

คู่มือ

การบริหารความเสี่ยง

และ

การจัดการข้อร้องเรียน

(Risk and Complaint Management)

โรงพยาบาลเวียงสา

2562

สารบัญ RM

การบริหารความเสี่ยง

-นโยบายการบริหารความเสี่ยง	3
-โครงสร้างองค์กรพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	4
-คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและคณะกรรมการรับเรื่องร้องทุกข์	6
-กระบวนการบริหารความเสี่ยง	7
-การค้นหาความเสี่ยงของโรงพยาบาล	7
-ช่องทางการรายงานความเสี่ยง ข้อร้องเรียน ร้องทุกข์	8
-การประเมินความเสี่ยง	10
-ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงประเภทคลินิก (Clinic)	11
-ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงประเภททั่วไป (Non Clinic)	12
-Hospital Sentinel Event	14
-แนวทางการรายงานและการจัดการความเสี่ยง	15
-คำสำคัญ	16
-ขั้นตอนการลงบันทึกความเสี่ยง ข้อร้องเรียน ร้องทุกข์ในโปรแกรม HOSxP	17

การจัดการข้อร้องเรียน

-คู่มือการจัดการข้อร้องเรียน	20
-แนวทางการเฝ้าระวังและตอบสนองข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลเวียงสา	2
-ขั้นตอนการลงความเสี่ยง ข้อเสนอแนะ ร้องเรียนในโปรแกรม HOSxP	27
-ข้อมูลตัวชี้วัดผลการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง	31

การบริหารความเสี่ยง Risk Management



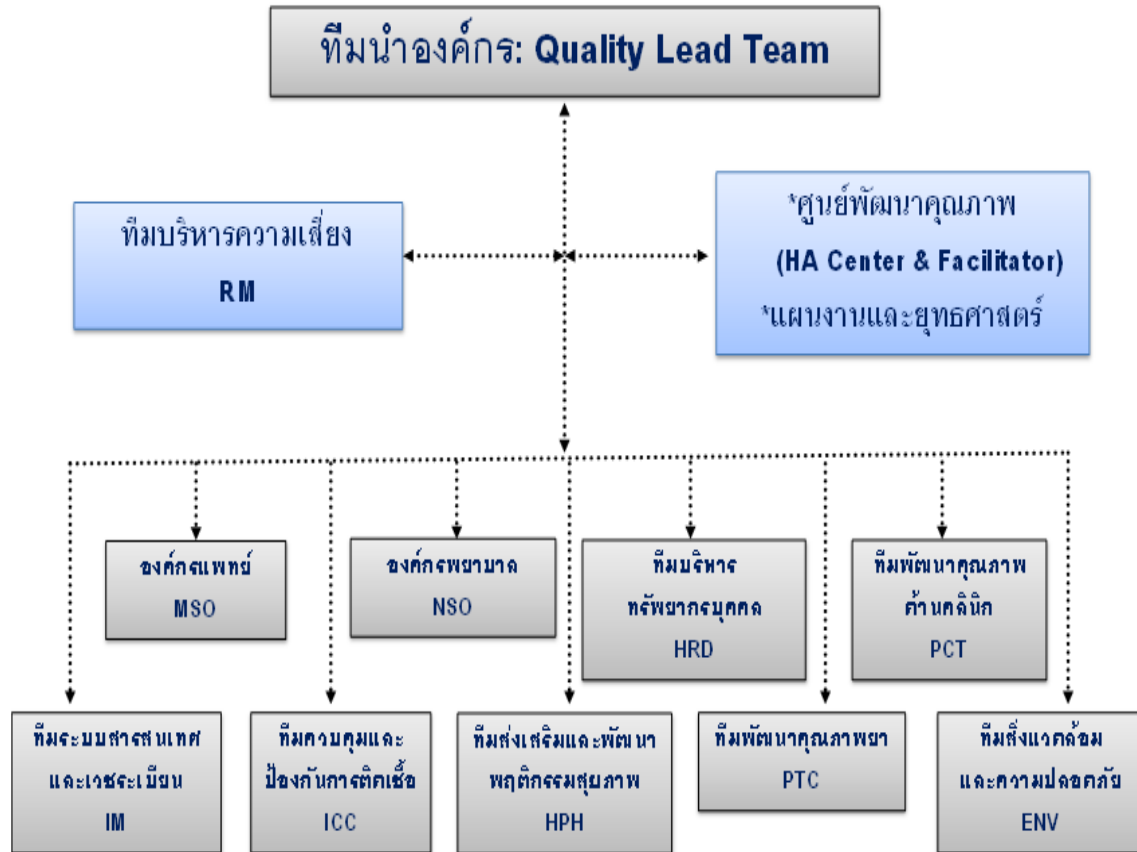
นโยบายการบริหารความเสี่ยง
โรงพยาบาลเวียงสา

1. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเวียงสาทุกคนมีหน้าที่รายงานความเสี่ยง อุบัติการณ์ เหตุร้าย หรือข้อร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล
2. กรรมการความเสี่ยงประจำหน่วยงาน ประเมินความเสี่ยงที่เกิดในหน่วยงาน และจัดทำสรุปรายงานความเสี่ยงประจำเดือน รวบรวมส่งศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง ภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป
3. หัวหน้าหน่วยงาน มีการติดตามความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน จัดทบทวนความเสี่ยง จัดทำแนวทางการแก้ไขความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และติดตามผลการแก้ไข
4. ทีมคร่อมสายงาน จัดทำสรุปการรายงานความเสี่ยงที่พบจากการดำเนินงาน รวบรวมส่งศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป ทบทวนอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง วางแนวทางการแก้ไข และติดตามผลการแก้ไข
5. ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง จัดทำรายงานความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ติดตามความก้าวหน้าของการทบทวนอุบัติการณ์ และติดตามผลการแก้ไขในภาพรวม เทียบกับแนวทางการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้
6. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ทำหน้าที่ประสานงาน ทบทวนและพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล สร้างเจตคติที่ดีในโรงพยาบาล รวมทั้งรับรายงานและทบทวนอุบัติการณ์ที่ไม่มีผู้รับผิดชอบ
7. ทีมนำโรงพยาบาล ติดตามสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล แก้ไขอุบัติการณ์เฉพาะที่ไม่สามารถแก้ไขโดยหน่วยงานหรือทีมคร่อมสายงาน และสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมต่อการดำเนินงานระบบบริหารความเสี่ยง

(นายแพทย์กฤตพงษ์ โรจนวิภาต)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงสา

๑๓ พ.ค. ๒๕๕๙

โครงสร้างองค์กรทีมพัฒนาคุณภาพ





คำสั่งโรงพยาบาลเวียงสา

ที่ ๓๒ /๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการที่มำพัฒนาคุณภาพและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเฉพาะด้าน

เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเวียงสาเป็นไปตามนโยบายของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพให้บรรลุตามพันธกิจ วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการที่มำพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเฉพาะด้าน และคณะอนุกรรมการในแต่ละทีมเฉพาะด้าน

และขอยกเลิกคำสั่งโรงพยาบาลเวียงสา ที่ ๓๒/๒๕๖๐ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการที่มำพัฒนาคุณภาพและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเฉพาะด้านโรงพยาบาลเวียงสา โดยให้ยึดถือตามคำสั่งฉบับนี้เป็นหลักในการดำเนินงานต่อไป

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

(Risk Management: RM)

๑. นายกฤตพงษ์	โรจนวิภาต	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ(ด้านเวชกรรม) ประธาน	
๒. นางสาวอัญชัญ	เอกอนันต์กุล	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๓. นายวิทยา	ศรีวิชัยอินทร์	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญงาน	กรรมการ
๔. นายสุเชษฐ์	ณ ฝัน	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางกัลยา	พันธ์แก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๖. นายชำนาญ	พิเคราะห์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางจุรีรัตน์	พิมสาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางนงคราญ	บัดิปัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางสาวณัฐภัส	กฤษพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๐. นางสุภาณี	ทะนันไชย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๑. นางวัชรียา	ชูเถื่อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๒. นางสาวพัฒน์	กันทะไธ้	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๓. นางวชิราภรณ์	ไชยยา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๔. นายเทียนไชย	รินฤทธิ์	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	กรรมการ
๑๕. นายอุเทน	ใจจะดี	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	กรรมการ
๑๖. นางเยาวลักษณ์	ดิถธนานันท์	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน	กรรมการ
๑๗. นางสาววรรณนิภา	สีรัง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๘. นางพิมพ์พร	จินดาคำ	นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๙. นางสุมาลี	อนรรุต	เจ้าหน้าที่ธุรการ	กรรมการ
๒๐. นายสุภกร	ธีระไพโรพฤกษ์	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	กรรมการ

๒๑. นายสุรพล	ชนะภัย	พนักงานขับรถยนต์	กรรมการ
๒๒. นางกฤษณา	บุญโยประการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	เลขานุการ
๒๓. นางสาวชุตติกร	กองวิเชียร	เภสัชกรปฏิบัติการ	ผู้ช่วยเลขานุการ

บทบาทหน้าที่

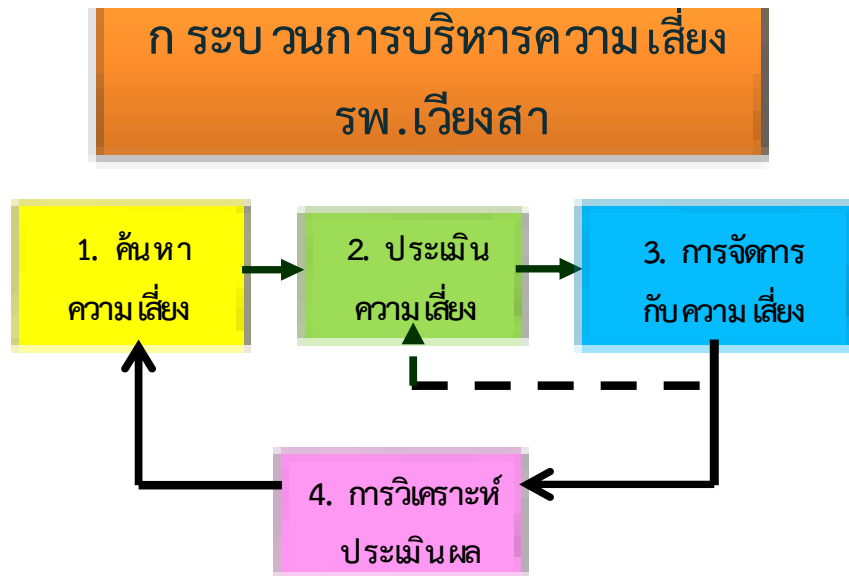
1. บริหารและประสานการทำงานระบบบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานให้ครอบคลุมทุกกระบวนการ (การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การควบคุมความเสี่ยง) รวมทั้งวิเคราะห์และประเมินผลระบบบริหารความเสี่ยงที่ครอบคลุมความเสี่ยงทุกประเภทให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล
2. จัดทำนโยบายวิธีปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงและข้อร้องเรียนในโรงพยาบาล แล้วสื่อสารให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทราบ
๓. เป็นแกนนำในการเชื่อมประสานให้หน่วยงาน และทีมนำเฉพาะด้านในการดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดไว้
๔. กระตุ้น สร้างความตื่นตัว เจตคติที่ดีทั่วทั้งองค์กรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง
๕. จัดทำบัญชีความเสี่ยงสำคัญระดับโรงพยาบาล(Hospital Sentinel event) ความเสี่ยงสำคัญระดับหน่วยงาน(Risk profile) เพื่อกระตุ้นให้สามารถค้นหา ประเมิน ควบคุม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๖. ร่วมกับทีมนำในการนำข้อมูลความเสี่ยงทางคลินิกและทั่วไปของโรงพยาบาล เพื่อกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยในโรงพยาบาลในแต่ละปี (๒P safety =Patient & Personal Safety Goals)
๗. สรุป วิเคราะห์ความเสี่ยงในภาพรวม แจ้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และทีมนำทราบ

คณะอนุกรรมการรับเรื่องร้องทุกข์ และเจรจาไกล่เกลี่ย

๑. นายกฤตพงษ์	โรจนวิภาต	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ(ด้านเวชกรรม) ประธาน	
๒. นางกัลลาลี	ไชยศิลป์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	อนุกรรมการ
๓. นางสาวสยมพร	สมประสิทธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	อนุกรรมการ(ม.๔๑)
๔. นางสาวณัฐภัสส์	กฤษณ์พัทธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการอนุกรรมการ(ประสานข้อมูล)	
๕. หัวหน้าฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องหรือเกิดเหตุการณ์			อนุกรรมการ
๖. นางกฤษณา	บุญโยประการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	เลขานุการ

บทบาทหน้าที่

๑. รับเรื่องราวร้องทุกข์ ความคิดเห็นต่างๆจากผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ผู้แสดงความคิดเห็น และช่องทางอินเทอร์เน็ตต่างๆ
๒. สรุป รวบรวม คัดแยกตามข้อ๑ ประสานงานผู้เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไข
๓. จัดทำแผนขั้นตอนดำเนินการจัดการความขัดแย้ง เผยแพร่ให้ทุกคนในรพ.ทราบและนำไปปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน
๔. ประสานการดำเนินการ หรือกำกับดูแล การจัดการความขัดแย้งเพื่อให้ได้ข้อยุติ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดการความขัดแย้ง และดำเนินเรื่อง ม.๔๑ ไประดับจังหวัดกรณีมีเรื่องราวร้องทุกข์
๕. พัฒนาระบบการ เครื่องช่วย ตลอดจนให้ความรู้ด้านการจัดการความขัดแย้งแก่บุคลากรในรพ. ในโรงพยาบาล



1.การค้นหาความเสี่ยงของรพ.เวียงสา

เชิงรุก ได้แก่

- จาก IC, RM, ENV round
- จากเหตุการณ์รุนแรงของโรงพยาบาลอื่น
- จากการ IS ของทีมงาน / จากการเยี่ยมชมสำรวจภายนอก
- จากการตามรอยเหตุการณ์สำคัญ / เวชระเบียน (Trigger Tools)
- จากการทบทวนตามมาตรฐานความปลอดภัย(2P SAFETY -SIMPLE)
- การนิเทศทางการพยาบาล



เชิงรับ ได้แก่

- การทบทวน 12 กิจกรรม
- รายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์สำคัญ
- ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่
- จากงานประจำของเราแล้วเกิดการปฏิบัติงานที่ไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ อาจเกิดหรือยังไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย/หน่วยงาน/ตัวเรา/องค์กร/ชุมชน
- การรับ-ส่งเวรแต่ละหน่วยงาน



ช่องทางการรายงานความเสี่ยง ข้อร้องเรียน ร้องทุกข์

- รายงานช่องทาง HOSXP (**รายละเอียดในเอกสารแนบท้ายคู่มือ)
- บันทึกลงในสมุดรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน
- ผู้รับความคิดเห็นรพ. / ผู้อำนวยการ
- แจ้ง หรือ สื่อสารผ่านกรรมการความเสี่ยง รพ.
- รายงานทางไลน์ รพ. / ไลน์กลุ่ม RM รพ.
- ช่องทางรับเรื่องร้องทุกข์ในเว็บไซต์โรงพยาบาลเวียงสา



ใบแสดงความคิดเห็น

วันที่ เวลา..... น.

แผนก / หน่วยงาน / คนที่ทำงานขอให้ออกแบบและ

สิ่งที่ท่านชอบ / ประทับใจ

สิ่งที่ท่านอยากได้ปรับปรุง / พัฒนา

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ลงชื่อ..... โทร.....

ทุกความคิดเห็นของทุกท่าน มีค่าแก่การพัฒนาโรงพยาบาล
ขอขอบคุณ..... ที่มีส่วนร่วม
.....กรรมการบริหารโรงพยาบาล..... ให้คนโรงพยาบาลขอ.....





HOME / กิจกรรมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเวียงสา, ข่าวประชาสัมพันธ์ถึงผู้รับบริการ, กิจกรรมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเวียงสา / ข่าวประชาสัมพันธ์ถึงผู้รับบริการ / ข่าวประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลเวียงสา / [ขอรายงานสรุปผลการดำเนินการเรื่องร้องเรียนของโรงพยาบาลเวียงสา ประจำปี 2561 \(ตค.60-มีค.61\)](#)

ขอ ดำเนินกร ร้องเรียนของเวียง ของโรงพยาบาลเวียงสา ประจำปี 2561 (ตค.60- มีค.61)

ขอรายงานสรุปผลการดำเนินการเรื่องร้องเรียนของโรงพยาบาลเวียงสา ประจำปี 2561 (ตค.60-มีค.61)

*** ดาวโหลดเอกสารสรุปผลการดำเนินการ เรื่องข้อร้องเรียน ประจำปี 2561 ***

PREVIOUS ARTICLE

ขออนุมัติเผยแพร่คู่มือ
ป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน
บนเว็บไซต์

NEXT ARTICLE

โรงพยาบาลเวียงสาและ
เครือข่ายกู้ชีพกู้ภัยอำเภอ
เวียงสา รวม ช้อมแผน
อุบัติเหตุดมปี 2561

ABOUT THE AUTHOR / ศุภกร ชีร์ไพโรพฤษ



แสดงความเห็น

Your email address will not be published. Required fields are marked *



นายแพทย์กฤตพงษ์ วัฒนวิภาค
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงสา

ค้นหา

หมวดหมู่

- > กิจกรรมร่วมหน่วยงานอื่น
- > กิจกรรมโรงพยาบาลเวียงสา
- > ข่าวประชาสัมพันธ์ถึงผู้รับบริการ
- > ข่าวประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลเวียงสา
- > ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล
- > จัดซื้อจัดจ้าง
- > ตารางการให้บริการ
- > วารสารโรงพยาบาลเวียงสา
- > สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงสา

+ LATEST



โครงการดูแลพิเศษ ผู้ป่วยดูแล
ต่อเนื่อง

2. การประเมินความเสี่ยง



ประเภทความเสี่ยงใน รพ.เวียงสา แบ่งเป็น 2 ประเภท

- ความเสี่ยงประเภทคลินิก (Clinic) มีจำนวน 3 โปรแกรม
- ความเสี่ยงประเภททั่วไป (Non Clinic) มีจำนวน 8 โปรแกรม
- โปรแกรม 9.1 ข้อเสนอแนะ ร้องเรียน จัดเป็นโปรแกรมที่ต้องมีการจัดการ 100 % ไม่เข้าระบบการจัดระดับความรุนแรง
- โปรแกรม 99 ข้อชื่นชม จัดเป็นโปรแกรมพิเศษ เพื่อสะดวกในการจัดการช่องทางการจัดเก็บข้อมูลในระบบ HosxP

ดังนี้

ความเสี่ยงประเภทคลินิก (Clinic)	ความเสี่ยงประเภททั่วไป (Non clinic)
โปรแกรม 1 การดูแลผู้ป่วย	โปรแกรม 4 ด้านบุคลากร
โปรแกรม 2 การติดเชื้อ	โปรแกรม 5 ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
โปรแกรม 3 ยา สารน้ำ และเลือด	โปรแกรม 6 ด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม
	โปรแกรม 7.1 ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
	โปรแกรม 7.2 ด้านเวชระเบียน
	โปรแกรม 8.1 ด้านบริหารจัดการ(การเงิน การคลัง)
	โปรแกรม 8.2 ด้านบริหารจัดการ(อื่นๆ)
	โปรแกรม 9.1 ข้อเสนอแนะ ร้องเรียน
	โปรแกรม 99 ข้อชื่นชม

ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงประเภทคลินิก (Clinic)

- จัดให้มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ A-I
- ใช้สำหรับ / ผู้ดูแลความเสี่ยงเชิงระบบ
 - โปรแกรม 1 การดูแลผู้ป่วย / ทีม PCT
 - โปรแกรม 2 การติดเชื้อ / ทีม IC
 - โปรแกรม 3 ยา สารน้ำ และเลือด / ทีม PTC และ LAB
 ดังนี้

ระดับ รุนแรง	ความหมาย	เทียบระดับกับ ความเสี่ยงทั่วไป
A	ยังไม่เกิดเหตุการณ์แต่มีความเสี่ยง/ มีโอกาสเกิดความผิดพลาด	1
B	เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นแล้ว แต่ยังไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย	1
C	เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย	2
D	เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย	2
E	เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วย เกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/ รักษาเพิ่มมากขึ้น	2
F	เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไข นานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยต้องรักษา/นอน รพ. นานขึ้น	2
G	เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาด มีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ ความเชื่อถือ อาจฟ้องร้อง/ มีผลกระทบยาว หรือทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร	3
H	เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต(CPR / refer ICU) เสียชื่อเสียง หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหาย	3
I	เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียง มีการฟ้องร้องทางศาล/ สื่อ	3

ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงประเภททั่วไป

- จัดให้มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ 1-3
- ใช้สำหรับ
 - โปรแกรม 4 ด้านบุคลากร / ทีม HRD
 - โปรแกรม 5 ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย / ทีมอาชีวอนามัย
 - โปรแกรม 6 ด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม / ทีม ENV
 - โปรแกรม 7.1 ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ / ทีม IM, IT
 - โปรแกรม 7.2 ด้านเวชระเบียน / ทีม MRA
 - โปรแกรม 8.1 ด้านบริหารจัดการ(การเงิน การคลัง) / ทีม CFO
 - โปรแกรม 8.2 ด้านบริหารจัดการ(อื่นๆ) / ทีมบริหาร และงานสนับสนุน

ความเสี่ยงทั่วไป	ความรุนแรง ระดับ 1	ความรุนแรง ระดับ 2	ความรุนแรง ระดับ 3
ด้านบุคลากร	มีโอกาสเกิดข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ การแต่งกาย แต่ยังไม่เกิด	เกิดข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ การแต่งกาย ไม่กระทบรุนแรง	เกิดข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ การแต่งกาย กระทบรุนแรง / ออกสื่อสร้างความเสียหายองค์กร
ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	เกิดความเสี่ยงหรือความไม่ปลอดภัยในงานแต่ผู้ปฏิบัติงานไม่ได้รับอันตราย	เกิดอันตรายในงานจนทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับอันตรายชั่วคราว	เกิดอันตรายในงานจนทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับอันตรายอย่างถาวรหรือเสียชีวิต
ด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม	เกิดความเสี่ยงหรือความเสียหาย แต่ไม่มีผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน	เกิดความเสียหายซึ่งส่งผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน ทำให้เกิดความล่าช้า (< 2 ชม)	เกิดความเสียหายซึ่งส่งผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน ทำให้หยุดชะงัก หรือ มีผลกระทบต่อชุมชน
ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT)	เกิดความเสี่ยงหรือความเสียหาย แต่ไม่มีผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน	เกิดความเสียหาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน ทำให้เกิดความล่าช้า (< 2 ชม)	เกิดความเสียหาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน ทำให้หยุดชะงัก

ความเสี่ยงทั่วไป	ความรุนแรง ระดับ 1	ความรุนแรง ระดับ 2	ความรุนแรง ระดับ 3
ด้านเวชระเบียน	เกิดความเสียหาย แต่ไม่มีผลกระทบต่อหน่วยงาน/องค์กร หรือมีมูลค่าความเสียหายน้อยกว่า 5,000 บาท/1 เวชระเบียน	-เกิดความเสียหาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน ทำให้เกิดความล่าช้า หรือมีมูลค่าความเสียหาย 5,001-10,000 บาท/1 เวชระเบียน	-เกิดความเสียหาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อองค์กร ทำให้เกิดความล่าช้ามาก หรือมีมูลค่าความเสียหายมากกว่า 10,000 บาท/1 เวชระเบียน
บริหารจัดการ (การเงิน-การคลัง)	มูลค่าความเสียหาย < 10,000 บาท	มูลค่าความเสียหาย 10,000 ถึง 99,999 บาท	มูลค่าความเสียหาย \geq 100,000 บาท
บริหารจัดการ (อื่นๆ)	เกิดความเสียหาย หรือความเสียหาย แต่ไม่มีผลกระทบต่อผู้รับผลงาน	เกิดความเสียหาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้รับผลงานทำให้เกิดความล่าช้า	เกิดความเสียหาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้รับผลงานทำให้ภารกิจหยุดชะงัก

(Hospital Sentinel Event)

เหตุการณ์เฝ้าระวังสำคัญของ รพ.เวียงสา



รายงานผู้อำนวยการทันที
(081-716-7646)



รายงานหลังแก้ไขเหตุการณ์ใน 24 ชม.
ID : krittapong2525

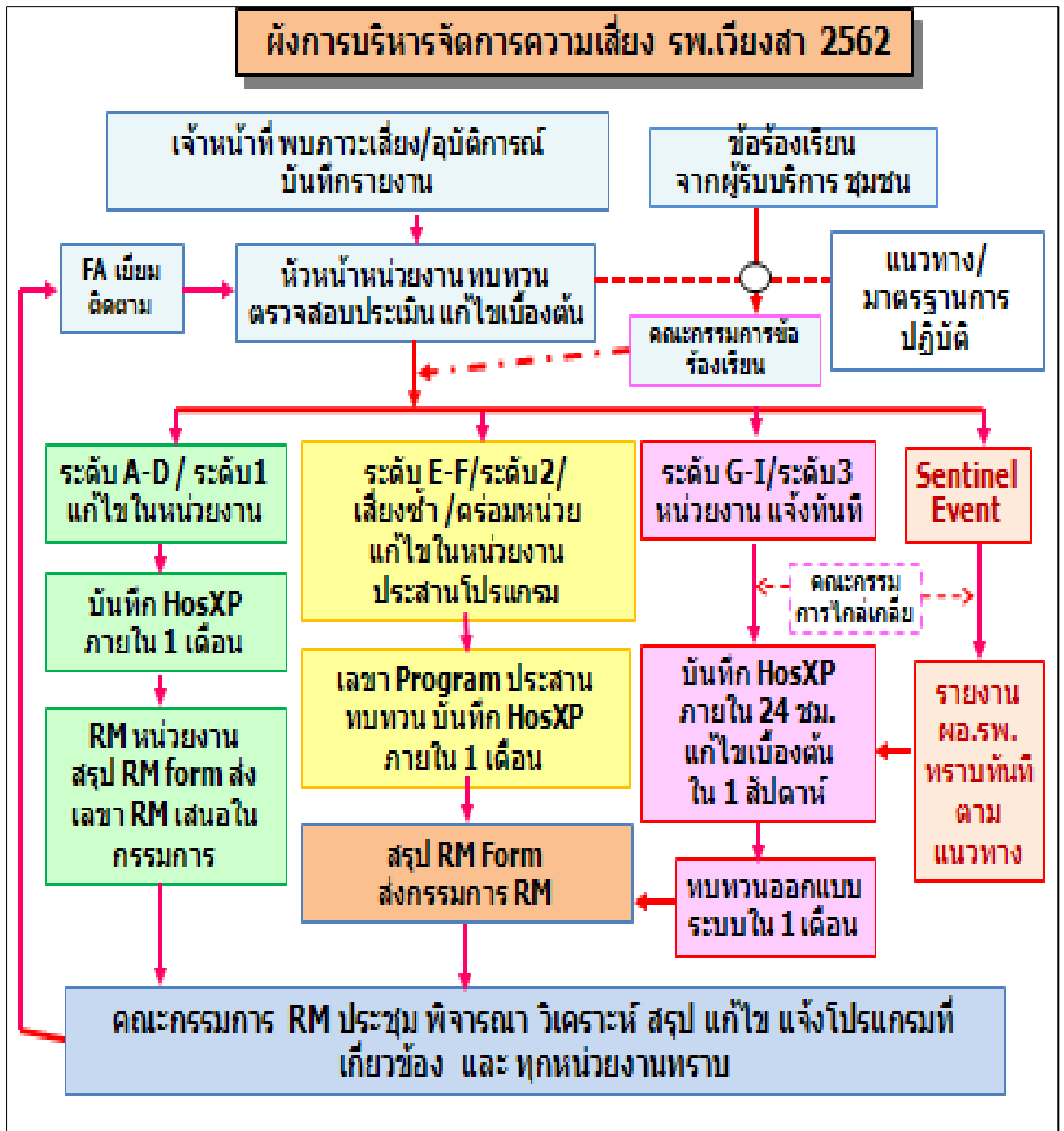
- ✚ การทะเลาะวิวาท หรือเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง
ทุกกรณีกับผู้รับบริการหรือชุมชน
- ✚ อุบัติเหตุหุ้ม มีการเสียชีวิตตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป
ในพื้นที่หรือมีผู้ได้รับบาดเจ็บรวม
มากกว่า 5 คน
- ✚ กรณีโรคอุบัติใหม่ หรือโรคระบาดที่พบ
น้อย เช่น โรคพิษสุนัขบ้า โรคไข้กาฬหลัง
แอ่น เป็นต้น
- ✚ กรณีเหตุการณ์ที่จะทำให้เกิดการฟ้องร้อง/
เผยแพร่ต่อสื่อมวลชน
- ✚ เกิดอัคคีภัย อาคารถล่ม ไฟฟ้าลัดวงจรก่อ
เกิดความเสียหายต่อบุคคลและทรัพย์สิน
อย่างรุนแรง

- ✚ ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (ไม่นับรวม
เสียชีวิตก่อนถึง รพ.และผู้ป่วย Palliative care)
- ✚ กรณีเจ้าหน้าที่ทะเลาะวิวาทกันเอง
- ✚ ผู้ป่วยได้รับการ CPR ใน Ward
- ✚ กรณีให้เลือดผิดกรุ๊ป ผิดคน

กรณีติดต่อผู้อำนวยการไม่ได้ ให้ติดต่อคุณกัลลณี ไชยศิลป์ โทร 0850369970

แนวทางการรายงานและการจัดการความเสี่ยง

(Update ต.ค.2562)



คำสำคัญ

ความเสี่ยง (Risk) : โอกาสที่จะประสบกับอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เป็นอันตรายหรือบาดเจ็บต่อร่างกายและจิตใจอันเกิดจากเหตุการณ์, ภาวะคุกคาม, ขั้นตอนการปฏิบัติงานที่มีช่องโหว่, สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย และอื่นๆ ทำให้มีผลกระทบต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ / หน่วยงาน / องค์กร / และชุมชน

การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) : การบริหารโอกาสที่จะเกิดความเสียหายขึ้น นั่นคือไม่รอให้เกิด แต่เป็นการค้นหาเพื่อหาทางป้องกันความเสี่ยงไม่ให้เกิดขึ้น แต่ถ้าเกิดขึ้นเราต้องมีการบริหารจัดการเช่นกัน นั่นคือ กำหนดบริบท แนวทางการจัดการ การค้นหาและรายงาน การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การประเมินผลระบบ การติดตามสื่อสาร ให้คำปรึกษา

เหตุการณ์เกือบพลาด (Near miss) : เป็นความเสี่ยงที่เกือบจะถึงผู้ป่วยหรือผู้รับผลงาน แต่สามารถดักจับได้หรือระงับความเสี่ยงนั้นได้ (ความเสี่ยงประเภทคลินิกความรุนแรงระดับ A-B / ความเสี่ยงประเภททั่วไป ความรุนแรงระดับ 1)

เหตุการณ์ที่ต้องเฝ้ามอง (Sentinel event) : เป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงส่งสัญญาณถึงความจำเป็นที่ต้องมีการสอบสวนและตอบสนองทันที

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event- AE) : การบาดเจ็บ อันตราย หรือ ภาวะแทรกซ้อน อันเป็นผลจาก **การดูแลรักษา** โดยมีใช่เป็นไปตามกระบวนการธรรมชาติของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรืออวัยวะสูญเสียการทำหน้าที่ โดยใช้กับอุบัติการณ์ทางคลินิก ที่มีการจัดระดับผลกระทบรุนแรงตั้งแต่ระดับ E - I

ตัวอย่างกรณีที่ยกเว้น

- ▶ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินตามธรรมชาติของโรค **ไม่ถือเป็น AE (Adverse Event)**
- ▶ เป็นเหตุการณ์หรือเป็นผลโดยตรงที่ต้องเกิดขึ้นจากการรักษาวิธีนั้น เช่น เกิดรอยแผลจากการผ่าตัด **ไม่ถือเป็น AE**

RCA (Root cause Analysis) : เป็นกระบวนการการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง หรือหาสาเหตุรากเหง้าของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นๆ เพื่อขจัดให้หมดไป โดยใช้ข้อมูลจากเหตุการณ์หรือขั้นตอนในการทำงานนั้น เป็นการค้นหาสาเหตุเชิงระบบ มิใช่ค้นหาสาเหตุที่ตัวบุคคล

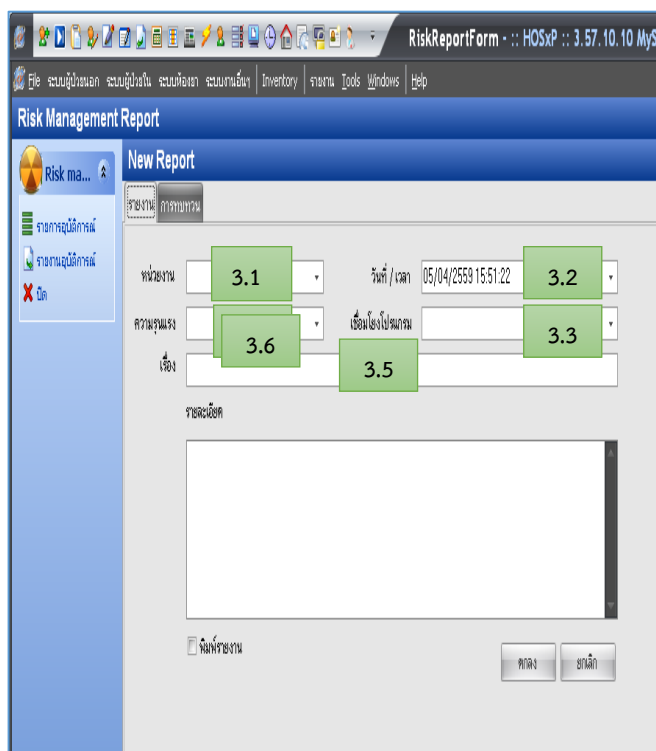
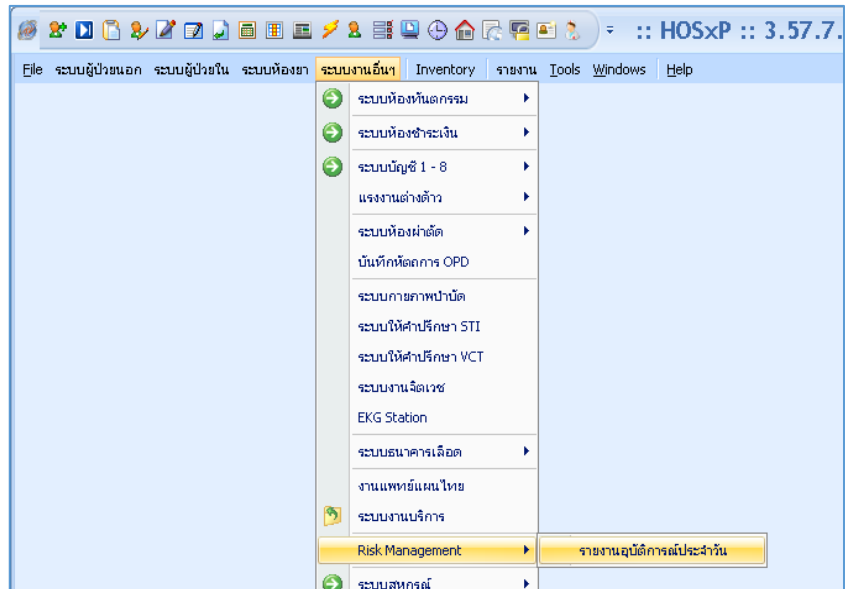
ขั้นตอนการลงบันทึกความเสี่ยง ข้อร้องเรียน ร้องทุกข์ในโปรแกรม HosXp

1.) เข้าสู่โปรแกรมโดยใช้ Username และ Password อาจเป็น Username และ Password ของตนเอง หรือหน่วยงานก็ได้

หากเป็นหัวหน้าหน่วยงาน / กรรมการ RM หน่วยงานใช้ Username และ Password ที่เป็นของตนเอง

2.) เข้าไปที่หัวข้อด้านบน คลิกเลือก

- “ระบบงานอื่นๆ”
- “Risk management”
- “รายงานอุบัติการณ์ประจำวัน”



3.) การลงข้อมูลความเสี่ยง

3.1 เลือกหน่วยงานเราจะรายงานที่ทำให้เกิดความเสี่ยงนั้น เช่น งานจ่ายกลางเจอผ้าเปื้อนเลือดในเซตที่มาจากห้องคลอด ให้เราเลือกข้อนี้เป็น “ห้องคลอด” เป็นต้น

3.2 เลือก วัน/ เวลา ที่เกิดความเสี่ยงนั้น

3.3 เชื่อมโยงโปรแกรม : ให้เราเลือกประเภทความเสี่ยงที่เราพบ โดยคลิกลูกศรเลือกด้านที่เกี่ยวข้อง

3.4 ความรุนแรง ระดับความรุนแรงสามารถเลือกตามรายละเอียด

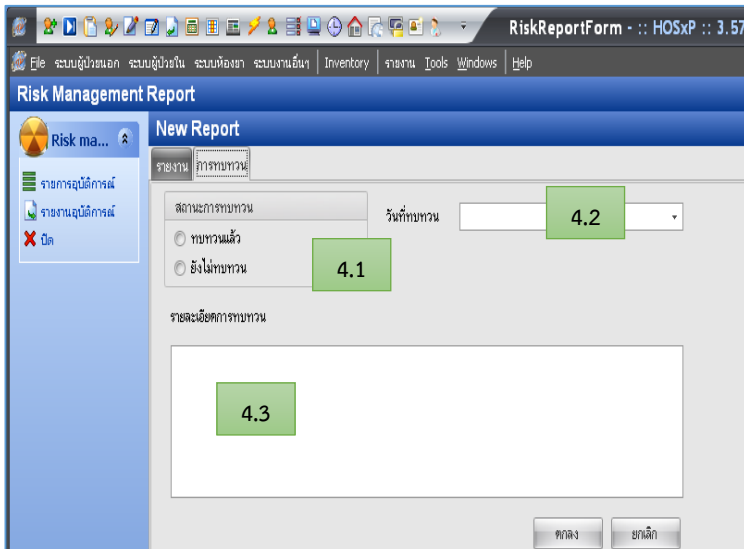
3.5 เรื่อง... (ให้เว้นว่างไว้ก่อนได้ครับ) / กรณีเป็นข้อร้องเรียนให้ บันทึกเป็น “ข้อร้องเรียนจาก...”

3.6 รายละเอียด ให้พิมพ์รายละเอียดของ

อุบัติการณ์ (ควรพิมพ์ด้วยคำสุภาพและไม่ระบุตัวบุคคล หากเป็นเรื่องที่อาจมีผลกระทบต่อบุคคลหรือเป็นความลับ ควรใช้ช่องทางรายงานผ่านสมาชิกทีมความเสี่ยง หัวหน้าหน่วยงาน หรือศูนย์ RM)

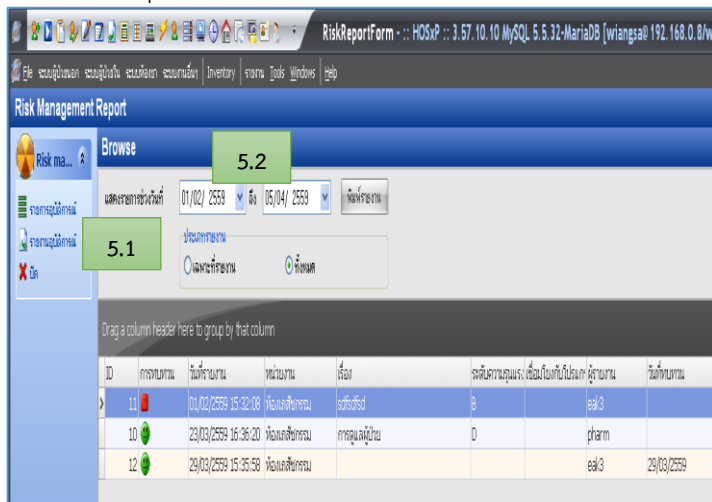
ข้อ 4) และข้อ 5) สำหรับหัวหน้างานและกรรมการ RM

4.) การทบทวน (เข้าบันทึกได้เฉพาะหัวหน้างานและสมาชิกทีมRMในหน่วยงาน)



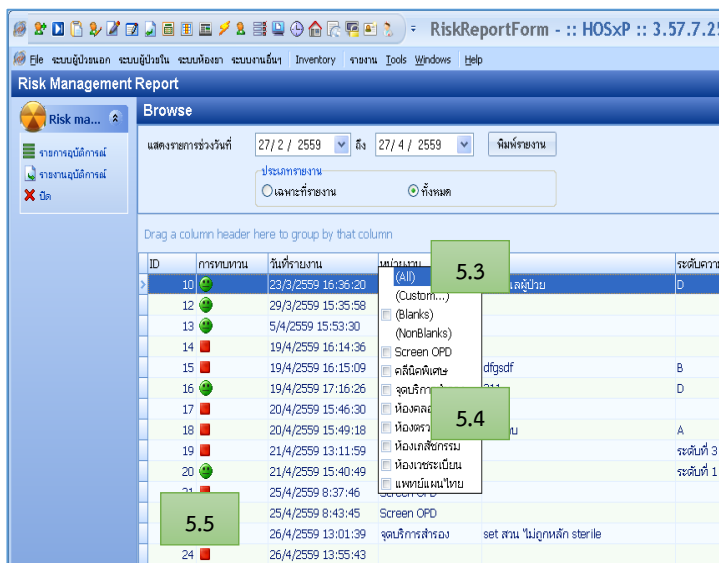
- 4.1 สถานะการทบทวน (ให้คลิกเลือกอันใดอันหนึ่ง)
- 4.2 วันที่ทบทวน
- 4.3 รายละเอียดการทบทวน ให้พิมพ์รายละเอียดการทบทวนครับ

5.) ตารางสรุปผล (เข้าบันทึกได้เฉพาะหัวหน้างานและสมาชิกทีมRMในหน่วยงาน)



สามารถเข้าดูสรุปปฏิบัติการทั้งหมดของหน่วยงานตามช่วงเวลาที่เลือกได้ โดยสามารถดูปฏิบัติการที่ทบทวนแล้วและยังไม่ทบทวนได้

- 5.1 กดเลือก “รายงานอุบัติการณ์” เพื่อดูตารางสรุปรายงานอุบัติการณ์
- 5.2 กดเลือกช่วงเวลาที่ต้องการดูปฏิบัติการความเสี่ยงของหน่วยงาน



- 5.3 ให้เลือก “ทั้งหมด”
- 5.4 คลิกที่มุมขวาของ “ช่องหน่วยงาน” แล้วเลือกหน่วยงานของตนเอง
- 5.5 แสดงการทบทวนอุบัติการณ์ของหน่วยงาน โดย
- “สีแดง” แสดงถึงอุบัติการณ์ที่ยังไม่ได้ทบทวน
- “สีเขียว” แสดงถึงอุบัติการณ์ที่ทบทวน

แล้ว โดยให้หน่วยงานเข้าไปทบทวนปฏิบัติการตาม หัวข้อที่ 4

การจัดการข้อร้องเรียน
Complaint Management

คู่มือการจัดการข้อร้องเรียน

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อการดำเนินงานแก้ไขและจัดการข้อร้องเรียน จากผู้รับบริการของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล เวียงสา
- 1.2 เพื่อการดำเนินงานแก้ไขและจัดการข้อร้องเรียน จากผู้รับบริการในชุมชนอำเภอเวียงสาที่ได้รับผลกระทบจากการบริการด้านสุขภาพ
- 1.3 เพื่อให้มีแนวทางปฏิบัติและปฏิบัติตามข้อกำหนดระเบียบ ในการดำเนินงานจัดการข้อร้องเรียน เป็นไปตามแนวทางเดียวกันทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลเวียงสา สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และกระทรวงสาธารณสุข

2. ขอบเขต

ครอบคลุมขั้นตอนการจัดการข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลเวียงสา ตั้งแต่ขั้นตอนการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงาน การรับและตรวจสอบข้อร้องเรียนจากช่องทางต่างๆ การบันทึกข้อร้องเรียน การวิเคราะห์ระดับข้อร้องเรียน การแจ้งกลับผู้ร้องเรียน การประสานผู้ที่เกี่ยวข้องในหน่วยงาน เพื่อดำเนินการแก้ไข/ปรับปรุง การประสานศูนย์รับข้อร้องเรียนโรงพยาบาลเวียงสา การประสานหน่วยงานภายนอก การติดตามผลการแก้ไข/ปรับปรุง เพื่อแจ้งกลับให้ผู้ร้องเรียนทราบ และการรายงานผลการจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงานให้ศูนย์รับข้อร้องเรียนทราบ(รายเดือน)

3. คำจำกัดความ

การจัดการข้อร้องเรียน	= มีความหมายครอบคลุมถึงการจัดการในเรื่อง ข้อร้องเรียน / ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น / คำชมเชย / การสอบถามหรือร้องขอข้อมูล
ผู้ร้องเรียน	= ประชาชนทั่วไป, องค์กรภาครัฐ / ภาคเอกชน, ผู้รับบริการ, ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ติดต่อมายังโรงพยาบาลเวียงสาผ่านช่องทางต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์ครอบคลุม การร้องเรียน / การให้ข้อเสนอแนะ / การให้ข้อคิดเห็น / การชมเชย / การสอบถามหรือร้องขอข้อมูล
ศูนย์รับข้อร้องเรียน	= มีความหมายครอบคลุมถึงการรับข้อร้องเรียน / ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น / คำชมเชย / การสอบถามหรือร้องขอข้อมูล
เจ้าหน้าที่	= เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงาน
หน่วยงาน	= ทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลเวียงสา
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	= หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงตามข้อร้องเรียนในเรื่องนั้นๆ เช่น สสจ.น่าน, สสอ.เวียงสา, รพ.สต.ในเครือข่าย เป็นต้น

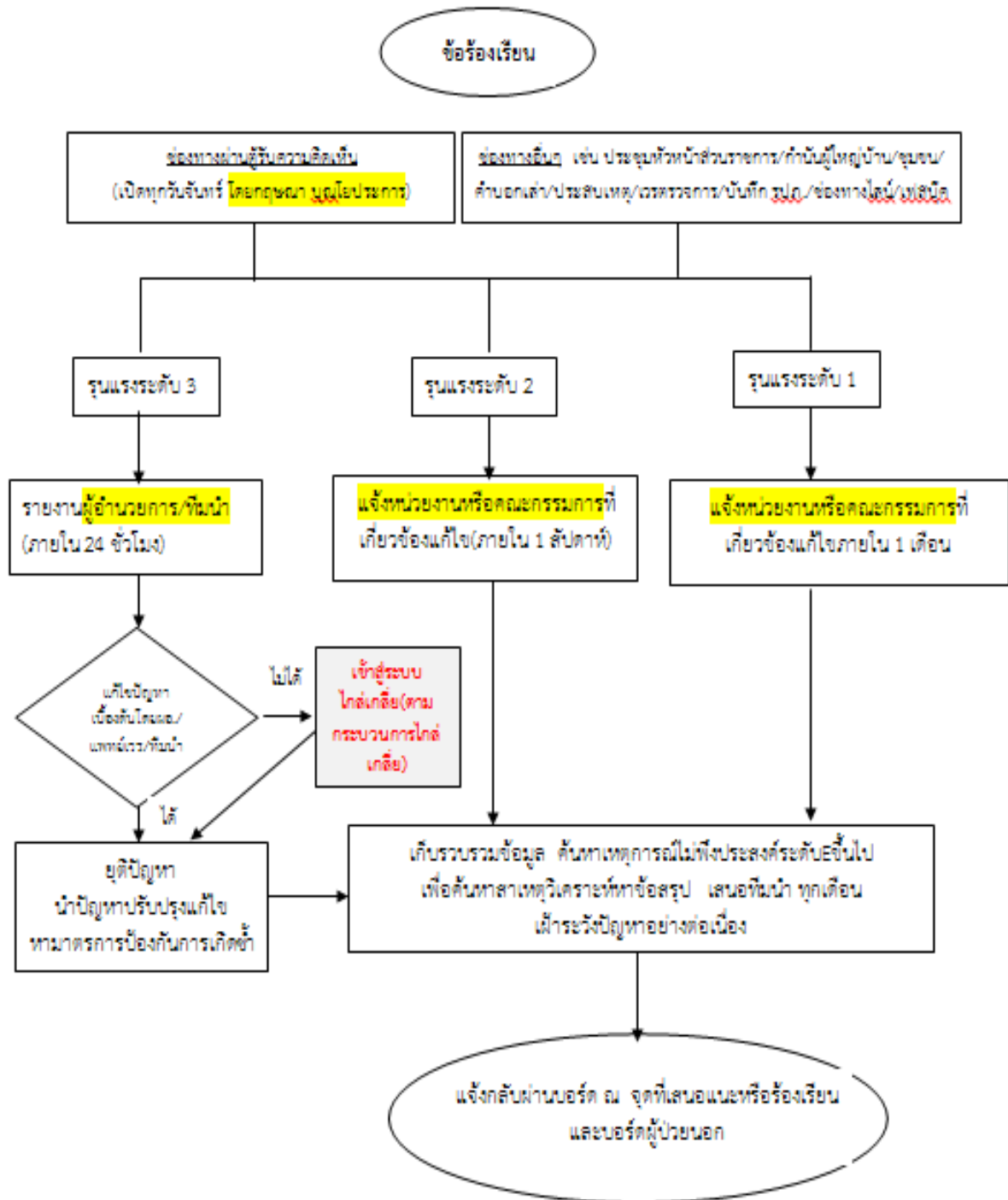
ผู้ที่เกี่ยวข้องในหน่วยงาน = ผู้อำนวยการ หรือ หัวหน้ากลุ่ม / ส่วน / ฝ่าย / งาน หรือคณะทำงานที่
เกี่ยวข้องกับการดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงตามข้อร้องเรียนในเรื่องนั้นๆ

หน่วยงานภายนอก = หน่วยงานหรือองค์กรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ระดับข้อร้องเรียน = เป็นการจำแนกความสำคัญของข้อร้องเรียนออกเป็น 4 ระดับ
ดังนี้

ระดับ	ประเภท	นิยาม	ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม	ระยะเวลา ตอบสนอง	ผู้รับผิดชอบ
1	ข้อคิดเห็น, ข้อเสนอแนะ, คำชมเชย, สอบถามหรือ ร้องขอข้อมูล	ผู้ร้องเรียนไม่ได้รับความ เดือดร้อน แต่ติดต่อมา เพื่อให้ข้อเสนอแนะ / ชมเชย / สอบถามหรือร้อง ขอข้อมูลของ รพ.เวียงสา	- การเสนอแนะเกี่ยวกับการ ให้บริการของรพ.เวียงสา - การสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ ต่างๆ	7 วัน	-หัวหน้างาน -กรรมการ ความเสี่ยงทุก หน่วยงาน
2	ข้อร้องเรียน เล็ก	ผู้ร้องเรียนได้รับความ เดือดร้อน แต่สามารถแก้ไข ได้โดยหน่วยงาน	- การร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรม การให้บริการของเจ้าหน้าที่ใน หน่วยงาน - การร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพ การให้บริการของหน่วยงาน	ไม่เกิน 30 วันทำการ	-หน่วยงาน เจ้าของเรื่อง
3	ข้อร้องเรียน ใหญ่	- ผู้ร้องเรียนได้รับความ เดือดร้อน ไม่สามารถแก้ไข ได้โดยหน่วยงานเดียว ต้อง อาศัยอำนาจของ คณะกรรมการหลายๆฝ่าย - เรื่องที่สร้างความเสื่อมเสีย ต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล	- การเรียกร้องให้ชดเชย ค่าเสียหายจากการให้บริการที่ ผิดพลาด - การร้องเรียนเกี่ยวกับความผิด วินัยร้ายแรงของเจ้าหน้าที่ - การร้องเรียนความไม่โปร่งใส ของการจัดซื้อจัดจ้างขนาดใหญ่	ไม่เกิน 15 วันทำการ	คณะกรรมการ จัดการข้อ ร้องเรียน (ทีมไกล่เกลี่ย)
4	ข้อร้องเรียน นอกเหนือ อำนาจของ โรงพยาบาล	ผู้ร้องเรียนร้องขอในสิ่งที่อยู่ นอกเหนือบทบาทอำนาจ หน้าที่ของ รพ.	- การร้องเรียนเกี่ยวกับ หน่วยงานไกล่เกลี่ย - การร้องเรียนเกี่ยวกับน้ำท่วม ดินสไลด์นอก รพ.	ภายใน 24 ชั่วโมง (ชี้แจงให้ผู้ ร้องเรียน ทราบ)	-ผอ.รพ. -ทีมไกล่เกลี่ย -ผู้บริหาร ระดับสูง -หน่วยงาน ภายนอก

แนวทางการเฝ้าระวังและตอบสนองข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลเวียงสา



4. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

(1) การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงาน โดยผู้อำนวยการมีคำสั่งมอบหมายงาน

1.1 กำหนดให้มีศูนย์รับข้อร้องเรียน คือ งานคุณภาพโรงพยาบาลเวียงสา ห้องเจรจาไกล่เกลี่ยอยู่ที่ตึกผู้ป่วยนอกของรพ.

1.2 กำหนดผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงานเป็นคณะกรรมการรับเรื่องราวร้องทุกข์และเจรจาไกล่เกลี่ยซึ่งอยู่ในชุดคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล และกำหนดบทบาทที่สำคัญ

(2) การรับและตรวจสอบข้อร้องเรียนจากช่องทางต่าง ๆ

กรรมการรับข้อเสนอแนะเรื่องร้องเรียนรับรายงานและดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงที่เข้ามาตามช่องทางต่างๆ โดยมีข้อปฏิบัติตามที่กำหนด ดังนี้

ช่องทาง	ความถี่ในการตรวจสอบช่องทาง	ระยะเวลาดำเนินการรับข้อร้องเรียน และการตอบสนอง	หมายเหตุ
โทรศัพท์ / เว็บไซต์/ไลน์/ เฟสบุ๊กต่างๆ	ทุกครั้งที่พบมีข้อร้องเรียน	ภายใน 1 วัน / ตอบสนองภายใน 1-30 เดือน	-
ร้องเรียนกับเจ้าหน้าที่ฯ ณ ศูนย์ / ผู้รับข้อร้องเรียนของหน่วยงาน	เปิดตู้ทุกวันจันทร์	ภายใน 30 วัน หรือตามความเร่งด่วน	-
หนังสือ / จดหมาย	ทุกครั้งที่มีการร้องเรียน	ภายใน 1 วัน (นับจากวันที่งานสารบรรณของหน่วยงานลงทะเบียนรับหนังสือ / จดหมาย)	-
จากคำบอกเล่าทางวาจาจากของ จนท. อสม. ในพื้นที่	ทุกครั้งที่มิ จนท. อสม. แจ้งข่าวการร้องเรียน	ภายใน 1 วัน	

(3) การบันทึกข้อร้องเรียน

เจ้าหน้าที่รับข้อเสนอแนะเรื่องร้องเรียนสามารถแจ้งเลขากกรรมการรับเรื่องราวร้องทุกข์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกช่องทางที่มีการร้องเรียน บันทึกข้อร้องเรียนลงบนแบบฟอร์มบันทึกความเสี่ยง/บันทึกข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลเวียงสา IR (Incident Report) ใน RM report ของระบบHos.Xp

(4) การวิเคราะห์ระดับข้อร้องเรียน

4.1 กรรมการรับเรื่องร้องเรียนพิจารณาจำแนกระดับข้อร้องเรียน แบ่งตามระดับความรุนแรง ดังนี้

- ข้อร้องเรียนระดับ 1 เป็นข้อคิดเห็น, ข้อเสนอแนะ, คำชมเชย, สอบถามหรือร้องขอข้อมูล กล่าวคือ ผู้ร้องเรียนไม่ได้รับความเดือดร้อน แต่ติดต่อมาเพื่อให้ข้อเสนอแนะ / ให้ข้อคิดเห็น / ชมเชย / สอบถามหรือร้องขอข้อมูล
- ข้อร้องเรียนระดับ 2 เป็นข้อร้องเรียนเล็ก กล่าวคือ ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน แต่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานเดียว
- ข้อร้องเรียนระดับ 3 เป็นข้อร้องเรียนใหญ่ กล่าวคือ ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน ไม่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานเดียว ต้องอาศัยอำนาจของคณะกรรมการหลายๆฝ่าย/หน่วยงาน
- ข้อร้องเรียนระดับ 4 เป็นข้อร้องเรียนนอกเหนืออำนาจของโรงพยาบาล กล่าวคือ ผู้ร้องเรียนร้องขอในสิ่งที่อยู่นอกเหนือบทบาทอำนาจหน้าที่ของโรงพยาบาล

(5) การส่งแบบบันทึกรายงานแจ้งให้ผู้อำนวยความสะดวกรับทราบและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาตามระดับความเร่งด่วน

(6) การแจ้งกลับผู้ร้องเรียน กรณีข้อร้องเรียนระดับ 1 และการประสานหน่วยงานภายนอกกรณีข้อร้องเรียนระดับ 4

เจ้าหน้าที่

6.1 ข้อร้องเรียนระดับ 1 เป็นข้อคิดเห็น, ข้อเสนอแนะ, คำชมเชย, สอบถามหรือร้องขอข้อมูล สามารถรับเรื่องและชี้แจงให้ผู้ร้องเรียนรับทราบได้ทันทีโดยกำหนดระยะเวลาในการตอบข้อร้องเรียนภายใน 7 วันทำการ

6.2 ข้อร้องเรียนระดับ 4 เป็นข้อร้องเรียนนอกเหนืออำนาจของโรงพยาบาลเวียงสา ให้พิจารณาความเหมาะสมของข้อร้องเรียน โดยเบื้องต้นให้ชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ร้องเรียนเกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ขอบเขต การทำงานของโรงพยาบาลเวียงสา และแนะนำหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ร้องเรียนโดยตรง ซึ่งอาจหาหมายเลขโทรศัพท์ของหน่วยงานนั้น ๆ ให้แก่ผู้ร้องเรียน โดยกำหนดระยะเวลาในการตอบข้อร้องเรียนภายใน 1 วันทำการในกรณีที่ผู้ร้องเรียนร้องเรียนเป็นหนังสือ/จดหมาย/โทรสาร อาจจัดทำหนังสือส่งต่อไปยังหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อไป โดยกำหนดระยะเวลาในการตอบข้อร้องเรียนตามความเหมาะสม

(7) การประสานผู้ที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานเพื่อดำเนินการแก้ไข / ปรับปรุง กรณีข้อร้องเรียนระดับ 2

เจ้าหน้าที่

7.1 ข้อร้องเรียนระดับ 2 เป็นข้อร้องเรียนเล็ก ให้พิจารณาจัดทำบันทึกข้อความส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการแก้ไข/ปรับปรุงต่อไป โดยเบื้องต้นอาจโทรศัพท์แจ้งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้รับทราบข้อมูลก่อนจัดทำบันทึกข้อความส่งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป ทั้งนี้ กำหนดระยะเวลาในการจัดทำบันทึกข้อความส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายใน 1 วันทำการ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ร้องเรียนจัดทำ

หนังสือถึงหน่วยงาน ร้องเรียนเจ้าหน้าที่ของกลุ่มงานหนึ่ง ว่าพูดจาไม่สุภาพ แถมขอข้อมูลอะไรเจ้าหน้าที่ก็ไม่เต็มใจให้บริการ ทั้งยังพูดในลักษณะตะคอกใส่ผู้รับบริการตลอดเวลา ฯลฯ เจ้าหน้าที่ฯ สามารถโทรศัพท์แจ้งไปยังหน่วยงานที่ถูกร้องเรียน พร้อมจัดทำบันทึกข้อความส่งไปยังหน่วยงานที่ถูกร้องเรียน ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงต่อไปได้ภายใน 1-2 วันทำการ เป็นต้น

ผู้ที่เกี่ยวข้องในหน่วยงาน

7.2 ภายหลังจากได้รับโทรศัพท์แจ้งข้อร้องเรียนจากเจ้าหน้าที่ฯ หรือได้รับบันทึกข้อความจากเจ้าหน้าที่ฯ ให้พิจารณาแก้ไขตามความเหมาะสม และให้ส่งผลการดำเนินงานแก้ไข/ปรับปรุง ไปยังผู้ร้องเรียนโดยตรง และสำเนาผลการดำเนินงานแก้ไข/ปรับปรุงให้ศูนย์รับข้อร้องเรียนทราบ ภายใน 15 วันทำการ ยกตัวอย่างจากกรณีข้อร้องเรียนระดับ 2 ข้างต้น เมื่อหน่วยงานได้รับแจ้งทางโทรศัพท์ หรือบันทึกข้อความ สามารถดำเนินการสอบถามข้อเท็จจริงจากเจ้าหน้าที่ที่ถูกร้องเรียน และสอบถามเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในวัน เวลา สถานที่ที่เกิดเรื่องร้องเรียนขึ้น หากพบว่าเป็นจริงหัวหน้างาน อาจใช้ดุลพินิจในการแก้ไข/ปรับปรุงปัญหาที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน แต่เมื่อได้แก้ไข/ปรับปรุงปัญหาที่ร้องเรียนเรียบร้อยแล้ว ให้เจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการเรื่องร้องเรียนในหน่วยงาน จัดทำหนังสือแจ้งกลับไปยังผู้ร้องเรียน พร้อมส่งสำเนาหนังสือแจ้งกลับผู้ร้องเรียนไปยังศูนย์รับข้อร้องเรียนของหน่วยงานทราบ ภายใน 15 วันทำการหลังจากได้รับเรื่องร้องเรียนด้วย

(8) การประสานศูนย์รับข้อร้องเรียน กรณีข้อร้องเรียนระดับ 3

เจ้าหน้าที่ฯ

8.1 ข้อร้องเรียนระดับ 3 เป็นข้อร้องเรียนใหญ่ ไม่สามารถพิจารณาแก้ไข/ปรับปรุงได้ภายในหน่วยงาน ให้จัดทำบันทึกข้อความส่งต่อไปยังศูนย์รับข้อร้องเรียนของ สสจ. น่าน เพื่อดำเนินการต่อไป ทั้งนี้ กำหนดระยะเวลาในการจัดทำบันทึกข้อความส่งต่อไปยังศูนย์รับข้อร้องเรียนของ สสจ. น่าน ภายใน 1 วันทำการ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ร้องเรียนทำหนังสือร้องเรียนความไม่โปร่งใสในการเปิดซองประกวดราคาการ ซ่อมแซมอาคารสำนักงานของหน่วยงาน และเคยร้องเรียนกับหน่วยงานมาแล้วแต่หน่วยงานไม่มีการดำเนินการชี้แจงข้อเท็จจริงแต่ประการใด ทั้งยังทำสัญญาว่าจ้างบริษัทรับเหมาที่มีราคาแพงกว่าผู้ร้องเรียนอีกด้วย เจ้าหน้าที่ฯ พิจารณาแล้วเป็นข้อร้องเรียนระดับ 3 อาจโทรศัพท์แจ้งข้อมูลเบื้องต้นให้เจ้าหน้าที่ฯ ของศูนย์รับข้อร้องเรียน สสจ. น่านทราบ พร้อมทั้งจัดทำบันทึกข้อความเพื่อเสนอพิจารณาสั่งการต่อไปเข้ามาที่ศูนย์รับข้อร้องเรียนของ สสจ. น่านในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

(9) ติดตามประเมินผลและรายงาน

เจ้าหน้าที่ฯ

9.1 ภายหลังจากโทรศัพท์ หรือ ส่งบันทึกข้อความให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไข/ปรับปรุงข้อร้องเรียนในระดับ 2 และ ระดับ 3 เรียบร้อยแล้ว ประมาณ 5 วันทำการ ให้โทรศัพท์ติดต่อความคืบหน้าในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

9.2 รวบรวมข้อร้องเรียนและการดำเนินการแก้ไข/ปรับปรุงข้อร้องเรียนทั้งหมด จัดเก็บในแฟ้มข้อร้องเรียนของหน่วยงานโดยเฉพาะ เพื่อความสะดวกในการสืบค้นและจัดทำรายงานการจัดการข้อร้องเรียนในแต่ละเดือน

(10) การรายงานผลการจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงานให้ศูนย์รับข้อร้องเรียนโรงพยาบาลเวียงสาทราบ (รายเดือน)

เจ้าหน้าที่ฯ

10.1 จัดทำบันทึกข้อความขอให้ส่งสรุปรายการการจัดการข้อร้องเรียนจากทุกหน่วยงานในความรับผิดชอบ กรอกรายละเอียดตามแบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลบ่อเกลือ (แบบฟอร์ม RM) โดยส่งบันทึกข้อความไปยังหน่วยงานทุกวันพุธก่อนสิ้นเดือน และให้หน่วยงานส่งแบบฟอร์มกลับมายังเจ้าหน้าที่ฯ ไม่เกินวันที่ 10 ของเดือนถัดไป

10.2 รวบรวมแบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลบ่อเกลือ (แบบฟอร์ม RM) ให้ครบจากทุกหน่วยงานภายในวันที่ 10 ของแต่ละเดือน และนำมาวิเคราะห์การจัดการข้อร้องเรียนในภาพรวมของหน่วยงาน เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมการจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงานเรียบร้อยแล้วให้ส่งรายงานผลการจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงานให้คณะกรรมการบริหารทราบ ทุกวันที่ 15 ของแต่ละเดือน

5. แบบฟอร์มที่ใช้

ใบรายงานส่งออกจากระบบการรายงานความเสี่ยงในโปรแกรม HosXp

หมายเหตุ :

1) กรณีบัตรสนเท่ห์ หรือ ข้อร้องเรียนที่ไม่แจ้งชื่อ ที่อยู่ ไม่นับเข้าแบบฟอร์ม แต่ให้ส่งคณะกรรมการ RM ใช้เป็นข้อมูลนำเข้าสู่สำหรับพิจารณาต่อ หรือ กรณีร้องเรียนกรณีละเมิดละเลยไม่ปฏิบัติหน้าที่ (ต้องพิจารณาเป็นพิเศษ)

2) การจัดอบรมเจ้าหน้าที่ฯ ยึดเป็นมาตรฐานเดียวกัน

3) เพิ่มการสื่อสารแจ้งเรื่องร้องเรียนแก่หน่วยงานเกี่ยวข้อง 3 ช่องทาง คือ

1. โทรศัพท์

2. อีเมลล์/FB/Line

3. บันทึกข้อความแจ้งเรื่องร้องเรียน กล่องรับฟังความคิดเห็นของโรงพยาบาล

4) กรณีคนภายในระบุชื่อทั้งผู้ร้องเรียนและผู้ถูกร้องเรียน

ขั้นตอนการลงความเสี่ยง และข้อเสนอแนะเรื่องเรียนในโปรแกรม HosXp

1) การลงรายงาน

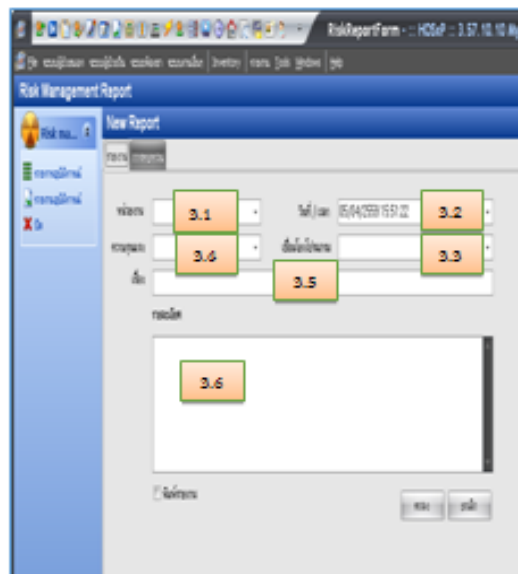
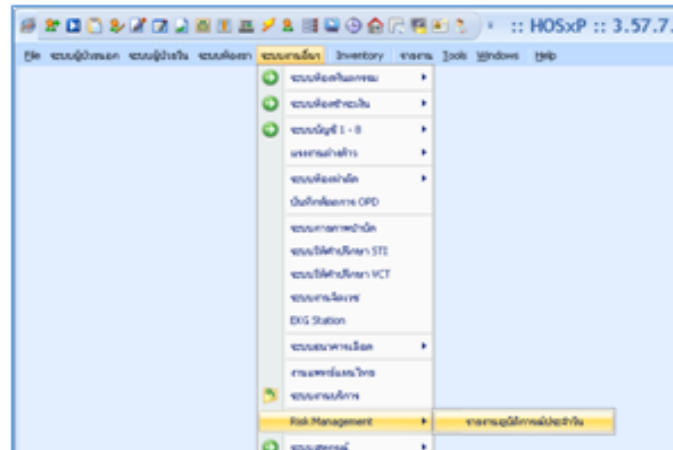
ขั้นตอนการลงความเสี่ยงข้อร้องเรียนร้องทุกข์ในโปรแกรม HosXp

1.) เข้าสู่โปรแกรมโดยใช้ Username และ Password อาจเป็น Username และ Password ของตนเอง หรือหน่วยงานก็ได้

หากเป็นหัวหน้าหน่วยงาน / กรรมการ RM หน่วยงานใช้ Username และ Password ที่เป็นของตนเอง

2.) เข้าไปที่หัวข้อด้านบน คลิกเลือก

- “ระบบงานอื่นๆ”
- “Risk management”
- “รายงานอุบัติการณ์ประจำวัน”



3.) การลงข้อมูลความเสี่ยง

3.1 เลือกหน่วยงานเราจะรายงานที่ทำให้เกิดความเสี่ยงนั้น เช่น งานจ่ายกลางเจอผ้าเป็นเลือดในเขตที่มาจากห้องคลอด ให้เราเลือกข้อนี้เป็น “ห้องคลอด” เป็นต้น

3.2 เลือก วัน/ เวลา ที่เกิดความเสี่ยงนั้น

3.3 เชื่อมโยงโปรแกรม : ให้เราเลือกประเภทความเสี่ยงที่เราพบ โดยคลิกลูกศรเลือกด้านที่เกี่ยวข้อง เช่น

1. ด้านคลินิก : การดูแลผู้ป่วย
2. ด้านคลินิก : การติดเชื้อ(เป็นการติดเชื้อในรพ.)
3. ด้านคลินิก : ยา สารน้ำ และการให้เลือด
4. ด้านทั่วไป : ด้านบุคลากร
5. ด้านทั่วไป : อาชีวอนามัยและความปลอดภัย(เกิดจากการทำงานในรพ.)
6. ด้านทั่วไป : โครงสร้างและสิ่งแวดล้อม
7. ด้านทั่วไป : เทคโนโลยีสารสนเทศ (IT)
- 8.1 ด้านทั่วไป : บริหารจัดการ (การเงินและการคลัง)
- 8.2 ด้านทั่วไป : บริหารจัดการ (อื่นๆ)
9. ด้านข้อเสนอแนะเรื่องเรียน
- 10.ด้านอื่นๆ

2) การรายงานการทบทวน

4.1 สถานะการทบทวน (ให้เลือกอันใดอันหนึ่ง)

4.2 วันที่ทบทวน

4.3 พิมพ์รายละเอียดการทบทวนครับ

3) ใบแสดงความคิดเห็นของผู้รับบริการผ่านผู้รับความคิดเห็น / ตัวอย่าง

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560	2561 (30มิ.ย.)
1. จำนวนรายงานความเสี่ยงทั้งหมดเพิ่มขึ้นจากเดิม	เพิ่มขึ้น	782	2436	3,039	1,689
2. จำนวนรายงานความเสี่ยงระดับ near miss (ระดับ A-B และระดับที่1) เพิ่มขึ้นจากเดิม	20%	431 (-65.35%)	2169 (+80.1%)	2701 (+24.5%)	1,190
3. ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป หรือ ระดับ 3 ได้รับการแก้ไขตามแนวทางการบริหารความเสี่ยง					
-ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป	100%	83.3%	85.0%	63.0%	83.75(67/83)
-ความเสี่ยงระดับ 3	100%	100%	100%	100%	100% (2/2)
4. อัตราการเกิดซ้ำในความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป หรือ ระดับ 3	0%	0%	3.8%	NA	3.61 (3/83) -ประเมินsepsis ก่อนadmit -CRE -ให้ยาพ.แพ็ซ้า)

จำนวนรายงานจำแนกตามโปรแกรม 2557-2561

โปรแกรมความเสี่ยง	2557	2558	2559	2560	2561 (31มี.ค.)
ด้านคลินิก					
1. การดูแลผู้ป่วย	122	30	308	350	174
2. การติดเชื้อ	70	1	34	16	37
3. ยา สารน้ำและเลือด	907	700	1867	2,386	1091
รวม	1,099	731	2,209	2,752	1,302
4. บุคลากร	29	32	46	30	7
5. อาชีวอนามัยและความปลอดภัย	7	7	40	24	4
6. โครงสร้างและสิ่งแวดล้อม	9	8	29	38	11
7. สารสนเทศ	N/A	N/A	24	50	14
8. บริหาร					
8.1 การเงินการคลัง	N/A	N/A	24	15	10

8.2 บริหารอื่นๆ	N/A	N/A	26	59	15
9. อื่นๆ	99	4	39	71	5
รวม	144	51	228	287	66
รวมทั้งหมด	1243	782	2,436	3,039	1,368

