

คู่มือการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการบริการ
ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเชียงกลาง

โรงพยาบาลเชียงกลาง

อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

คำนำ

คู่มือปฏิบัติงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ของโรงพยาบาล เชียงกลาง จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียนของโรงพยาบาล เพื่อให้ สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล และโครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ซึ่งได้กำหนดให้ระบบการจัดการข้อร้องเรียนต่างๆของหน่วยงานเป็นสิ่งที่หน่วยงานภาครัฐ ต้องมีในระบบในการดำเนินการ ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อวัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการ ดำเนินงานของหน่วยงาน นอกจากนี้เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้มารับบริการมี ช่องทางที่จะร้องเรียน ที่จะสะท้อนผลการปฏิบัติงาน และการให้บริการของเจ้าหน้าที่ เพื่อนำ ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น หรือความคาดหวังของผู้รับบริการไปปรับปรุงและพัฒนาการบริการให้มี คุณภาพและมาตรฐานการบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยและพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล เชียงกลาง

โรงพยาบาลเชียงกลาง

6 ตุลาคม 2564

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คู่มือการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการบริการของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลเชียงกลาง	4
หลักการและเหตุผล	4
วัตถุประสงค์	4
ขอบเขต	4
คำจำกัดความ	4
ช่องทางการรับข้อร้องเรียน	5
ขั้นตอนการจัดการข้อร้องเรียน	6
ระดับความรุนแรงของข้อร้องเรียน และการตอบสนอง	7
ผังงานกระบวนการรับและจัดการข้อร้องเรียน โรงพยาบาลเชียงกลาง	9
ภาคผนวก	10

คู่มือการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการบริการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเชียงใหม่กลาง

๑. หลักการและเหตุผล

ตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๕๖ ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติราชการ มุ่งให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน ให้เกิดความผาสุกและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่องานบริการมีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในการให้บริการ ไม่มีขั้นตอนปฏิบัติงานเกินความจำเป็น มีการปรับปรุงภารกิจให้ทันต่อสถานการณ์ ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองความต้องการ และมีการประเมินผลการให้บริการสม่ำเสมอ

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อให้ความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม และนำไปสู่การปรับปรุงระบบงานให้ดีขึ้น
- 2.2 เพื่อให้บุคลากรของโรงพยาบาลเชียงใหม่กลาง ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อร้องเรียนที่ได้รับจากช่องทางกรร้องเรียนต่างๆ โดยมีกระบวนการและวิธีการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- 2.3 เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมาปรับปรุงมาตรฐานการให้บริการและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการโรงพยาบาลเชียงใหม่กลาง

3. ขอบเขต

คู่มือฉบับนี้ครอบคลุมขั้นตอนการจัดการรับเรื่องร้องเรียน และเจรจาไกล่เกลี่ยข้อพิพาทของโรงพยาบาลเชียงใหม่กลาง ตั้งแต่ขั้นตอนการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบการจัดการเรื่องร้องเรียนและเจรจาไกล่เกลี่ยข้อพิพาทของหน่วยงาน การรับและตรวจสอบเรื่องร้องเรียนจากช่องทางต่างๆ การบันทึกเรื่องร้องเรียน การวิเคราะห์ระดับเรื่องร้องเรียน การแจ้งกลับผู้ร้องเรียน การประสานงานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อดำเนินการแก้ไข / ปรับปรุง การประสานศูนย์รับเรื่องร้องเรียนโรงพยาบาลเชียงใหม่กลาง การประสานหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล การติดตามผลการดำเนินการ/แก้ไข / ปรับปรุง เพื่อแจ้งกลับให้ผู้ร้องเรียนทราบ และการรายงานผลการจัดการเรื่องร้องเรียนของหน่วยงานให้ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลเชียงใหม่กลางและรายงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงใหม่กลาง

4. คำจำกัดความ

ข้อร้องเรียน หมายถึง ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น การสอบถาม การร้องขอข้อมูล และการร้องทุกข์จากผู้ป่วย ญาติ ผู้มารับบริการ ประชาชนทั่วไป รวมถึงบุคลากรภายในและภายนอกหน่วยงาน ที่ไม่พึงพอใจต่อการบริการ สิ่งแวดล้อม หรือการดำเนินงานของโรงพยาบาล และแจ้งให้โรงพยาบาลทราบผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ เพื่อให้ตรวจสอบแก้ไข หรือปรับเปลี่ยนการบริการของบุคลากร สิ่งแวดล้อม หรือการดำเนินงานอื่นๆ ของโรงพยาบาลเชียงใหม่กลาง รวมถึงข้อร้องเรียนเรื่องการจัดซื้อจัดจ้าง โครงการต่างๆของโรงพยาบาลเชียงใหม่กลาง

ข้อเสนอแนะ หมายถึง คำร้องเพื่อแจ้งให้ทราบ หรือแนะนำ เพื่อให้มีการปรับปรุงระบบการบริการ สิ่งแวดล้อมและการดำเนินงานอื่นๆ ของโรงพยาบาล

ผู้ร้องเรียน หมายถึง ผู้ป่วย ญาติ ผู้มารับบริการ ประชาชน องค์กรภาครัฐ เอกชน ผู้มีส่วนได้เสีย ตลอดจนผู้มาติดต่อผ่านช่องทางต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์ครอบคลุมการร้องเรียน/การให้ข้อเสนอแนะ/การให้ข้อคิดเห็น/การสอบถาม หรือการร้องขอข้อมูล

ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน หมายถึง ช่องทางที่สามารถรับ-ส่งเรื่องร้องเรียนได้ ประกอบด้วยผู้รับความคิดเห็น หนังสือถึงผู้อำนวยการ ร้องเรียนด้วยตนเอง ร้องเรียนทางไปรษณีย์ โทรศัพท์ ผู้รับความเห็นในโรงพยาบาลเชียงใหม่

การจัดการข้อร้องเรียน หมายถึง การประเมิน/การพิจารณา/การตรวจสอบข้อเท็จจริงของข้อร้องเรียน การแก้ไข การตอบสนอง และการประเมินผลการจัดการข้อร้องเรียน

การเจรจาไกล่เกลี่ยเบื้องต้น หมายถึง การที่มีคณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ยของหน่วยงาน เจรจาไกล่เกลี่ยเฉพาะก่อนหน้า เมื่อพบเหตุการณ์ที่มีแนวโน้มที่จะร้องเรียน/ฟ้องร้อง

คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย หมายถึง บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้รับผิดชอบการจัดการข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลเชียงใหม่

อุบัติการณ์ความเสี่ยง ในที่นี้หมายถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ใดๆที่เกิดขึ้นของโรงพยาบาลเชียงใหม่ ที่ก่อให้เกิดความล่าช้า อันตราย ไม่ปลอดภัย ซึ่งมีผลกระทบทางลบต่อผู้รับบริการ บุคลากร ชุมชน สิ่งแวดล้อม เกิดการเสื่อมเสียชื่อเสียง รวมทั้งการสูญเสียทรัพยากรของโรงพยาบาล

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน หมายถึง หน่วยงานที่มีคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลเชียงใหม่ เป็นผู้รับผิดชอบดูแล

5. ช่องทางการรับข้อร้องเรียน ประกอบด้วย

- 5.1 ร้องเรียนด้วยตัวเอง โดยผู้ร้องมาร้องเรียนกับเจ้าหน้าที่ ณ จุดปฏิบัติงาน หรือร้องเรียนกับเจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนประจำศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลเชียงใหม่ โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่องร้องเรียนจะบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง ของแต่ละหน่วยงาน หรือบันทึกในโปรแกรมบันทึกข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยง ของโรงพยาบาลเชียงใหม่ ในโปรแกรม 6 : โปรแกรมสิทธิผู้ป่วย พฤติกรรมบริการ ข้อคิดเห็น และคำร้องเรียนต่างๆ
- 5.2 ผ่านทางหมายเลขโทรศัพท์ของโรงพยาบาล 054-797111 ต่อ141, โทรสาร 054-797123
- 5.3 ผ่านทาง ผู้รับความคิดเห็นที่ติดตั้ง ณ จุดบริการต่างๆในโรงพยาบาล ซึ่งเจ้าหน้าที่จุดบริการจะรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยง บันทึกข้อมูลในโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล และส่งต่อผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำไปดำเนินการต่อ
- 5.4 ผ่านทางไปรษณีย์ ที่อยู่ โรงพยาบาลเชียงใหม่ อำเภอเชียงใหม่ จังหวัดน่าน 55160
- 5.5 ผ่านทางหน่วยงานอื่น ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงใหม่ เป็นต้น

6 .ขั้นตอนการจัดการข้อร้องเรียน

การจัดการกับข้อร้องเรียนเป็นกระบวนการตั้งแต่การรับและตรวจสอบเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์จากช่องทางต่างๆ การบันทึกเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ การวิเคราะห์ระดับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ การดำเนินการปรับปรุง แก้ไขปัญหาเกี่ยวข้อร้องทุกข์ การติดตามผลการดำเนินการ/แก้ไข / ปรับปรุง การแจ้งกลับให้ผู้ร้องเรียนทราบ และการรายงานผลการจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ของหน่วยงานให้ผู้ร้องเรียนร้องทุกข์ โรงพยาบาลเชียงใหม่และรายงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงใหม่ ซึ่งระยะเวลาในการจัดการข้อร้องเรียนจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของข้อร้องเรียน รวมทั้งความยากง่ายในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้มีแนวทางการจัดการข้อร้องเรียนที่ชัดเจน โรงพยาบาลเชียงใหม่จึงได้กำหนดขั้นตอน ดังนี้

- 1) รับเรื่องร้องเรียน ที่เข้ามาจากช่องทางต่างๆ ทั้งทาง โทรศัพท์ จดหมายผ่านทางไปรษณีย์ หรือจากผู้ร้องเรียนโดยตรง และจากหน่วยงานต่างๆ โดยพิจารณาว่าเป็นการสอบถามปัญหาหรือเป็นการร้องเรียนเพื่อให้เกิดการแก้ไขตรงตามวัตถุประสงค์ของผู้ที่แจ้งมา(กรณีบัตรสนเท่ห์ หรือข้อร้องเรียนที่ไม่แจ้งชื่อ ที่อยู่ จะไม่นับรวมอยู่ในการดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนปกตินี้ แต่จะส่งต่อข้อมูลให้คณะกรรมการจัดการความเสี่ยงของรพ.เพื่อส่งต่อให้หน่วยงาน/ทีมต่างๆที่เกี่ยวข้องตรวจสอบข้อเท็จจริงและพิจารณาหาแนวทางป้องกันและแก้ไข)
- 2) บันทึกข้อมูลอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนในสมุดรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน **หรือ** โปรแกรมบันทึกข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยง ของโรงพยาบาลเชียงใหม่ ในโปรแกรม 6 : โปรแกรมด้านสิทธิผู้ป่วย/ พฤติกรรมบริการ/ จริยธรรม และข้อร้องเรียนต่างๆ
- 3) ตอบรับเบื้องต้น เพื่อเป็นการแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบว่าเรื่องที่ร้องเรียนเข้ามานั้นอยู่ระหว่างการดำเนินการแก้ไขอยู่ โดยหากเป็นทางโทรศัพท์ก็ได้มีการพูดคุยกับผู้ร้องเรียนเป็นเบื้องต้นอยู่แล้ว แต่ถ้าเป็นเรื่องร้องเรียนที่เข้ามาจากทางช่องทางอื่น ๆ ก็จะมีการตอบรับทางช่องทางนั้นๆ
- 4) จำแนกระดับความระดับความรุนแรงของข้อร้องเรียน (ตารางจำแนกระดับข้อร้องเรียน ด้านล่าง)
- 5) รายงานข้อร้องเรียนให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ (ตาม แผนผังกระบวนการจัดการข้อร้องเรียน โรงพยาบาลเชียงใหม่ ด้านหลัง)
- 6) ตรวจสอบข้อเท็จจริง ในขั้นตอนของการตรวจสอบข้อเท็จจริงเป็นเรื่องที่มีความจำเป็น เนื่องจากข้อมูลที่ได้รับเข้ามาในเบื้องต้นจะเป็นข้อมูลจากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเท่านั้น จำเป็นต้องมีการตรวจสอบข้อเท็จจริงจากบุคลากรของโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงใหม่ รพ.สต.ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยรายอื่น ญาติ ที่อยู่เหตุการณ์ รวมทั้งตรวจสอบข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ เช่น กล้องวงจรปิด เวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อให้เห็นข้อเท็จจริงในภาพรวมของปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
- 7) ประชุมผู้เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนข้อร้องเรียน, ทบทวนมาตรการป้องกัน และแก้ไขปัญหา และกำหนดการติดตามประเมินผลการปรับปรุงและพัฒนา โดยขั้นตอน 6) และ 7) สามารถดำเนินพร้อมกันได้
- 8) ดำเนินการเจรจาไกล่เกลี่ยเบื้องต้นตามข้อมูลที่ได้รับ โดยบุคลากรผู้ประสบเหตุ หัวหน้างาน/ฝ่าย คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ยหรือคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบการแก้ไขข้อร้องเรียนตามระดับความรุนแรงของข้อร้องเรียน 5 ระดับ

- 9) สรุปผลการพิจารณาและแจ้งกลับ กรณีที่การร้องเรียน สามารถทราบชื่อผู้ร้องเรียน เบอร์โทรศัพท์ของผู้ร้องเรียน ในการแก้ปัญหาทุกรายต้องมีการแจ้งกลับทั้งฝ่ายผู้ร้องเรียน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการรายงานผู้บังคับบัญชาเพื่อรับทราบตามลำดับชั้น
- 10) สรุปการจัดการข้อร้องเรียนแต่ละอุบัติการณ์ ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกข้อมูลอุบัติการณ์ ความเสี่ยง ของโรงพยาบาลเชียงใหม่ ในโปรแกรม 6 : โปรแกรมด้านสิทธิผู้ป่วย/ พฤติกรรมบริการ/ จริยธรรม และข้อร้องเรียนต่างๆ
- 11) ทบทวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนกับบุคลากรโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ทุกเดือนและบันทึกกิจกรรมการทบทวนตามแบบฟอร์ม การทำ 12 กิจกรรมทบทวนของโรงพยาบาลเชียงใหม่
- 12) จัดทำรายงานสรุปการจัดการข้อร้องเรียน แยกประเภทโปรแกรม และแยกตามระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน โดยจำแนกรายเดือน และรายปี ส่งศูนย์รับเรื่องร้องทุกข์ ภายในระยะเวลาที่กำหนดตามแผนผังการจัดการข้อร้องเรียน

7. ระดับความรุนแรงของข้อร้องเรียน และการตอบสนอง

ระดับความรุนแรงของข้อร้องเรียน	คำจำกัดความ	ตัวอย่างเหตุการณ์	ระยะเวลาตอบรับเรื่อง	ระยะเวลาการเจรจาไกล่เกลี่ยเบื้องต้น	ระยะเวลาในแจ้งกลับหลังการปรับปรุง/พัฒนา	ผู้รับผิดชอบ
ระดับ 1 เป็นข้อคิดเห็น/ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ	เป็นข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะในการพัฒนาของผู้รับบริการหรือประชาชน เกี่ยวกับบริการของโรงพยาบาล โดยไม่ได้บอกจุดด้อยการบริการ	ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการให้บริการ หรือ สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล	ไม่เกิน 5 วันทำการ	-	ไม่เกิน 1 เดือน	1.บุคลากรที่ประสบเหตุ 2.หัวหน้างาน/ฝ่าย
ระดับ 2 เล็กน้อย	ผู้ร้องเรียนไม่พึงพอใจการบริการ แต่หน่วยงานได้แก้ไขและสามารถพูดคุยกับผู้ร้องเรียนจนได้ข้อยุติ และ ไม่มีเรื่องแพร่กระจายออกนอกโรงพยาบาล	-ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ -ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย และผลกระทบที่ผู้ร้องเรียนได้รับ	ไม่เกิน 5 วันทำการ	ไม่เกิน 2 สัปดาห์	ไม่เกิน 1 เดือน	1.บุคลากรที่ประสบเหตุ 2.หัวหน้างาน/ฝ่าย
ระดับ 3 ปานกลาง	ผู้ร้องเรียนไม่พึงพอใจการบริการ มีการแพร่กระจายออกนอกโรงพยาบาล แต่หน่วยงาน หรือ คณะกรรมการเจรจาไกล่	-ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ หรือ ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย และผลกระทบที่ผู้ร้องเรียนได้รับ	ไม่เกิน 3 วันทำการ	ไม่เกิน 1 สัปดาห์	ไม่เกิน 2 สัปดาห์	คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ยหรือ คณะกรรมการบริหารรพ.

ระดับความรุนแรงของข้อร้องเรียน	คำจำกัดความ	ตัวอย่างเหตุการณ์	ระยะเวลาตอบรับเรื่อง	ระยะเวลาการเจรจาไกล่เกลี่ยเบื้องต้น	ระยะเวลาในแจ้งกลับหลังการปรับปรุง/พัฒนา	ผู้รับผิดชอบ
	เกลี้ยได้แก้ไข และพูดคุยกับผู้ร้องเรียนจนได้ข้อยุติ	***โดยข้อร้องเรียนเหล่านี้ได้มีการแพร่กระจายไปภายนอกกรพ.ทั้งจากผู้มารับบริการโดยตรงหรือจากสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ				
ระดับ 4 สูง	ผู้ร้องเรียนไม่พึงพอใจการบริการ มีการแพร่กระจายออกนอกโรงพยาบาล เกิดผลกระทบต่อความสัมพันธ์ชื่อเสียงของโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะผ่านหรือไม่ผ่าน	-ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ หรือด้านมาตรฐานบริการ ซึ่งมีแนวโน้มหรือร้องเรียนต่อหน่วยงานภายนอก เช่น ศูนย์ดำรงธรรม, สปสช.	ไม่เกิน 3 วันทำการ	ไม่เกิน 5 วันทำการ	ไม่เกิน 2 สัปดาห์	คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ยหรือคณะกรรมการบริหารรพ.
	การเจรจาไกล่เกลี่ยของคณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ยหรือคณะกรรมการบริหารรพ.แล้วแต่ไม่ได้ข้อยุติ มีแนวโน้มหรือมีการร้องเรียนต่อหน่วยงานภายนอก	(ม.41) , สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สสอ., ผวจ./นายอำเภอ เป็นต้น -ข้อร้องเรียนเรื่องการจัดซื้อจัดจ้าง				
ระดับ 5 สูงมาก	ผู้ร้องเรียนไม่พึงพอใจการบริการ ซึ่งคณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ยหรือคณะกรรมการบริหารรพ.ได้พูดคุยและแก้ไขปัญหาแต่ไม่ได้ข้อยุติ มีแนวโน้มหรือมีการฟ้องร้องเป็นคดีความ	- ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ หรือด้านมาตรฐานบริการ ซึ่งมีแนวโน้ม/มีการฟ้องร้องเป็นคดีความ -ข้อร้องเรียนการจัดซื้อจัดจ้าง ที่มีแนวโน้ม/มีการฟ้องร้องเป็นคดีความ	1 วัน	ไม่เกิน 3 วันทำการ	ไม่เกิน 1 สัปดาห์	คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ยหรือคณะกรรมการบริหารรพ.

ภาคผนวก

๑. คำสั่งโรงพยาบาลเชียงใหม่ เรื่องการแต่งตั้งทีมงานด้านคุณภาพ
๒. โปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาลเชียงใหม่
๓. โครงสร้างการรับผิดชอบและการประสานงานในระบบคุณภาพ/สร้างเสริม
สุขภาพ
๔. โครงสร้างการบริหารโรงพยาบาลเชียงใหม่

๑. คำสั่งโรงพยาบาลเชียงกลาง เรื่องการแต่งตั้งทีมงานด้านคุณภาพ



คำสั่งโรงพยาบาลเชียงกลาง

ที่ /๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งทีมงานด้านคุณภาพ

เนื่องด้วยโรงพยาบาลเชียงกลางมีนโยบายที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อให้ผู้รับบริการ รวมทั้งประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับบริการที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ เพื่อให้มีการพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง จึงได้แต่งตั้งทีมงานคุณภาพด้านต่างๆขึ้น โดยมีคณะกรรมการของทีม และบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบดังต่อไปนี้

๑. ทีมนำ (คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล) ประกอบด้วย

๑. นพ.อภิชาติ สถาวรวิวัฒน์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธานกรรมการ
๒. นายพงศกร สิริสิทธิกร	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	รองประธานกรรมการ
๓. นางจิตติมณูชัช ปัญญานะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๕. นางจินตนา แสงจันทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๖. นางนฤมล ศรีเริญ	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๗. นายสุชาติ จันตะวงค์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๘. นายภาณุพงศ์ พุแสง	นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๙. นายภัทรพล ตู่มัด	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๐. นางสุมิตรา พรานพาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๑. นายปรีชา ท้าวชินกิจ	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๒. นางลัดดา พรหมมีเดช	เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์	กรรมการ
๑๓. นางอำไพ คำล้อมี	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน	กรรมการ
๑๔. นายสนิท พรหมพิชัย	พนักงานขับรถยนต์	กรรมการ
๑๕. นายสงกรานต์ ปัญญานะ	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ

/บทบาทหน้าที่ ...

บทบาทหน้าที่ กำหนดนโยบาย พันธกิจ/วิสัยทัศน์/ค่านิยม/เข็มมุ่งประจำปีของโรงพยาบาล มีการถ่ายทอดไปยังบุคลากรทุกระดับเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

๑. จัดทำแผนยุทธศาสตร์หรือแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล ถ่ายทอดกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติและมีการติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง
๒. สร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลงาน การเรียนรู้ และสัมพันธภาพในการทำหน้าที่ดีของ บุคลากรทุกระดับ
๓. สร้างและส่งเสริมวัฒนธรรมการเรียนรู้ วัฒนธรรมคุณภาพ และวัฒนธรรมความปลอดภัยในการทำงานและการดูแลผู้ป่วย
๔. มีการสื่อสารอย่างตรงไปตรงมาระหว่างผู้นำระดับสูงกับบุคลากรทุกระดับ และให้อำนาจในการตัดสินใจและจูงใจบุคลากรทุกระดับให้ทำหน้าที่เพื่อบรรลุซึ่ง พันธกิจและเป้าหมายขององค์กร
๕. สนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน ประสานงานและสร้างความร่วมมือกับองค์กรอื่น เพื่อจัดให้มีบริการที่ประสานงานกันและใช้ทรัพยากรร่วมกัน
๖. จัดระบบรับฟังข้อเสนอและเสียงสะท้อนจากเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการที่หลากหลายและตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม
๗. สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ขยายองค์วิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข
๘. คัดเลือก รวบรวมและเชื่อมโยงข้อมูล / สารสนเทศ และตัวชี้วัดสำคัญที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อใช้ติดตามผลงานขององค์กรโดยรวม ติดตามความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการ
๙. สนับสนุนให้มีการทบทวนประเมินผลงานและขีดความสามารถของบุคลากรและองค์กร จัดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุง และหาโอกาสสร้างนวัตกรรมพร้อมทั้งถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร
๑๐. รับผิดชอบต่อการจัดทรัพยากรของโรงพยาบาล ติดตามความเพียงพอของทรัพยากรในด้านต่างๆและตอบสนองอย่างเหมาะสม
๑๑. สนับสนุน/ จัดให้มีการพัฒนา อารงรักษาทรัพยากรบุคคล สร้างบรรยากาศของการเรียนรู้ และบรรยากาศของการทำงานอย่างมีความสุข
๑๒. ร่วมกับทีมประสานงานคุณภาพในการประเมิน ติดตามเยี่ยมสำรวจหน่วยงานและทีมนำด้านต่างๆในงานพัฒนาคุณภาพ และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่บุคลากรทุกระดับ

๒. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย

๑. ทพญ.วรรณิดา ธรรมชัย	ทันตแพทย์ชำนาญการ	ประธานกรรมการ
๒. นางจิตติมณูชัญญ์ ปัญญาณะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๓. นายสงกรานต์ ปัญญาณะ	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	กรรมการ
๔. นางมาริษา สุขพันธ์พงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางจินนาภา หมั่นโพธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางสาวกวิศรา ลำทา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางภัทร์สิริย์ สิงห์ธนะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางรัชณี จิตรวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ

๙. นายกิตติเชษฐ กิตติพุทธิพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๐. นางสุพัตรา ธรรมสอน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๑. นางจิรพันธ์ อินทรศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ
๑๒. นายกิจชัย พรรมมี	นายช่างเทคนิคชำนาญงาน	กรรมการ
๑๓. นางลัดดา พรรมมีเดช	เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ชำนาญงาน	กรรมการ
๑๔. นายปรีชา ท้าวชินกิจ	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๕. นายภัทรพล คู่ผัด	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการ
๑๖. นายภาณุพงศ์ พุแสง	นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๗. นางจินนาภา หมื่นโพธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

บทบาทหน้าที่

๑. วางระบบและดูแลระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลตั้งแต่ การค้นหา การประเมิน การจัดการ ความเสี่ยง รวมทั้งการจัดระบบการรายงานอุบัติการณ์ วิเคราะห์ และสะท้อนกลับข้อมูลแก่หน่วยงาน และทีมงานด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
๒. กำหนดแนวทางการปฏิบัติ การควบคุม และบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
๓. ส่งเสริมและสนับสนุน สร้างความตื่นตัวทั่วทั้งองค์กรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง วางแผนการฝึกอบรม เรื่องการบริหารความเสี่ยงแก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมี ประสิทธิภาพ
๔. รับรายงานอุบัติการณ์ที่มีความเสี่ยงสำคัญเร่งด่วนและเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง เพื่อรวบรวมข้อมูลเสนอแก่ ผู้อำนวยการและทีมเจรจาไกล่เกลี่ย
๕. รักษาความลับของข้อมูลและเก็บไว้ในที่ปลอดภัย ตลอดจนให้คำปรึกษาแนะนำหน่วยงานในการบริหารจัดการ ความเสี่ยงในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ
๖. ทบทวนอุบัติการณ์ที่สำคัญและข้อร้องเรียนต่าง ๆ วิเคราะห์สาเหตุและแนวโน้มของปัญหา เพื่อหา โอกาสพัฒนาและเฝ้าระวัง รวมทั้งปรับปรุงระบบการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ
๗. ติดตามและประเมินผลของการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งจัดทำรายงานเสนอต่อคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล

๒. คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย ประกอบด้วย

๑. นพ.อภิชาติ สถาวรวิวัฒน์	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธานกรรมการ
๒. นายสุชาติ จันดีวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๓. นางจินตนา แสงจันทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๔. นางอรไท พิพิธพัฒนไพสิฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางจิตติมณูชัช ปัญญานะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการและเลขานุการ

บทบาพหน้าที

๑. กรณีเรื่องร้องเรียน / ฟ้องร้อง ที่ไม่สามารถยุติได้ในระดับหน่วยงาน ให้คณะกรรมการดำเนินการ สอบสวนข้อเท็จจริง และดำเนินการเจรจาไกล่เกลี่ย ตามขั้นตอนและกระบวนการ จนสามารถยุติได้
๒. ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนเพื่อการพัฒนาแก้ที่มบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๓

(นายอภิชาติ สถาวรวิวัฒน์)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติหน้าที่
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2. โปรแกรมความเสี่ยง โรงพยาบาลเชียงใหม่

ก. โปรแกรมทางคลินิก (Clinic Program) ได้แก่ โปรแกรม 1-3 คือ

1. โปรแกรม 1 : โปรแกรมทางคลินิกทั่วไปและเฉพาะโรค

1.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common clinical risk) : เป็นเหตุการณ์หรือการดูแลรักษาที่อาจเกิดอันตราย หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยทั่วไป รายใดก็ได้ ไม่จำเพาะต่อโรคใดโรคหนึ่ง

1.2 ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific clinical risk) : ความเสี่ยงใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและอาจเกิดภาวะไม่พึงประสงค์หรือเสียชีวิต โดยระบุจำเพาะโรคและภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับโรคนั้นๆ หรือจำเพาะกับเหตุการณ์ที่สำคัญ

2. โปรแกรม 2 : โปรแกรมด้านการติดเชื้อในโรงพยาบาล

3. โปรแกรม 3 : โปรแกรมอุบัติการณ์ความคลาดผิดพลาดทางยา / สารน้ำ

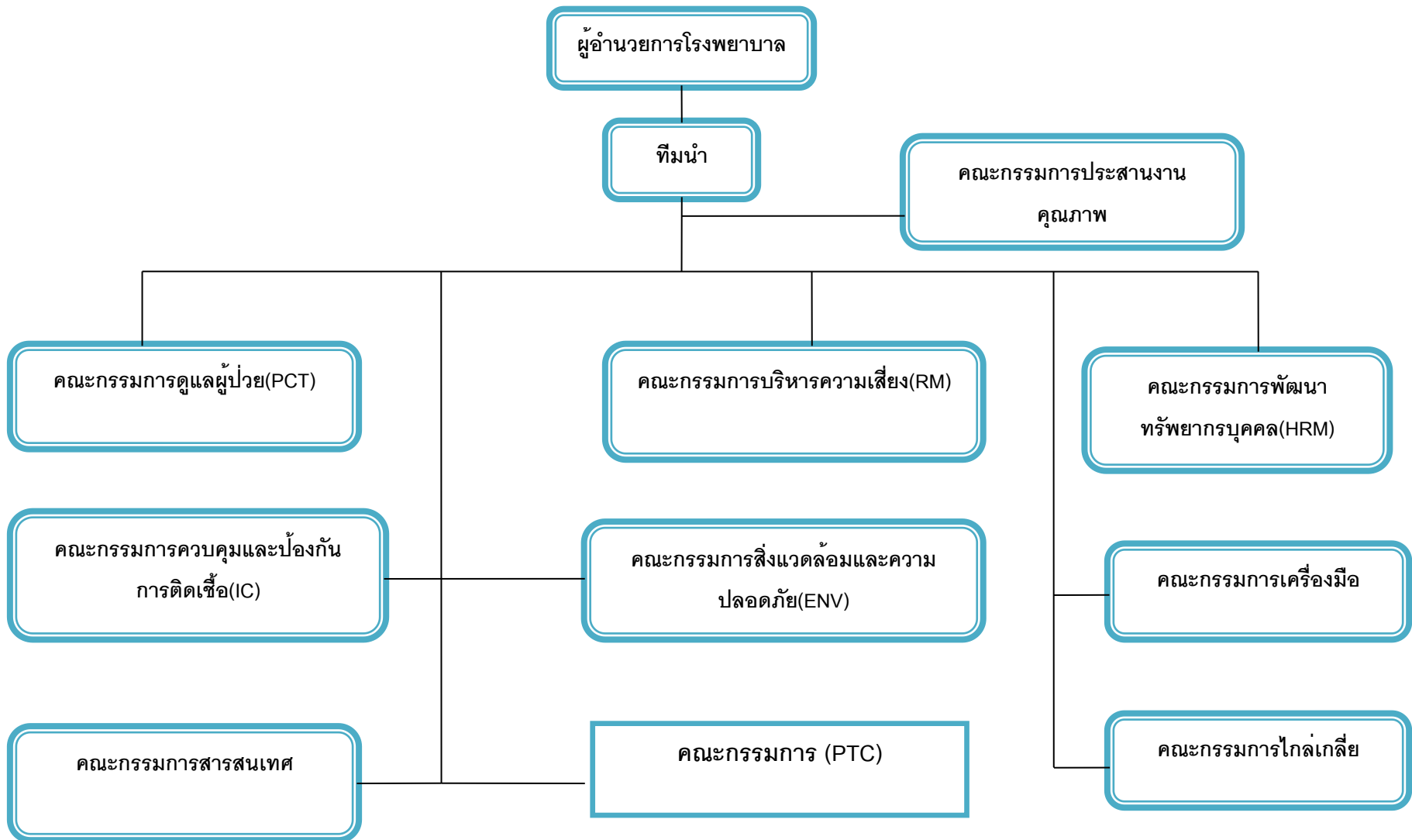
ข. โปรแกรมความเสี่ยงทั่วไป (Non-clinic) ได้แก่โปรแกรม 4-6 คือความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น สิ่งแวดล้อม อักศิกภัย เครื่องมือ ข้อร้องเรียน เป็นต้น

4. โปรแกรม 4 : โปรแกรมด้านโครงสร้างสิ่งแวดล้อม เครื่องมือ และการใช้ทรัพยากร

5. โปรแกรม 5 : โปรแกรมอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

6. โปรแกรม 6 : โปรแกรมสิทธิผู้ป่วย/ พฤติกรรมบริการ/ จริยธรรม และข้อร้องเรียนต่างๆ

3. โครงสร้างความรับผิดชอบและการประสานงานในระบบคุณภาพ/สร้างเสริมสุขภาพ



๔. โครงสร้างการบริหารโรงพยาบาลเชียงใหม่กลาง

