

## บทความเรื่อง บริหารความเสี่ยง อย่างเรียบง่าย สไตล์ สรพ.



หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง  
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

รหัส 5002-1-000-008-07-2560  
จำนวนหน่วยกิต 1.5 หน่วยกิต  
วันที่รับรอง 31 กรกฎาคม 2560  
วันที่หมดอายุ 30 กรกฎาคม 2561  
ชื่อ- นามสกุล ผู้เขียน ภญ.วณีนุช วราชุน

### บทคัดย่อ

ในยุคปัจจุบัน “การบริหารความเสี่ยง” เป็นประเด็นที่ทุกภาคอุตสาหกรรมให้ความสำคัญกันมากขึ้น เนื่องจาก ส่งผลโดยตรงกับผลลัพธ์ของการบริหารจัดการองค์กร เพราะเมื่อเกิดอุบัติเหตุ หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น มักเกิดผลกระทบในหลากหลายด้านตามมา อาทิเช่น ด้านภาพลักษณ์ขององค์กร ด้านคุณภาพของผลิตภัณฑ์หรือการบริการ รวมถึงด้านการเงิน ในฐานะเภสัชกรที่ต้องทำงานกับผู้ป่วย หรือผู้รับบริการโดยตรง จึงยิ่งจำเป็นต้องให้ความสำคัญในเรื่อง “ความปลอดภัย” และ “การบริหารความเสี่ยง” มากยิ่งขึ้นตามไปด้วย

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่เป็นที่ยอมรับ และประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนได้นั้น จำเป็นต้องออกแบบกระบวนการทำงานที่ไม่เพิ่มภาระให้กับผู้ปฏิบัติงาน เน้นการพัฒนาคุณภาพแบบเรียบง่าย ดังคำกล่าวที่ อ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ได้กล่าวไว้ว่า “การพัฒนาคุณภาพที่ ง่าย มั่น ดี” หากเราลองปรับเปลี่ยนมุมมองจากเดิม ที่เห็นว่า “การบริหารความเสี่ยงเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก” เปลี่ยนเป็น “การบริหารความเสี่ยงในแบบที่เรียบง่าย” แล้ว จะพบว่า “ความเสี่ยง” และ “ความเรียบง่าย” นั้น เป็นความเข้ากันได้อย่างลงตัวทีเดียว

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
2. เพื่อนำแนวทางการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลไปปรับใช้ในกระบวนการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## บทนำ

ในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่ระบบสุขภาพยุคใหม่ เป็นความท้าทายสำคัญที่เราต้องปรับตัวให้ทันต่อบริบทของสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป จากหนังสือ “ภาพอนาคตระบบสุขภาพ” โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้กล่าวไว้ว่า ภาพอนาคตระบบสุขภาพไทย ในปี 2566 เป็นภาพฝันที่ตรงกันว่า “ราษฎร์-รัฐ ร่วมคิด ร่วมสร้างสรรค์ ร่วมผลักดันระบบสุขภาพ” แสดงให้เห็นว่า บุคลากรสาธารณสุขทุกภาคส่วนต้องร่วมแรงร่วมใจกันผลักดันระบบสุขภาพไทย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน แต่เส้นทางเดินที่จะไปถึงจุดนั้นได้ เราในฐานะเภสัชกร อาจเริ่มต้นได้ง่ายๆที่ตัวเราเอง และในหน่วยงาน จากนั้นจึงต่อยอดไประดับทีมครอบครัวงาน ระดับโรงพยาบาล และในระดับประเทศต่อไป

อย่างที่ทราบกันดีว่า สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) เป็นองค์กรที่ส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์สุขภาพที่ดี สรพ.จึงได้ให้ความสำคัญอย่างมากในประเด็น “ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในสถานพยาบาล” ด้วยภาพฝันร่วมกันคือ เพื่อบริการสุขภาพของประเทศไทยเป็นบริการที่มีคุณภาพ นำไว้วางใจ ในทุกมิติ ทุกขั้นตอน ทุกเวลา สำหรับทุกคน

## ความเสี่ยง คืออะไร

“ความเสี่ยง” คำนี้ทุกคนคงเคยได้ยินกัน มีหลายองค์กรในต่างประเทศได้ให้คำนิยามความเสี่ยงไว้หลากหลายมุมมอง อาทิเช่น “Effect of uncertainty on an expected results” (ISO9001:2015) “The degree of uncertainty on achievement of objectives” (COSO 2004)

ตามที่ น.ท.หญิง ภัคกร โลงนะวงศกร ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบบริหารความเสี่ยง และผู้เยี่ยมชมสำรวจสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้กล่าวในหลักสูตรอบรม ระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล : HA601 ไว้ว่า “ความเสี่ยง” คือ ความเป็นไปได้ที่จะเกิดอุบัติการณ์หรือความล้มเหลว และ “ความเสี่ยง” คือ ผลของความไม่แน่นอนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งความไม่แน่นอนคือ ภาวะของการขาดข้อมูล/ความรู้ หรือความเข้าใจ เกี่ยวกับเหตุการณ์ ผลที่ตามมา หรือโอกาสเกิด สรุปได้ง่ายๆว่า “ความเสี่ยงเป็นเหตุการณ์ในอนาคตที่ไม่แน่นอนที่อาจก่อให้เกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ หรืออุบัติการณ์ที่ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้” นั่นเอง



และในอีกมุมมอง อ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ได้กล่าวไว้ว่า “ความเสี่ยง” คือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ สิ่งที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล อาจมีได้หลากหลาย อาทิเช่น การบาดเจ็บ การถูกทำร้าย เหตุร้าย ความไม่แน่นอน ภัยอันตราย หรือภัยคุกคาม รวมถึงการถูกเปิดเผยความลับ เป็นต้น

### ประเภทของความเสี่ยง

- (1) **ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk)** คือ เหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งเกิดในกระบวนการให้บริการโดยทั่วไป อาทิเช่น สิ่งของสูญหาย การทะเลาะวิวาท ท่อน้ำแตก คอมพิวเตอร์เสียหาย คิดค่าใช้จ่ายผิด เป็นต้น
- (2) **ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk)** คือ เหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งเกิดในกระบวนการให้บริการ การตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาล หรืออุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งจัดแบ่งได้ 2 ประเภทคือ
  - **ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk)** เป็นความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยในกระบวนการรักษาที่ไม่จำเพาะต่อโรคใดโรคหนึ่ง อาจใช้มาตรการเดียวกันในการป้องกันในภาพรวม นำไปสู่การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคได้ อาจพบได้ในระยะแรกของการพัฒนาระบบงาน

ตัวอย่างเช่น

- ความผิดพลาดในการวินิจฉัย
  - ความผิดพลาดในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
  - การติดเชื้อในโรงพยาบาล
  - อุบัติเหตุในการให้การรักษายาพยาบาล
  - อาการข้างเคียงจากการใช้ยาหรือการให้เลือด
  - การให้ยาผิด/ ให้เลือดผิด
  - ผู้ป่วยตกเตียง/ หกล้ม
  - ผล Lab/ X-ray ผิดพลาด เป็นต้น
- **ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk)** เป็นความเสี่ยงเฉพาะตามกลุ่มโรค/หัตถการที่สำคัญ หรือภาวะแทรกซ้อน โดยกำหนดโรคหรือหัตถการเป็นตัวตั้ง เพื่อพิจารณาว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงอะไรบ้าง

ตัวอย่างเช่น

- Normal labour → PPH
- Myocardial Infarction → Shock/ CHF
- DM → Hypo/ Hyperglycemia
- Tuberculosis → Relapse/ Reinfection เป็นต้น

ในบางเหตุการณ์ความเสี่ยงอาจเกิดขึ้นโดยที่ผู้รักษาพยาบาลอาจไม่รู้ตัว เราสามารถค้นหาความเสี่ยงเหล่านี้ได้ ด้วยการทบทวนทางคลินิกร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางร่วมให้ความเห็น

## มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ นำไปสู่การปฏิบัติ

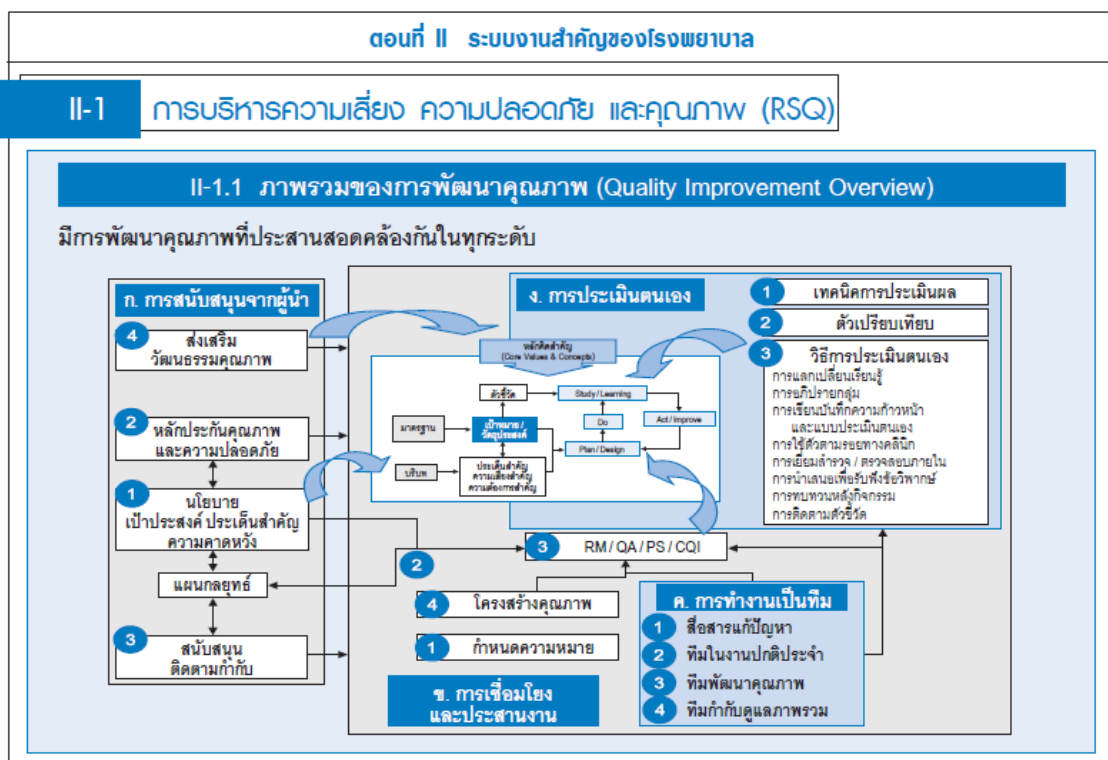
มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี นั้น เป็นมาตรฐานสำหรับการพัฒนาและการประเมินโรงพยาบาลทั้งองค์กร ซึ่งสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ มีเนื้อหาหลักในด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและระบบสำคัญของโรงพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรโดยรวม สรพ.จึงได้จัดทำมาตรฐานแยกเฉพาะเรื่อง การบริหารความเสี่ยงไว้ อยู่ในตอนที่ 2 ระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาล ข้อ 1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

#### II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

##### II-1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Overview)

มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกะดับ.



#### ก. การสนับสนุนจากผู้นำ

- (1) ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย.
- (2) ผู้นำระดับสูงสร้างหลักประกันว่าบริการที่จัดให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ.

- (3) ผู้นำทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย.
- (4) ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้.

#### **ข. การเชื่อมโยงและประสานงาน**

- (1) มีการกำหนดความหมายของคำว่า "ความเสี่ยง" และ "คุณภาพ" ที่จะใช้ในการทำงานขององค์กร.
- (2) โปรแกรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ เป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร.
- (3) มีการบูรณาการและประสานโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในทุกขั้นตอนของการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล.
- (4) มีโครงสร้างคุณภาพที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมกับองค์กรเพื่อประสานและช่วยเหลือสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ มีการกำหนดความรับผิดชอบ (accountability & responsibility) ในการพัฒนาคุณภาพและการพัฒนาผลการดำเนินการ.

#### **ค. การทำงานเป็นทีม**

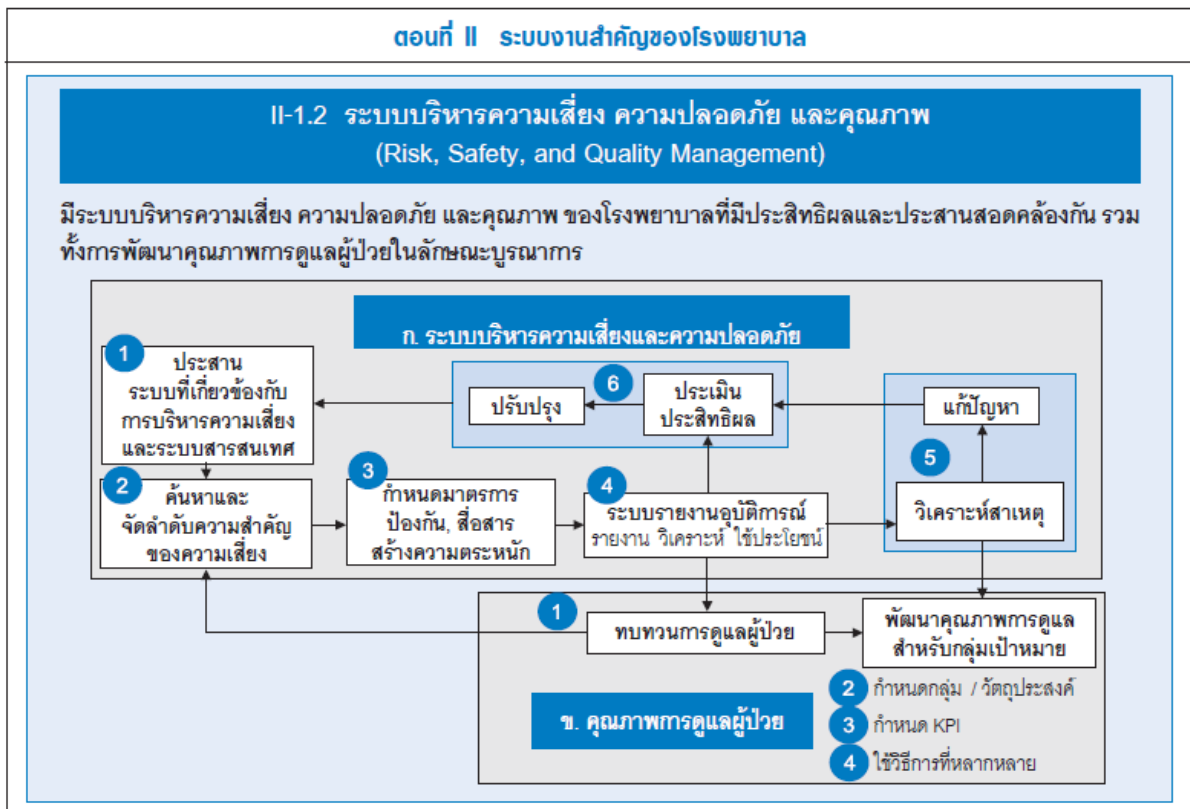
- (1) มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผล ทั้งภายในหน่วยงาน/วิชาชีพ ระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ.
- (2) บุคลากรร่วมมือกันให้บริการและดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง โดยตระหนักในความรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ทีมในงานปกติประจำ).
- (3) องค์กรส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย ทั้งทีมที่รวมตัวกันเองและทีมที่ได้รับมอบหมาย ทีมภายในหน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน/สหสาขาวิชาชีพ ทีมทางด้านคลินิกและด้านอื่นๆ (ทีมพัฒนาคุณภาพ).
- (4) องค์กรจัดให้มีทีมคร่อมสายงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทาง ให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมที่รับผิดชอบต่อระบบงานสำคัญขององค์กร (ทีมกำกับดูแลภาพรวม).

#### **ง. การประเมินตนเอง**

- (1) มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆอย่างเหมาะสม เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่ใช้วิธีการเชิงคุณภาพ ไปถึง การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย.
- (2) มีการประเมินผลโดยเปรียบเทียบกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร/หน่วยงาน ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากลตามความเหมาะสม.
- (3) มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึกความก้าวหน้าและแบบประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจหรือตรวจสอบภายใน การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด.

## II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (Risk, Safety, and Quality Management)

มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ.



### ก. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

- (1) มีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง.
- (2) มีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไปในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน.
- (3) มีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนักอย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล.
- (4) มีระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่เหมาะสม มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน.
- (5) มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (root cause) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม.
- (6) มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดีขึ้น.

## ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

- (1) มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแลและค้นหาโอกาสพัฒนา.
- (2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิกเป็นเป้าหมายที่จะพัฒนา กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ.
- (3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.
- (4) ทีมดูแลผู้ป่วยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพ วิถ้องค์รวม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์ root cause นวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ดีที่สุด การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษาฟื้นฟู ตามความเหมาะสม.

จะเห็นได้ว่า มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ตอนที่ II - 1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ นั้นได้กล่าวถึง ภาพรวมของการบริหารความเสี่ยงที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ รวมถึงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ

โรงพยาบาลควรจัดให้มีคณะทำงานด้านความเสี่ยง หรือที่เรียกว่า “คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง” ที่มีหน้าที่กำกับดูแลระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลก็เป็นส่วนสำคัญ ในการร่วมมือกันรายงานความเสี่ยงระหว่างปฏิบัติงาน เพื่อให้คณะทำงานด้านความเสี่ยงนำไปทบทวนพัฒนาระบบงานต่อไป

### ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

การบริหารความเสี่ยงไม่ใช่เรื่องใหม่สำหรับโรงพยาบาล แต่เป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินการอยู่แล้วในหลายๆเรื่อง เช่น การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การป้องกันอัคคีภัย การรักษาความปลอดภัย การรายงานอุบัติการณ์ ระบบประกันคุณภาพ เป็นต้น ประเด็นสำคัญเหล่านี้เมื่อนำมาจัดแบ่งหมวดหมู่ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล มักนิยมเรียกกันว่า “โปรแกรมบริหารความเสี่ยง” นอกจากนี้ที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังมีการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมประจำวันของหัวหน้าแผนกที่ จะจัดการกับความเสี่ยงในขอบเขตอำนาจของตน

การประสานกิจกรรมบริหารความเสี่ยง เพื่อให้เห็นภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาล ว่าโรงพยาบาลกำลังเผชิญกับความเสี่ยงอะไร ผลลัพธ์ของกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร การเชื่อมโยงองค์ประกอบต่างๆเข้าด้วยกัน นั่นคือ “ระบบบริหารความเสี่ยง” นั่นเอง



ระบบบริหารความเสี่ยงมีวัตถุประสงค์สำคัญคือ เพื่อรับรู้ ป้องกัน จำกัดความเสี่ยง อันตราย และ ความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งสร้างความตื่นตัวแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยใน องค์กร ระบบบริหารความเสี่ยงจะมีประสิทธิภาพได้ ต้องเกิดจากการรวมตัวกันขององค์ประกอบที่ครบถ้วน และสมบูรณ์ เพื่อเป้าหมายที่ชัดเจน ซึ่งแต่ละองค์ประกอบจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน



### การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)

การบริหารความเสี่ยง จัดว่าเป็นกิจกรรมเชิงรุกในการป้องกันความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น การค้นหาความเสี่ยงจึงเป็นการทบทวนโอกาสที่จะเกิดปัญหา โดยศึกษาจากเหตุการณ์ในอดีต สำรวจในปัจจุบันและ เฝ้าระวังไปในอนาคต ซึ่งอาจเรียนรู้จากประสบการณ์ หรือสิ่งรอบๆตัว เช่น เรียนรู้จากประสบการณ์ของ ตนเอง ประสบการณ์ของคนอื่น เรียนรู้ในระหว่างการทำงาน หรือเรียนรู้จากข่าวเหตุการณ์ในหนังสือพิมพ์ เพื่อวางแผนจัดการความเสี่ยงที่พบได้อย่างเหมาะสม

การค้นหาความเสี่ยง จัดแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ

- (1) **การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก** จากการทวนสอบระบบการทำงานด้วยวิธีการที่หลากหลาย ยกตัวอย่าง เช่น การลงเยี่ยมหน้างาน (Risk Round, ENV Round, IC Round) การค้นหาความเสี่ยงใน กระบวนการทำงาน การทำกิจกรรมทบทวน Trigger Tools เป็นต้น

(2) การค้นหาความเสี่ยงแบบตั้งรับ โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่พบเจอ ทั้งของตนเองและของผู้อื่น ยกตัวอย่างเช่น บันทึกประจำวัน รายงานอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ รายงานผลการตรวจสอบจากภายนอก เป็นต้น

แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ เมื่อเราพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเกิดภายใน หรือภายนอกหน่วยงาน ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ต้องรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกครั้ง เพื่อส่งต่อผู้บังคับบัญชา และคณะทำงานด้านความเสี่ยงได้รับทราบ และวางมาตรการป้องกันเชิงระบบต่อไป

### การรายงานอุบัติการณ์

โดยทั่วไปโรงพยาบาลจะมีการจัดทำแบบฟอร์มการรายงานอุบัติการณ์ เพื่อให้ใช้เป็นแนวทางเดียวกัน การรายงานความเสี่ยงที่ดี ควรมีรายละเอียดข้อมูลเหตุการณ์ที่ครบถ้วน สมบูรณ์ และทันเวลา เพื่อส่งเรื่องไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทบทวน ดำเนินการได้อย่างเหมาะสม

### การประเมินความเสี่ยง

ด้วยความเสี่ยงที่พบในโรงพยาบาลมีจำนวนมาก และหลากหลาย คณะทำงาน หรือ หัวหน้าหน่วยงาน จึงจำเป็นต้องจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่พบ ซึ่งโดยทั่วไปใช้หลักการคือ การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงมากและมีโอกาสเกิดบ่อย

การประเมินความเสี่ยง หรือ การจัดระดับความสำคัญของเหตุการณ์ อาจเรียกสั้นๆว่า “Risk Matrix” ซึ่งวิธีที่ง่ายที่สุด คือ การแบ่งความรุนแรงและโอกาสเกิดเป็น 2 ระดับ คือ

- 1) ความรุนแรง จัดแบ่งเป็น 2 ระดับคือ รุนแรงมาก และ รุนแรงน้อย
- 2) โอกาสเกิด จัดแบ่งเป็น 2 ระดับคือ โอกาสเกิดมาก และ โอกาสเกิดน้อย

ซึ่งมีรายละเอียดดังตาราง

โอกาสเกิด	ความรุนแรง	ความรุนแรง
	น้อย (1)	มาก (2)
บ่อย (2)	เกิดบ่อย รุนแรงน้อย (2x1=2)	เกิดบ่อย รุนแรงมาก (2x2=4)
ไม่บ่อย (1)	เกิดไม่บ่อย รุนแรงน้อย (1x1=1)	เกิดไม่บ่อย รุนแรงมาก (1x2=2)

แต่หากจะจัดระดับความสำคัญของเหตุการณ์แบบเต็มรูปแบบ จะสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับ คือ (1) Very Low Risk (2) Low Risk (3) Moderate Risk (4) High Risk และมีการจัดแบ่งสี เพื่อให้เข้าใจง่ายมากขึ้น รายละเอียดดังตาราง

**RISK RATING MATRIX**

		CONSEQUENCE				
		Insignificant	Minor	Moderate	Major	Catastrophic
LIKELIHOOD	Almost Certain	Low	Significant	High	High	High
	Likely	Low	Significant	Significant	High	High
	Possible	Low	Low	Significant	High	High
	Unlikely	Very Low	Low	Significant	Significant	Significant
	Rare	Very Low	Very Low	Low	Low	Significant

ระดับความเสี่ยง (Risk level)

ซึ่งทั้ง 2 รูปแบบนั้น จะใช้วิธีการประเมินโอกาสในการเกิด และผลกระทบที่คาดว่าจะได้รับ โดยใช้วิธีการให้คะแนน เพื่อจัดแบ่งความรุนแรงตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ทบทวน และนำเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงมากและมีโอกาสเกิดบ่อย มาวางแผนป้องกันเชิงระบบเป็นลำดับแรก จากนั้นจึงนำเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงน้อยมาวางแผนป้องกันในลำดับถัดไป

ในส่วนการจัดประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยาตามระดับความรุนแรงที่ส่งผลต่อผู้ป่วย โดย NCC MERP (National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention) (NCCPMERP, 2008) ซึ่งจัดระดับความรุนแรงเป็น ระดับ A-E โดยเรียงลำดับจากความรุนแรงน้อยไปมาก มีรายละเอียดดังตาราง

ระดับความรุนแรง	รายละเอียด
ไม่มีความคลาดเคลื่อน	
ระดับ A	ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ <u>มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้</u>
มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตราย	

ระดับ B	มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อน <u>ยังไม่ถึงผู้ป่วย</u>
ระดับ C	มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะ <u>ไปถึงตัวผู้ป่วยแล้ว</u>
ระดับ D	มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังจำเป็นต้องมีการ <u>เฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม</u>
<b>มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตราย</b>	
ระดับ E	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว <u>จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา</u>
ระดับ F	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว <u>จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือ อยู่โรงพยาบาลนานขึ้น</u>
ระดับ G	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร
ระดับ H	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงชีวิต
ระดับ I	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

ซึ่งระดับความรุนแรงที่จำเป็นต้องนำมาทบทวนอย่างเร่งด่วนเป็นอันดับต้นๆคือ **มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย หรือ ระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป** ด้วยเนื่องจากเรายึดอันตรายที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ แต่ทั้งนี้ ความรุนแรงที่ไม่เป็นอันตราย (ระดับความรุนแรง A-D) ก็จำเป็นต้องมีการเก็บข้อมูล และนำมาทบทวนด้วยเช่นกัน

### การควบคุมความเสี่ยง

กลยุทธ์ที่ใช้ในการควบคุมความเสี่ยงนั้นมีหลากหลาย อาทิเช่น

- (1) **การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง** คือการที่โรงพยาบาลยุติการทำหน้าที่บางอย่างที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การปิดห้องจ่ายยาเด็ก และเปิดจ่ายยาเพียงห้องเดียว ในช่วงเวลา 20.00-22.00 น. เนื่องจาก อัตรากำลังของเภสัชกรไม่เพียงพอ
- (2) **การส่องถ่ายความเสี่ยง** คือการมอบหมายให้บุคคลอื่นมาทำหน้าที่ที่มีความเสี่ยงแทน เช่น การส่งผู้ป่วยไปตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือเอกซเรย์นอกสถานที่
- (3) **การป้องกันความเสี่ยง** คือ การใช้มาตรการเพื่อลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุหรือความเสียหาย เช่น การใช้สติ๊กเกอร์สีติดที่กล่องยาในกลุ่มยาใกล้หมดอายุ

ในการเลือกกลยุทธ์เพื่อควบคุมความเสี่ยงนั้น **ควรพิจารณาทางเลือกที่เป็นไปได้และสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร** ในขณะที่มองจากมุมของการบริหารความเสี่ยง การหลีกเลี่ยงกิจกรรมบางอย่างเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงอาจจะเป็นสิ่งที่ควรกระทำ โดยเริ่มต้นจากความเสี่ยงที่สำคัญที่สุดไปสู่ความเสี่ยงระดับรองลงมา จนครอบคลุมความเสี่ยงหลักๆ ได้ทั้งหมด

## RCA คืออะไร

RCA หรือ Root Cause Analysis เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง หรือ สาเหตุรากเหง้าของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นๆ เพื่อขจัดสาเหตุได้ตรงจุด โดยนำอุบัติเหตุมาทบทวนว่าเกิดอะไรขึ้น ทำไมจึงเกิด และต้องทำอะไรเพื่อมิให้เกิด เพื่อให้ทราบสาเหตุรากเหง้าของปัญหา และวางมาตรการป้องกันเชิงระบบต่อไป

การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของปัญหานี้ **ควรหลีกเลี่ยงสาเหตุที่เป็น Human Error หรือความผิดพลาดจากตัวบุคคล** เพราะ Human Error เป็นเรื่องธรรมชาติ ที่อาจเกิดขึ้นได้ หากเรามองสาเหตุนี้เป็นหลัก จะทำให้ไม่เกิดการปรับปรุงพัฒนาระบบงาน **แต่สิ่งสำคัญ เราควรมองสาเหตุไปที่ตัวระบบงาน** เช่น กระบวนการทำงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การวางอัตรากำลัง เป็นต้น

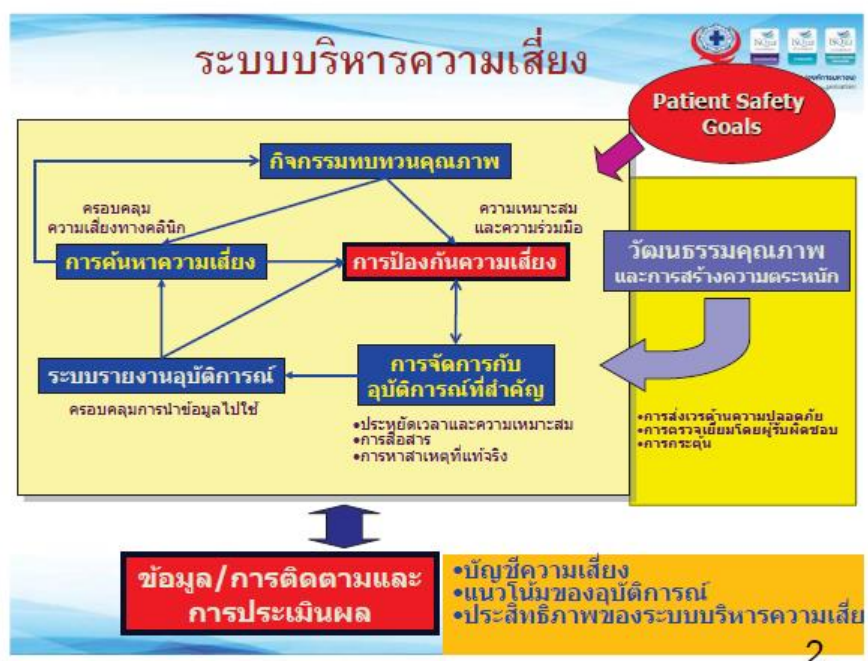
ดังนั้นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการทำ RCA คือ (1) การคิดเชิงระบบ เน้นปรับปรุงที่ตัวระบบงาน มากกว่ากล่าวโทษตัวบุคคลว่าเป็นต้นเหตุของปัญหา (2) การทำงานเป็นทีม (3) การมีวัฒนธรรมความปลอดภัย

## Safety Culture วัฒนธรรมความปลอดภัย

“วัฒนธรรม” คือวิถีชีวิตที่ฝังามที่ผู้คนปฏิบัติคล้ายกันโดยอัตโนมัติ ผู้คนยอมรับ และปฏิบัติจนเกิดความเคยชิน “ความเสี่ยง” ทำให้เรามองหาโอกาสเกิดปัญหา ปรับจากการตั้งรับมาสู่การสำรวจ แก้ไขป้องกัน

ในเชิงรุก “วัฒนธรรมความปลอดภัย” จึงหมายถึง ความเชื่อที่ทุกคนยึดมั่นปฏิบัติจนเป็นนิสัย ไปในทิศทางเดียวกันในเรื่องความปลอดภัย ลักษณะสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัย คือ

- 1) นำเรื่องความเสี่ยงมาเล่าสู่กันฟังอย่างสะดวกใจ
- 2) ทบทวนเรียนรู้เหตุการณ์ที่รุนแรงโดยไม่ชักช้า
- 3) เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีการรายงานอุบัติการณ์อย่างไม่ลังเลใจ
- 4) มองหาความเสี่ยงในงานอยู่ตลอดเวลา
- 5) หาวิธีการป้องกันความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความปลอดภัย
- 6) ต่อยอด ขยายผล จากจุดเล็กๆในหน่วยงาน
- 7) ส่งต่อข้อมูลความเสี่ยงระหว่างทีมคร่อมสายงาน เพื่อวางมาตรการป้องกันระดับโรงพยาบาล



องค์กรที่สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นได้ จะช่วยให้มีภูมิคุ้มกันที่ดี ทำให้สามารถตรวจจับ ป้องกัน และแก้ปัญหาที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงานได้ดีขึ้น และยั่งยืน

ระบบยาถือเป็นระบบงานสำคัญในโรงพยาบาล เกสซ์กรจึงเป็นกลไกหลักที่จะช่วยสร้างให้เกิด วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้วยการวางกระบวนการทำงาน หรือขั้นตอนต่างๆให้มีความรอบคอบ และรัดกุม ก็จะสามารถช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

## ตัวอย่างลักษณะของกระบวนการเกี่ยวกับยาที่ปลอดภัย

### การสั่งจ่ายยา (Ordering)

- 1) มีวิธีการสื่อสารคำสั่งที่เป็นมาตรฐาน
- 2) มีข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลยาที่จำเป็น ในรูปแบบที่พร้อมใช้
- 3) มีการใช้ protocols ตารางคำนวณขนาดยา และชุดคำสั่งที่มั่นใจได้ว่า สามารถใช้ยากลุ่มเสี่ยงได้อย่างปลอดภัย
- 4) มีการตรวจสอบขนาดยา เพื่อป้องกันการสั่งยาเกินขนาด
- 5) มีการทบทวนบัญชียาโรงพยาบาลให้เหมาะสม
- 6) ใช้คำสั่งด้วยวาจาเฉพาะกรณีฉุกเฉินเร่งด่วนเท่านั้น

### การจ่ายยา (Dispensing)

- 1) มีเภสัชกรอย่างน้อย 1 คนตลอด 24 ชั่วโมง
- 2) เภสัชกรทำงานบนหน่วยดูแลผู้ป่วย
- 3) เภสัชกรมีความพร้อมในการให้บริการจ่ายยา
- 4) มีการตรวจสอบคำสั่งจ่ายยาอย่างเหมาะสม ทั้งในเรื่อง การแพ้ยา อันตรกิริยา ขนาดยา และข้อห้ามใช้
- 5) มีการจ่ายยาในรูปแบบพร้อมใช้ และมีการเขียนฉลากยาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
- 6) มีการจำกัดยาในหน่วยดูแลผู้ป่วยตามความจำเป็น

### การให้ยา (Administration)

- 1) มี protocol และ checklist สำหรับ high-alert drug หรือยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ให้พร้อมใช้งาน
- 2) มีการให้ยาตามเวลามาตรฐาน
- 3) ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา มีส่วนช่วยในการ identified ตัวตน แจ้งข้อมูลแพ้ยา หรืออาการข้างเคียงที่พบ รวมถึง ระบุว่าตนเองได้รับยาอะไร เพราะอะไร

- 4) มีข้อมูลยาที่จำเป็นพร้อมใช้ ณ จุดให้ยา อาทิเช่น ข้อมูลการแพ้ยา ข้อมูลความคงตัวของยา คำแนะนำการให้ยา และข้อมูลอื่นๆที่จำเป็น

### การประเมินผลระบบ

การประเมินผลระบบ เป็นการตั้งคำถาม ระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพเพียงใด โดยการนำอุบัติการณ์ และผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นมาทบทวนว่า มีความเหมาะสม เพียงพอในการป้องกันความเสี่ยงแล้วรียัง

- **การประเมินผลประสพการณ์** โดยการรวบรวมและติดตามตัวชี้วัดด้านความเสี่ยงประจำเดือน รวบรวมกิจกรรมบริหารความเสี่ยงที่ได้ดำเนินการไปในรอบปี รวมทั้งสรุปค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น
- **การประเมินวิธีการแก้ไขปัญหา** เปรียบเทียบกับจำนวนอุบัติการณ์เรื่องนี้ในอดีต หรือในมุมมอง ความเสี่ยงจะเรียกว่า “จำนวนการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ”
- **การสะท้อนกลับ** การประเมินความตระหนักและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติตามแนวทาง รับฟังเสียงสะท้อนในมุมมองของผู้ปฏิบัติ

ในการประเมินผลระบบนั้น จะให้ความสำคัญกับจำนวนการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำมากที่สุด เพราะแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ภายหลังการทบทวน และปรับปรุงระบบในเรื่องนั้นๆอย่างแท้จริง ทั้งนี้การประเมินผลระบบ อาจต้องมองให้ครอบคลุมถึง เครื่องมือหรือเทคนิคที่ใช้ในการรายงาน คุณภาพของการรายงาน ความทันต่อเวลา ความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร รวมถึงการติดตาม รายงานสรุปภาพรวม และวิเคราะห์แนวโน้ม เพื่อคาดการณ์ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

จากที่กล่าวมาได้อธิบายถึงกรอบแนวคิดของระบบบริหารความเสี่ยง ซึ่งเริ่มต้นจากการค้นหา รายงาน ประเมินความเสี่ยง ควบคุม และประเมินผลระบบ ดังรายละเอียดในแผนภาพด้านล่างนี้





“การบริหารความเสี่ยง” และ “ความเรียบง่าย” สัมพันธ์กันอย่างไร

“การบริหารความเสี่ยง” และ “ความเรียบง่าย” ฟังดูแล้วทุกคนอาจคิดว่าเป็นคำที่ไม่น่าจะเข้ากันได้ แต่ “ความเรียบง่าย” จะเป็นสิ่งที่เชิญชวนให้ผู้คนมาร่วมปฏิบัติ ขณะที่ความยุ่งยากซับซ้อนมักผลักดันผู้คนให้หนีห่างออกไป หากต้องการให้ผู้ปฏิบัติร่วมแรงร่วมใจกัน จึงต้องทำให้สิ่งนั้นเป็นเรื่องเรียบง่าย นั่นเอง

การบริหารความเสี่ยงแบบเรียบง่าย เมื่อทุกคนปฏิบัติกันเป็นกิจวัตรอย่างต่อเนื่อง จนเกิดเป็น “วัฒนธรรมความปลอดภัยแบบเรียบง่าย” ซึ่งสามารถทำได้ง่าย ๆ โดยการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงาน ระหว่างวัน ยกตัวอย่างกิจกรรมดังต่อไปนี้

- พูดคุยกันอย่างง่าย ๆ เกี่ยวกับความปลอดภัยในทุกโอกาส เช่น พูดคุยเรื่องความเสี่ยงระหว่างการทำงาน ระหว่างการส่งเวร การตรวจเยี่ยมเพื่อรับรู้และช่วยเหลือในเรื่องความปลอดภัยโดยทีมผู้บริหารอย่างสม่ำเสมอ
- นำอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน มาเรียนรู้ร่วมกันอย่างเปิดใจ เพื่อหาทางปิดช่องโหว่ของระบบ ปรับกระบวนการให้เรียบง่าย ไม่ซับซ้อน เน้นความปลอดภัย และใส่ใจในคุณภาพ
- ทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพแบบเรียบง่าย เช่น ทบทวนเฝ้าระวังความปลอดภัยเคลื่อนทางยา แล้วสรุปขั้นตอน และผลการทบทวนด้วยแผนภูมิที่เข้าใจได้ง่าย

- การซักซ้อมความเข้าใจในการปฏิบัติตามมาตรฐานด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลายและสนุกสนาน แทนการเฝ้าตรวจสอบภายในในรูปแบบเดิมๆ
- มองไปรอบๆตัว นำประวัติผู้ป่วยสักรายหนึ่ง มาศึกษาต่อยอดความรู้ เช่น ถามตัวเองว่า มีความรู้อะไรที่น่าแสวงหาเพิ่มเติม เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยดีขึ้น มีองค์ความรู้ หรืองานวิจัย อะไรสนับสนุนแนวคิดนี้

## บทสรุป

เราได้เรียนรู้กรอบแนวคิดของระบบการบริหารความเสี่ยงที่เริ่มต้นตั้งแต่การค้นหา รายงาน ประเมิน ควบคุมความเสี่ยง และประเมินผลระบบ รวมถึงตัวอย่าง “การบริหารความเสี่ยงแบบเรียบง่าย” จนเกิดเป็น “วัฒนธรรมความปลอดภัยแบบเรียบง่าย” การจะสร้างให้องค์กรมีวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างยั่งยืนได้ ต้องใช้เวลา ต้องบ่มเพาะ ต้องสะสม ซึ่งวัฒนธรรมจะเกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันในคุณค่าของสิ่งที่กระทำ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีคิดของแต่ละตัวบุคคล แล้วค่อยๆเป็นความเห็นพ้องกันภายในองค์กร และเมื่อเกิดเป็นวัฒนธรรมแล้ว เราจะเห็นได้ว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยนี้จะเกิดกระจายทั่วทั้งองค์กร



ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่สำคัญที่สุด ของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยคือ ผู้นำจะต้อง กำหนดเรื่องความปลอดภัยเป็นกลยุทธ์สำคัญ สร้างวัฒนธรรมของการเปิดใจ ลดบรรยากาศความหวาดกลัว และการปกป้องตนเอง เพื่อสร้างวัฒนธรรมของความกล้าที่จะรายงานหรือพูดคุยเรื่องความผิดพลาดกันแบบ สดวกใจ ทำให้การบริหารความเสี่ยงและงานคุณภาพเป็นเรื่องเดียวกัน

## เอกสารอ้างอิง

### หนังสือ

- 1) สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย).2542. **คู่มือมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล.**  
กรุงเทพมหานคร : จันทรม่วงการพิมพ์
- 2) นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล.2543. **ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล.** นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและ  
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)
- 3) จรัส สุวรรณเวลา.2537. **ความเสี่ยงในโรงพยาบาล.** นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ  
โรงพยาบาล (พรพ.)
- 4) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).2546. **Patient Safety : Concept and  
Practice.** นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)
- 5) ดร.สุชาติ อุดมโสภกิจ, ผศ.ดร.จรวัยพร ศรีศัลลักษณ์, อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา, ภญ.ดร.ทิพชา โปษยา  
นนท์.2556. **ภาพอนาคตระบบสุขภาพ.** นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- 6) นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล.2555. **HA Update 2008.** นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
(องค์การมหาชน).

### สารสนเทศจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

- 7) น.ท.หญิง ภัคกร โลงนระวงศกร.2560. **Monitor & Evaluation Risk Management System**  
**เอกสารประกอบการเรียนการสอนหลักสูตร ระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล.** นนทบุรี :  
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
- 8) น้อยนุช ภูมิสนธิ์.2560. **ระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลคุณภาพ เอกสารประกอบการเรียน**  
**การสอนหลักสูตร ระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล.** นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพ  
สถานพยาบาล
- 9) องค์การสวนพฤกษศาสตร์ (อ.ส.พ.).2551. **คู่มือการบริหารความเสี่ยง.** องค์การสวนพฤกษศาสตร์  
(อ.ส.พ.). สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2560, จาก <http://www.qsbg.org/doc/Handbook/%A4%D9%E8%C1%D7%CD%A4%C7%D2%C1%E0%CA%D5%E8%C2%A751.pdf>