



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสันกำแพง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ โทร ๐-๕๓๔๔-๖๖๓๕

ที่ ชม ๐๐๓๒.๐๐๕/๑๕๗

วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติรายงานผลการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียนทั่วไป ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง กันยายน ๒๕๖๕ และเผยแพร่ในเว็บไซต์ของหน่วยงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันกำแพง

ด้วยทางคณะทำงาน ได้จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียนทั่วไป ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง กันยายน ๒๕๖๕ มีเรื่องร้องเรียนทั่วไปจำนวน ๒๘ เรื่อง จึงขออนุมัติ รายงานผลการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียนทั่วไป และเผยแพร่ในเว็บไซต์หน่วยงาน ให้สาธารณชนได้รับทราบ โดยทั่วกัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

(นางชuwat วรรณราช)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

-ทราบ/อนุมัติ-

(นายณรงค์เดช พิพัฒน์ธนวงศ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันกำแพง



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสันกำแพง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ โทร ๐-๕๓๔๔-๖๖๓๕

ที่ ชม ๐๐๓๒.๐๐๕/๑๕/๒

วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติรายงานผลการดำเนินงานรายปีเรื่องร้องเรียนให้ผู้ร้องเรียนทราบภายใน ๑๕ วัน

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง กันยายน ๒๕๖๕ และเผยแพร่ในเว็บไซต์ของหน่วยงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันกำแพง

ด้วยทางคณะกรรมการ ขอรายงานผลการดำเนินงานรายปีเรื่องร้องเรียนให้ผู้ร้องเรียนทราบภายใน ๑๕ วัน ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง กันยายน ๒๕๖๕ โดยไม่มีเรื่องร้องเรียนแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบภายใน ๑๕ วัน จึงขออนุมัติรายงานผลการดำเนินงานฯ และเผยแพร่ในเว็บไซต์ของหน่วยงาน ให้สาธารณชนได้รับทราบโดยทั่วกัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

(นางชวัญ วงษ์ราช)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

-ทราบ/อนุมัติ-

(นายณรงค์เดช พิพัฒน์ธนวงศ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันกำแพง



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลสันกำแพง โทร ๐-๕๓๔๔-๖๖๓๕-๓๗ ต่อ ๓๐๕
ที่ ชม ๐๐๓๓.๐๐๑/พข วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง รายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนด้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ รอบ ๑๒ เดือน
(๑ เมษายน ๒๕๖๕ – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕) ให้ผู้ร้องเรียนทราบ ภายใน ๑๕ วัน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันกำแพง

เรื่องเดิม

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการ กลไก ในการป้องกันและปราบปรามการทุจริต โดยมุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตผ่านกระบวนการ การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานของหน่วยงาน (Integrity Transparency Assessment : ITA) และให้มีการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน ทั้งนี้ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลสันกำแพง ได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานรับเรื่องร้องเรียนด้านทุจริตและประพฤติมิชอบ เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนด้านทุจริตและประพฤติมิชอบ นั้น

ข้อเท็จจริง

กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลสันกำแพง ขอรายงานว่า ไม่มีการร้องเรียนด้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ รอบ ๑๒ เดือน (๑ เมษายน ๒๕๖๕ – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕) จึงไม่มีการรายงานผลการดำเนินงานให้ผู้ร้องเรียนทราบ ภายใน ๑๕ วัน

ข้อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและอนุญาตให้เผยแพร่รายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนด้านการทุจริตและประพฤติมิชอบดังกล่าวทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาลสันกำแพง เพื่อให้สาธารณชนรับทราบและรับรู้ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนของโรงพยาบาล

(นางสมจิตร์ ปัญญาวิภาส)
เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

ทราบ/อนุญาต

(นายณรงค์เดช พิพัฒน์ธนวงศ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันกำแพง

รายงานผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงาน
หรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสันกำแพง



โรงพยาบาลสันกำแพง

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดมาตรการหรือแนวทาง การป้องกันและแก้ไขปัญหาการทุจริตและประพฤติมิชอบในส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐ โดยมุ่งเน้นการสร้างธรรมาภิบาลในการบริหารงาน และส่งเสริมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการตรวจสอบ ฝ้าระวัง เพื่อสกัดกั้นมิให้เกิดการทุจริตประพฤติมิชอบได้

งานรับเรื่องร้องเรียน โดยงานประกันสุขภาพและคณะกรรมการบริหารและจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลสันกำแพง ได้สรุปผลการดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนทั่วไป เรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน และเรื่องเกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ซึ่งได้มีการบริหารจัดการภายใต้จัดการเรื่องร้องเรียนบนพื้นฐานของหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) ของกระทรวงสาธารณสุข

งานประกันสุขภาพ

กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์สารสนเทศทางการแพทย์

คณะกรรมการบริหารและจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลสันกำแพง

กันยายน 2565

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทที่ 1 การจัดการเรื่องร้องเรียน	1
บทที่ 2 กระบวนการจัดการรับเรื่องร้องเรียนโรงพยาบาลสันกำแพง	3
บทที่ 3 ผลรายงานผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนปีงบประมาณ 2565	5
ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ	11
ภาคผนวก	12
บรรณานุกรม	17

บทที่ 1

การจัดการเรื่องร้องเรียน

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของโรงพยาบาลสังกัด (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) การประเมิน MOIT ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เป็นไปภายใต้ แนวคิด Open Data to Transparency และได้มีการปรับปรุงพัฒนาในด้านคุณธรรมและความโปร่งใสเพื่อให้เกิดธรรมาภิบาลในโรงพยาบาลสังกัด มีการดำเนินงานที่มุ่งให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนและส่วนรวมเป็นสำคัญ และลดโอกาสที่จะเกิดการทุจริตและประพฤติมิชอบในโรงพยาบาลสังกัดหน่วยงาน ส่งผลให้ สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนแม่บทการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) และปลัดกระทรวงสาธารณสุขเห็นชอบให้ขยายกรอบเวลาการใช้ถึงวันที่ 30 กันยายน 2565 เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2564 ตามหนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ.0217/ว755 ลงวันที่ 8 ตุลาคม 2564 เพื่อป้องกันการทุจริต

การส่งเสริมความโปร่งใสตามตัวชี้วัดที่ 4 โรงพยาบาลสังกัดต้องให้ความสำคัญในการรับฟังเสียงสะท้อนหรือข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือประชาชน รวมถึงการแจ้งเบาะแส การร้องเรียนเรื่องการทุจริตและประพฤติมิชอบ และต้องมีกระบวนการจัดการตอบสนองต่อข้อร้องเรียนอย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 1) กระบวนการร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน และ 2) กระบวนการร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบของหน่วยงาน กระบวนการดังกล่าวถือเป็นระบบที่สำคัญในการยกระดับคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐเนื่องจากการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้รับบริการมีช่องทางที่จะร้องเรียนการให้บริการหรือการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบของหน่วยงาน จะส่งผลให้เจ้าหน้าที่ของรัฐมีความตระหนักและปฏิบัติหน้าที่อย่างตรงไปตรงมา ไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้รับบริการรายใดรายหนึ่ง ดังนั้น การมีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนต่าง ๆ ของหน่วยงานจึงถือว่าเป็นการส่งเสริมความโปร่งใสให้หน่วยงานได้อีกวิธีหนึ่ง รวมถึงจะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สามารถสะท้อนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ได้อีกทางหนึ่งด้วย

เรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน หมายถึง เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ความไม่เป็นธรรมในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ โดยมีผู้ใช้บริการหรือผู้มีส่วนได้เสียเป็นผู้ยื่นเรื่องร้องเรียนต่อหน่วยงานโดยตรง รวมถึงผู้ให้บริการหรือผู้มีส่วนได้เสียยื่นเรื่องร้องเรียนต่อหน่วยงานอื่นและส่งต่อมายังหน่วยงานผู้เข้ารับการประเมินดำเนินการ ทั้งนี้เรื่องร้องเรียนทั่วไปต้องเป็นเรื่องร้องเรียนที่มีการดำเนินการตามคู่มือปฏิบัติการฯ เสร็จสิ้นภายในห่วงปิงงบประมาณ พ.ศ. 2565 หรืออาจจะเป็นเรื่องร้องเรียนทั่วไปของปีงบประมาณที่ผ่านมา แต่ยังมีการดำเนินการต่อในห่วงปิงงบประมาณ พ.ศ.2565

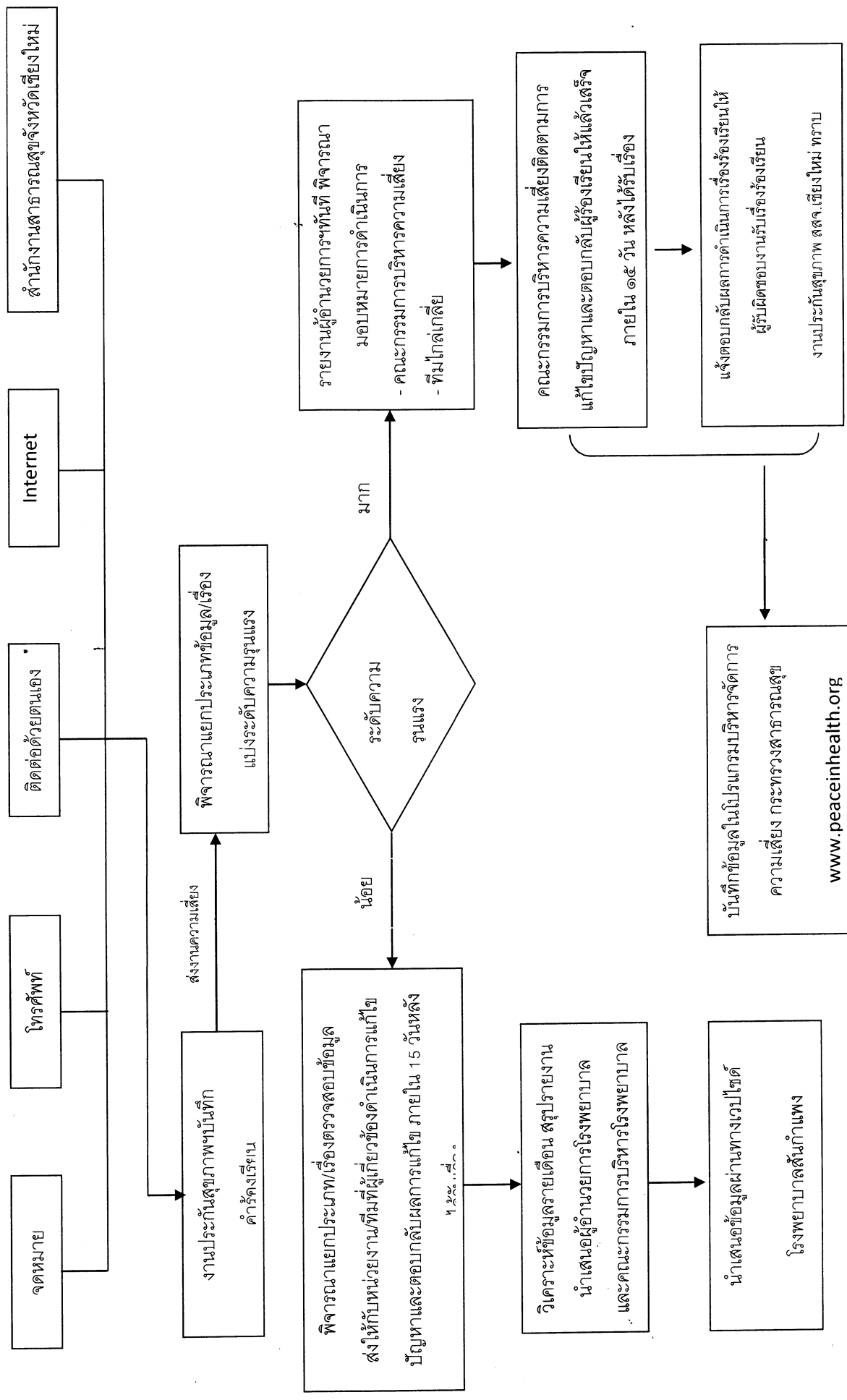
เรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ หมายถึง เรื่องร้องเรียนการดำเนินงานเกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบของหน่วยงาน โดยมีผู้ร้องเรียน / แจ้งเบาะแสการทุจริตและประพฤติมิชอบของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน รวมถึงมีผู้ใช้บริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยื่นเรื่องร้องเรียนต่อหน่วยงานอื่น และได้ส่งต่อมายังหน่วยงานผู้ได้รับการประเมินดำเนินการ ทั้งนี้เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบ ต้องเป็นเรื่องร้องเรียนที่มีการดำเนินการตามคู่มือปฏิบัติการฯเสร็จสิ้นภายในห่วงปิงบประมาณ พ.ศ. 2565 หรืออาจจะเป็นเรื่องร้องเรียนร้องเรียน / แจ้งเบาะแสการทุจริตและประพฤติมิชอบของปีงบประมาณที่ผ่านมาแต่ยังมีการดำเนินการต่อในห่วงปิงบประมาณ พ.ศ. 2565

การตอบสนองต่อเรื่องร้องเรียน หมายถึง ระบบการตอบสนองหรือรายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนให้ผู้ร้องเรียนทราบ ที่เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีพ.ศ. 2546 มาตรา 38 และมาตรา 41 โดยมีการกำหนดระยะเวลาในการตอบสนอง และแจ้งผลการพิจารณาเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน หรือเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบ ให้ผู้ร้องเรียนทราบภายใน 15 วัน ทั้งนี้จะแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบได้นั้น ต้องเป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดการเรื่องร้องทุกข์ พ.ศ. 2552 คือ ระบุชื่อ ที่อยู่ ให้ชัดเจน อนึ่ง ในปัจจุบันจะพบการดำเนินการในรูปของข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ดังนั้น ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์สามารถยืนยันที่อยู่ของผู้ร้องเรียนได้รวมถึงหมายเลขโทรศัพท์ทั้งโทรศัพท์พื้นฐานหรือโทรศัพท์เคลื่อนที่ ภายในห่วงปิงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 2 รอบการประเมิน คือ รอบ 6 เดือนและรอบ 12 เดือน

บทที่ 2

กระบวนการจัดการรับเรื่องเรียนโรงพยาบาลสำนักแพทย์

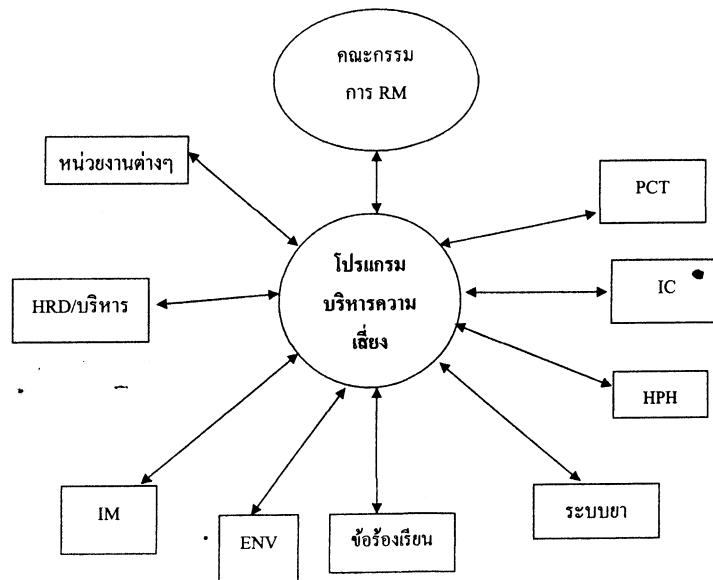
2.1 กระบวนการจัดการรับเรื่องเรียนทั่วไปของผู้รับบริการ



2.2 แนวทางการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โรงพยาบาลสันกำแพง

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง “คุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน”		โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Standard Procedure) SP-RM-001
โทร 0-5344-6635-7 ต่อ 302	เลขที่ 129 หมู่ 1 ต.บวกกิ่ง อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ 50130		
ฉบับที่ 1 หน้า 6 / 13	เรื่อง: แนวทางการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง		
ประกาศใช้เมื่อวันที่	ทบทวนแก้ไขครั้งที่ 00	วันที่ 18 กันยายน 2560	
18 กันยายน 2560	ทบทวนแก้ไขครั้งต่อไป	วันที่ 1 กันยายน 2561	

ระบบงานและกระบวนการบริหารความเสี่ยง



กระบวนการบริหารความเสี่ยง

กระบวนการบริหารความเสี่ยง เริ่มจาก ค้นหา/ตรวจจับความเสี่ยง ประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง (การรายงาน/แก้ไขความเสี่ยง) การติดตามและประเมินผล

บทที่ 3

ผลรายงานผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนปีงบประมาณ 2565

3.1 ผลรายงานผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนทั่วไป ปีงบประมาณ 2565

(ตุลาคม 2564 ถึง กันยายน 2565)

สรุปผลการดำเนินการรับเรื่องร้องเรียนทั่วไป
ประจำปี ๒๕๖๕ เดือนเมษายน ๒๕๖๕ ถึง กันยายน ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสันกำแพง

เรื่องร้องเรียน	จำนวน	ร้องเรียน ด้าน	ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางแก้ไข
๑. รอคอยแพทย์ และรอคอย รับบริการนานที่จุด OPD	๖ ครั้ง	ด้าน บริการ	๑. เกิดจากแพทย์มีการระงับ เพิ่มในการตรวจผู้ป่วยที่คลินิก ARI ๒. ผู้รับบริการจำนวนมาก บางวันขาดบุคลากร ปฏิบัติงานทำให้เกิดความ ล่าช้า	๑. แจ้งองค์กรแพทย์ทราบ เจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจช่วย จัดลำดับคิวตรวจในช่วงบ่าย ๒. ประชาสัมพันธ์แจ้งผู้รับบริการ ทราบเป็นระยะๆ
๒. รอเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อ ขึ้นหอผู้ป่วยในนาน	๑ ครั้ง	ด้าน บริการ	เปลมีการระงับหลายหน้าที่ (ออกเหตุ / เข้าเคสโควิดและ รอผลตรวจ ATK)	แจ้งจัดบริการรับทราบปัญหา ปรับปรุงระบบบริการ
๓. ไม่แจ้งสิทธิก่อนเข้ารับ บริการ และไม่มีการวัด อุณหภูมิแล้วบันทึกผลว่า ปกติ	๑ ครั้ง	ด้าน บริการ	เกิดความคลาดเคลื่อนในการ สื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับ เจ้าหน้าที่	แจ้งจัดบริการรับทราบปัญหา และปรับปรุงระบบบริการ
๔. ห้องเวชระเบียนและห้อง ฟัน ขาดการประสานงานว่า คิวเต็มหรือไม่	๑ ครั้ง	ด้าน บริการ	เนื่องจากผู้ป่วยต้องการมาชุด หินปูนอย่างเดียว เป็น หัตถการที่กระจาย ต้องเข้า ระบบคิวและนัดหมายบริการ เพื่อลดการแพร่เชื้อ	แจ้งจัดบริการรับทราบปัญหา และแก้ไขโดยการแจ้งผู้ป่วยให้ รับทราบเกี่ยวกับขั้นตอนการรับ บริการของหัตถการต่างๆ
๕. ผู้ป่วยขอใบรับรองแพทย์ กรณีกักตัว Home Isolation เพิ่ม แต่เจ้าหน้าที่ ไม่ออกให้	๑ ครั้ง	ด้าน บริการ	ผู้ป่วยมาติดต่อขอเพื่อ ต้องการใบรับรองแพทย์กรณี กักตัว Home Isolation ซึ่ง ทาง รพ. ได้ออกให้แล้ว และ ผู้ป่วยได้นำไปยื่น บ.ประกัน แต่บริษัทประกันปิดตัวไป จึง จะขอใบใหม่เพื่อไปยื่นอีก บริษัท	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนได้แจ้งจัด บริการรับทราบปัญหา และได้ ประสานขอใบรับรองแพทย์ให้ ผู้ป่วยเพิ่ม
๖. พยาบาลพูดจาไม่ดี	๓ ครั้ง	ด้าน พฤติกรรม บริการ	ภาระงานมาก ในภาวะที่ บุคลากรจำกัด ทำให้ เจ้าหน้าที่เกิดความเครียดใน การทำงาน	แจ้งผู้เกี่ยวข้องและหัวหน้างาน ทราบ ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข มีระบบเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อให้ บรรยากาศทำงานผ่อนคลายขึ้น

เรื่องร้องเรียน	จำนวน	ร้องเรียน ด้าน	ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางแก้ไข
๗.มาตรฐานรักษาที่คลินิก ARI แล้วฝนตกหนัก ผู้ป่วย ไม่ได้รับความสะดวก	๑ ครั้ง	ด้านอาคาร สถานที่	ตามมาตรการ New Normal ต้องแยกผู้ป่วย ARI ออกจาก จุดบริการอื่นๆ	แจ้งผู้เกี่ยวข้องและหัวหน้างาน ทราบ ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข ย้ายจุดบริการไปที่จุดบริการ ประตู ๒
๘.ลูกบิดประตูห้องน้ำหญิง เสียและขอเพิ่มเก้าอี้ให้ ผู้ป่วยนั่งรอตรวจให้มากขึ้น	๑ ครั้ง	ด้านอาคาร สถานที่	ผู้รับบริการมีจำนวนมาก ทำ ให้เก้าอี้ไม่เพียงพอ	ประสานผู้เกี่ยวข้องทราบ ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข ซ่อมแซมให้ใช้งานได้ตามปกติ -เพิ่มเก้าอี้ในจุดบริการให้เพียงพอ

เรื่องร้องเรียนทั่วไป ประจำปี ๒๕๖๕ เดือนเมษายน ๒๕๖๕ ถึง กันยายน ๒๕๖๕ มีจำนวน ๑๕ เรื่อง สามารถยุติ
ปัญหาได้ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐


 (นางชัชวัญ วงษ์ราช)
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
 ผู้บันทึกรายงาน
 วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕

สรุปผลการดำเนินการรับเรื่องร้องเรียนทั่วไป
ประจำปี ๒๕๖๕ เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง กันยายน ๒๕๖๕
โรงพยาบาลสันกำแพง

เรื่องร้องเรียน	จำนวน	ร้องเรียน ด้าน	ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางแก้ไข
๑. รพพบแพทย์ และรพคอย รับบริการนานที่จุดOPD	๑๐ ครั้ง	ด้าน บริการ	๑. เกิดจากแพทย์มีภาระงาน เพิ่มในการตรวจผู้ป่วยที่คลินิก ARI ๒. ผู้รับบริการจำนวนมาก บางวันขาดบุคลากร ปฏิบัติงานทำให้เกิดความ ล่าช้า	๑. แจ้งองค์กรแพทย์ทราบ เจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจช่วย จัดลำดับคิวตรวจในช่วงบ่าย ๒. ประชาสัมพันธ์แจ้งผู้รับบริการ ทราบเป็นระยะๆ
๑. ขอเจ้าหน้าที่ OPD ขาน ชื่อคนไข้และเลขคิว	๑ ครั้ง	ด้าน บริการ	ผู้รับบริการมีจำนวนมาก บางครั้งมีชื่อคล้ายกัน และ อาจได้ยินไม่ชัดเจน อยากให้ เจ้าหน้าที่ขานชื่อและเลขคิว	แจ้งจุดบริการรับทราบปัญหา ปรับปรุงขานชื่อพร้อมเลขคิว และการประกาศซ้ำทุก ๑๕ นาที
๒. รอคิวเปลี่ยนย้ายผู้ป่วยเพื่อ ขึ้นหอผู้ป่วยในนาน	๑ ครั้ง	ด้าน บริการ	เปลมีภาระงานหลายหน้าที่ (ออกเหตุ / เข้าเคสโควิดและ รอมผลตรวจ ATK)	แจ้งจุดบริการรับทราบปัญหา ปรับปรุงระบบบริการ
๓. ไม่แจ้งสิทธิก่อนเข้ารับ บริการ และไม่มีการวัด อุณหภูมิแล้วบันทึกผลว่า ปกติ	๑ ครั้ง	ด้าน บริการ	เกิดความคลาดเคลื่อนในการ สื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับ เจ้าหน้าที่	แจ้งจุดบริการรับทราบปัญหา และปรับปรุงระบบบริการ
๔. ห้องเวชระเบียนและห้อง ฟัน ขาดการประสานงานว่า คิวเต็มหรือไม่	๑ ครั้ง	ด้าน บริการ	เนื่องจากผู้ป่วยต้องการมาชุด หินปูนอย่างเดียว เป็น หัตถการฟุ้งกระจาย ต้องเข้า ระบบคิวและนัดหมายบริการ เพื่อลดการแพร่เชื้อ	แจ้งจุดบริการรับทราบปัญหา และแก้ไขโดยการแจ้งผู้ป่วยให้ รับทราบเกี่ยวกับขั้นตอนการรับ บริการของหัตถการต่างๆ
๕. ผู้ป่วยขอใบรับรองแพทย์ กรณีกักตัว Home Isolation เพิ่ม แต่เจ้าหน้าที่ ไม่ออกให้	๑ ครั้ง	ด้าน บริการ	ผู้ป่วยมาติดต่อรพ.เพื่อ ต้องการใบรับรองแพทย์กรณี กักตัว Home Isolation ซึ่ง ทาง รพ.ได้ออกให้แล้ว และ ผู้ป่วยได้นำไปยื่น บ.ประกัน แต่บริษัทประกันปิดตัวไป จึง จะขอใบใหม่เพื่อไปยื่นอีก บริษัท	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนได้แจ้งจุด บริการรับทราบปัญหา และได้ ประสานขอใบรับรองแพทย์ให้ ผู้ป่วยเพิ่ม

เรื่องร้องเรียน	จำนวน	เรื่องเรียน ด้าน	ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางแก้ไข
๖. ผู้รับบริการโดนทวาด พยาบาลพูดจาไม่ดี	๖ ครั้ง	ด้าน พฤติกรรม บริการ	ภาระงานมาก ในภาวะที่ บุคลากรจำกัด ทำให้ เจ้าหน้าที่เกิดความเครียดใน การทำงาน	แจ้งผู้เกี่ยวข้องและหัวหน้างาน ทราบ ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข มีระบบเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อให้ บรรยากาศทำงานผ่อนคลายขึ้น
๓. แพทย์ไม่คุยกับคนไข้	๒ ครั้ง	ด้าน พฤติกรรม บริการ	ผู้รับบริการมีจำนวนมาก เกิด ความเร่งรีบในการตรวจรักษา	แจ้งองค์กรแพทย์ทราบ ปรับปรุง การบริการให้ดีขึ้น
๗. มาตรวจรักษาที่คลินิก ARI แล้วฝนตกหนัก ผู้ป่วย ไม่ได้รับความสะดวก	๑ ครั้ง	ด้านอาคาร สถานที่	ตามมาตรการ New Normal ต้องแยกผู้ป่วย ARI ออกจาก จุดบริการอื่นๆ	แจ้งผู้เกี่ยวข้องและหัวหน้างาน ทราบ ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข ย้ายจุดบริการไปที่จุดบริการ ประตู ๒
๘. ลูกบิดประตูห้องน้ำหญิง เสียและขอเพิ่มเก้าอี้ให้ ผู้ป่วยนั่งรอตรวจให้มากขึ้น	๑ ครั้ง -	ด้านอาคาร สถานที่	ผู้รับบริการมีจำนวนมาก ทำ ให้เก้าอี้ไม่เพียงพอ	ประสานผู้เกี่ยวข้องทราบ ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข ซ่อมแซมให้ใช้งานได้ตามปกติ -เพิ่มเก้าอี้ในจุดบริการให้เพียงพอ
๕. พนักงานทำความสะอาด นำผ้าถูพื้นมาล้างในอ่างล้าง หน้า	๑ ครั้ง	ด้าน พฤติกรรม บริการ	ไม่มีจุดชักล้างสำหรับทำความสะอาด อุปกรณ์	ประสานทีม ENV, IC และฝ่าย บริหารแจ้งบริษัททำความสะอาด ทราบ ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
๖. ผู้รับบริการโดนสุนัขใน โรงพยาบาลกัด	๒ ครั้ง	ด้านอาคาร สถานที่	สุนัขจากภายนอกเข้ามาใน โรงพยาบาล ไม่มีคน ควบคุมดูแล	แจ้งเจ้าหน้าที่เทศบาลทราบ แต่ ยังไม่ได้รับการแก้ไข เบื้องต้นแจ้ง ยามให้ช่วยดูแล ไม่ให้สุนัขจาก ภายนอกเข้ามาในโรงพยาบาล

เรื่องร้องเรียนทั่วไป ประจำปี ๒๕๖๕ เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง กันยายน ๒๕๖๕ มีจำนวน ๒๘ เรื่อง สามารถยุติ
ปัญหาได้ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

(นางชัชวัญ วงษ์ราช)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
ผู้บันทึกรายงาน
วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕

3.2 สรุปผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่นกำแพง ปี 2565 (ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565)

รายงานผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ
รอบ ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

ลำดับที่	วันที่ร้องเรียน	เรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ พร้อมระบุปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไขปัญหา	วันที่ยุติเรื่อง
		ไม่มีเรื่องร้องเรียน		

หมายเหตุ เรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ รอบ ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕) มีจำนวนทั้งหมด - เรื่อง โดยได้แก้ไขปัญหามาเบื้องต้นและได้แจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบภายใน ๑๕ วัน ตามกำหนด นั้น ไม่มีเรื่องร้องเรียนที่ต้องได้รับการแก้ไขภายในกำหนดเวลาดังกล่าว

**รายงานผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ
รอบ ๑๒ เดือน (๑ เมษายน ๒๕๖๕ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕)**

ลำดับที่	วันที่ร้องเรียน	เรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบพร้อมระบุปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไขปัญหา	วันที่ยุติเรื่อง
		- ไม่มีเรื่องร้องเรียน -		

หมายเหตุ เรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ รอบ ๑๒ เดือน (๑ เมษายน ๒๕๖๕ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕) ไม่มีเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ โดยได้แก้ไขปัญหาล่วงหน้าและได้แจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบภายใน ๑๕ วัน ตามกำหนด นั้น ไม่มีเรื่องร้องเรียนที่ต้องได้รับการแก้ไขภายในกำหนดเวลา
ดังกล่าว

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียน

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลสันกำแพง ปี 2566 พบว่าความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบข้อเท็จจริง หรือการแก้ไขปัญหา เรื่องร้องเรียนล่าช้า พบว่า เรื่องร้องเรียนบางกรณีใช้ระยะเวลานานในการตรวจสอบข้อเท็จจริง

แนวทางแก้ไขและข้อเสนอแนะ

1. เมื่อเกิดกรณีร้องเรียนหน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้อง ควรรีบเจรจาไกล่เกลี่ย เยียวยาเพื่อลดข้อขัดแย้ง และลดการร้องเรียน พร้อมทั้งดำเนินการเร่งรัดตรวจสอบข้อเท็จจริง เพื่อยุติเรื่องโดยเร็ว
2. การพัฒนาระบบบริการ ควรให้มีความสะดวกรวดเร็ว และมี Service mind ในการให้บริการแก่ผู้มารับบริการ
3. เพิ่มการประชาสัมพันธ์ผู้รับบริการเป็นระยะที่เหมาะสม
4. ปรับปรุงด้านอาคารสถานที่ ให้มีความสะอาด ปราศจากเชื้อตามหลัก IC และ New Normal

ภาคผนวก

1. คำสั่งโรงพยาบาลสันกำแพง แต่งตั้ง คณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยง ประจำปี 2564

สำเนา

คำสั่งโรงพยาบาลสันกำแพง
ที่ ๔๔/๒๕๖๔
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยง

ตามที่โรงพยาบาลสันกำแพง ได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยง เพื่อดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ (HA: Hospital Accreditation) และการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้มีการดำเนินกิจกรรมความเสี่ยงตามวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานและส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลสันกำแพง มีองค์ประกอบคือ การกำหนดผู้รับผิดชอบ การระบุความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การตอบสนองความเสี่ยง การติดตามและทบทวนผลการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งการสื่อสารการบริหารและจัดการความเสี่ยงให้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสันกำแพง เพื่อให้มีการพัฒนาคุณภาพ โดยมีเป้าหมายจากการให้บริการด้านสุขภาพที่ปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการและไม่มีผลกระทบจากความเสียหายต่อโรงพยาบาลสันกำแพง นั้น

เนื่องจากกรรมการบางรายย้ายสถานที่ปฏิบัติงานราชการ เกษียณอายุราชการ เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมบริหารความเสี่ยง ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลสันกำแพง จึงแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

๑. นายเกรียงยุทธ วรสีตกาลกุล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธานกรรมการ
๒. นางกัญญาณัฐ พรหมประกอบ	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	รองประธาน
๓. นางสาวสุชีลา เดชะตา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๔. นายวรวิทย์ อัครเอกจิตต์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๕. นายทรงราชย์ ไชยญาติ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางพิมพ์พรรณ ทิพาคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางดวงเดือน สิทธิพานิช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางพิชชาภานต์ กันธรา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางดารารัตน์ ศิริประเสริฐวิทย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๐. นางสาวประภากร สุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๑. นายยุทธสิทธิ์ จันทร์ทิพย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๒. นางวิสนกร จัยสกุล	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	กรรมการ
๑๓. นางคณิงนิจ คนสอาด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๔. นายชาญวุฒิ เอื้อหยิ่งศักดิ์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการและเลขานุการ
๑๕. นางสาวภาพร ไชยะคำ	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

บทบาทหน้าที่...

- ๒ -

บทบาทหน้าที่

๑. กำหนดนโยบาย ควบคุม และติดตามการดำเนินงานของทีมงานความเสี่ยงในภาพรวมของโรงพยาบาล
๒. กำหนดผู้รับผิดชอบความเสี่ยงในแต่ละด้านที่ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลสังกัด
๓. ดำเนินกิจกรรมบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาลสังกัด ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก การระบุความเสี่ยง การระบุปัจจัยของความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การรายงานความเสี่ยง การตอบสนองโดยจัดทำแผนการป้องกันความเสี่ยง การติดตามประเมินผลและทบทวนการบริหารและจัดการความเสี่ยง
๔. นำเสนอผลการดำเนินกิจกรรมบริหารความเสี่ยงของทีมให้แก่ทีมนำคุณภาพโรงพยาบาล
๕. ติดตามความก้าวหน้า คณะทำงานความเสี่ยงแต่ละด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์เชิงยุทธศาสตร์ ความเสี่ยงด้านการเงิน ความเสี่ยงด้านคลินิก ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัย ความเสี่ยงด้านสารสนเทศทางการแพทย์ ความเสี่ยงด้านเวชระเบียน ความเสี่ยงด้านกฎหมาย ระเบียบ การเจรจาไกล่เกลี่ยเรื่องร้องเรียน

คณะทำงานความเสี่ยงด้านกลยุทธ์เชิงยุทธศาสตร์

๑. นายณรงค์เดช พิพัฒน์ธนวศ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ประธานคณะทำงาน
๒. นางกัญญาณัฐ พรหมประกอบ	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	คณะทำงาน
๓. นางสาวสุชีลา เตชะตา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๔. นายทรงราชย์ ไชยญาติ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	คณะทำงาน
* ๕. นางชุติขวัญ วงษ์ราช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๖. นางสุภาภรณ์ สมพาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	เลขานุการคณะทำงาน

คณะทำงานความเสี่ยงด้านการเงิน

๑. นายณรงค์เดช พิพัฒน์ธนวศ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ประธานคณะทำงาน
๒. นางกัญญาณัฐ พรหมประกอบ	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	คณะทำงาน
๓. นางสาวสุชีลา เตชะตา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๔. นายชาณุวุฒิ เอื้อหยิ่งศักดิ์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	คณะทำงาน
๕. นางสุภาพร ไชยคำ	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	คณะทำงาน
๖. นางสุภาภรณ์ สมพาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๗. นายวรวิทย์ อัครเอกจิตต์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๘. นายทรงราชย์ ไชยญาติ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	คณะทำงาน
๘. นางทัศนีย์ คำวงศ์ปิ่น	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน	เลขานุการคณะทำงาน

คณะทำงานความเสี่ยงด้านคลินิก (PCT) โดยมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)

๑. นายอนวัช ฉลอม	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธานคณะทำงาน
๒. นางสาวสุชีลา เตชะตา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๓. นางพิมพ์พรณ ทิพาคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๔. นางพิชชาภรณ์ กันธา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๕. นางสาวจิรพรรณ กำเนิดบุญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๖. นางสุภาทิพย์ เรือนแสน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	เลขานุการคณะทำงาน

คณะทำงาน...

- ๓ -

คณะกรรมการความเสี่ยงด้าน I: Infection Prevention and Control เรื่อง Hand Hygiene ติดเชื้อในโรงพยาบาล

๑. นางสาวปิยาภรณ์ สุขประทุม	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธานคณะกรรมการ
๒. นางดารารัตน์ ศิริประเสริฐวิทย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	เลขานุการคณะกรรมการ

คณะกรรมการความเสี่ยงด้าน M: Medication & Blood Safety เรื่อง M๑.๒: ADR, Medication Error

๑. นายอนวัช ฉลอม	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธานคณะกรรมการ
๒. นางสุพรรณ เกษพรหม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๓. นางสาวปรีชญาภรณ์ รินคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๔. นางสาวศิริรัตน์ ศิริมูล	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะกรรมการ
๕. นางวิราวรรณ เอื้อหยังศักดิ์	เภสัชกรชำนาญการ	เลขานุการคณะกรรมการ

คณะกรรมการความเสี่ยงด้าน M: Medication & Blood Safety เรื่อง M๕: Blood Transfusion Safety

๑. นายอนวัช ฉลอม	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธานคณะกรรมการ
๒. นางสุพรรณ เกษพรหม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๓. นางสาวศิริรัตน์ ศิริมูล	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะกรรมการ
๔. นายวชิรวิทย์ ทนดี	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	เลขานุการคณะกรรมการ

คณะกรรมการความเสี่ยงด้าน P: Patient Care Processes เรื่อง P๑: Patient Identification

๑. นายเกรียงยุทธ วรศีตกาลกุล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธานคณะกรรมการ
๒. นางพิชชาภรณ์ กันธา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๓. นางศิริวรรณ รัตน์ะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	เลขานุการคณะกรรมการ

คณะกรรมการความเสี่ยงด้าน P: Patient Care Processes เรื่อง P๒: Refer and Transfer Safety

๑. นายอนวัช ฉลอม	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธานคณะกรรมการ
๒. นางสมจิตร์ ปัญญาวิภาส	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน	คณะกรรมการ
๓. นางสาวประภากร สุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	เลขานุการคณะกรรมการ

คณะกรรมการความเสี่ยงด้านผู้ป่วย พลัดตกหกล้ม ตกเตียง

๑. นางสาวสุชีลา เตชะตา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ประธานคณะกรรมการ
๒. นางคณินิจ คนสอด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	เลขานุการคณะกรรมการ

คณะกรรมการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัย อาชีวอนามัย สถานที่ทำงานน่าอยู่ (ENV/Healthy workplace)

๑. นางกัญญาณัฐ พรหมประกอบ	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	ประธานคณะกรรมการ
๒. นายจรัสศักดิ์ ชุ่ยหาญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะกรรมการ
๓. นายปฐพงศ์ พาเรือนคำ	นายช่างเทคนิค	คณะกรรมการ
๔. นางสาวชิราภรณ์ แก้วโปธา	นักวิชาการสาธารณสุข	เลขานุการคณะกรรมการ

คณะกรรมการความเสี่ยงด้านสารสนเทศทางการแพทย์

๑. นายเกรียงยุทธ วรศีตกาลกุล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธานคณะกรรมการ
๒. นางสาวสุชีลา เตชะตา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๓. นายทรงราชย์ ไชยญาติ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	คณะกรรมการ
๔. นายวรวิทย์ อัครเอกจิตต์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	เลขานุการคณะกรรมการ

คณะกรรมการ...

- ๔ -

คณะกรรมการความเสี่ยงด้านเวชระเบียน

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| ๑. นายเกรียงยุทธ วรศีตกาลกุล | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒. นางพิมพ์พรณ ทิพาคำ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | คณะกรรมการ |
| ๓. นางวิสนกร จุ้ยสกุล | เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน | เลขานุการคณะกรรมการ |

คณะกรรมการความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ การเจรจาไกล่เกลี่ยเรื่องร้องเรียนระดับโรงพยาบาล (Ad Hoc Mediation Team)

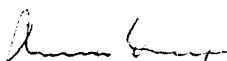
- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| ๑. นายณรงค์เดช พิพัฒน์ธนวงศ์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาล | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒. นางกัญญาณัฐ พรหมประกอบ | นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ | คณะกรรมการ |
| ๓. นางสาวสุชีลา เตชะตา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | คณะกรรมการ |
| ๔. นายวรวิทย์ อัครเอกจิตต์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | คณะกรรมการ |
| ๕. นางทิพวรรณ สร้อยอินตะ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | เลขานุการคณะกรรมการ |

บทบาทหน้าที่คณะกรรมการ

๑. ค้นหาความเสี่ยง เชิงรุก และความเสี่ยงจากอุบัติการณ์ วิเคราะห์ความเสี่ยง หาปัจจัยเสี่ยง
๒. ประชุมหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาหรือป้องกัน อุตบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล
๓. เป็นทีมงานที่ช่วยประสานงานความร่วมมือ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความสูญเสียจาก อุตบัติการณ์ความเสี่ยง
๔. ส่งเสริม สนับสนุน ให้มีการพัฒนาคุณภาพของระบบบริหารและจัดการความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
๕. ร่วมจัดทำแผนและมาตรการป้องกัน หรือแก้ไขความเสี่ยงทั้งที่ยังไม่เกิดขึ้น และมีโอกาสเกิดขึ้นซ้ำ
๖. นำเสนอผลการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของทีม ติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญ แก่ทีมบริหารและจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล
๗. ทีมทำงานมีการจัดการปัญหาในแต่ละด้านอย่างรวดเร็ว (Rapid Response Team : RRT)
๘. ดำเนินงานเรื่องความปลอดภัยของการให้บริการทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับโรงพยาบาลสันกำแพงอย่างเหมาะสม

คำสั่งใดที่ขัดหรือแย้งกับคำสั่งนี้ ให้ใช้คำสั่งนี้แทน

สั่ง ณ วันที่ ๒๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายณรงค์เดช พิพัฒน์ธนวงศ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันกำแพง

ออก.รพ.	วันที่
ส่ง	ทง.งานฝ่าย วันที่
รับ	ร่าง/ตรวจ วันที่ ๒๒ มี.ค. ๖๔
พิมพ์/ทวน	วันที่

2 นโยบายด้านความเสี่ยงโรงพยาบาลสันกำแพง



ประกาศโรงพยาบาลสันกำแพง
เรื่อง นโยบายด้านความเสี่ยงโรงพยาบาลสันกำแพง

๑. เจ้าหน้าที่ทุกคน มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงเพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วย ของเจ้าหน้าที่ ไม่ใช่เพื่อการจับผิดหรือกล่าวโทษ
๒. เมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงขึ้น ถือเป็นหน้าที่ของทุกคน ที่ต้องแก้ไขปัญหาเบื้องต้น
๓. เมื่อเกิดอุบัติการณ์ที่รุนแรง หรือ อันตราย (Sentinel event) รุนแรง ให้รายงานผู้บริหาร ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หรือ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป หรือเลขาธิการความเสี่ยง ทราบ เพื่อรายงานให้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทราบทันที เพื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะได้รายงานให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ทราบ ภายใน ๒๔ ชั่วโมง (ตามหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่ ชม ๐๐๓๒.๐๐๓.๖/ว ๑๑๕๖ ลงวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๙)

เหตุการณ์ Sentinel event ที่ต้องรายงานให้ผู้บริหารทราบทันที มี ๗ รายการดังนี้

๑. ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ทำร้ายตัวเอง หรือทำร้ายผู้อื่นขณะอยู่โรงพยาบาล/เจ้าหน้าที่ถูกทำร้ายร่างกาย
๒. เด็กถูกขโมยจากโรงพยาบาล
๓. เกิดอุบัติเหตุหมู่ หรือเจ็บป่วยหมู่
๔. เกิดโรคติดต่อร้ายแรง
๕. อัคคีภัย หรือ หมอฉี่ หรือ แก๊สระเบิด หรือถังออกซิเจนระเบิด
๖. รถโรงพยาบาลประสบอุบัติเหตุเสียหายมากหรือมีผู้บาดเจ็บหรือเกิดระหว่างนำส่งผู้ป่วย
๗. ลักทรัพย์

เมื่อรายงานทราบและได้จัดการเบื้องต้นแล้ว ให้วิเคราะห์และหาสาเหตุ RCA ภายใน ๑ สัปดาห์เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

หัวหน้างานยึดหลักการว่า ความเสี่ยงคือการรายงานระบบที่เป็นปัญหา ไม่ใช่การนำโทษมาสู่ตัวบุคคล

ความเสี่ยงที่ต้องทำ RCA

- a. ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ E ขึ้นไป
- b. ความเสี่ยงอันตราย (Sentinel event) ๗ ข้อ
- c. ความเสี่ยงที่เสี่ยงต่อการเสื่อมเสียชื่อเสียง หรือถูกเรียกร้องค่าเสียหาย
- d. ความเสี่ยงทั่วไป ที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง จำเป็นต้องทบทวนเพื่อวางมาตรการป้องกันแก้ไข

การรายงานความเสี่ยง / อุบัติการณ์

๑. ความเสี่ยงไม่รุนแรง ให้หน่วยงาน / ทีมงาน รายงานความเสี่ยงประจำเดือน ส่งทุกวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป
๒. ความเสี่ยงรุนแรง (HARM / Sentinel Event) รายงานภายใน ๒ สัปดาห์ ที่ เลขความเสี่ยง ตาม email: chanwuth@hotmail.com
๓. เลขความเสี่ยง สรุปรู อุบัติการณ์ความเสี่ยงให้ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายณรงค์เดช ทิพนันธวงศ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันกำแพง

บรรณานุกรม

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสันกำแพง, 2561 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน แนวทางการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง(SP-RM-001).

งานประกันสุขภาพ กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์สารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสันกำแพง, 2564, คู่มือการจัดการซื้อร้องเรียน โรงพยาบาลสันกำแพง.

ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข, 2564, คู่มือการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน MOPH ITA 2022 More open, to more transparent ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขราชการบริหารส่วนภูมิภาคประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565.

ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข, 2564, คู่มือแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันปราบปรามการทุจริต ประพจน์มีขอบประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขราชการบริหารส่วนภูมิภาค.

ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข, 2564, คู่มือการขับเคลื่อนขมรมจริยธรรมของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขราชการบริหารส่วนภูมิภาค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565.