชอบ กิจกรรม และทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยง

- กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง (โอกาส ที่จะเกิด และผลที่จะตามมา) การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงแต่ละชนิด แผนรับมือหรือป้องกัน ความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยง

- ทะเบียนจัดการความเสี่ยง ควรใช้บันทึกข้อมูลความเสี่ยงทั้งหมดที่ระบุไว้ (ทั้งทางด้านคลินิก และ ด้านที่ไม่ใช่คลินิก) และมีการปรับปรุงข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ ควรมีการจัดระดับความเสี่ยงที่ระบุตามความรุนแรง และโอกาสเกิดผลกระทบต่อองค์กร ควรมีแผนในการหลีกเลี่ยง ควบคุม บรรเทา และกำกับติดตามความเสี่ยงแต่ ละรายการที่ระบุไว้

- มีระเบียบปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งการจัดการเมื่อได้รับรายงานและการบันทึกข้อมูล

- ควรเฝ้าติดตามในประเด็น ผลการดำเนินงานจริงเทียบกับแผนการดำเนินงาน ตรวจสอบ

สถานการณ์ปัจจุบันแลประเด็นเฉพาะที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แล้วนำข้อมูลจากการกำกับติดตามและ ทบทวนไปใช้ในการพัฒนา

๓. มีการประเมินความเสี่ยงภายในองค์กร ทั้งนี้ เพื่อปกป้องผู้ป่วย/ผู้รับบริการจากผลไม่พึงประสงค์ที่ อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการ การประเมินความเสี่ยงควรครอบคลุมประเด็นเรื่อง

- การจัดการด้านยา

- การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ

- การควบคุมการติดเชื้อ

- การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
- การสื่อสารที่ผิดพลาดในช่วงการส่งมอบผู้ป่วยให้หน่วยงานอื่นดูแลต่อ
- โภชนาการ
- ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ เช่น การใส่ท่อหรือสายที่ผิดพลาด, แผลไฟไหม้/การบาดเจ็บจากการ

รักษาด้วยเลเซอร์

- ความเสี่ยงจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว เช่น ผลกดทับ

๔. มีกระบวนการในการรายงาน สืบหาสาเหตุ และดำเนินการ ที่ตอบสนองต่ออุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเหตุเกือบพลาด ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ หรือผู้มาเยือน และนำไปสู่การพัฒนาบริการให้ดีขึ้น กระบวนการควรครอบคลุมเรื่อง

- การอบรมเจ้าหน้าที่ในการระบุความเสี่ยง การรายงาน การตรวจสอบข้อเท็จจริง และการหาสาเหตุที่แท้จริง (root cause analysis)

- วิธีการจัดทำเอกสารและรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์

- การวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง

- ขั้นตอนในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ที่ได้รับผลกระทบจากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

๕. จัดการประเด็นที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ตามลักษณะบริการที่องค์กรจัดให้มี โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญด้านความปลอดภัยที่องค์กรอนามัยโลกระบุ และสอดคล้องกับเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย ยุทธศาสตร์และมาตรการป้องกันที่กำหนดขึ้นควรมีการออกแบบที่รัดกุม มีการสื่อสารโดยละเอียด และมีการสร้างความตระหนักเพื่อให้เกิดการนำไปปฏิบัติที่มีประสิทธิผล

๖. มีการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา

๗. ระบบบริหารความเสี่ยงดำเนินการแบบบูรณาการไปกับระบบงานที่เป็นความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กร

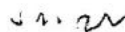
๗.๑ โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร อย่างมีประสิทธิภาพ

๗.๒ มั่นใจว่า อาคารสถานที่ พื้นที่ใช้สอย อุปกรณ์เครื่องมือ ยา และวัสดุ ครุภัณฑ์ที่ใช้ เป็นไปตามที่กฎหมาย/ระเบียบที่เกี่ยวข้องกำหนด อุปกรณ์เครื่องมือถูกใช้งานโดยคำนึงถึงความปลอดภัย

๗.๓ วางแผนการจัดการระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างเป็นระบบ และมีการออกแบบขั้นตอนที่เหมาะสมในการจัดการเวชระเบียนผู้ป่วย

ทั้งนี้ ให้คณะกรรมการดังกล่าวดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับแต่งตั้ง หากมีการพิจารณาเพื่อดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ ให้ประธานกรรมการนำเสนอคณะกรรมการบริหารรับทราบหรือพิจารณาก่อนดำเนินงาน

สั่ง ณ วันที่ ๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



(นายประยุทธ์ หมิ่นหน้า)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนัสนิคม