

โรงพยาบาลโคกสำโรง

คู่มือปฏิบัติงาน

การบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน

(Complaint Management Standard Operation Procedure)

คำนำ

โรงพยาบาลโคกสำโรง ในฐานะหน่วยงานของรัฐ มีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ กำกับดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ตลอดทั้งปฏิบัติงานร่วมกันหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการจัดการข้อร้องเรียนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้องกับข้อร้องเรียน ขั้นตอนการดำเนินงานข้อร้องเรียน โรงพยาบาลโคกสำโรง ได้คำนึงถึงความสำคัญเพื่อให้การบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้จัดทำคู่มือการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนขึ้น คู่มือปฏิบัติงานการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน ได้รวบรวมขั้นตอน/แนวทางการทำงาน รวมทั้งช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน ซึ่งจะเป็นโยบายที่ทั้งต่อตัวเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเรื่องร้องเรียน ประชาชนที่ประสงค์จะร้องเรียนและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรื่องร้องเรียนทุกฝ่าย

โรงพยาบาลโคกสำโรง

สารบัญ

	หน้า
บทที่ ๑ บทนำ	๑
บทที่ ๒ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียน/ร้องทุกข์	๔
บทที่ ๓ ขั้นตอนกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์	๗
บทที่ ๔ แผนผังขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติงาน	๙
ภาคผนวก	

บทที่ ๑

บทนำ

๑. หลักการและเหตุผล

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ มาตรา ๕๗ ได้กำหนดให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้เสียสำคัญอื่นใดที่เกี่ยวกับตนหรือชุมชนท้องถิ่น และมีสิทธิแสดงความคิดเห็นของตนต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปประกอบการพิจารณาในเรื่องดังกล่าว และมาตรา ๕๙ กำหนดให้บุคคลย่อมมีสิทธิเสนอเรื่องราวร้องทุกข์และได้รับแจ้งผลการพิจารณาภายในเวลาอันรวดเร็ว อันเป็นสิทธิที่รัฐธรรมนูญได้รับรองไว้เกี่ยวกับการร้องทุกข์ ร้องเรียน และการได้รับข้อมูลหรือคำชี้แจงจากการร้องทุกข์ ร้องเรียนดังกล่าว

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ มาตรา ๓๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการปฏิบัติราชการที่เกี่ยวข้องกับการบริการประชาชนหรือติดต่อประสานงานระหว่างส่วนราชการด้วยกัน โดยให้ส่วนราชการกำหนดระยะเวลาแล้วเสร็จของงานแต่ละงานและประกาศให้ประชาชนและข้าราชการทราบเป็นการทั่วไป โดยให้เป็นหน้าที่ของผู้บังคับบัญชาที่จะต้องตรวจสอบให้ข้าราชการปฏิบัติงานให้แล้วเสร็จตามกำหนดเวลาดังกล่าว และมาตรา ๓๘ ได้กำหนดให้ส่วนราชการใดที่ได้รับการติดต่อ สอบถามเป็นหนังสือจากประชาชนหรือจากส่วนราชการด้วยกันเกี่ยวกับงานที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการนั้น ให้เป็นหน้าที่ของส่วนราชการนั้นที่จะต้องตอบคำถามหรือแจ้งการดำเนินการให้ทราบภายในสิบห้าวันหรือภายในกำหนดเวลาที่กำหนดไว้ และมาตรา ๓๙ ได้กำหนดให้ส่วนราชการจัดให้มีระบบเครือข่ายสารสนเทศของส่วนราชการ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนที่จะสามารถติดต่อสอบถามหรือขอข้อมูล หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติราชการของส่วนราชการ โดยระบบเครือข่ายสารสนเทศดังกล่าว จะต้องจัดทำในระบบเดียวกับที่กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารจัดให้มีขึ้น และมาตรา ๔๑ ได้กำหนดให้ส่วนราชการที่ได้รับข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะ หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติราชการ อุปสรรคความยุ่งยาก หรือปัญหาอื่นใดจากบุคคลใด โดยมีข้อมูลและสาระตามสมควร ให้เป็นหน้าที่ของส่วนราชการนั้น ที่จะต้องพิจารณาดำเนินการให้ลุล่วงไปและในกรณีที่มิที่อยู่ของบุคคลนั้น ให้แจ้งให้บุคคลนั้นทราบผลการดำเนินการด้วย ทั้งนี้ อาจแจ้งให้ทราบผ่านทางระบบเครือข่ายสารสนเทศของส่วนราชการด้วยก็ได้ ในกรณีการแจ้งผ่านทางระบบเครือข่ายสารสนเทศ มิให้เปิดเผยชื่อหรือที่อยู่ของผู้ร้องเรียน เสนอแนะหรือแสดงความคิดเห็น นอกจากนี้ มาตรา ๔๒ ได้กำหนดให้ส่วนราชการที่มีอำนาจออกกฎ ระเบียบ ข้อบังคับหรือประกาศ เพื่อใช้บังคับกับส่วนราชการอื่น มีหน้าที่ตรวจสอบว่ากฎ ระเบียบ ข้อบังคับหรือประกาศนั้น เป็นอุปสรรคหรือก่อให้เกิดความยุ่งยาก ข้ำซ้อน หรือความล่าช้าต่อการปฏิบัติหน้าที่ของส่วนราชการอื่นหรือไม่ เพื่อดำเนินการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมโดยเร็วต่อไป และในกรณีที่ได้รับการร้องเรียนหรือเสนอแนะจากข้าราชการหรือส่วนราชการอื่นในเรื่องใด ให้ส่วนราชการที่ออกกฎ ระเบียบ ข้อบังคับหรือประกาศนั้นพิจารณาโดยทันที และในกรณีที่เห็นว่าการร้องเรียนหรือเสนอแนะนั้นเกิดจากความเข้าใจผิดหรือความไม่เข้าใจกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ หรือประกาศ ให้ชี้แจงให้ผู้ร้องเรียนหรือเสนอแนะทราบภายในสิบห้าวัน

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการจัดการเรื่องราวร้องทุกข์ พ.ศ. ๒๕๕๒ ข้อ ๑๘ ได้กำหนดให้ผู้ที่ได้รับความสะดวกหรือเสียหายหรืออาจเดือดร้อนหรือเสียหายจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หรือส่วนราชการ หรือจำเป็นต้องให้ส่วนราชการช่วยเหลือเยียวยาหรือปลดเปลื้องทุกข์ มีสิทธิเสนอคำร้องทุกข์ต่อส่วนราชการที่...

ราชการที่เกี่ยวข้องได้ โดยข้อ ๒๓ ได้กำหนดให้การจัดการเรื่องร้องทุกข์ที่เกี่ยวกับหน่วยงานของรัฐที่เป็นราชการส่วนท้องถิ่นหรือรัฐวิสาหกิจให้เป็นไปตามระเบียบของหน่วยงานของรัฐนั้น และข้อ ๒๔ กำหนดให้เจ้าหน้าที่ส่วนราชการผู้รับคำร้องทุกข์ออกใบรับคำร้องทุกข์ให้แก่ผู้ร้องทุกข์ไว้เป็นหลักฐาน นอกจากนี้ ข้อ ๒๕ ได้กำหนดให้ส่วนราชการได้รับคำร้องทุกข์ต้องตอบแจ้งการรับคำร้องทุกข์ไปยังผู้ร้องทุกข์โดยทางไปรษณีย์ตามสถานที่อยู่ที่ปรากฏในคำร้องทุกข์หรือกระทำในรูปของข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ตามกฎหมายว่าด้วยธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์หรือรูปแบบอื่นตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดภายในสิบห้าวันทำการนับตั้งแต่วันที่รับคำร้องทุกข์

ดังนั้น โรงพยาบาลโคกสำโรง โดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง จึงได้จัดให้มีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนของโรงพยาบาลโคกสำโรงขึ้น เพื่อให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญ พระราชกฤษฎีกา และระเบียบดังกล่าว โดยได้จัดทำกระบวนการแจ้งเบาะแสและได้มีคำสั่งโรงพยาบาลโคกสำโรง ในการมอบหมายให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ภายในโรงพยาบาลโคกสำโรง เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ที่มาจากช่องทางการรับข้อร้องเรียนต่างๆ โดยให้ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพเป็นศูนย์กลางในการรับข้อร้องเรียน สำหรับรายละเอียดกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี จะได้กล่าวดังต่อไปนี้

๒. วัตถุประสงค์การจัดทำคู่มือ

๑. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ภายในสังกัดโรงพยาบาลโคกสำโรงใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในการรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์หรือขอความช่วยเหลือให้มีมาตรฐานเดียวกันและเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๒. เพื่อให้การดำเนินงานจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงานภายในสังกัดโรงพยาบาลโคกสำโรงมีขั้นตอน/กระบวนการและแนวทางในการปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน

๓. เพื่อสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานที่มุ่งไปสู่การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ

๔. เพื่อเผยแพร่ให้กับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหน่วยงานภายในสังกัดโรงพยาบาลโคกสำโรง อำเภอกอกสำโรง จังหวัดลพบุรี ทราบกระบวนการ

๕. เพื่อให้มั่นใจว่าได้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนด ระเบียบ หลักเกณฑ์ เกี่ยวกับการจัดการข้อร้องเรียนที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ

๓. คำนิยาม

ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ที่มารับบริการจากส่วนราชการและประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย

- หน่วยงานของรัฐ*/เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐ**/เอกชน/หรือบุคคล/นิติบุคคล

* หน่วยงานของรัฐ ได้แก่ กระทรวง ทบวง กรมหรือส่วนราชการ ที่เรียกชื่ออย่างอื่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ และให้หมายความรวมถึงองค์กรอิสระ องค์กรมหาชน หน่วยงานในกำกับของรัฐและหน่วยงานอื่นใดในลักษณะเดียวกัน

** เจ้าหน้าที่ของรัฐ ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว และผู้ปฏิบัติงานประเภทอื่น ไม่ว่าจะเป็นการแต่งตั้งในฐานะเป็นกรรมการหรือฐานะอื่นใด รวมทั้งผู้ซึ่งได้รับแต่งตั้ง และถูกสั่งให้ปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานของรัฐ

- บุคคล/หน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่หน่วยงานของรัฐ

- ผู้ให้บริการตลาดกลางทางอิเล็กทรอนิกส์

ผู้มีส่วน...

- ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ผู้ค้ากับหน่วยงานของรัฐ และผู้มีสิทธิรับเงินจากทางราชการที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมายถึง ผู้ที่ได้รับผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบ ทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการดำเนินการของส่วนราชการ

การจัดการข้อร้องเรียน หมายถึง มีความหมายครอบคลุมถึงการจัดการในเรื่องข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็น/คำชมเชย/การสอบถามหรือร้องขอข้อมูล

ผู้ร้องเรียน หมายถึง ประชาชนทั่วไป/ผู้มีส่วนได้เสียที่มาติดต่อยังศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลโคกสำโรง ผ่านช่องทางต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์ครอบคลุมการร้องเรียน/การให้ข้อเสนอแนะ/การให้ข้อคิดเห็น/การชมเชย/การร้องขอข้อมูล

ช่องทางการรับข้อร้องเรียน หมายถึง ช่องทางต่างๆ ที่ใช้ในการรับเรื่องร้องเรียน เช่น ติดต่อด้วยตนเอง/ร้องเรียนทางโทรศัพท์/เว็บไซต์/Facebook

เจ้าหน้าที่ หมายถึง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงาน

ข้อร้องเรียน แบ่งเป็นประเภท ๒ ประเภท คือ ข้อร้องเรียนทั่วไป และข้อร้องเรียนเกี่ยวกับความไม่โปร่งใสของการจัดซื้อจัดจ้าง

คำร้องเรียน หมายถึง คำหรือข้อความที่ผู้ร้องเรียนกรอกตามแบบฟอร์มที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์หรือระบบการรับคำร้องเรียนเอง มีแหล่งที่สามารถตอบสนองหรือมีรายละเอียดอย่างชัดเจนหรือมีนัยสำคัญที่เชื่อถือได้

การดำเนินการเรื่องร้องเรียน หมายถึง เรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ที่ได้รับผ่านช่องทางการร้องเรียนต่างๆ มาเพื่อทราบหรือพิจารณาดำเนินการแก้ไขปัญหาตามอำนาจหน้าที่

การจัดการเรื่องร้องเรียน หมายถึง กระบวนการที่ดำเนินการในการแก้ไขปัญหาตามเรื่องร้องเรียนที่ได้รับให้ได้รับการแก้ไขหรือบรรเทาความเดือดร้อนจากการดำเนินงาน

๔. สถานที่ตั้ง

ตั้งอยู่ ณ โรงพยาบาลโคกสำโรง เลขที่ ๕๔/๑๕ หมู่ที่ ๕ ตำบลโคกสำโรง อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

บทที่ ๒

ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียน/ร้องทุกข์

๑. ขอบเขตและประเภทข้อร้องเรียน

๑.๑ กรณีเรื่องร้องเรียนทั่วไป

๑.๑.๑ สอบถามข้อมูลเบื้องต้นจากผู้ขอรับบริการถึงความประสงค์ของการขอรับบริการ

๑.๑.๒ ดำเนินการบันทึกข้อมูลของผู้ขอรับบริการ เพื่อเก็บไว้เป็นฐานข้อมูลของผู้ขอรับบริการจากศูนย์บริการ

๑.๑.๓ แยกประเภทงานบริการตามความประสงค์ของผู้ขอรับบริการ เช่น ปริญญาโท/เอก/อนุมัติ/อนุญาต, ข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์/แจ้งเบาะแสหรือร้องเรียนเรื่องร้องเรียนจัดซื้อจัดจ้าง

๑.๑.๔ ดำเนินการให้คำปรึกษาตามประเภทงานบริการ เพื่อตอบสนองความประสงค์ของผู้ขอรับบริการ

๑.๑.๕ เจ้าหน้าที่ดำเนินการ เพื่อตอบสนองความประสงค์ของผู้ขอรับบริการ

กรณีข้อร้องเรียนทั่วไป เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ/ที่ปรึกษาทนายจะให้ข้อมูลกับผู้ขอรับบริการในเรื่องที่ผู้ขอรับบริการต้องการทราบ เมื่อให้คำปรึกษาเรียบร้อยแล้วเรื่องที่ขอรับบริการถือว่ายุติ

- กรณีขออนุมัติ/อนุญาต เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจะให้ข้อมูลกับผู้ขอรับบริการในเรื่องที่ผู้ขอรับบริการต้องการทราบและดำเนินการรับเรื่องดังกล่าวไว้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรงหรือคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงผู้รับผิดชอบ เป็นผู้พิจารณาส่งต่อไปกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปภายใน ๑ - ๒ วัน

- กรณีข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์/แจ้งเบาะแส เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลโคกสำโรง จะให้ข้อมูลกับผู้ขอรับบริการในเรื่องที่ผู้ขอรับบริการต้องการทราบและแจ้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจะดำเนินการรับเรื่องดังกล่าวไว้ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรงหรือคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เป็นผู้พิจารณาส่งต่อไปกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปภายใน ๑ - ๒ วัน

- กรณีขออนุมัติ/อนุญาต, ข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์/แจ้งเบาะแส ให้ผู้ขอรับบริการรอการติดต่อกลับหรือสามารถติดตามเรื่องกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากไม่ได้รับการติดต่อกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใน ๑๕ วัน ให้ติดต่อกลับที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนของโรงพยาบาลโคกสำโรง

๑.๒ กรณีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้าง

๑.๒.๑ สอบถามข้อมูลเบื้องต้นจากผู้ขอรับบริการถึงความประสงค์ของการขอรับบริการ

๑.๒.๒ ดำเนินการบันทึกข้อมูลของผู้ขอรับบริการ เพื่อเก็บไว้เป็นฐานข้อมูลของผู้ขอรับบริการจากเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ

๑.๒.๓ แยกประเภทงานร้องเรียน ถ้าเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้าง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะเสนอเรื่องให้กับผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นพิจารณาความเห็นและประสานงานกลุ่มงานหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- กรณีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับจัดซื้อจัดจ้าง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ/ที่ปรึกษาทนายจะดำเนินการให้ข้อมูลกับผู้ขอรับบริการในเรื่องที่ผู้ขอรับบริการต้องการทราบ เมื่อให้คำปรึกษาเรียบร้อยแล้วผู้ขอรับบริการไม่ติดใจหรือมีประเด็นใดสงสัยถือว่าเรื่องยุติ

- กรณีข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์/แจ้งเบาะแสเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้าง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของโรงพยาบาลโคกสำโรง จะให้ข้อมูลกับผู้ขอรับบริการในเรื่องที่ผู้ขอรับบริการต้องการทราบและแจ้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเห็นว่ากรณีมีมูลจะดำเนินการรับเรื่องดังกล่าวไว้ และเสนอหัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้พิจารณาสั่งการหรือส่งต่อไปกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปภายใน ๑ วัน

กรณีข้อ...

- กรณีข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์/แจ้งเบาะแสเรื่องจัดซื้อจัดจ้าง ให้ผู้ขอรับการบริการรอการติดต่อกลับ หรือสามารถติดตามเรื่องกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ถ้าหากไม่ได้รับการติดต่อกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายใน ๑๕ วัน ให้ติดต่อกลับที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนโรงพยาบาลโคกสำโรง

๒. หลักเกณฑ์การร้องทุกข์/ร้องเรียน

๒.๑ เรื่องที่อาจนำมาร้องทุกข์/ร้องเรียนได้ ต้องเป็นเรื่องที่ผู้ร้องได้รับความเดือดร้อนหรือเสียหายอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่หน่วยงานโรงพยาบาลโคกสำโรง ในเรื่องดังต่อไปนี้

- กระทำการทุจริตต่อหน้าที่ราชการ
- กระทำความผิดต่อตำแหน่งหน้าที่ราชการ
- ละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติ
- ปฏิบัติหน้าที่ล่าช้าเกินควร
- กระทำการนอกเหนืออำนาจหน้าที่หรือขัดหรือไม่ถูกต้องตามกฎหมาย

๒.๒ เรื่องที่ร้องทุกข์/ร้องเรียน ต้องเป็นเรื่องจริงที่มีมูลเหตุ มิได้หวังสร้างกระแสหรือสร้างข่าวที่เสียหายต่อบุคคลอื่น

๒.๓ การร้องทุกข์/ร้องเรียน ผู้รับบริการจะต้องให้ข้อมูลที่สามารถติดต่อกลับไปยังผู้ใช้บริการได้ เพื่อยืนยันว่ามีตัวตนจริงและเป็นประโยชน์ในการดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงต่อไป

๓. วิธีการยื่นคำร้องทุกข์/ร้องเรียน

๓.๑ ใช้ถ้อยคำสุภาพ และมี

- วัน เดือน ปี
- ชื่อ และที่อยู่ ของผู้ร้องทุกข์/ร้องเรียน
- ข้อเท็จจริงหรือรายละเอียดของเรื่องที่จะร้องทุกข์/ร้องเรียนอย่างชัดเจนว่าได้รับความเดือดร้อนหรือเสียหายอย่างไร ต้องการให้แก้ไข หรือดำเนินการอย่างไร หรือชี้ช่องทางแจ้งเบาะแส เกี่ยวกับการทุจริตของเจ้าหน้าที่
- ระบุ พยาน เอกสาร พยานวัตถุ และพยานบุคคล (ถ้ามี)

๓.๒ คำร้องทุกข์/ร้องเรียน อาจส่งหนังสือถึงโรงพยาบาลโคกสำโรง หรือช่องทางอื่นๆ ตามที่กำหนดไว้

๔. เรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียนที่อาจไม่รับพิจารณา

๔.๑ คำร้องทุกข์/ร้องเรียนที่มีได้ทำเป็นหนังสือหรือไม่ระบุชื่อและที่อยู่ของผู้ร้องทุกข์/ร้องเรียนจริง จะถือว่าเป็นบัตรสนเท่ห์

๔.๒ คำร้องทุกข์/ร้องเรียนที่ไม่ระบุพยานหรือหลักฐานเพียงพอ หรือเป็นเรื่องที่มีลักษณะเป็นบัตรสนเท่ห์ หรือการชี้ช่องทางแจ้งเบาะแสไม่เพียงพอที่จะสามารถดำเนินการสืบสวน สอบสวนต่อไปได้

๕. ช่องทางการร้องเรียน/ร้องทุกข์

โรงพยาบาลโคกสำโรง มีการจัดทำและกำหนดช่องทางการร้องเรียนและขั้นตอนการร้องเรียน โดยมีทั้งหมด ๔ ช่องทาง ดังนี้

๑. หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๓๖๔๔ ๑๖๕๗ - ๖๑ หรือ Fax. ๐ ๓๖๔๔ ๑๖๕๕

๒. เว็บไซต์โรงพยาบาลโคกสำโรง ในหัวข้อศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ และเพจ Facebook

๓. ยื่นข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ด้วยตนเอง ณ จุดศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ ตึกเฉลิมพระเกียรติ ชั้น ๒

โรงพยาบาลโคกสำโรง อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

๔. ช่องทาง...

๔. ช่องทางไปรษณีย์ จ่าหน้าซองถึงศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ โรงพยาบาลโคกสำโรง อำเภอกอแก้ว จังหวัดลพบุรี

๕. ผู้รับเรื่องร้องเรียน

๖. เงื่อนไขในการส่งเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ ที่อยู่ โทรศัพท์ E-mail จะมีประโยชน์สำหรับการติดต่อกลับ เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม หรือเพื่อแจ้งผลการตรวจสอบกรณีของเรื่องที่ร้องเรียนให้ท่านทราบ ถ้าหากท่านไม่ประสงค์จะให้ติดต่อกลับ หรือไม่ต้องการทราบผลการตรวจสอบข้อร้องเรียน ก็ไม่จำเป็นต้องกรอกข้อมูลดังกล่าวให้ครบถ้วน แต่จะถือว่าเป็นการแจ้งเบาะแสให้ทราบเท่านั้น

บทที่ ๓

ขั้นตอนกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์

๑. ขั้นตอนกระบวนการจัดการข้อร้องเรียน

๑.๑ กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนที่อยู่ในอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลโคกสำโรง มีขั้นตอนและระยะเวลาดำเนินการ ดังนี้

๑.๑.๑ เมื่อได้รับข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ หากข้อร้องเรียนนั้นมิได้ทำเป็นหนังสือให้จัดทำมีการบันทึกข้อร้องเรียนดังกล่าว ลงในแบบฟอร์มแจ้งข้อร้องเรียน ซึ่งจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑ วันทำการนับตั้งแต่วันที่ได้รับข้อร้องเรียน

๑.๑.๒ ให้ผู้รับผิดชอบเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ของโรงพยาบาลโคกสำโรง สรุปรายชื่อเท็จจริงเรื่องร้องเรียน และเสนอข้อร้องเรียนนั้นไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรงหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเพื่อพิจารณาสั่งการ ตามที่เห็นสมควรโดยไม่ชักช้า ซึ่งจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๗ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับข้อร้องเรียน

ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ในสังกัดได้รับข้อร้องเรียน ให้เจ้าหน้าที่นั้นส่งข้อร้องเรียนดังกล่าวให้ผู้รับผิดชอบเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ทันที โดยไม่จำเป็นต้องสรุปรายชื่อเท็จจริงในเรื่องที่ร้องเรียน เพื่อให้ผู้รับผิดชอบเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ จะได้ดำเนินการตามวาระคดีต่อไป

๑.๑.๓ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรง หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายพิจารณาสั่งการ ภายใน ๗ วันทำการนับตั้งแต่วันที่ได้รับข้อร้องเรียนจากผู้รับผิดชอบเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์

ในกรณีที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรง หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เห็นสมควรแต่งตั้งคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการจัดการข้อร้องเรียน แก้ไขปัญหาและปรับปรุงการให้บริการ รวมถึงการตรวจสอบข้อเท็จจริงในเรื่องที่ร้องเรียน ให้แต่งตั้งคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑๕ วันทำการนับตั้งแต่วันที่แต่งตั้งหรือมอบหมายเจ้าหน้าที่หรือภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในคู่มือฉบับนี้ หรือตามกฎหมายแล้วแต่กรณี

ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ฯ ไม่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดดังกล่าว ได้ให้ขอขยายระยะเวลาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรงหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อพิจารณาสั่งการพร้อมชี้แจงข้อเท็จจริงและเหตุผลประกอบด้วย

๑.๑.๔ เมื่อได้ดำเนินการตามข้อ ๑.๑.๓ วาระคดีหนึ่ง แล้วเสร็จ ให้ผู้รับผิดชอบเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ แจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบเบื้องต้นถึงการได้รับเรื่อง แนวทางการจัดการ และระยะเวลาที่คาดว่าจะดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนแล้วเสร็จ รวมถึงชื่อผู้ประสานงานพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ด้วย

๑.๑.๕ เมื่อได้ดำเนินการจัดการข้อร้องเรียน แก้ไขปัญหาและปรับปรุงการให้บริการ รวมถึงการตรวจสอบข้อเท็จจริงในประเด็นที่มีการร้องเรียนเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้รับผิดชอบเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ แจ้งให้ผู้ร้องเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบต่อไป ซึ่งจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๗ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรงหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายพิจารณาสั่งการ

ในกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดได้ ให้ผู้รับผิดชอบเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์แจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบถึงเหตุผลและผลการดำเนินการล่าสุด

๑.๒ กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนที่ไม่อยู่ในอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลโคกสำโรง มีขั้นตอนและระยะเวลาดำเนินการ ดังนี้

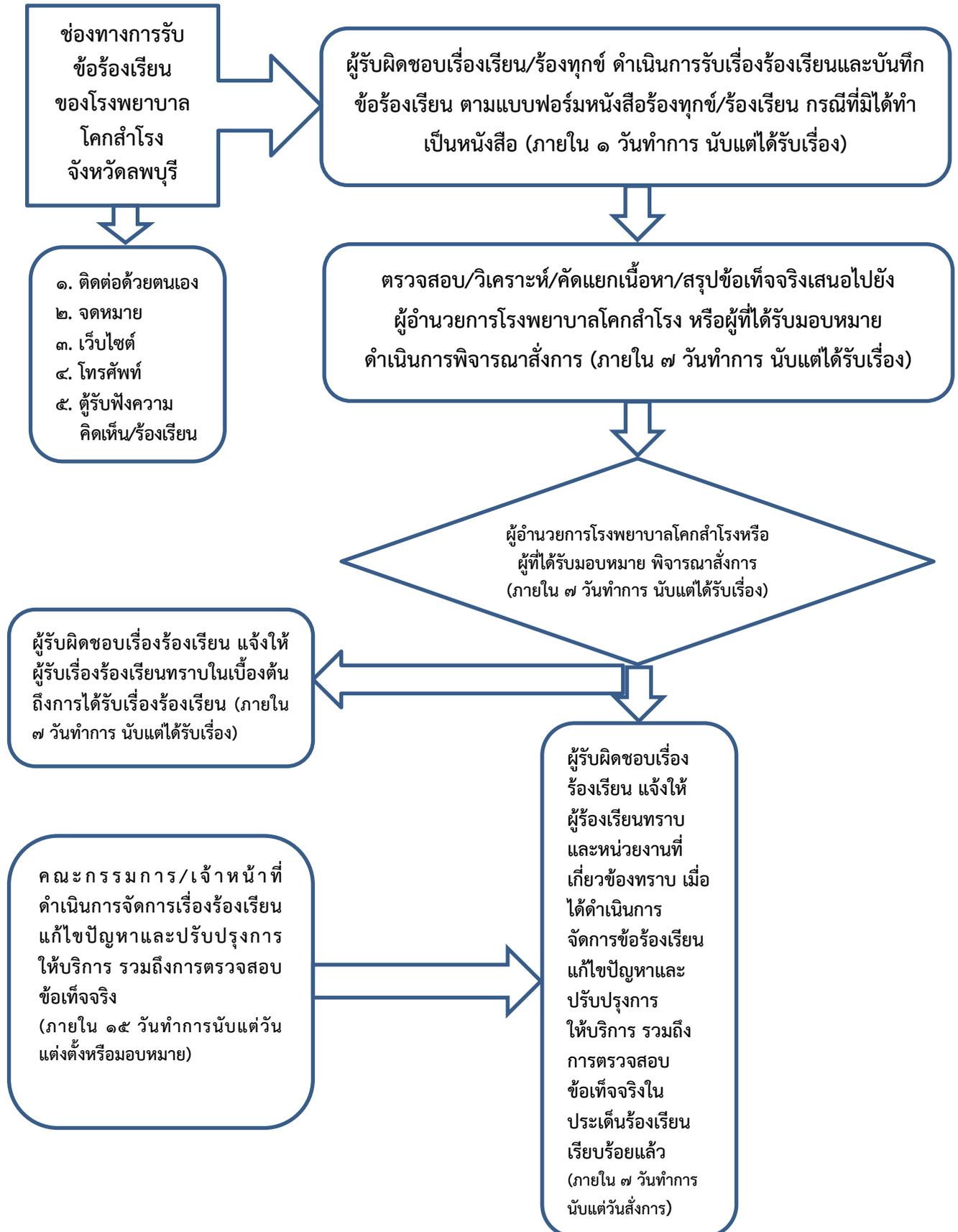
๑.๒.๑ เมื่อได้รับข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ และหากข้อร้องเรียนนั้นมิได้ทำเป็นหนังสือ ให้จัดทำให้มีการบันทึกข้อร้องเรียนดังกล่าวลงในแบบฟอร์มแจ้งข้อร้องเรียน โดยให้ผู้รับผิดชอบเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์

สรุปข้อเท็จจริงและเสนอให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรงหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อพิจารณาสั่งการ ตามที่เห็นสมควรโดยไม่ชักช้า ซึ่งจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับข้อ ร้องเรียน หากไม่สามารถดำเนินการภายในระยะเวลาดังกล่าวได้ให้ชี้แจงเหตุผลประกอบด้วย

ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ในสังกัดโรงพยาบาลโคกสำโรง ได้รับข้อร้องเรียน ให้นำความในข้อ ๑.๑ ข้อ ๑.๑.๒ วรรคสอง มาใช้บังคับโดยอนุโลม

๑.๒.๒ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรงหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย พิจารณาสั่งการ ภายใน ๑๕ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับข้อร้องเรียน เพื่อให้คำแนะนำถึงจุดบริการรับแจ้งเบาะแสการทุจริตและปฏิบัติ หน้าที่โดยมิชอบหรือการแจ้งข้อร้องเรียนดังกล่าวไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ พร้อมทั้งแจ้งผลการ ดำเนินการให้ผู้ร้องเรียนทราบ

บทที่ ๔ แผนผังขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติงาน



ภาคผนวก

การบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลโคกสำโรง

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางให้ทุกฝ่าย ทุกหน่วยงาน ทุกทีมคร่อมสายงาน บริหารความเสี่ยง อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้องค์กรมีความปลอดภัย (ผู้รับบริการ ประชาชน และผู้ให้บริการมีความปลอดภัย)

คำจำกัดความการบริหารความเสี่ยง

๑. ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ เช่น ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตราย ต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การทำลายสิ่งแวดล้อม ภาวะในการขาดใช้ค่าเสียหาย

๒. บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้น เพื่อเป็นประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวัง ทั้งระดับโรงพยาบาล ระดับทีมระดับหน่วยงาน

๓. อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเกิดจากการรักษา และไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรค หรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วย อันตรายดังกล่าว ส่งผลให้ระยะเวลาการรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือเกิดความพิการตามมา ลักษณะสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การถูกทำร้าย หรือการบาดเจ็บ เหตุร้าย ภัยอันตราย การคุกคามก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ความไม่แน่นอน การถูกเปิดเผย

๔. ความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical Error) หมายถึง ความล้มเหลวของการดูแลรักษาที่วางแผนไว้หรือการวางแผนการรักษาที่ไม่ถูกต้องในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

๕. เหตุเกือบพลาด (Near Miss) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือไม่เกิดขึ้นเพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทัน หรือด้วยความบังเอิญ ป้องกันได้ทันก่อนเกิดเหตุ มีการบรรเทาอาการก่อน

๖. อุบัติการณ์รุนแรง หมายถึง ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก ซึ่งผู้ประสบเหตุการณ์ต้องรายงานผู้บริหารทันที เช่น เกิดอัคคีภัย ผลกระทบต่อชื่อเสียงโรงพยาบาล ผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ฆ่าตัวตาย การโจรกรรมทรัพย์สินของทางราชการ

เจตจำนง/ความมุ่งหมาย

กำหนดทิศทาง วางระบบการเฝ้าระวัง ค้นหา จัดการ วิเคราะห์ ประเมินและรายงานผลด้านการบริหารความเสี่ยงขององค์กร เพื่อให้หน่วยงานดำเนินการบริหารความเสี่ยงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตบริการ

๑. กำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
๒. กำหนดโปรแกรมและระดับความรุนแรงของความเสี่ยงในโรงพยาบาล
๓. วางระบบการค้นหาความเสี่ยงของโรงพยาบาล
๔. บริหารจัดการเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้นในโรงพยาบาล
๕. วิเคราะห์และทบทวนความเสี่ยงในโรงพยาบาล
๖. ส่งเสริมการเฝ้าระวัง ป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นไม่ให้เกิดซ้ำ
๗. ให้ความรู้ และสนับสนุนหน่วยงานต่างๆเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

ความต้องการ...

ความต้องการของผู้ใช้บริการ

ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

๑. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์จากการรักษาในโรงพยาบาล
๒. ไม่เกิดการบาดเจ็บ อันตรายขณะรับบริการในโรงพยาบาล
๓. ได้รับการดูแลและปฏิบัติตามสิทธิของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

ความต้องการของผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล

๑. ไม่เกิดอุบัติเหตุและโรคที่เกิดจากการทำงาน
๒. ได้รับคำแนะนำและมีความรู้ความเข้าใจในการบริหารความเสี่ยง
๓. มีการเชื่อมประสานงานระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ในการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
๔. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และมีการวางระบบเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำ

โรงพยาบาล

๑. ลดความสูญเสีย หรือความเสียหายต่อทรัพย์สินของโรงพยาบาล
๒. ลดข้อร้องเรียน ที่จะทำให้เกิดความเสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล

ชุมชน (ประชาชนทั่วไป)

- ไม่เกิดการทำลายสิ่งแวดล้อมจากการทำงานของโรงพยาบาล

เป้าหมายของงานบริหารความเสี่ยง

๑. ผู้รับบริการมีความปลอดภัย ไม่เกิดความเสี่ยงจากการรับบริการและมีความพึงพอใจในบริการ
๒. ผู้ให้บริการมีความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน
๓. ผู้ให้บริการมีความรู้และความเข้าใจในระบบป้องกันความเสี่ยง และมีการแก้ไขความเสี่ยงเชิงระบบ

อย่างมีประสิทธิภาพ

๔. สิ่งแวดล้อมปลอดภัย

นโยบายด้านการบริหารความเสี่ยง

๑. มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อวางระบบและประสานงานด้านความเสี่ยง รวมทั้งดำเนินการ สื่อสารสร้างความเข้าใจในโรงพยาบาลให้บุคลากรรับทราบโดยทั่วถึงกัน

๒. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล มีหน้าที่จัดระบบบริหารความเสี่ยง โดยกำหนดยุทธศาสตร์ด้านความเสี่ยง ตัวชี้วัด ผู้รับผิดชอบดูแล รวมถึงการบูรณาการบริหารความเสี่ยงและประสานงานระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้มีการดำเนินการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๓. กำหนดให้ทุกหน่วยงานมีผู้รับผิดชอบเป็นผู้ประสานงานด้านความเสี่ยง และมีการจัดการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน โดยการค้นหา วิเคราะห์ และจัดการความเสี่ยง มีการวางแผนการป้องกันความเสี่ยง ติดตามประเมินผล เพื่อการปรับปรุงพัฒนาอย่างมีระบบ

๔. ให้มีการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยง (ค้นหา, ประเมิน, จัดการและประเมินผล) มาปฏิบัติในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล เช่น มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยใช้แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งเอกสารและในระบบอิเล็กทรอนิกส์ รวมทั้งช่องทางอื่นๆที่กำหนดไว้ มีคู่มือและแนวทางการปฏิบัติ เรื่องกระบวนการจัดการและรายงานความเสี่ยงเมื่อเกิดเหตุ มีการค้นหาและจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk profile) ของหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการวางมาตรการป้องกันแก้ไขความเสี่ยงซ้ำภายในหน่วยงาน

๕. การรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยง ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ไม่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความขัดแย้งในองค์กร

๖. พัฒนา...

๖. พัฒนาระบบการป้องกัน แก้ไขความเสี่ยงที่สำคัญและเกิดบ่อย เป็นคู่มือของฝ่ายหรือหน่วยงาน นำไปสู่การปฏิบัติและติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

๗. พัฒนาระบบสารสนเทศในการบันทึก วิเคราะห์และรายงาน รวมทั้งฐานข้อมูลของความเสี่ยงในโรงพยาบาล
บทบาท

๑. กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดและแผนปฏิบัติงาน ด้านการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

๒. ดำเนินการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลในด้านต่างๆ ได้แก่

- การค้นหาและรวบรวมความเสี่ยง
- วิเคราะห์ความเสี่ยง
- การจัดการความเสี่ยง
- ป้องกันความเสี่ยง

๓. จัดทำแบบฟอร์มรายงานความเสี่ยงและปรับปรุงแก้ไขแบบฟอร์มต่างๆ ในระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงให้เหมาะสม

๔. กำหนดระเบียบปฏิบัติและแนวทางปฏิบัติ ในการบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล

๕. ดำเนินการจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่รุนแรงหรือสำคัญ ตลอดจนดำเนินการให้มีการทบทวนอุบัติการณ์ เพื่อหาแนวทางในการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

๖. กำหนดบทบาทหน้าที่และประสานงานกับผู้จัดการความเสี่ยงประจำหน่วยงาน

๗. ส่งเสริม/สนับสนุนให้ฝ่าย/หน่วยงาน ดำเนินการอย่างบูรณาการด้านการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน มีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้มีการจัดการทำคู่มือหรือวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันและ/หรือแก้ไขความเสี่ยงประจำหน่วยงาน ให้มีการติดตามการปฏิบัติให้เป็นไปตามแนวทางที่วางไว้

๘. ดำเนินการในการประสานงานบริหารความเสี่ยงกับทีมนำด้านต่างๆ โดยการรายงานความเสี่ยงของ ทีมนำด้านต่างๆ สนับสนุนให้มีการจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบและทันที่งที่ ตลอดจนติดตามรวบรวมผล การดำเนินการแก้ไขความเสี่ยงจากทีมนำด้านต่างๆ

๙. สรุปผลการดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยง และรายงานผลการดำเนินงานในการประชุม คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน

บทบาทหน้าที่ของบุคลากรในโรงพยาบาล

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล มีหน้าที่

- กำหนดนโยบายด้านการจัดการความเสี่ยง
- สนับสนุนด้านทรัพยากรให้มีเพียงพอต่อการจัดการความเสี่ยงตามนโยบายดังกล่าว
- ร่วมจัดการแก้ไข และป้องกันความเสี่ยงรุนแรงและสำคัญในโรงพยาบาล

๒. หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน มีหน้าที่

- ร่วมค้นหา จัดการ แก้ไข ป้องกันความเสี่ยงของฝ่าย/หน่วยงาน
- ประสานกิจกรรมต่างๆ ของหน่วยงาน เพื่อให้ฝ่าย/หน่วยงานมีระบบค้นหา วิเคราะห์จัดการ แก้ไข

ป้องกันและประสานผลการจัดการความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ

• สรุปสถิติ และแนวทางแก้ไขความเสี่ยงของหน่วยงาน กับทีมบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลทุก ๑ เดือน

๓. ผู้จัดการ...

๓. ผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน มีหน้าที่ บริหารจัดการความเสี่ยงประจำหน่วยงาน ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ตระหนักในการค้นหาและรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน

๔. ประธานที่มนำด้านต่างๆ มีหน้าที่ ร่วมจัดการและแก้ไข บริหารความเสี่ยงตลอดจนวางระบบป้องกันความเสี่ยงในระบบงานที่รับผิดชอบ

๕. คณะกรรมการสอบสวนข้อร้องเรียน มีหน้าที่ สอบสวนข้อเท็จจริงของเรื่องราวความเสี่ยงที่เป็นข้อร้องเรียน นำเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาผลกระทบจากการเกิดความเสี่ยง

๖. เลขานุการที่มบริหารความเสี่ยง มีหน้าที่ รายงานสรุปภาพรวมความเสี่ยงทุก ๑ เดือน และรายงานต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

๗. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคน มีหน้าที่

- ค้นหาความเสี่ยงและรายงานอย่างถูกต้อง
- บริหารจัดการความเสี่ยงในขอบเขตความรับผิดชอบ

๘. ผู้จัดการความเสี่ยงนอกเวลาราชการ ได้แก่ หัวหน้าเวร ผู้พบเหตุการณ์

ตัวชี้วัดคุณภาพ

๑. จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับการรายงานทั้งหมด เพิ่มขึ้น ๑๐%
๒. อุบัติการณ์ความรุนแรงสูง (E F G H I) ที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ
๓. จำนวนการเกิดอุบัติเหตุความรุนแรงสูง (ระดับ G H I)
๔. จำนวนการเกิดอุบัติเหตุความรุนแรงสูง (ระดับ G H I) ซ้ำ
๕. จำนวนข้อร้องเรียน ม.๔๑ เป้าหมายเป็น ๐
๖. จำนวนข้อร้องเรียน ม.๑๘
๗. จำนวนเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน
๘. จำนวนข้อร้องเรียนอื่นๆ

การบริหารความเสี่ยง

เป็นกิจกรรมพื้นฐานของบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล ต้องใช้ความสำคัญและร่วมกันวางแผนป้องกันและดำเนินการตามแนวทางที่วางไว้ โดยใช้กระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน

- ขั้นตอนที่ ๑ ค้นหาความเสี่ยง
- ขั้นตอนที่ ๒ ประเมินและวิเคราะห์
- ขั้นตอนที่ ๓ การจัดการความเสี่ยง
- ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินผล

ขั้นตอนที่ ๑ ค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) ในการบริการ สามารถค้นหาความเสี่ยงได้หลาย วิธี โดยการค้นหาความเสี่ยงในเชิงรุกและเชิงรับ

วิธีการ/สาเหตุ	ด้านคลินิก (Clinic)	ด้านอื่นๆ (Non - Clinic)
Risk profile		
การสอบถามผู้ป่วย (Morning round)		

แบบสอบถาม...

วิธีการ/สาเหตุ	ด้านคลินิก (Clinic)	ด้านอื่นๆ (Non - Clinic)
แบบสอบถาม คำบอกเล่า คำบ่น		
รายงานอุบัติการณ์ (Incident report)		
การ Pre – post conference		
การสำรวจสิ่งแวดล้อม		
Quality nursing round		
รายงานการนิเทศ		
ใบลาป่วย/ลาจกเจ้าหน้าที่		
เวชระเบียน (Trigger tool)		

ขั้นตอนที่ ๒ ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง

- ประเมินความเสี่ยงในช่วงเวลาก่อนเกิดเหตุ
- ประเมินความเสี่ยงในช่วงขณะเกิดเหตุ

ขั้นตอนที่ ๓ การจัดการกับความเสี่ยง

- การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง
- การผ่อนถ่ายความเสี่ยง
- การป้องกันความเสี่ยง
- การลดความสูญเสียหลังการเกิดเหตุการณ์
- การแบ่งแยกความเสี่ยง ได้แก่การจัดให้มีระบบสำรอง สำหรับทรัพยากรที่ใช้ในการ

ทำงาน

ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินผล หมายถึง การนำเหตุการณ์ และความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบความเพียงพอของวิธีการที่ใช้ป้องกันความเสี่ยง ซึ่งจะเชื่อมโยงกลับไปยังเครื่องชี้วัด และระบบประกันคุณภาพ กิจกรรมที่ประเมิน ได้แก่

๑. การติดตามเครื่องชี้วัด ความเสี่ยงของหน่วยงานประจำเดือน
๒. การทบทวนประสบการณ์ โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำอีก ทั้งที่มีมาตรการ ป้องกัน มากกว่าที่จะดูแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ คำถามที่ต้องการคือ
 - อุบัติการณ์เกิดขึ้นได้อย่างไร ทั้งๆ ที่มีมาตรการป้องกันแล้ว
 - อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์เดี่ยวหรือเป็นเรื่องของระบบ ที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น อีกได้หรือไม่

หรือไม่

จุดเน้นในการพัฒนา

๑. ทุกหน่วยงานต้องมีการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน และมีการจัดทำบัญชีความเสี่ยงที่มีการวิเคราะห์และจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานของตนเอง
๒. สื่อสารเรื่องการบริหารความเสี่ยงไปยังบุคลากรทุกระดับ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง มีส่วนร่วมในการดำเนินการด้านความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องได้
๓. มีระบบสารสนเทศที่สะท้อนสถานการณ์ความเสี่ยงและระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ
๔. หน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก

๕. มีการวิเคราะห์...

๕. มีการวิเคราะห์และหาสาเหตุที่แท้จริงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำ
๖. ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

๑. เน้นนโยบายความปลอดภัยทุกหน่วยงาน (patient safety goal)
๒. มีการส่งเสริมในประเด็นเรื่องความปลอดภัย/ความเสี่ยง
๓. มีระบบรายงานความเสี่ยงที่ครอบคลุมและรวดเร็ว
๔. ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการป้องกันความเสี่ยง
๕. มีการตรวจเยี่ยมหน่วยงานต่างๆในเรื่องความปลอดภัย

คำจำกัดความ

๑. ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความสูญเสียหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือเป็นเหตุการณ์การกระทำใดๆซึ่งส่งผลกระทบต่อหรือสร้างความเสียหาย ลดโอกาสที่จะเกิดความสำเร็จ/บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ ความสูญเสีย ที่เกิดกับผู้รับบริการ สูญเสียรายได้ เสียชื่อเสียงขององค์กร การบาดเจ็บของ เจ้าหน้าที่ในขณะทำงาน และการต้อง ชดใช้ค่าเสียหาย โดยแยกออกเป็น ๓ ส่วนดังนี้

- ปัจจัยเสี่ยงคือ สาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยง
- เหตุการณ์เสี่ยง คือ เหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือนโยบาย
- ผลกระทบของความเสี่ยง คือ ความรุนแรงของความเสียหายที่น่าจะเกิดขึ้นจากเหตุการณ์เสี่ยง

๒. บัญชีความเสี่ยง หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งหน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้นโดยอาศัยการ เรียนรู้จากประสบการณ์ การสำรวจภายในหน่วยงานเพื่อเป็นประเด็นสำคัญในการเฝ้าระวัง โดยจัดทำทุก หน่วยงาน

๓. ระบบบริหารความเสี่ยง หมายถึง ระบบบริหารปัจจัยและควบคุมกิจกรรม รวมทั้งกระบวนการดำเนินงานต่างๆ โดยลดมูลเหตุของแต่ละโอกาสที่จะทำให้เกิดความเสียหายเพื่อให้ระดับความเสี่ยงและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นใน อนาคตอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ ประเมินได้ ควบคุมได้ และตรวจสอบได้อย่างมีระบบ โดยคำนึงถึงการ บรรลุเป้าหมายของหน่วยงานเป็นสำคัญ

๔. ความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical error) หมายถึง ความล้มเหลวในการดูแลรักษาตามที่ได้วางแผนไว้ หรือการวางแผนรักษาที่ไม่ถูกต้อง/ไม่บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

๕. เหตุการณ์เกือบพลาด (Near miss) หมายถึง สถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่เกิด เหตุการณ์ขึ้นเพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทัน

• Aspen (2004) ให้ความหมายของ Near miss ว่าเป็นการปฏิบัติที่กระทำ/ยังไม่ได้ปฏิบัติ ที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่อันตรายดังกล่าวยังไม่เกิดขึ้น อันเป็นผลจากโอกาส โชค เช่น ผู้ป่วยได้รับยาที่มีข้อห้ามใช้ แต่ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยานั้น หรือเป็นผลจากการป้องกัน เช่น มีการสั่งยาเกินขนาดแต่พยาบาล/เภสัชกรตรวจพบได้ก่อนการบริหารยา หรือผลจากการบรรเทา เช่น บริหารยาผิด ขนาดแต่ตรวจพบได้เร็วและสามารถให้ยาต้านได้ โดยไม่มีอาการรุนแรงตามมา ดังนั้น Near miss เป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ที่ต้อง ทบทวน มีความสำคัญเพราะหากเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ต่างออกไป จะนำไปสู่การเสียชีวิต หรือบาดเจ็บรุนแรงได้ near miss ในรพ.ปรangkūคือความเสี่ยงระดับ A B, miss หรือlow risk คือระดับ C D

๖. อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเกิดจากการรักษา และไม่ได้ เป็นผลสืบเนื่องจากโรคเดิมของผู้ป่วย อันตรายดังกล่าวทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือเกิดความพิการ Adverse event มักเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ มักเกิดจากความ

ล้มเหลวของ...

ล้มเหลวของกระบวนการป้องกันคลาดเคลื่อน หรือปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ เช่น ผู้ป่วยลื่นล้มโดยอุบัติเหตุหรือความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา เป็นความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป

๗. เหตุการณ์ที่พึงสังวร (Sentinel event) หมายถึง เหตุการณ์รุนแรงที่โรงพยาบาลกำหนดให้รายงานทันที เป็นเหตุการณ์รุนแรงต้อง

ทบทวน เป็นเหตุการณ์ที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิต หรือบาดเจ็บรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจ ยกตัวอย่างเช่น

ด้าน clinic	ด้านอื่นๆ (non clinic)
๑. การเสียชีวิตของผู้ป่วยโดยไม่ได้คาดหมาย(ทุกสาเหตุ)	๑. การลักทรัพย์ทุกกรณี
๒. การเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยจนถึงขั้นทุพพลภาพถาวร (ทุกสาเหตุ)	๒. ทรัพย์สินเสียหายหรือกรรโชกทรัพย์
๓. เกิดความเสียหายร้ายแรงแก่ผู้ป่วย เช่น ผ่าตัดผิดคน/ผิดอวัยวะ/ผิดตำแหน่ง,มีเครื่องมือ/ผ้า ค้างในร่างกาย,ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย,ตกเตียง/พลัดตกหกล้ม เป็นเหตุให้เกิดอันตรายทรุดลง	๓. ความเสียหายจากปัญหาสิ่งแวดล้อม เช่น น้ำท่วม ไฟดับ (กรณีสำรองไฟไม่ทำงาน) ไฟไหม้ น้ำไม่ไหล ภายในเวลามีกำหนด sever ไม่ได้รับการแก้ไขภายในเวลาที่กำหนด เป็นต้น
๔. ความผิดพลาด/ความเสียหายใดๆที่มีโอกาสนำไปซึ่งการฟ้องร้อง/การเสื่อมเสียชื่อเสียง	๔. การข่มขู่ ทำร้าย ทะเลาะวิวาทหรือถูกประทุษร้าย
	๕. การประสบอุบัติเหตุของยานพาหนะโรงพยาบาล
	๖. การล่วงละเมิดทางเพศ หรือทำอนาจาร
	๗. การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับความยินยอม
	๘. การกระทำต่อเจตนาขู้สาว(กรณีมีข้อร้องเรียน)
	๙. อุบัติภัยหมู่
	๑๐. เกิดความเสียหายร้ายแรงแก่ รพ./บุคลากร เช่น
	- ผู้ป่วยหนีออกจากรพ.ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วย/ญาติได้
	- เจ้าหน้าที่ถูกทำร้ายร่างกาย
	- มีผู้ป่วยโรคระบาด/มีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อแพร่ระบาดในโรงพยาบาล
	- ลักพาทารก/ผู้ป่วย
	- สงทากรกีดพ่อแม่

๘. ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) หมายถึง เหตุการณ์ใดๆ ที่สามารถป้องกันได้ซึ่งอาจ นำส่งไปสู่ การใช้ยาที่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ขณะที่ยาอยู่ในความคุมของบุคลากรของบุคลากรวิชาชีพด้าน สุขภาพ ผู้ป่วยหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์เหล่านั้นอาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพ ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยหรือผู้ พบเห็น เหตุการณ์เหล่านั้นอาจอาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพ ผลลัพธ์ด้าน สุขภาพ วิธีการปฏิบัติและ ระบบครอบคลุม การสั่งใช้ยา การสื่อสารคำสั่ง การจัดทำฉลาก/การบรรจุ และการตั้งชื่อผลิตภัณฑ์ การปรุงยา การจ่ายยา การกระจายยา การให้ความรู้ การติดตาม และการใช้ยาจากคำนิยามดังกล่าว ความคลาดเคลื่อน ทางยามีลักษณะที่สำคัญบางประการ เช่น

๑. เป็นอุบัติการณ์ที่สามารถป้องกันได้

๒. ผลของอุบัติการณ์อาจนำไปสู่การใช้ยาต่อผู้ป่วย ซึ่งในกรณีนี้อาจถึงหรือไม่ถึงผู้ป่วย

๓. ผลของ...

๓. ผลของอุบัติการณ์บางครั้งจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งในกรณีนี้อาจจัดหรือเรียกผลของอุบัติการณ์นี้ว่า Adverse drug events

๔. อุบัติการณ์นั้นอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งมากกว่า เช่น เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจเป็นการพลั้งเผลอ ขาดสมาธิ หรือละเมิดไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ หรือ อาจเกิดจากยาที่มีรูปแบบคล้ายกัน หรือชื่อใกล้เคียงกัน หรือไม่มีแนวทางการปฏิบัติหรือแนวทางการ ตรวจสอบก่อนการบริหารยา สุดท้ายเกี่ยวข้องกับองค์กร เช่นการทำงานเป็นทีม ระบบการรายงาน ความเสี่ยงที่ เอื้อต่อการจัดการตามความเร่งด่วนหรือความรุนแรง

๕. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยา(Adverse drug event : ADEs) หมายถึงการบาดเจ็บใดๆที่เกิดขึ้นระหว่าง การการรักษาผู้ป่วยด้วยยา ผลดังกล่าวเกิดขึ้นแม้ว่าจะได้รับการดูแลที่เหมาะสม หรือได้รับการดูแลที่ต่ำกว่า เกณฑ์ประกอบด้วย

- อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาด้วยยาปกติหรือไม่ได้รับที่ควรได้รับ
- อาการบาดเจ็บไม่ว่ามากหรือน้อยที่มีสาเหตุจากการใช้ยาหรือไม่ได้ใช้ยา

การจัดการความเสี่ยง

๑. ก่อนเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยง

๑.๑ การหลีกเลี่ยง เช่น วางระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพของบุคลากร

๑.๒ ปล่อยถ่ายความเสี่ยง เช่น การส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า

๑.๓ ป้องกันความเสี่ยง เช่น มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันแก่ผู้ปฏิบัติงาน มีระบบบำรุงเชิงป้องกัน มีการตรวจสอบ ความพร้อมใช้ของเครื่องมือ เป็นต้น

๑.๔ การจัดการให้มีระบบสำรองวัสดุ อุปกรณ์ การเตรียมความพร้อมของเครื่องกำเนิดไฟฟ้า หรือ การสำรอง ข้อมูลเพื่อความพร้อมในการให้บริการ เป็นต้น

๒. ขณะเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงทำอย่างไร กระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน (Top down flow chart)

กระบวนการหลักการทำงานบริหารความเสี่ยง

๑. การค้นหาความเสี่ยง

- ๑.๑ หน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับ
- ๑.๒ ทุกหน่วยงานมีการจัดทำบัญชีความเสี่ยงประจำหน่วยงาน
- ๑.๓ รายงานความเสี่ยงเมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นตามแนวทางประจำหน่วยงาน โดยเฉพาะความเสี่ยงระดับรุนแรง
- ๑.๔ มีการเฝ้าระวังความเสี่ยง โดยมีการสื่อสารให้ทีม สหสาขาวิชาชีพรับทราบโดยทั่วกัน



๒. การประเมินความเสี่ยง

- ๒.๑ วิเคราะห์ ประเมินความเสี่ยงระดับรุนแรง แยกประเภทโปรแกรมความเสี่ยง รวมทั้งระดับความรุนแรงของความเสี่ยง
- ๒.๒ อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับรุนแรง ประเมินให้ได้อย่างรวดเร็ว เพื่อจะได้ประสานงานในรายการความเสี่ยงและจัดการความเสี่ยงอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ



๓. การจัดการ...



๓. การจัดการความเสี่ยง

- ๓.๑ อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านข้อร้องเรียน ต้องได้รับการจัดการ
- ๓.๒ หน่วยงานรับรู้ความเสี่ยง ผู้รับผิดชอบความเสี่ยงของหน่วยงาน ดำเนินการจัดการความเสี่ยงเบื้องต้นตาม ขอบเขตความรับผิดชอบ และประสานงานความเสี่ยงตามระบบ โดยเฉพาะความเสี่ยงในระดับรุนแรงที่ต้อง จัดการความเสี่ยงอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
- ๓.๓ รายงานผลการดำเนินการจัดการความเสี่ยง การทบทวนการวิเคราะห์ความเสี่ยงตามแนวทางหรือระบบ การแก้ไขปัญหา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ
- ๓.๔ มีแนวทางการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงและแนวทางการแก้ไขปัญหา



๔. การประเมินผล

- ๔.๑ ทีมบริหารความเสี่ยงรวบรวม สรุปความเสี่ยงประจำเดือน และสะท้อนกลับไปยังหน่วยงานต่างๆ เพื่อรับทราบความเสี่ยง การทบทวน วิเคราะห์หาสาเหตุตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหาและป้องกันความเสี่ยงซ้ำ
- ๔.๒ หน่วยงานส่งสรุปผลการทบทวนความเสี่ยงของหน่วยงานให้ทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- ๔.๓ ทีมบริหารความเสี่ยง สรุปภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาล เสนอต่อที่มนำทุกเดือน

๓. หลังเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยง

- ๓.๑ ลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์
- ๓.๒ กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหาย ทีมบริหารความเสี่ยง/หน่วยงาน ดำเนินการสรุป เข้าสู่ วาระการประชุม คณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล
- ๓.๓ ติดตามการดำเนินการตามระบบเพื่อป้องกันความเสี่ยงซ้ำ

การบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน

แนวทางปฏิบัติ

- ๑. จัดตั้งผู้รับผิดชอบความเสี่ยงของหน่วยงาน
- ๒. รวบรวมความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นมาทำเป็นบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk profile) ข้อมูลได้มาจาก
 - ๒.๑ ทบทวนจากกระบวนการหลักของงาน และหาจุดที่อาจเกิดความเสี่ยงได้
 - ๒.๒ สมุดบันทึกเหตุการณ์ จากสถิติในหน่วยงาน
 - ๒.๓ ระดมสมองจากประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ บุคคลอื่น วารสาร หนังสือพิมพ์ การประชุม
 - ๒.๔ ความเสี่ยงจากใบบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง
 - ๒.๕ จากข้อร้องเรียน หรือข้อเสนอแนะของผู้ใช้บริการ
 - ๒.๖ จากการทบทวนเวชระเบียน
 - ๒.๗ จากการสำรวจสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน
 - ๒.๘ การตรวจสอบและการสอบเทียบตามมาตรฐานที่กำหนด
 - ๒.๙ จากการนิเทศหรือตรวจการ
 - ๒.๑๐ กระบวนการทำงานและการให้บริการในหน่วยงาน

๓. ทำบัญชี...

๓. ทำบัญชีความเสี่ยง

๓.๑ แยกความเสี่ยงในแต่ละด้าน ตามโปรแกรมความเสี่ยง

๓.๒ นำมาจัดลำดับความสำคัญ โดยคำนึงถึงระดับความรุนแรงของผลกระทบ และความเสี่ยงของการเกิดเหตุการณ์

๔. นำเรื่องที่สำคัญ หรือรุนแรงมาพิจารณาและวางมาตรการในการควบคุม ป้องกันที่เหมาะสมโดยวางแนวทาง เชิงระบบดังนี้

๔.๑ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง การแบ่งระดับความเสี่ยงและลดความสูญเสีย หลัง การเกิดเหตุการณ์

๔.๒ วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

๔.๓ กรณีที่ไม่สามารถจัดการภายในหน่วยงานได้ ให้นำเสนอต่อหัวหน้างาน หาแนวทางแก้ไขร่วมกับ ทีมคร่อมสายงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

๔.๔ นำข้อมูลมาสรุป จัดทำแนวทางปฏิบัติ หรือคู่มือในการป้องกันและจัดการความเสี่ยง

๔.๕ เฝ้าระวังและติดตามการดำเนินงาน โดยดูจากรายงานอุบัติการณ์และเครื่องชี้วัดของหน่วยงานทุก เดือน

๕. มีการประเมินการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน โดยการรายงานอุบัติการณ์และเครื่องชี้วัดของหน่วยงานทุกเดือน และมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงในเชิงรุกมากขึ้น

๖. การค้นหาความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

๖.๑ ค้นหาและรวบรวมความเสี่ยงต่างๆที่มีโอกาสเกิดขึ้นทั้งหมดในโรงพยาบาล ดังนี้

- ข้อมูลจากการรายงานของหน่วยงาน
- ข้อมูลจากการรายงานของโปรแกรมความเสี่ยง ระบบต่างๆ
- สำรวจ/สัมภาษณ์/เยี่ยมประเมิน หน่วยงานต่างๆ
- ข้อร้องเรียน

หน้าที่ของบุคลากรในงานบริหารความเสี่ยง

๑. ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคู่มือการเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

๒. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์เบื้องต้นได้

๓. รายงานความเสี่ยงเข้าสู่ระบบ เมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น

๔. รายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับ

๕. ร่วมวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

๖. ร่วมวางระบบ/แนวทางในการแก้ปัญหา และป้องกันความเสี่ยงซ้ำ

การจัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ที่ประสบเหตุต้องประเมินและจัดการปัญหาเบื้องต้น

๑. กรณีควบคุมสถานการณ์ได้ ให้รายงานผู้บังคับบัญชาทราบเรื่องที่เกิดขึ้นและแก้ไขเหตุการณ์ และเขียนบันทึก เหตุการณ์ในแบบบันทึกความเสี่ยง/Near miss ของหน่วยงานให้หัวหน้างาน/หน่วยงานทราบ และสรุปรายงาน ประจำเดือน ส่งให้ทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลทราบ

๒. กรณีควบคุมสถานการณ์ไม่ได้ แจ้งประธานบริหารความเสี่ยงทราบทันทีและเขียนใบอุบัติการณ์ ให้หัวหน้า งาน/หน่วยงานทราบ และส่งให้ทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลภายใน ๒๔ ชั่วโมง

๓. กรณีเหตุการณ์ความเสี่ยงนั้นรุนแรงสูง และมีโอกาสถูกฟ้องร้องให้แจ้งต่อเลขาธิการทีมบริหารความเสี่ยง หรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันที เพื่อดำเนินการแก้ไขความเสี่ยงนั้นอย่างเหมาะสม และให้เขียนใบอุบัติการณ์ให้

๔. กำหนดความ...

๔. กำหนดความเสี่ยงที่ต้องรายงานผู้อำนวยการทราบทันที ภายใน ๒ ชั่วโมง ทั้งหมด ๗ ราย และแจ้งให้ผู้ปฏิบัติ ทราบโดยทั่วถึงกัน คือ

- เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และด้านคลินิกที่ส่งผลเป็นอันตรายถึงชีวิต (ระดับ I)
- อัคคีภัย/ภัยธรรมชาติ/วินาศภัย
- อุบัติเหตุหมู่
- การจับตัวประกันในโรงพยาบาล
- การฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล การทอดทิ้ง/ลักพาทารก
- เหตุการณ์ที่มีความรุนแรงสูงสุดอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิต และชื่อเสียงของโรงพยาบาล รวมถึงมูลค่าความเสียหายของทรัพย์สินเกิน ๑๐,๐๐๐ บาทขึ้นไป

***หมายเหตุ รายงานทันทีภายใน ๒ ชั่วโมง และเขียนใบอุบัติการณ์ภายใน ๒๔ ชั่วโมง

การบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

๑. จัดทำไบบันทึกอุบัติการณ์ให้ทุกหน่วยงานบันทึกในกรณีที่มีความเสี่ยงเกิดขึ้น

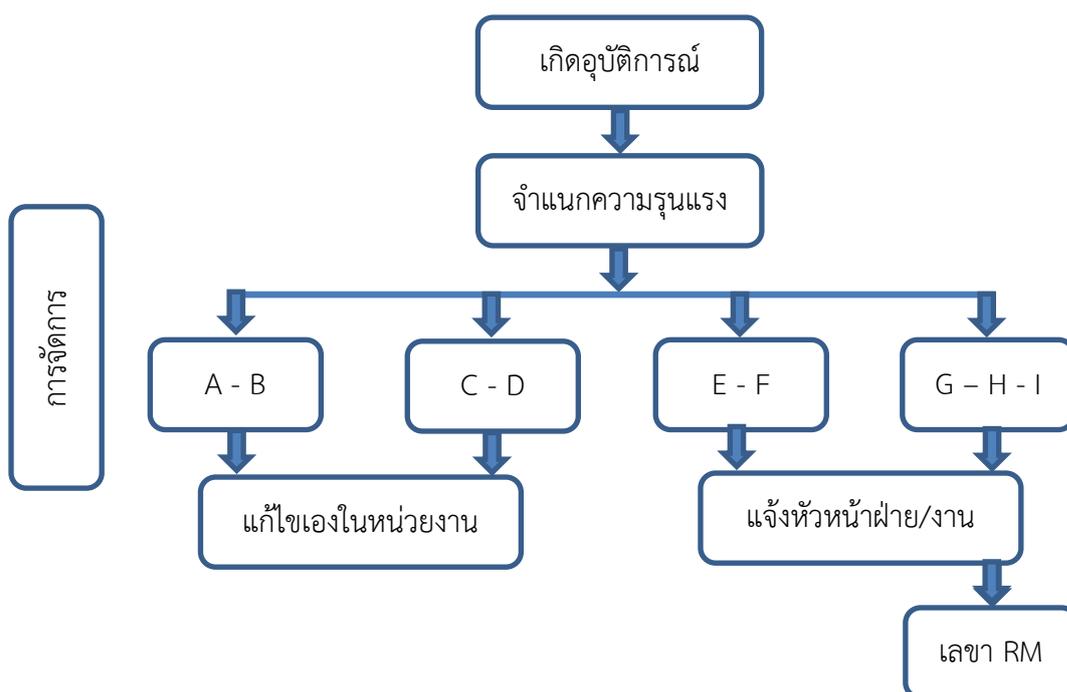
๒. ทีมบริหารความเสี่ยงนำไบบันทึกอุบัติการณ์และรายงานความเสี่ยงต่างๆที่ได้รับรายงานมาวิเคราะห์ และจัด เข้าระบบตามโปรแกรมความเสี่ยง ๖ ด้าน เพื่อนำเสนอในทีมนำของโรงพยาบาลและรายงานการบริหารความเสี่ยงประจำเดือน

๓. ทีมบริหารความเสี่ยง นำความเสี่ยงจากที่ได้รับรายงานมาจัดลำดับความสำคัญและนำเรื่องที่สำคัญเสนอต่อ ทีมนำเพื่อวิเคราะห์ปัญหาในประเด็นต่อไปนี้

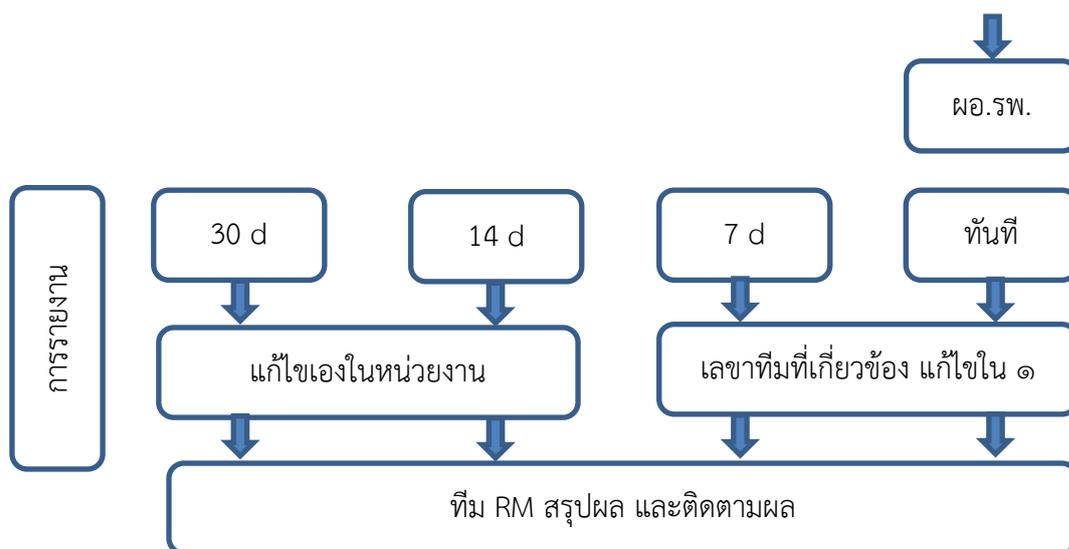
- สาเหตุ ปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดความเสียหาย
- ความรุนแรงของเรื่องที่เกิดขึ้น
- ประสิทธิภาพ ความเหมาะสมของกลยุทธ์ที่ใช้ป้องกันและจัดการกับเหตุการณ์นั้น
- การปรับเปลี่ยนกลยุทธ์เพื่อให้ได้ผลดีขึ้นกว่าเดิม

๔. ทีมบริหารความเสี่ยงนำผลที่สรุปแล้วแจ้งให้หน่วยงานที่รับผิดชอบทราบ มีการกำหนดเวลาในการติดตามความก้าวหน้าทุกครั้ง

การจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล



การรายงาน...



รายงานอุบัติการณ์

ระดับความรุนแรง	ผลลัพธ์	การจัดการความเสี่ยง รูปแบบเดิม	การจัดการรูปแบบใหม่
G,H,I (Sentinel event)	รุนแรงสูง	- ลดผลกระทบทันที - รายงานทันที (ตามflow) - ต้องป้องกันการเกิดซ้ำ	- แก้ไขและรายงานทันที ภายใน ๖ ชม. พร้อมหา RCA ส่งรายงาน งาน การทบทวนภายใน ๗ วัน
E,F (Adverse event)	รุนแรงปานกลาง	- ต้องป้องกันการเกิดซ้ำ - รายงานหัวหน้างาน หัวหน้าฝ่ายภายใน ๓ วัน	- แก้ไขและรายงานภายใน ๑๔ วัน พร้อมหา RCA ส่งรายงานการ ทบทวนภายใน ๗ วัน
C,D (Low risk)	รุนแรงต่ำ	- แก้ไขและส่งรายงาน ทุกเดือน	- หน่วยงานดำเนินแก้ไข วาง มาตรการป้องกันความเสี่ยง ส่ง รายงานภายใน ๑ เดือน
A,B (Near miss)	ไม่รุนแรง	- แก้ไขและส่งรายงาน ทุกเดือน	- หน่วยงานดำเนินแก้ไข วาง มาตรการป้องกันความเสี่ยง ส่ง รายงานภายใน ๑ เดือน

ช่องทางร้องเรียน แจ้งเบาะแสด้านการทุจริต

๑. ไปรษณีย์

๑.๑ หนังสือร้องเรียน แจ้งเบาะแสด้านการทุจริต (ลงชื่อผู้ร้องเรียนแจ้งเบาะแส)

๑.๒ บัตรสนเท่ห์ (ไม่ลงชื่อผู้ร้องเรียนร้องทุกข์)

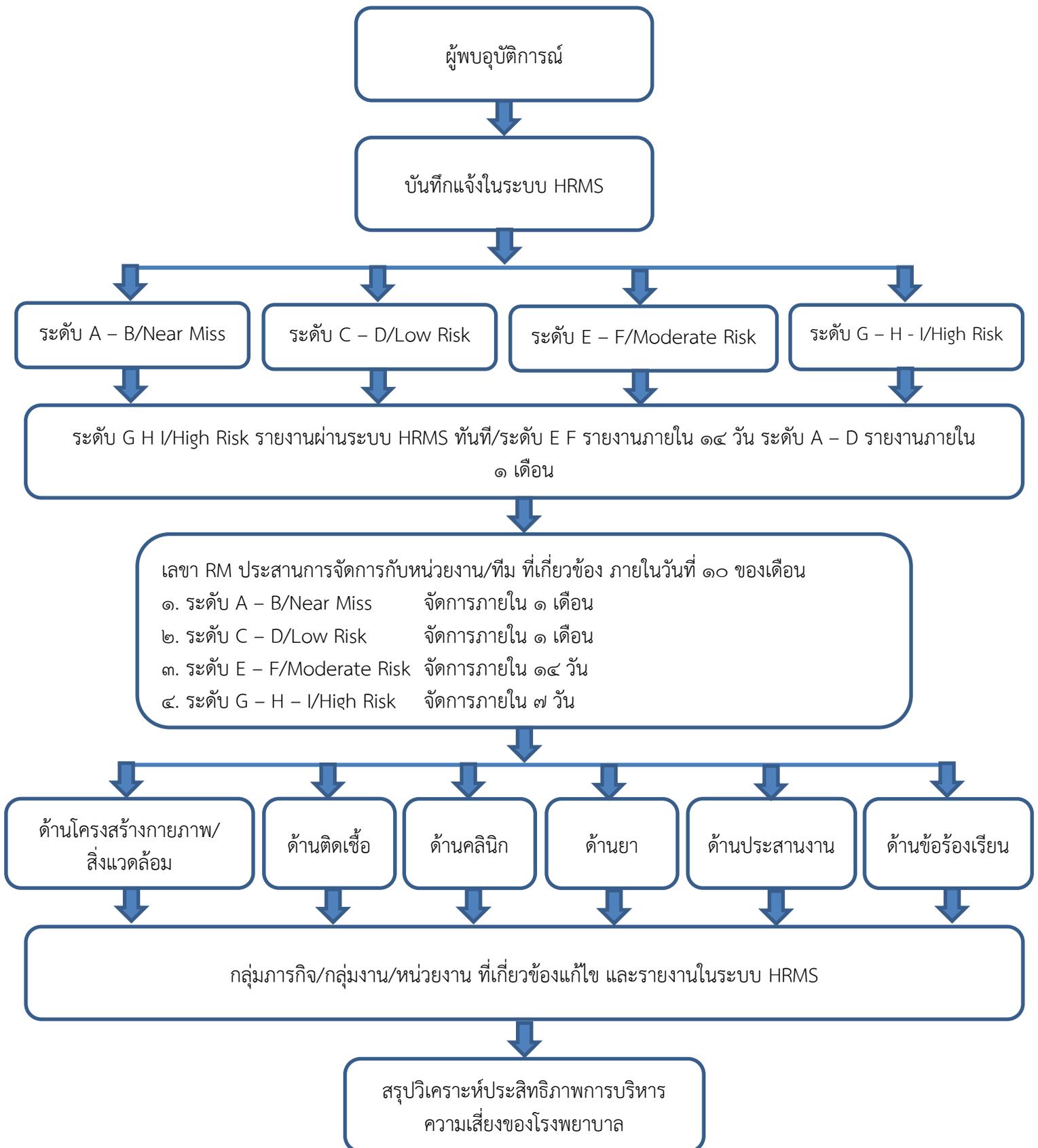
๒. ร้องเรียน แจ้งเบาะแสด้านการทุจริตผ่านทางโทรศัพท์ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน หมายเลข
โทรศัพท์ ๐ ๓๖๔๔ ๑๖๕๗ - ๖๑ ต่อ ๑๑๑, ๑๒๑/โทรสาร ๐ ๓๖๔๔ ๑๖๕๕

๓. เดินทางมาร้องเรียน แจ้งเบาะแสด้านการทุจริต ด้วยตนเอง

๔. ร้องเรียนร้องทุกข์ผ่าน Application Facebook โรงพยาบาลโคกสำโรง

ขั้นตอนการ...

ขั้นตอนการดำเนินการรายงานความเสี่ยง



ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System : HRMS)

A screenshot of the login form for the HRMS system. The form is set against a blue background with a magnifying glass icon in the top left corner. The text 'Healthcare Risk Management System' is displayed in white. Below this, there are two input fields: 'User ID:' with a text box containing 'Username', and 'Password:' with a text box containing 'Password' and a small eye icon to its right. At the bottom of the form, there are two buttons: a blue 'Log in' button and an orange 'Forgot Password' button.

โรงพยาบาลโคกสำโรง

Version: 6.2.125/09/2566

แบบฟอร์มหนังสือร้องทุกข์/ร้องเรียนทั่วไป

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรง

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....ได้รับความเดือดร้อน

เนื่องจาก.....

.....

.....

.....

.....

ดังนั้น ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

จึงใคร่ขอร้องเรียน/ร้องทุกข์มายังโรงพยาบาลโคกสำโรง อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี เพื่อให้ดำเนินการ

ช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหา ดังนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

๑. สำเนาบัตรประชาชน จำนวน.....ฉบับ

๒. สำเนาทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน จำนวน.....ฉบับ

๓. บัญชีรายชื่อผู้ได้รับความเดือดร้อน (ถ้ามี) จำนวน.....ฉบับ

๔. เอกสารอื่นๆ (ระบุ).....

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ร้องเรียน/ร้องทุกข์

(.....)

ตำแหน่ง.....(ถ้ามี)

หมายเลขโทรศัพท์.....

แบบฟอร์มหนังสือร้องทุกข์/ร้องเรียนทั่วไป

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรง

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....ได้รับความเดือดร้อน

เนื่องจาก.....

.....
.....
.....

ดังนั้น ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

จึงใคร่ขอเรียน/ร้องทุกข์มายังโรงพยาบาลโคกสำโรง อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี เพื่อให้ดำเนินการช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหา ดังนี้

.....
.....
.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

๑. สำเนาบัตรประชาชน จำนวน.....ฉบับ

๒. สำเนาทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน จำนวน.....ฉบับ

๓. บัญชีรายชื่อผู้ได้รับความเดือดร้อน (ถ้ามี) จำนวน.....ฉบับ

๔. เอกสารอื่นๆ (ระบุ).....

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

(.....)

ตำแหน่ง.....(ถ้ามี)