

MDIT 9 (1)

គ្រឿង
ក្នុង

ការបន្ទារចំណាំរៀងរ៉ាវិន

(Complaint Management

Standard Operation Procedure)

វឌ្ឍនភាពលទ្ធភាព

ជំនួយ
ជំនួយ

คำนำ

รัฐบาลภายใต้การนำของพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้ให้ความสำคัญและผลักดัน ให้การป้องกันและปราบปราม การทุจริตเป็นวาระแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข กำหนดมาตรการในการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ๓ ป. ๑ ค. คือ การปลูกจิตสำนึก การป้องกัน การปราบปราม และการสร้างเครื่อข่าย และกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำคู่มือบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน เพื่อเป็นคู่มือเรื่องป้องกันการทุจริตและบรรเทาปัญหาการไม่ได้รับความเป็นธรรมในการรับบริการ

เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายดังกล่าวของโรงพยาบาลถลาง จึงจัดทำคู่มือบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนขึ้นเพื่อให้เกิดการปรับฐานความคิด ให้ผู้ปฏิบัติสามารถรับรู้เข้าใจในการปฏิบัติหน้าที่โดยนำ สาระสำคัญส่วนใหญ่มาจากการจัดการเรื่องร้องเรียน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมาปรับใช้

โรงพยาบาลถลาง

๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๔

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	๑
วัตถุประสงค์การจัดการข้อร้องเรียน	๑
คำจำกัดความการจัดการข้อร้องเรียน	๓
การบริหารความเสี่ยง (Risk management)	๓
แนวทางการปฏิบัติในการจัดการเรื่องร้องเรียน	๑๙
แนวทางการจัดการเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลคลองลาภ	๒๒
ระเบียบปฏิบัติเรื่องการจัดการร้องเรียนในโรงพยาบาลคลองลาภ	๒๓
แบบบันทึกเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลคลองลาภ	๒๔
แนวทางการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลคลองลาภ	๒๕

๑. วัตถุประสงค์การจัดการข้อร้องเรียน

๑. เพื่อให้ความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมและนำไปสู่การปรับปรุงระบบงานให้ดีขึ้น

๒. เพื่อเพิ่มความไวในการรับปัญหาและเกิดการตอบสนองที่รวดเร็วและเหมาะสม

๓. เพื่อเป็นแนวทางขั้นต้นในการเจรจาต่อรองใกล้เคียง เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง

๔. เพื่อสร้างความตระหนักให้แก่หน่วยงานและเจ้าหน้าที่ได้ใส่ใจและทบทวนข้อร้องเรียนที่

เกิดขึ้นมา

๕. เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการรับเรื่องร้องเรียนและดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนได้มีการปฏิบัติตามขั้นตอนการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับข้อกำหนด ระเบียบหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับเรื่องร้องเรียน และดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนที่กำหนดไว้อย่างครบทั่วและมีประสิทธิภาพ

๖. เพื่อให้บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อร้องเรียนที่ได้รับจากช่องทางการร้องเรียนต่างๆ โดยกระบวนการและวิธีการดำเนินงานต้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

๒. ขอบเขต

รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็น แบบแสดงความคิดเห็นหรือแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการ หรือ แบบรายงานข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ นำมาสู่การวิเคราะห์ข้อมูล นำส่งให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการตอบสนอง/แก้ไขข้อร้องเรียน และนำเข้าสู่การทบทวนในคณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ และกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลฯ

๓. คำจำกัดความ

- เรื่องร้องเรียน หมายถึง คำร้องเรียนจากผู้ป่วย ญาติ ผู้รับบริการ ทั้งบุคลากรภายนอกและภายในหน่วยงาน ที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวัง ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ และแจ้งข้อให้ตรวจสอบ แก้ไข หรือปรับเปลี่ยนการดำเนินการ

- ข้อเสนอแนะ หมายถึง คำร้องเพื่อแจ้งให้ทราบ หรือแนะนำ เพื่อการปรับปรุงระบบการบริการสิ่งแวดล้อม และอื่นๆ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- ผู้ร้องเรียน หมายถึง ผู้ป่วย ญาติ ผู้รับบริการ ประชาชนทั่วไป องค์กรภาครัฐ เอกชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตลอดจนผู้มีคิดเห็น/การชี้แจง/การสอบถาม หรือร้องขอข้อมูล

- ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน หมายถึง ช่องทางที่สามารถรับ/ส่งเรื่องร้องเรียนได้ ประกอบด้วยศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ศูนย์รับเรื่องราวทุกช่องทาง งานประชาสัมพันธ์ หนังสือถึงผู้อำนวยการ ร้องเรียนด้วยตนเอง ร้องเรียนผ่านทางเว็บไซต์ Line หรือช่องทางอื่นๆ เช่น ผ่านสื่อ

- การจัดการข้อร้องเรียน หมายถึง การจัดการในเรื่อง ข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น คำชี้แจง/การสอบถาม หรือร้องขอข้อมูล โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติงาน ได้แก่

๑. การแต่งตั้ง คณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนและช้อชี้แจงระดับหน่วยงาน

๒. การรับข้อร้องเรียน

๓. การพิจารณาจำแนกระดับและจัดการข้อร้องเรียน

๔. การรับและรวบรวมข้อร้องเรียนจากหน่วยงานต่างๆ

๕. การจัดทำรายงานสรุปผลการจัดการข้อร้องเรียนรายไตรมาส
 ๖. การกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน
 ๗. การนำมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนไปปฏิบัติ
 - การเจรจาต่อรอง ใกล้ตัว เกลี่ย ขันดัน หมายถึง การที่ทีมเจรจาต่อรองฯ ของหน่วยงาน เจรจาใกล้ เกลี่ย เฉพาะหน้าก่อน เมื่อพบเหตุการณ์ที่มีแนวโน้มที่จะฟ้องร้องหรือร้องเรียน
 - คณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงาน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้รับผิดชอบ การจัดการข้อร้องเรียน/ชี้แจงของหน่วยงาน
 - การจัดระดับความรุนแรง แบ่งเป็น ๔ ระดับ

ระดับ	นิยาม	ตัวอย่างเหตุการณ์	เวลาในการตอบสนอง	ผู้รับผิดชอบ	
๑	ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เรื่องเด็ก	ผู้ร้องเรียนไม่ได้รับความเดือดร้อน แต่ติดต่อกันมาเพื่อให้ข้อเสนอแนะ / ให้ข้อคิดเห็น / ชี้แจง ในการให้บริการ	การเสนอแนะเกี่ยวกับการให้บริการ และสถานที่ โรงพยาบาล	ไม่เกิน ๕ วันทำการ	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ข้อร้องเรียน
๒	ข้อร้องเรียน เรื่อง ปานกลาง	ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน แต่มีการพูดคุยและสามารถแก้ไขโดยหน่วยงานเดียว	-การร้องเรียนเกี่ยวกับ พฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน -การร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ	ไม่เกิน ๑๕ วันทำการ	กลุ่มงาน/งาน
๓	ข้อร้องเรียน เรื่องใหญ่	-ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน มีการตัดแย้งเกิดขึ้น ไม่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานเดียว ต้องอาศัยทีมใกล้ตัว เกลี่ย และดำเนิน คณะกรรมการบริหารในการแก้ไข -เรื่องที่สร้างความเสื่อมเสียต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล	-การร้องเรียนเกี่ยวกับความผิดวินัยร้ายแรงของเจ้าหน้าที่ -การร้องเรียนความไม่โปร่งใสของการจัดซื้อจัดจ้าง -การร้องเรียนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ เฟสบุ๊ค อีเมล เว็บไซต์ กระทู้ต่างๆ เป็นต้น	ไม่เกิน ๓๐ วันทำการ	-ทีมใกล้ตัว -คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล กลาง
๔	การฟ้องร้อง	ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน และร้องเรียนต่อ สื่อมวลชน หรือผู้บังคับบัญชา ระดับจังหวัด หรือมีการฟ้องร้องเกิดขึ้น	-การเรียกร้องให้หน่วยงานชี้แจง ค่าเสียหายจากการให้บริการที่ผิดพลาด (ม.๔๑)	ไม่เกิน ๖๐ วันทำการ	-ทีมใกล้ตัว -คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล กลาง -หน่วยงาน ระดับสูงขึ้นไป เช่น สสจ.

๔. กระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Process)

ความเสี่ยง คือ การรับรู้และจำกัดความเสี่ยงเพื่อลดโอกาส และปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น การบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย

ความเสี่ยง คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง มีโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การบาดเจ็บ ความเสียหาย เหตุร้าย การเกิดอันตราย สูญเสียทรัพย์สิน สูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การบาดเจ็บ ความเสียหาย เหตุร้าย การเกิดอันตราย สูญเสียทรัพย์สิน สูญเสียชื่อเสียง ภาคบุคลากร เกิดความไม่แน่นอน การไม่พิทักษ์สิทธิหรือศักดิ์ศรีหรือเกิดความสูญเสียจนต้องมีการขาดใช้ค่าเสียหายเหตุผลและวัตถุประสงค์ที่ต้องบริหารความเสี่ยงเพื่อรับรู้ จำกัดและควบคุมผลกระทบ เพื่อลดโอกาสและปริมาณความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นและ จาก พรบ. การบริหารบ้านเมือง เพื่อการบริหารงานเพื่อเป็นตัวชี้วัดภายใต้พระราชบัญญัติ การบริหารกิจการและบ้านเมืองที่ดี หน่วยงานราชการจะต้องปฏิบัติ และวัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง คือ ต้องการที่จะลดต้นทุนความเสี่ยงทางการค้าที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เพราจะเป็นการควบคุมความเสียหายก็ดี หรือแม้ว่าจะหักห้ามการสังคม ให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เพราจะเป็นการควบคุมความเสียหายก็ดี หรือแม้ว่าจะหักห้ามการประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงภัย เหล่านี้เป็นต้นทุนที่เกิดขึ้น วัตถุประสงค์ของเราก็คือต้องการลดต้นทุนเหล่านี้ด้วย ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายของความเสี่ยง (Cost of risk) ให้ต่ำลง ตัวอย่าง เช่น บริษัทยา ที่ต้องการออกยาใหม่ ๆ ต้องทำ Loss control Program(แผนการควบคุมความเสียหาย) ซึ่งมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น เพราะต้องทำการทดสอบมาก ๆ ทำการวิจัยมาก ๆ ในที่สุดผลที่ตามมา คือ ค่าใช้จ่าย พอยามมีราคาแพง แพทย์ก็อาจจะจ่ายเฉพาะคนที่อาการหนักสำหรับโรคนั้น คนที่ไม่ใช้ยาเป็นพวกราคาที่อาการหนัก โอกาสที่จะเกิดผลข้างเคียง (Side effect) ก็จะสูง ในที่สุดจะเกิดเป็นต้นทุนความเสี่ยงของสังคมที่สูงเกินไปจากการที่พยายามจัดการความเสี่ยงในเรื่อง Product liability claim เรื่องของ Product liability เป็นเรื่องที่ภาคเอกชนให้ความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากสินค้าที่ผลิตออกไป ถ้าลูกค้าที่ใช้ได้รับความเดือดร้อน ก็จะได้รับความผิดความเสี่ยงเกิดจากอะไร

๑. สภาพแวดล้อม
๒. ภูมิศาสตร์
๓. ความไม่รู้ ความไม่ตระหนักรู้
๔. การให้บริการ
๕. การปฏิบัติงาน
๖. การบริหารจัดการที่ไม่เหมาะสม

ผลกระทบของความเสี่ยง ประกอบด้วย ๕ ปัจจัยดังนี้

๑. ทางกายภาพ (Physical Risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของผู้ป่วย เช่น บาดเจ็บ ทุก

ผลภาพ ตาย เกษียณ

๒. ทางอารมณ์ (Emotional Risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายจิตใจ การทำให้อับอาย ขายหน้า เสียหน้า ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน

๓. ทางสังคม (Social Risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิทธิ การเปิดเผยข้อมูลบางอย่าง ทำให้เข้า

สูญเสียประโยชน์

๔. ทางจิตวิญญาณ (Spiritual Risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสูญเสีย การบริการที่ขัดกับความเชื่อทางศาสนาของผู้รับบริการ ไม่หน้าที่รับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยงในการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จำเป็นจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกคนในหน่วยงาน

เพิ่มการรับรู้ของแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกัน ความสำเร็จขึ้นอยู่กับคนเสียเป็น ส่วนใหญ่ ถ้าคนในองค์กรไม่ได้มีความรู้สึกว่าเข้าต้องบริหารความเสี่ยงไปเพื่ออะไร เขาจะไม่ให้ความ ร่วมมือ แล้วก็ไม่เกิดผลในการบริหาร ความเสี่ยงขึ้นหัวใจที่สำคัญที่สุดของการบริหารความเสี่ยง คือ เริ่มจากการให้คนในองค์กรทุกคนรู้สึกว่ามันเป็น ความเสี่ยงขึ้นหัวใจที่สำคัญที่ต้องทำ และเราทุก ๆ คนต้องมีส่วนร่วม เพราะเมื่อทุก ๆ คนทำอะไรจะส่งผลกระทบต่อความเสี่ยง เรื่องสำคัญที่ต้องทำ และเราทุก ๆ คนต้องมีส่วนร่วม เพราะเมื่อทุก ๆ คนทำอะไรจะส่งผลกระทบต่อความเสี่ยง ขององค์กร ในหน้าที่ในความรับผิดชอบที่มีอยู่ ถ้าไม่เป็นไปตามนั้นหรือเราพลาดไปจากมาตรฐาน หรือ เราเกิด ความผิดพลาด (Error) ได้ ๆ ขึ้นมันส่งผลกระทบกับความเสี่ยงขององค์กรทั้งนั้น ดังนั้นประการแรกที่สำคัญ ที่สุดก็คือการสร้างความตื่นตัว (Awareness) ให้เขารู้สึกว่าเขามีส่วนร่วม และจำเป็นที่จะต้องทำ ต้องร่วมมือ

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Process)

๑. การสร้างความมีส่วนร่วมของคนในองค์กร เพื่อให้คนในองค์กรรู้สึกว่าเขาเป็นหนึ่งใน องค์กร การที่เข้าจะทำอะไรไม่ได้จะส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงขององค์กร หรือผู้อื่นทำอะไรไม่ได้ส่งผล กระทบ ต่อความเสี่ยงขององค์กร ขั้นตอนแรกในการสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม คือ จะต้องมีการออกเป็นหนังสือ เป็น นโยบายว่าเราจะทำการบริหารความเสี่ยงเพื่ออะไร โครงรับผิดชอบ มีข้อดีข้อเสียอย่างไรในการทำหรือ วัตถุประสงค์ในการทำของเราว่าเราทำเพื่ออะไร หลักๆ ก็คือการมีการร่างนโยบาย (Policy statement) อกมาก่อน ซึ่งก็คือระดับผู้บริหารที่เป็นคนวางแผนนโยบายว่า เราคิดจะบริหารความเสี่ยงและมีเรื่องสำคัญ อะไรบ้างที่ต้องกำหนดไว้ในนโยบาย
๒. การค้นหาความเสี่ยงและระบุความเสี่ยง ต้องอาศัยการศึกษาร่วมกัน เพื่อคนที่อยู่ใน องค์กรเองเป็นคนที่รู้มากที่สุดว่ามีความเสี่ยงอะไรบ้างในองค์กร คนภายนอกไม่สามารถไปบอกได้ อย่างถูกต้อง ต้องมีการศึกษาร่วมกันช่วยกันมองในแต่ละเรื่อง ในแต่ละประเด็น ผู้บริหารทุกๆ ฝ่ายต้องมีตัวแทนเข้ามาดู เข้า ต้องมีการศึกษาร่วมกันว่ามันมีด้านไหนบ้างที่ต้องมาพิจารณา และต้องระบุออกเป็นความเสี่ยงขององค์กรระบุ มาประชุมร่วมกันว่ามีด้านไหนบ้างที่ต้องมาพิจารณา และต้องระบุออกเป็นความเสี่ยงขององค์กรระบุ ให้ได้ว่าความเสี่ยงมีอะไรบ้างในองค์กร ระบุมาเป็นรายการว่าอันไหนมีลำดับความสำคัญมากที่สุด แล้วอันที่เรา จะเลือกจัดการบริหารความเสี่ยงกันบ้าง

๓. การประเมินมูลค่าความเสี่ยง บางสิ่งบางอย่างเรารายจะมีของข้ามไป แต่หารู้ไม่ว่านั้นคือ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและทำให้ต้องสูญเสียมูลค่า เช่น กรณีพนักงานขับรถยนต์ไปรับอาจารย์ผู้สอน ณ จุดนัด หมายไม่ตรงเวลา ทำให้อาจารย์ผู้สอนต้องเข้าห้องเรียนสาย ผู้ที่ได้รับความเสี่ยงหายก็คือนิสิตนักศึกษา ได้รับ หมายไม่ตรงเวลา ทำให้อาจารย์ผู้สอนต้องเข้าห้องเรียนสาย ผู้ที่ได้รับความเสี่ยงหายก็คือนิสิตนักศึกษา ได้รับ การสอนที่ไม่เต็มเวลา หากคำนวณเป็นจำนวนเงินก็จะเห็นมูลค่าของการสูญเสียมาก กรณี เช่น ทางเดินเชื่อม การสอนที่ไม่เต็มเวลา หากคำนวณเป็นจำนวนเงินก็จะเห็นมูลค่าของการสูญเสียมาก กรณี เช่น ทางเดินเชื่อม ระหว่างอาคารมีน้ำซึมซึ่ง ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตและทรัพย์สินบุคคล แม่บ้านต้องดำเนินการนำน้ำที่ซึมซึ่ง ออกจากบริเวณดังกล่าว ทำให้ต้องสูญเสียเวลาของแม่บ้านคนนั้นไปเข่น ๒๐ นาที ต่อครั้ง ใน ๑ เดือน เกิด เหตุการณ์ดังกล่าวประมาณ ๑๐ ครั้ง ใน ๑ ปี ต้องสูญเสียเวลาของแม่บ้านเป็นเวลา ๒,๔๐๐ นาที คิดเป็นชั่ว ชม. คิดเป็นวัน ๕ วัน ค่าจ้างวันละ ๑๕๓ บาท รวมเป็นเงิน ๗๖๕ บาท หากไม่มีการสำรวจความเสี่ยง กรณี ๔๐ ชม. คิดเป็นวัน ๕ วัน ค่าจ้างวันละ ๑๕๓ บาท รวมเป็นเงิน ๗๖๕ บาท หากไม่มีการสำรวจความเสี่ยง มี ดังกล่าวเกิดขึ้นกับหลายพื้นที่ของแต่ละอาคาร จะทำให้องค์กรต้องสูญเสียผลประโยชน์เป็นมูลค่ามาก

๔. เลือกวิธีการจัดการกับความเสี่ยง เมื่อเราสามารถรู้ได้ว่าความสูญเสียและความเสี่ยงมี อะไรบ้าง เราจะมาเลือกวิธีการที่คุ้มที่สุดและที่สำคัญ คือ ลดความเสี่ยง ด้วยการลดความเสี่ยง ขององค์กรของเราระบบด้วย ลดความเสี่ยงในสังคมด้วย เพราะฉะนั้นในขั้นตอนนี้ เราจะต้องใช้ความรู้หลาย ด้านในการที่จะเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับความเสี่ยงในแต่ละด้านที่เราจะบริหาร

๕. การประเมินผลการกำกับดูแล (Performance monitoring) เมื่อได้ Implement ไปแล้ว มีปัญหาอะไรเกิดขึ้นต้องมีการปรับ (Fine tune) ปรับแก้ ที่เราเลือกใช้หรือไม่ เราอาจจะเลือกวิธีการนี้ไปแล้ว ปรากฏว่าพอลองใช้ไปแล้วไม่สอดคล้องกับสังคมเรา กับวัฒนธรรมองค์กรเรา เช่นนั้นก็ใช่เมื่อได้จึงต้องมาปรับแก้ ต่างๆ เหล่านี้เป็นต้น ในขั้นตอนของการประเมินต้องใช้หลักทางสถิติ โดยอ้างอิงหลักความน่าจะเป็นทางสถิติ ดูต่างๆ ให้เข้าใจง่ายๆ ที่ไม่ใช่กับกรณีที่กำลังพิจารณา มันจะมีการแจกแจงที่ว่าความสูญเสียมีการแจกแจงอย่างไร ถ้าเป็นความเสี่ยงที่ไม่ใช่กับกรณีที่กำลังพิจารณา มันจะมีการแจกแจงที่เราสามารถจะดูได้ว่ามีลักษณะอย่างไร ลักษณะตัวอย่างของการแจกแจง เช่น ความสูญเสียอาจจะเกิดหรือไม่เกิด โดยมีโอกาสจะเกิดขึ้น ๔๐% เราต้องมีข้อมูลเชิงลึกที่สามารถทำเช่นนี้ได้แต่ในทุกองค์กรที่เริ่มต้นทำการเกิด บริหารความเสี่ยง บวกจะไม่มีข้อมูล ไม่มีการแจกแจงความน่าจะเป็น แบบที่เราต้องการ เพราะฉะนั้นที่เราจะมีต้องเติมที่ คือ มาก กลาง ต่ำ หรือว่าจะแบ่งเป็นลำดับที่ เช่น ๕, ๔, ๓, ๒ และ ๑ ว่ามากน้อยแค่ไหนและวิธีการที่เราจะจัดการโดยยังไม่มีความน่าจะเป็น (Probability) เข้าไปเท่านั้น

๖. การจัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง ชี้ ควรประกอบไปด้วย

- ๖.๑ หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการบริหาร ความเสี่ยง / ระบบการติดตามงาน/การรายงานผลการบริหารความเสี่ยง
- ๖.๒ นโยบาย วัตถุประสงค์ ขอบเขตของการดำเนินงาน ระยะเวลาและกิจกรรมในการดำเนินการ รวมถึงการกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน
- ๖.๓ การระบุความเสี่ยง เป็นการพิจารณาว่ามีความเสี่ยงใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจการขององค์กร
- ๖.๔ การระบุถึงระดับความเสี่ยหายที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากความเสี่ยงแต่ละประเภท
- ๖.๕ การกำหนด / คัดเลือกวิธีการจัดการต่อความเสี่ยงที่ระบุไว้

กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย

๑. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) เรายาค้นหาความเสี่ยงที่ได้จากการศึกษาความสูญเสียของโรงพยาบาลที่ผ่านมา จากการผิดพลาดขั้นตอนในการทำงานเรียนรู้จากประสบการณ์จากที่อื่นที่เกิดการผิดพลาด เป็นต้น
๒. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) การประเมินความเสี่ยงในช่วงก่อนเกิดเหตุ คือการตอบคำถามว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงมากเพียงใดบ่อยแค่ไหนจะก่อให้เกิดความสูญเสียเท่าใด และสถานการณ์ใดที่มีโอกาสจะเกิดมาก การมีคำตอบเหล่านี้ ทำให้โรงพยาบาลสามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม
๓. การจัดการกับความเสี่ยง (Action to Manage Risk) การจัดการกับความเสี่ยงต้องมีการเตรียมก่อนเกิดเหตุ การควบคุมความสูญเสียเมื่อเกิดเหตุ และการบริหารจัดการความเสี่ยง รวมทั้งถ้ามีกรณีต้องเงินชดเชยค่าเสียหาย
๔. การประเมินผล (Risk Evaluation) เป็นการนำเหตุการณ์และความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบความเพียงพอของการเลือกวิธีการป้องกันที่เหมาะสมตามมาตรฐาน

การแบ่งประเภทความเสี่ยง

๑. ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk) เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวกับระบบการดูแลรักษาพยาบาลทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติและเจ้าหน้าที่ แบ่งเป็น

๑.๑ ด้านคลินิกทั่วไป (Common clinical risk) เป็นความเสี่ยงในภาพรวมกว้างๆ เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้องหรือไม่มีประสิทธิภาพ สามารถเกิดได้ในผู้ป่วยทั่วไปไม่ว่าจะเป็นเจ้าของโรคใดโรคหนึ่ง เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ได้แก่ ความปลอดภัยจากการใช้ยา การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

๑.๒ ด้านคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้องหรือไม่มีประสิทธิภาพสามารถเกิดได้ในผู้ป่วยเฉพาะโรคใดโรคหนึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายพ่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ เช่น Hypovolemic Shock ใน Upper GI Bleeding หรือ Delayed Diagnosis ใน Acute Abdominal Pain ภาวะ Cardiogenic Shock ใน Myocardial Infarction หรือ Respiratory Failure in Asthma เป็นต้น

ด้านคลินิกเฉพาะโรค เป็นตัวบ่งบอกถึง พัฒกิจลักษณะการดูแลรักษาผู้ป่วยมากกว่าและต้องอาศัยแพทย์และทีมงานเป็นผู้ช่วยค้นหาความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นจากการวินิจฉัยดูแล รักษา ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วย

๒. ความเสี่ยงด้านทั่วไป (Non - Clinical Risk) เป็นความเสี่ยงที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการรักษาพยาบาล แต่เกิดจากปัจจัยอื่นๆ ที่มีผล ทำให้เกิดความเสียหาย ความเสี่ยงทั่วไป ได้แก่

๒.๑ ด้านสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัย และความปลอดภัย หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับอาคารสถานที่ ความสิ่งอำนวยความสะดวก ความสะอาด ความสะดวก อุบัติการณ์เกี่ยวกับผลที่จะเกิดจากการปฏิบัติงานที่มีต่อสุขภาพบุคลากรปลอดภัย ด้านทรัพย์สิน

๒.๒ ด้านการเงิน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับค่ารักษา การสูญเสียรายได้ทรัพย์สินทางราชการต่างๆ มูลค่าความปลอดภัยด้านทรัพย์

๒.๓ ด้านเวชระเบียน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับเอกสารประวัติของผู้ป่วย เช่น การบันทึก การจัดเก็บการค้นหา การระบุตัวผู้ป่วย การบันทึกสิทธิอรรถรักษा การบันทึกค่ารักษาพยาบาล การบันทึกที่แสดงถึงคุณภาพการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสื่อสารของสถาบันวิชาชีพ

๒.๔ ด้านบริการ หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับการดูแล ช่วยเหลือ การให้ข้อมูล การช่วยเหลืออำนวยความสะดวก พฤติกรรมบริการ ขั้นตอนบริการ

๒.๕ ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับ อุปกรณ์ เครื่องมือ ที่ใช้ในการดูแลรักษา

๒.๖ ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูลก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย การตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษา

๒.๗ ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ความไม่พร้อมใช้งานของคอมพิวเตอร์ โปรแกรม การสื่อสาร การบันทึก การจัดเก็บข้อมูล และเกี่ยวกับข้อมูลสถิติต่างๆ

ประเมินความเสี่ยง หมายถึง กิจกรรมการบริหารความเสี่ยงที่มีการจัดหมวดหมู่ความเสี่ยงเข้าด้วยกันเพื่อการจัดการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาล แบ่งออกเป็น ๙ โปรแกรมดังนี้

๑. โปรแกรม ระบบบริการ ได้แก่อุบัติการณ์เกี่ยวกับการดูแล ช่วยเหลือ การให้ข้อมูล การอำนวยความสะดวก ขั้นตอนบริการ และด้านเวชระเบียนและเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น การระบุตัวผู้ป่วย การอำนวยความสะดวก ขั้นตอนบริการ และด้านเวชระเบียนและเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น การระบุตัวผู้ป่วย การ

บันทึกข้อมูลในโปรแกรมต่าง ๆ การเข้าถึงข้อมูลในโปรแกรมการส่งรายงาน การรวบรวมข้อมูลทางสถิติ ระบบฐานข้อมูล/โปรแกรมที่ให้บริการเกิดความเสียหาย ในไฟไฟไหม้ห้อง Server ความปลอดภัยของระบบฐานข้อมูล เป็นต้น

๒. โปรแกรม การดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย

๒.๑ การเข้าถึง/การเข้ารับบริการ เป็นความเสี่ยงในขั้นตอนตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาล

จนถึงจุดจุดชักประจำตัว เช่น Pre hospital care, ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวไม่รู้อาการที่ต้องมาโรงพยาบาล

๒.๒ การประเมินผู้ป่วย เป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการประเมินผู้ป่วยของทุกคลินิก

บริการ

๒.๓ การวางแผนดูแล เป็นความเสี่ยงจากการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

๒.๔ การดูแลผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การผ่าตัด/การคลอด (มารด/ทารก) การ

สื่อสาร ในการดูแลผู้ป่วย การผลัดตกหลุม การปฏิเสธการรักษา และอื่น ๆ ที่อยู่ในขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย

๒.๕ การให้ข้อมูลและเสริมพัลส์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

๒.๖ การดูแลต่อเนื่อง

๓. โปรแกรม ความคลาดเคลื่อนทางยาและสารน้ำ เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับยาทั้งหมด ได้แก่กระบวนการสั่งใช้ยา กระบวนการจัดยา กระบวนการจ่ายยา กระบวนการบริหารยา การให้เลือด การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการ ให้เลือดและให้ยา

๔. โปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การใช้อุปกรณ์ป้องกัน การ

ทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ การแยกและกำจัดขยะ การถูกของมีคมทิ้งดำเนินการดูแลและสารคัด หลัง การระบุวันหมดอายุของอุปกรณ์ น้ำยา และยาต่าง ๆ ที่มีการเปิดใช้

๕. โปรแกรมระบบการดูแลและจัดการเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องมือ เครื่องมือทางการแพทย์ ระบบการสื่อสารโทรศัพท์ วิทยุสื่อสาร เสียงตามสาย กรี๊ฟ ฉุกเฉิน ระบบคอมพิวเตอร์เสียง

๖. โปรแกรมด้านโครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความปลอดภัยของอาคาร สถานที่ พื้น หลังคาไฟฟ้า ประปา ระบบป้องกันอัคคีภัย/ทางหนีไฟ เป็นต้น

๗. โปรแกรมด้านสิทธิผู้ป่วย/ข้อร้องเรียน เป็นโอกาสพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยทั้ง ๙ ประการ ข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ ญาติ บุตร และพุทธิกรรมบริการของเจ้าหน้าที่

๘. โปรแกรมความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

๘.๑ ระบบความปลอดภัย เช่น การถูกคุกคาม ข่มขู่ของผู้รับ ผู้ให้บริการถูกทำร้ายร่างกาย การทะเลาะวิวาท การลักขโมย ๘.๒ อาชีวอนามัย/ความปลอดภัยในการทำงาน เช่น การบาดเจ็บจากการทำงานที่ไม่เกี่ยวกับการสัมผัสเดือด แสงสว่าง ปวดหลัง ปวดไหล่ จากการทำงาน การไม่สวมเครื่องป้องกัน อันตราย

๘.๓ การเงิน การคลัง การเกิดความเสียหายในด้านการเงิน การคลัง เช่น การเบิกค่าตอบแทนโครงการต่าง ๆ การสูญเสียรายได้ ทรัพย์สินทางราชการ (การคิดเงิน กระบวนการค้างค่านบริการ)

๘.๔ โปรแกรมด้านยุทธศาสตร์ เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงหรือการไม่บรรลุผลตามเป้าหมายในแต่ละปีเดินยุทธศาสตร์ เช่น แผนกลยุทธ์ของกลุ่มงานไม่สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์

ของโรงพยาบาลขาดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดกลยุทธ์ ไม่สามารถนำไปสู่การบรรลุ ของโรงพยาบาลขาดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดกลยุทธ์ ไม่สามารถนำไปสู่การบรรลุ

วัตถุประสงค์ การติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์และแผนงานไม่เป็นไปตามระยะที่กำหนด

การแบ่งระดับความรุนแรงและการจัดกลุ่มความเสี่ยง
ความเสี่ยงทางคลินิก แบ่งความรุนแรงออกเป็น ๕ ระดับ

อันดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
A	ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่มีโอกาสทำให้เกิดอุบัติการณ์ขึ้นได้ หรือถ้าไม่ให้ความสนใจที่อาจเกิด	Near Miss (เกือบพลาด)
B	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่เนื่องจากอุบัติการณ์นั้นไม่เป็นถึงตัวผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่	Low Risk (ต่ำ)
C	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ / แม้อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นถึงตัวผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่	
D	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ / แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามดูแลและเฝ้าระวังเพิ่มเติม	
E	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ เพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม	Moderate Risk (ปานกลาง)
F	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ เพียงชั่วคราวรวมถึงต้องได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล หรือยืดระยะเวลา ออกใบการรักษาตัวในโรงพยาบาล	
G	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ / เกิดความพิการ	High Risk (สูง)
H	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ จนเกือบถึงแก่ชีวิต	

ความเสี่ยงทั่วไปแบ่งความรุนแรงออกเป็น ๕ ระดับ

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
๑	เป็นเรื่องปกติอาจก่อภัยร้ายหรือสร้างความรำคาญซึ่งไม่เกิดความเสียหาย	Near Miss (เกือบพลาด)
๒	ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินแต่สามารถแก้ไขปัญหาได้หรือผู้ป่วยไม่พ่อใจแจ้ง	Low Risk (ต่ำ)
๓	ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินอย่างมากซึ่งสามารถแก้ไขได้แต่อาจต้องสูญเสียบางอย่างไป หรือผู้ป่วยไม่พ่อใจต้องให้ รพ.รับผิดชอบโดยแจ้งหัวหน้างาน หรือ พอ.โดยตรง	Moderate Risk (ปานกลาง)
๔	ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินหรือซื้อเสียง รพ.อย่างรุนแรงไม่สามารถแก้ไขได้หรือผู้ป่วยไม่พ่อใจอย่างมากต้องการให้รพ.รับผิดชอบโดยพ่อ娘ร้องไห้ องค์กรภายนอก	High Risk (สูง)

ด้านการเงิน / ทรัพย์สินสูญหาย คิดมูลค่า แบ่งความรุนแรงออกเป็น ๔ ระดับ

ระดับ	มูลค่าเสียหาย	การจัดกลุ่ม
๑	มีโอกาสสูญเสียทรัพย์สินแต่ยังไม่เกิดความเสียหาย	Near Miss (เกือบพลาด)
๒	<๑,๐๐๐ บาท	Low Risk (ต่ำ)
๓	๑,๐๐๐ - ๑๐,๐๐๐ บาท	Moderate Risk (ปานกลาง)
๔	๑๐,๐๐๐ บาท	High Risk (สูง)

ระดับความรุนแรง และแนวทางการดำเนินการของบริการตามเสี่ยงต้านคลินิก

ระดับความเสี่ยง	ความหมาย	แนวทางการดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ
ระดับ A	เป็นเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดแต่มีโอกาสจะเกิดและยังไม่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ A เกิดที่นี่	-เก็บเป็นข้อมูลของหน่วยงานเพื่อการพัฒนาและป้องกันการเกิดข้า -บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง-รายงานความเสี่ยงภายใน ๓๐ วัน	๑ เดือน
ระดับ B	เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วแต่ยังไม่ถึงผู้รับบริการ B เกิดที่ไหน	-เก็บเป็นข้อมูลของหน่วยงานเพื่อการพัฒนาและป้องกันการเกิดข้า -บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง-รายงานความเสี่ยงภายใน ๓๐ วัน	๑ เดือน
ระดับ C	เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แล้วถึงผู้รับบริการแต่ผู้รับบริการไม่ได้รับอันตราย C เกิดกับใคร	-แก้ไข วางแผนทางป้องกัน -บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง-ทบทวนข้อมูล วิเคราะห์เบื้องต้น-รายงานความเสี่ยงภายใน ๓๐ วัน	๑ เดือน
ระดับ D	เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แล้วถึงผู้รับบริการและไม่เป็นอันตรายต่อผู้รับบริการแต่ยังมีความจำเป็นต้องติดตามเฝ้าระวัง D ให้ระวัง	-แก้ไข วางแผนทางป้องกัน -บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง-ทบทวนข้อมูล วิเคราะห์เบื้องต้น-รายงานความเสี่ยงภายใน ๓๐ วัน	๑ เดือน
ระดับ E	เป็นเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ แล้วทำให้เกิดอันตรายช้ำ ควร และต้องมีการบำบัดรักษาเพิ่มเติม E ต้องรักษา	-บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง-เขียนใบ R ส่งผลก.ความเสี่ยงภายใน ๓ วัน-วิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหาโดยหน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง-จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติเพื่อใช้เป็นแนวทางการป้องกันและเฝ้าระวังความเสี่ยง	๒ สัปดาห์
ระดับ F	เป็นเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการแล้วทำให้เกิดอันตรายช้ำ ควร และต้องมีการบำบัดรักษานานขึ้นหรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น F เยียวยานาน	-บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง-เขียนใบ R ภายใน ๓ วัน-วิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหาโดยหน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง-จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติเพื่อใช้เป็นแนวทางการป้องกันและเฝ้าระวังความเสี่ยง	๒ สัปดาห์

ระดับ G	เป็นเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการแล้วส่งผลให้เกิดอันตราย หรือพิการถาวร G ต้องพิการ	-รายงานผจก. ความเสียหายทันที (ในเวลา รายงานผจก.ความเสียห / ผอ.นอกเวลา รายงานแพทย์เวร / ผอ.) -บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสียห -วิเคราะห์หารากเห้ของปัญหาโดย หน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง -มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไข -ติดตาม / เฝ้าระวังอุบัติการณ์เกิดซ้ำ โดย ทีม RM หรือทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้องอย่าง ใกล้ชิด	ไม่เกิน ๗ วัน
ระดับ H	เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการจนเกือบถึงแก่ชีวิตและต้องทำการช่วยชีวิต H ต้องการรื้ม	- ต้องรายงานทันที (ในเวลารายงานผจก.ความเสียห / ผอ. นอกเวลารายงานแพทย์เวร / ผอ.) -บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสียห -วิเคราะห์หารากเห้ของปัญหาโดย หน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง - วางแผนการแก้ไขเชิงระบบโดย หน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง - ติดตาม / เฝ้าระวังอุบัติการณ์การเกิดซ้ำ โดยทีม RM หรือทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้องอย่าง ใกล้ชิด	ไม่เกิน ๗ วัน
ระดับ I	เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการทำให้มีการเสียชีวิตหรือเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต หรือองค์กรได้รับความเสียหายจนเกิดการฟ้องร้อง จำใจลา	-ต้องรายงานทันที (ในเวลารายงานผจก.ความเสียห / ผอ. นอกเวลารายงานแพทย์เวร / ผอ.) -บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสียห -วิเคราะห์หารากเห้ของปัญหาโดย หน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง - วางแผนการแก้ไขเชิงระบบโดย หน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง - ติดตาม / เฝ้าระวังอุบัติการณ์การเกิดซ้ำ โดยทีม RM หรือทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง อย่างใกล้ชิด	ไม่เกิน ๗ วัน

- หมายเหตุ :
๑. ผู้รับบริการ = ผู้ป่วย,ญาติ,เจ้าหน้าที่
 ๒. องค์กร = หน่วยงาน,โรงพยาบาล
 ๓. ความเสี่ยงทุกระดับที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ ๑ หน่วยงานขึ้นไป ต้องเขียนใน IR
 ๔. ความเสี่ยงด้านคลินิกระดับ E และด้านทั่วไประดับ ๓ ต้องเขียนใน IR

ระดับความรุนแรง และแนวทางการดำเนินการของบริหารความเสี่ยงด้านทั่วไป

ระดับความเสี่ยง	ความหมาย	แนวทางการดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ
๑ เกือบพลาด(near miss)	เป็นเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดแต่มีโอกาสจะเกิดและยังไม่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ หรือองค์กร	-เก็บเป็นข้อมูลของหน่วยงานเพื่อการพัฒนาและป้องกันการเกิดซ้ำ -บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง -รายงานความเสี่ยงภายใน ๓๐ วัน	๑ เดือน
๒	เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วแต่ผู้รับบริการหรือองค์กร ยังไม่ได้เป็นอันตรายหรือได้รับความเสียหาย	-บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง -ดำเนินการแก้ไขเบื้องต้นและวางแผนป้องกัน -รายงานความเสี่ยงภายใน ๓๐ วัน	๑ เดือน
๓	เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการหรือองค์กรแล้วทำให้เกิดอันตรายชั่วคราวหรือเกิดความเสียหายที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑,๐๐๐ บาท ถึง ๑๐,๐๐๐ บาท	-บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง -เขียนใน IR ส่งจาก ความเสี่ยงภายใน ๓ วัน -วิเคราะห์หากอาจเหลือของปัญหาโดยหน่วยงานทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง -จัดทำ คู่มือ แนวทางปฏิบัติเพื่อใช้เป็นแนวทางการป้องกันเฝ้าระวังความเสี่ยงป้องกันการเกิดซ้ำ	๒ สัปดาห์
๔	เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบให้เกิดอันตราย/ความเสียหายต่อผู้รับบริการหรือองค์กร ส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือ/ภาพลักษณ์/ชื่อเสียง/ทรัพย์สินและเกิดการฟ้องร้องต่อองค์กร หรือ/มูลค่าความเสียหายตั้งแต่ ๑๐,๐๐๑ บาท ขึ้นไป	-ต้องรายงานทันที (ในเวลารายงาน ผจก.ความเสี่ยง/ผอ. นอกเวลารายงานแพทย์เริร์ฟ/ผอ.) -บันทึกลงในโปรแกรมความเสี่ยง -วิเคราะห์หากอาจเหลือของปัญหาโดยหน่วยงานทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง -วางแผนการแก้ไขเชิงระบบโดยหน่วยงาน/ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง -ติดตาม/เฝ้าระวังอุบัติการณ์การเกิดซ้ำโดยทีม RM หรือทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด	๓ สัปดาห์

การวิเคราะห์ความเสี่ยง

Risk Assessment matrix การประเมินระดับความเสี่ยง ซึ่งจะแบ่งระดับของความเสี่ยงออกเป็น ๔ ระดับ และความเสี่ยงรวมทั้งกับ ๑๖ คะแนน (Level of Risk โดยการนำผลที่ได้จากการประเมินความผลกระทบ มาจัดทำแผนผังประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment Matrix) เพื่อให้ผู้บริหารและหน่วยงานได้เห็นภาพรวมว่าความเสี่ยงมีการกระจายตัวอย่างไร ใช้ Risk matrixโดยแบ่งความรุนแรงและโอกาสเกิด ๔ ระดับ

Risk Assessment matrix	คะแนน	๑ เกือบพลาด	๒ ต่ำ	๓ สูง	๔ สูงมาก/วิกฤต
โอกาสเกิดน้อย / ทุก ๒-๕ ปี	๑	๒	๓	๔	๕
ปานกลาง / ทุกปี	๒	๓	๔	๕	๖
สูง / ทุกเดือน	๓	๔	๕	๖	๗
สูงมาก / ทุกวัน	๔	๕	๖	๗	๘

การจัดการความเสี่ยงตามลำดับความสำคัญ

จาก Risk Assessment Matrix นำรายการความเสี่ยงของแต่ละระดับความเสี่ยงที่ได้จัดเรียงลำดับไว้ (Risk Ranking) มาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ความสามารถในการยอมรับความเสี่ยง เพื่อจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

ระดับความเสี่ยง	ระดับคะแนน	แทนด้วยสี	ความหมาย
เกือบพลาด	๑-๒		ระดับที่ยอมรับได้ไม่ต้องควบคุมความเสี่ยง ไม่ต้องมีการจัดการเพิ่มเติม จัดทาเป็นบัญชีความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังโดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เกือบพลาดใน Sentinel event
รุนแรงต่ำ	๓-๔		ระดับที่พยายามรับได้แต่ต้องเฝ้าระวังไม่ให้เคลื่อนย้ายไปสู่ระดับที่สูงขึ้น
รุนแรงสูง	๕-๖		ระดับที่ยอมรับไม่ได้ ต้องควบคุมและจัดการความเสี่ยงเพื่อให้ลดลงสู่ระดับที่ยอมรับได้
รุนแรงสูงมาก	๗-๘		ระดับที่ไม่สามารถยอมรับได้ต้องเร่งจัดการควบคุมความเสี่ยง ให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ทันที

การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) ถือเป็นกิจกรรมเชิงรุก เพื่อป้องกันการสูญเสีย ช่วยป้องกันอันตรายการบาดเจ็บ หรือการสูญเสีย ที่มีโอกาสที่จะเกิดขึ้น

๑. การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต

๑.๑ ระบบบันทึกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว

๑.๒ ประสบการณ์ของบุคคล

๒. เรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่น

๓. เรียนรู้จากการบันการทำงาน

๓.๑ รายงานอุบัติการณ์ (Incident Reporting)

๓.๒ การคัดกรองเหตุการณ์ (Occurrence Screening)

๓.๓ ภาระรายงานเหตุการณ์ (Occurrence Reporting)

๔. จากเพื่อนนอกหน่วยงาน

อุบัติการณ์คือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนอกเหนือความคาดหมายจากการทำงาน

ตามปกติการรายงานอุบัติการณ์มีความสำคัญเพื่อ

๑. รวบรวมบันทึกเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น

๒. รวบรวมเป็นบทเรียนเพื่อการแก้ไข

๓. สร้างวัฒนธรรมในการเรียนรู้ร่วมกันโดยไม่กล่าวโทษกันรวมบันทึกเหตุการณ์ต่างๆที่

เกิดขึ้น

๔. รวบรวมเป็นบทเรียนเพื่อการแก้ไข

๕. สร้างวัฒนธรรมในการเรียนรู้ร่วมกันโดยไม่กล่าวโทษกัน

แหล่งความเสี่ยง

๑. ผู้รับบริการ

๒. ผู้ปฏิบัติงาน

๓. กระบวนการการทำงาน/การสื่อสาร

๔. เครื่องมือ/อุปกรณ์

๕. โครงสร้างทางกายภาพ

การรายงานอุบัติการณ์อาจอยู่ในรูปแบบของ

๑. รายงานอุบัติการณ์

๒. การบันทึกลงสมุด

๓. การบอกเล่าหัวหน้างาน

๔. อื่นๆ

รายงานอุบัติการณ์

๑. รายงานอุบัติการณ์

๒. เป็นการระบุเหตุการณ์ทั้งหมดซึ่งไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยตามปกติ

๓. เป็นการระบุปัญหาและผลที่ตามมา

๔. ไม่แทรกความคิดเห็น

๔. ไม่ได้เป็นการดำเนินหรือกล่าวโหงเพื่อร่วมงาน

๕. ไม่ได้เป็นการยอมรับว่าละเลย

๖. นำไปสู่การตั้งค่าตามต่อวิธีปฏิบัติที่ข้องใจ

ระบบรายงานที่ศิวรมีลักษณะดังนี้

๑. มีคำจำกัดความของอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของ รพ.

๒. มีแนวทางที่ชัดเจนว่า ในกรณีใดที่จะต้องรายงาน

๓. กำหนดผู้มีหน้าที่ในการเขียนรายงาน

๔. กำหนดเส้นทางเดินของรายงานที่รักษา เป็นหลักประกันในการรักษาความลับ

๕. เกี่ยวข้องเข้าถึงได้

๖. การสร้างความเข้าใจว่า การแก้ปัญหานี้มีใช้การลงโทษ

การรายงานอุบัติการณ์

๑. ระบบรายงานไม่ยุ่งยากซับซ้อน เสียเวลา

๒. ระบบรายงานทำให้ผู้รายงานไม่รู้สึกกลัว

๓. ข้อมูลรายงานต้องได้รับการรักษาความลับ

๔. หน่วยรับระบบรายงานต้องเป็นอิสระจากอำนาจการบริหารที่สามารถให้คุณให้โทษได้

๕. รายงานจะได้รับการวิเคราะห์โดยผู้ที่เข้าใจสถานการณ์

๖. รายงานจะได้รับการตอบสนองอย่างทันเวลา

๗. ข้อเสนอแนะในการแก้ไขมุ่งที่การปรับปรุงระบบ

๘. หน่วยงานที่รับรายงานต้องประสานงานให้เกิดการปรับเปลี่ยนเชิงระบบให้เป็นรูปธรรม

อะไรบ้างที่เป็นความเสี่ยงในงานของท่าน

ภาวะเสี่ยง	ผู้รับบริการ	บุคลากร	องค์กร
ด้านกายภาพ			
ด้านอารมณ์			
ด้านสังคม			
ด้านจิตวิญญาณ			

การประเมินความเสี่ยง

ความเสี่ยง	๑	๒	๓	๔	๕
ประเด็นประเมิน					
ความที่					
ความรุนแรง					
ผลกระทบ					
ความจ่ายในการจัดการ					
ทรัพยากรเพียงพอ					
รวม					

เมื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงได้แล้ว ควรนำมาจัดทำวิธีการป้องกันความเสี่ยงที่มีความสำคัญ

๑. การควบคุมความเสี่ยง

๒. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk Avoidance) ถ้าความเสี่ยงนั้นมีสูงเกินไป รับไม่ไหว ก็ควรหลีกเลี่ยง เช่น การเลือกลงทุน แล้วผลประโยชน์ไม่คุ้มที่จะลงทุน ก็ควรหลีกเลี่ยงที่จะลงทุนในโครงการนั้น

๓. การโอนถ่ายความเสี่ยง (Risk Transfer) คือการถ่ายโอนความเสี่ยงไปให้บุคคลอื่นผ่านช่องทางต่างๆ เช่น อาจจะทำสัญญาไว้ว่าจะไม่รับผิดชอบในส่วนนี้ หรือว่าสัญญา ก่อสร้างเพื่อรักษาเรื่องราคา วัสดุที่ก่อสร้างที่จะสูงขึ้น เป็นต้น

๔. การป้องกันความเสี่ยง สามารถทำได้ ๒ แบบ คือ Loss Prevention เป็นการป้องกันก่อนที่จะเกิด เช่น การติดสัญญาณเตือนอัคคีภัย กับ Loss Reduction ซึ่งเป็นการทำให้ความสูญเสียน้อยที่สุด เท่าที่ทำได้ เช่นในกรณีไฟไหม้ การติดตัวฉีดน้ำก็สามารถหลีกเลี่ยงอัคคีภัยได้

๕. การลดความสูญเสีย (Loss Reduction) เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้ว การแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วน การใส่ใจดูแล การให้ความสะดวกสบาย เพื่อลดความไม่พึงพอใจที่เกิดขึ้น กับผู้รับบริการให้มากที่สุด หรือเพื่อควบคุมไม่ให้ความเสียหายลูกค้า

๖. การแบ่งแยกความเสี่ยง (risk segregation) เป็นการกระจายความเสี่ยงออกไป ในรูปแบบต่างๆ หรือการมีระบบสำรองเช่น มีเครื่องกำเนิดไอน้ำ ๒ ใบ มีเครื่องกำเนิด ไฟฟ้า ๒ เครื่อง สิ่งเหล่านี้ไม่ต่างๆ แต่เมื่อรวมกันแล้วทำให้ ผลกระทบต่องค์กรลดลง

๗. การยอมรับความเสี่ยง (Risk Retention) เป็นวิธีการเลือกที่จะรับความเสี่ยงไว้เอง เช่น มีการตั้งกองทุนฉุกเฉิน(Emergency fund) ไว้ สำหรับกรณีที่เกิดความสูญเสียขึ้น Risk retention มีอยู่ ๒ แบบ คือ

๗.๑ Active (การรับความเสี่ยงแบบรู้ตัว) คือ เรายอด เรายังรู้ว่าเราจะเก็บหรือรับความเสี่ยงนั้นไว้เอง

๗.๒ Passive (คือเรารับไว้โดยที่เราไม่รู้ตัว) อาจจะเป็นเพราะเราไม่ได้นึกถึงมันมาก่อน ไม่เคยคิดที่จะบริหารความเสี่ยงมาก่อน

การจัดการ: ป้องกันและแก้ไข

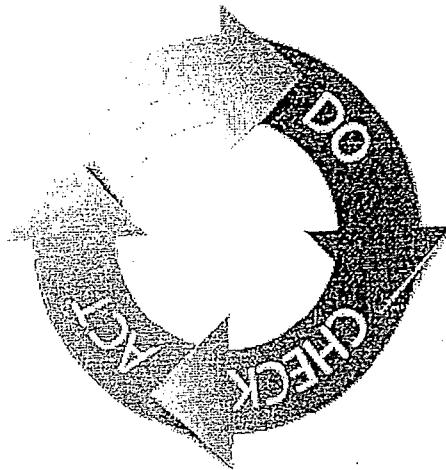
เกิดปอย ไม่รุนแรง : ทำความสะอาดบ้าน ระเบียบปฏิบัติ และวิธีปฏิบัติตาม

เกิดไม่ปอย ไม่รุนแรง :

เกิดไม่ปอย รุนแรง : ซ้อม กฎ บังคับให้ปฏิบัติ โอนความเสี่ยง

เกิดปอย รุนแรง : คณะกรรมการเฉพาะกิจ แผนฉุกเฉิน แผนตั้งรับ

การประเมินผลโดยใช้วงจร PDCA



ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA)

RCA คือการค้นหาปัจจัย ที่เป็นรากของปัญหาหรือสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยมุ่งเน้นที่ระบบ/กระบวนการ เพื่อที่จะหาโอกาสที่จะปรับปรุง อันจะนำไปสู่การลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำ

RCA เขี๊ยบ คือการวิเคราะห์ที่ไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเกิดเหตุเกือบพลาด เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางป้องกัน

RCA เขิงรุก คือการวิเคราะห์โอกาสเกิดปัญหาหรือข้อบกพร่องต่างๆ โดยมีสมมติฐานว่าความบกพร่องสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่เหตุการณ์ยังไม่เกิด อาจเรียกว่า failure mode analysis

ลักษณะที่ดีของ RCA & action plan

๑. มุ่งเน้นที่ระบบและกระบวนการ
๒. เริ่มจากสาเหตุที่เกิดไปสู่สาเหตุร่วมของระบบในองค์กร
๓. เจาะลึกด้วยคำถาม “ทำไง”.
๔. ค้นหาการเปลี่ยนแปลงระบบและกระบวนการที่เป็นไปได้

วิเคราะห์อย่างครอบคลุม ทั้งปัจจัยด้านคน ระบบ/กระบวนการ ระบบทุกด้านที่มีโอกาสเกิดขึ้น รวมทั้งโอกาสที่จะปรับปรุงกระบวนการหรือระบบเป็นที่น่าเชื่อถือผลการวิเคราะห์ควรถูกต้อง ขัดเจน สอดคล้อง สมบูรณ์ เป็นระบบ

กระบวนการตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

การดำเนินการขั้นต้น (Immediate Action) เพื่อให้แก้ไขเฉพาะหน้าได้อย่างทันท่วงทีและเหมาะสมพิจารณาดับความรุนแรงของเหตุการณ์

๑. จัดตั้งทีม
๒. ระบุปัญหา
๓. วางแผนปฏิบัติการการศึกษาปัญหา
๔. รวบรวมข้อมูล
๕. การค้นหาสาเหตุเบื้องต้น

- ๕.๑ พิจารณาว่าเกิดอะไรขึ้น
 - ๕.๒ ค้นหาปัจจัยกระบวนการที่ส่งเสริม ให้เกิดเหตุ (contributing factor)
 - ๕.๓ ค้นหาเหตุอื่นๆ
 - ๕.๔ เก็บตัวชี้วัดเกี่ยวกับสาเหตุ
 - ๕.๕ การออกแบบและดำเนินการเปลี่ยนแปลง
๖. การค้นหา root cause
- ๖.๑ ระบุระบบที่เกี่ยวข้อง
 - ๖.๒ สรุปปัญชีรายการ root cause
 - ๖.๓ การยืนยัน root cause
๗. การออกแบบและดำเนินการปรับปรุง
๘. การทบทวนข้อมูลอุบัติการณ์รวม

การวิเคราะห์สาเหตุราก

- (๑) ระบบและกระบวนการเป็นหลัก ไม่ใช่การปฏิบัติส่วนบุคคล
- (๒) สาเหตุเฉพาะที่เกิดขึ้นในกระบวนการทางคลินิกนั่นเองสาเหตุทั่วไปในกระบวนการของ

องค์กร

- (๓) ระบุการเปลี่ยนแปลงกระบวนการหรือระบบที่มีศักยภาพในการลดโอกาสเกิดเหตุการณ์ เช่นเดิมในอนาคตการยืนยันสาเหตุราก เมื่อได้รายการสาเหตุมาจำนวนหนึ่ง ให้พิจารณาตัดตอนให้เหลือสาเหตุที่เป็นสาเหตุรากจริงๆ โดยการตั้งคำถาม
- ๑. ถ้าแก้ไขสาเหตุนี้แล้ว จะเกิดปัญหาขึ้นอีกได้หรือไม่
- ๒. ถ้าปัจจัยนี้เป็นสาเหตุรากที่จริงแล้ว จะอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างไร

ขั้นตอนการทำ RCA แบบง่าย

- ๑. จัดตั้งทีม
- ๒. ระบุปัญหา
- ๓. ศึกษาปัญหา
- ๔. วิเคราะห์สาเหตุที่เป็นไปได้
- ๕. วิเคราะห์หา root cause

จัดตั้งทีม : องค์ประกอบที่เหมาะสม

- ๑. ผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดและมีความรู้กับเรื่องนั้นเป็นอย่างดี
- ๒. ผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลง
- ๓. ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ
- ๔. ผู้ที่จะมีส่วนต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง
- ๕. ผู้ที่มีทักษะในการวิเคราะห์ระบบปัญหา

โรงพยาบาลคลอง	วันที่บังคับใช้ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๔	หน้า ๑/๕
ระเบียบปฏิบัติ	เรื่อง การจัดการข้อร้องเรียน (ปรับปรุงครั้งที่ ๕)	รหัส PM-RM

นโยบาย

ข้อร้องเรียนในการให้บริการ ทุกข้อร้องเรียนมีความสำคัญอย่างยิ่ง ต้องดำเนินการจัดการข้อร้องเรียน ให้ดีโดยเร็วที่สุด เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง

แนวปฏิบัติ

โรงพยาบาลคลอง ได้จัดซ่องทางรับเรื่องร้องเรียนพร้อมทั้งแนวทางการจัดการตามซ่องทางรับเรื่องร้องเรียน ดังนี้

๑. กล่องรับความคิดเห็น ผู้รับผิดชอบเปิดกล่องรับความคิดเห็นทุกวัน โดยให้หน่วยงานที่มีใบแสดง ความคิดเห็นอยู่ในตู้ แจ้งผู้รับผิดชอบซึ่งประกอบด้วย

๑. นางจอมณี ศุภสารนันท์

๒. นางไลายาลีนา พาที

๓. นางบวรลักษณ์ สันติพิทักษ์

๒. งานประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์รับเรื่องร้องเรียนและบันทึกในแบบฟอร์มรับเรื่อง ร้องเรียนส่งศูนย์คุณภาพ เพื่อดำเนินการประสานผู้เกี่ยวข้องต่อไป

๓. ทาง Website ของโรงพยาบาล ให้คุณวารุณี ชีแก้ว เปิด website ทุกวัน เพื่อคูข้อมูลเรื่อง ร้องเรียน ถ้ามีเรื่องร้องเรียนให้ส่งข้อมูลมาที่ศูนย์คุณภาพ เพื่อดำเนินการประสานผู้เกี่ยวข้องต่อไป

๔. ทางจดหมายผ่านระบบหนังสือของโรงพยาบาล ผ่านผู้อำนวยการแจ้งผู้เกี่ยวข้องและศูนย์ คุณภาพดำเนินการต่อไป

๕. ทางสื่อต่างๆ ให้ผู้ได้รับข้อมูลข่าวสารทางสื่อต่างๆ แจ้งผู้อำนวยการ เลขานุการ เลขากาลเมือง และ คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ยและจัดการเรื่องร้องเรียน เพื่อดำเนินการตาม Flow การจัดการเรื่องร้องเรียน การจัดการเรื่องร้องเรียน

๑. กรณีเกิดเหตุการณ์ในหน่วยงานให้หัวหน้าในหน่วยงานดำเนินการไกล่เกลี่ยเบื้องต้น เพื่อยุติปัญหา ไม่ให้คลุมบานปลาย และเขียนรายงานอุบัติการณ์ส่งศูนย์คุณภาพ

๒. กรณีไม่สามารถแก้ไขปัญหาให้ยุติในเบื้องต้นได้ให้รายงานไปยังคณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียนเพื่อ ดำเนินการจัดการต่อไป

๓. กรณีที่เป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง มีแนวโน้มจะมีการร้องเรียนเกิดขึ้น เช่น มือบัติการณ์ทางคลินิกที่ รุนแรง เหตุการณ์ไม่พึงพอใจย่างรุนแรง เหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อรพ. ให้ผู้ประสบเหตุประสานงานที่ คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย ให้มาดำเนินการเจรจาและไกล่เกลี่ย เพื่อลดข้อขัดแย้งและลดการฟ้องร้อง โดยเร็ว

โรงพยาบาลคลอง	วันที่บังคับใช้ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔	หน้า ๒/๕
ระบบปฏิบัติ	เรื่อง การจัดการข้อร้องเรียน (ปรับปรุงครั้งที่ ๕)	รหัส PM-RM

แบ่งระดับความรุนแรงของข้อร้องเรียนเป็น ๔ ระดับ

๑. ข้อคิดเห็น, ข้อเสนอแนะเรื่องเล็ก

นิยาม ผู้ร้องเรียนไม่ได้รับความเดือดร้อน แต่ติดต่อมาเพื่อให้ข้อเสนอแนะ/ให้ข้อคิดเห็น/ชี้แจง/
สอบถามหรือร้องขอข้อมูล

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม : - การเสนอแนะเกี่ยวกับการให้บริการ

- การสอบถามข้อมูล

ระยะเวลาตอบสนอง : ไม่เกิน ๕ วัน ทำการ

ผู้รับผิดชอบ : เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียน

๒. ข้อร้องเรียนเรื่องปานกลาง

นิยาม ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อนแต่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานเดียวหรือมากกว่า แต่ไม่ต้อง^{ก่อให้เกิดความเสียหาย}
อาศัยทีมไก่ล่ำเกลี่ย

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม : - การร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่

- การร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ

ระยะเวลาตอบสนอง : ไม่เกิน ๑๕ วัน ทำการ

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงาน/งาน

๓. ข้อร้องเรียนเรื่องใหญ่

นิยาม : ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน ไม่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานเดียวต้องอาศัยทีมไก่ล่ำเกลี่ย

และอำนาจของคณะกรรมการในการแก้ไข

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม : - การร้องเรียนเกี่ยวกับความผิดวินัยร้ายแรงของเจ้าหน้าที่

- การร้องเรียนความไม่โปร่งใส ของการจัดซื้อจัดจ้าง

- การร้องเรียนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ เพสบุ๊ค อีเมล์ เว็บไซต์ กระทู้ต่างๆ

เป็นต้น

ระยะเวลาตอบสนอง : ไม่เกิน ๓๐ วัน ทำการ

ผู้รับผิดชอบ : ทีมไก่ล่ำเกลี่ย / คณะกรรมการบริหาร รพ.

๔. การฟ้องร้อง

นิยาม : ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อนและร้องเรียนต่อสื่อมวลชน หรือผู้บัญชาการระดับจังหวัดหรือ

มีการฟ้องร้องเกิดขึ้น

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม : การเรียกร้องให้หน่วยงานชดเชยค่าเสียหายจากการให้บริการที่ผิดพลาด (ม.๔๑)

ระยะเวลาตอบสนอง : ไม่เกิน ๖๐ วัน ทำการ

ผู้รับผิดชอบ : ทีมไก่ล่ำเกลี่ย / คณะกรรมการบริหาร รพ. / หน่วยงานระดับสูงขึ้นไป เช่น สสจ.

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	วันที่บังคับใช้ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๔	หน้า ๓/๕
ระบบเบิกบัญชี	เรื่อง การจัดการข้อร้องเรียน (ปรับปรุงครั้งที่ ๕)	รหัส PM-RM

ตัวชี้วัด

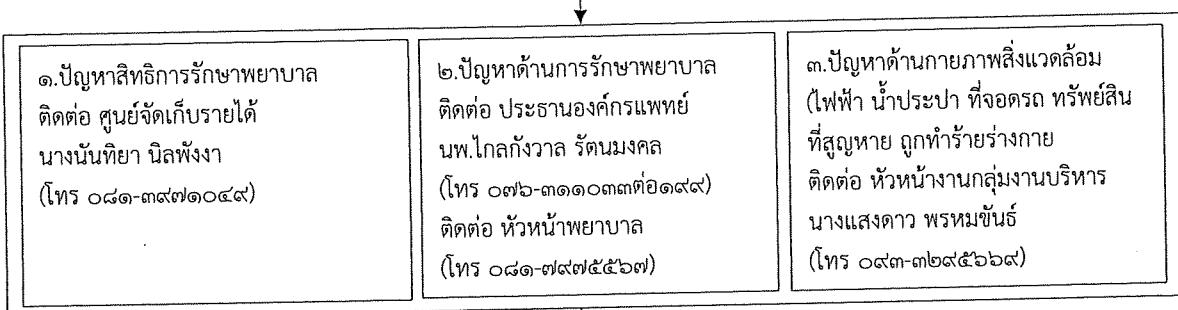
- จำนวนอุบัติการฟ้องร้อง = ๐
- จำนวนข้อร้องเรียนลดลง > ๑๐% เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา
- อัตราข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ > ๘๐%

โรงพยาบาลลพบุรี	วันที่บังคับใช้ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔	หน้า ๔/๔
ระบบเบ็ดเตล็ด	เรื่อง การจัดการข้อร้องเรียน (ปรับปรุงครั้งที่ ๔)	รหัส PM-RM

แนวทางการจัดการเรื่องร้องเรียนโรงพยาบาลลพบุรี

ผู้ป่วยและญาติสามารถให้ข้อเสนอแนะ/ปรับปรุงบริการ
สามารถติดต่อได้ที่โทร ๐๗๖-๓๑๑๐๓๓-๔
www.Thalanghospital.go.th

เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ : รับเรื่องร้องเรียนและข้อเสนอแนะ



แนวทางการจัดการเรื่องร้องเรียน

- เรื่องร้องเรียน
- อุบัติกรณีไม่พึงพอใจ
- ร้องเรียนเรื่องอุบัติเหตุ
- ภาพเป็นช่าว

ทีมประชาสัมพันธ์	หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประเมิน
<ul style="list-style-type: none"> - แจ้งประธานความเสี่ยง / ประธานนักข่าว ลดความรุนแรง - ประธานผู้ป่วยญาติคลับข้อมูล ในเฟสบุ๊ค - หลังจากอาทิตย์ตามการตอบเฟสบุ๊ค / Web 	<ul style="list-style-type: none"> - ระดับความรุนแรง - ความต้องการ - รายงานผู้ป่วยคับบัญชาสืบข้อเท็จจริง หาข้อมูล เพิ่มเติม

N ระดับรุนแรง Y

หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างานดำเนินการเจราไกเล็ก/ระดับหน่วยงาน

No

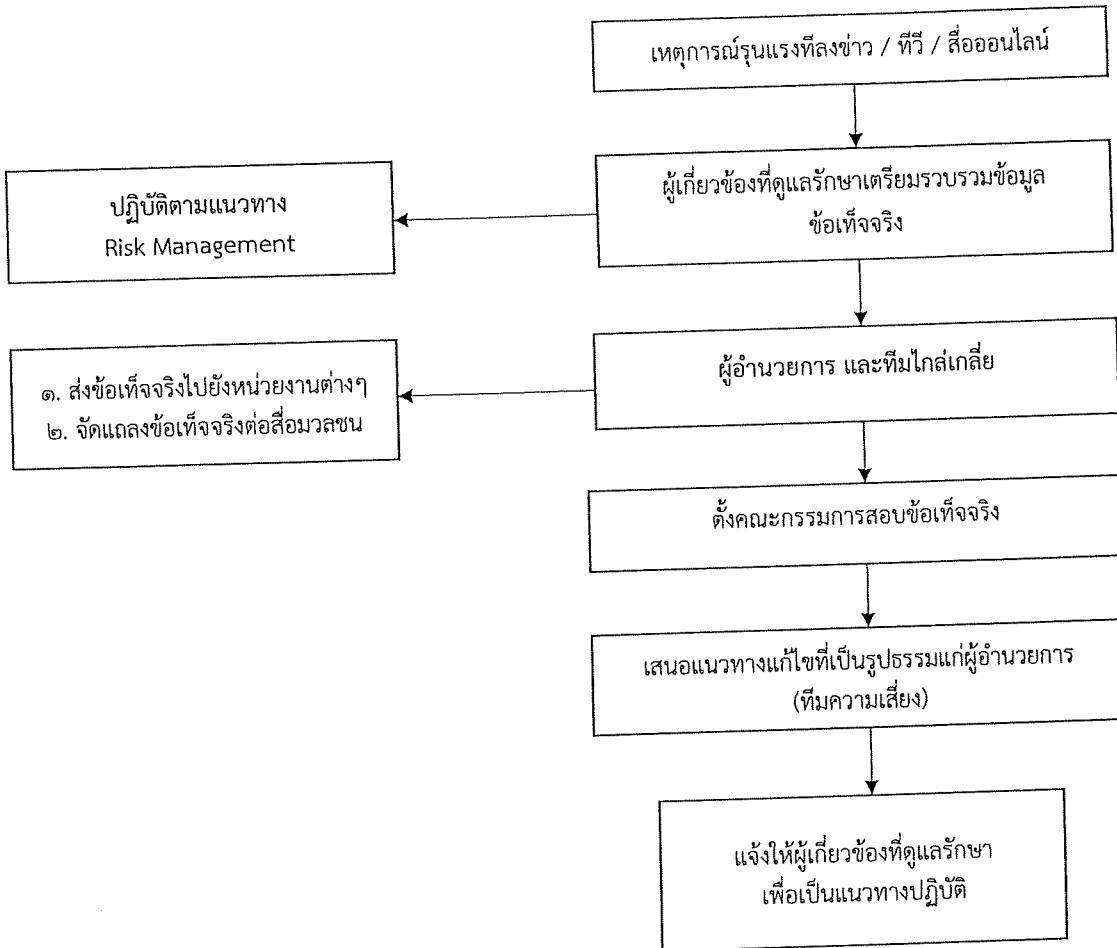
Yes

ทีมไกลกเล็ก/ระดับโรงพยาบาล

จัดทำรายงานผลการดำเนินงานส่งศูนย์ HA

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	วันที่บังคับใช้ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๕	หน้า ๕/๕
ระบบเบี้ยงปัญหติด	เรื่อง การจัดการข้อร้องเรียน (ปรับปรุงครั้งที่ ๕)	รหัส PM-RM

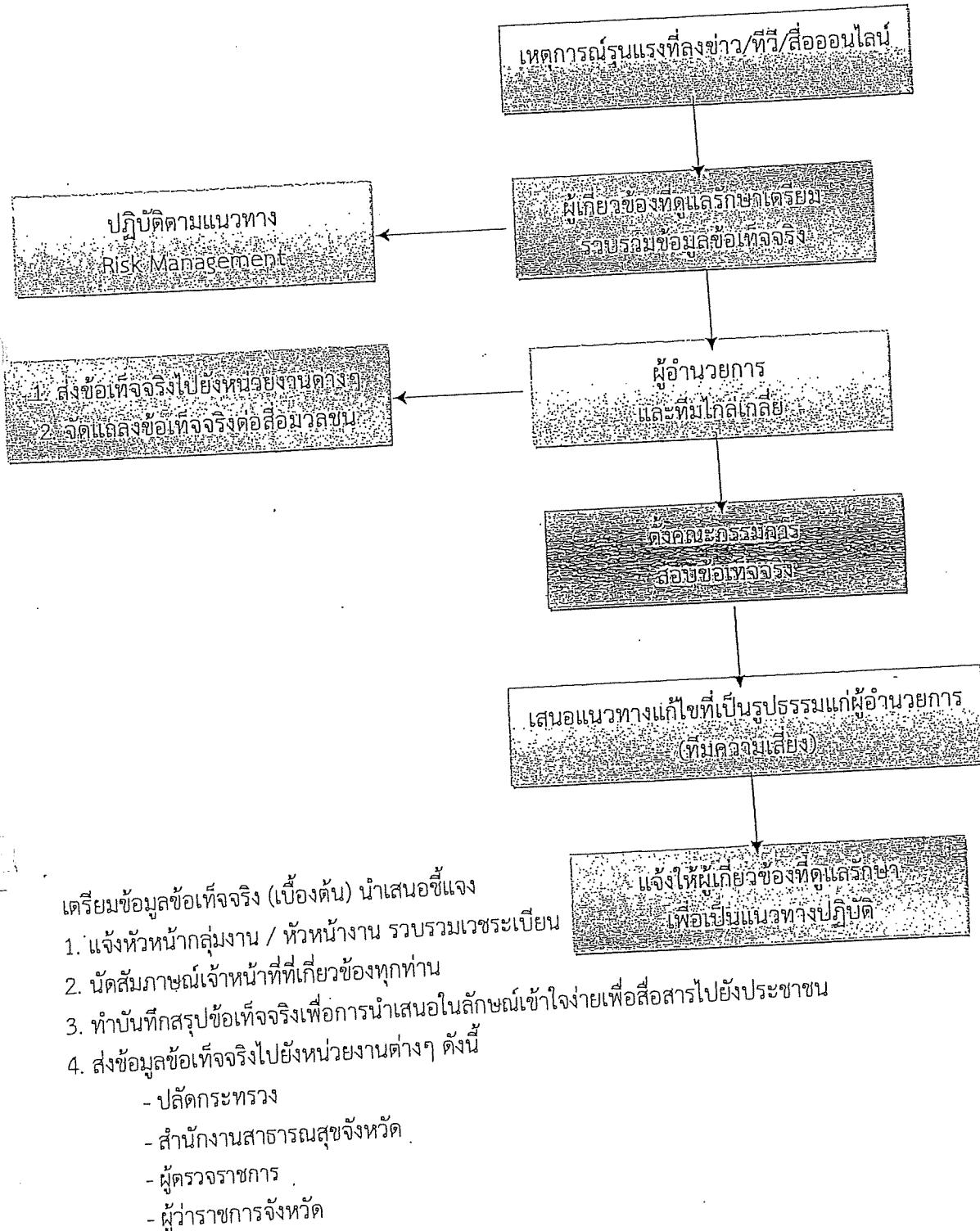
แนวทางปัญหติดมี้มีเรื่องร้องเรียนลงมา หนังสือพิมพ์ / ทีวี / สื่อออนไลน์
ซึ่งมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลดังต่อไปนี้



เตรียมข้อมูลข้อเท็จจริง (เบื้องต้น) นำเสนอขึ้น

๑. แจ้งหัวหน้ากลุ่มงาน / หัวหน้างาน รวบรวมเวชระเบียน
๒. นัดสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงาน
๓. ทำบันทึกสรุปข้อเท็จจริงเพื่อการนำเสนอในลักษณ์เข้าใจง่ายเพื่อสื่อสารไปยังประชาชน
๔. ส่งข้อมูลข้อเท็จจริงไปยังหน่วยงานต่างๆ ดังนี้
 - ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต
 - ผู้ตรวจราชการเขต ๑๑
 - ผู้ว่าราชการจังหวัดภูเก็ต

แนวทางปฏิบัติเมื่อมีเรื่องร้องเรียนลงชื่า หนังสือพิมพ์ / ทีวี / สื่อออนไลน์ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อภ้าพลักษณ์
ของโรงพยาบาลดังต่อไปนี้



แบบบันทึกเรื่องร้องเรียน

เลขที่ปัญหา.....

วันที่รับแจ้งเรื่อง..... เวลา..... น.

ข้อมูลการรับเรื่อง

ชื่อผู้แจ้ง..... ความคืบหน้ากับผู้รับบริการ.....
ที่อยู่..... เบอร์โทรศัพท์/มือถือ.....
ช่องทางรับเรื่อง..... ผู้รับเรื่อง.....

ข้อมูลผู้รับบริการ

ชื่อผู้รับบริการ.....
เลขที่ประจำตัวประชาชน..... อายุ..... ปี เพศ.....
สิทธิ..... เลขที่บัตรประกันสุขภาพ..... จังหวัดที่ลงทะเบียน.....
หน่วยบริการปฐมภูมิ..... หน่วยบริการรับ-ส่งต่อ.....

รายละเอียดเรื่องร้องเรียน

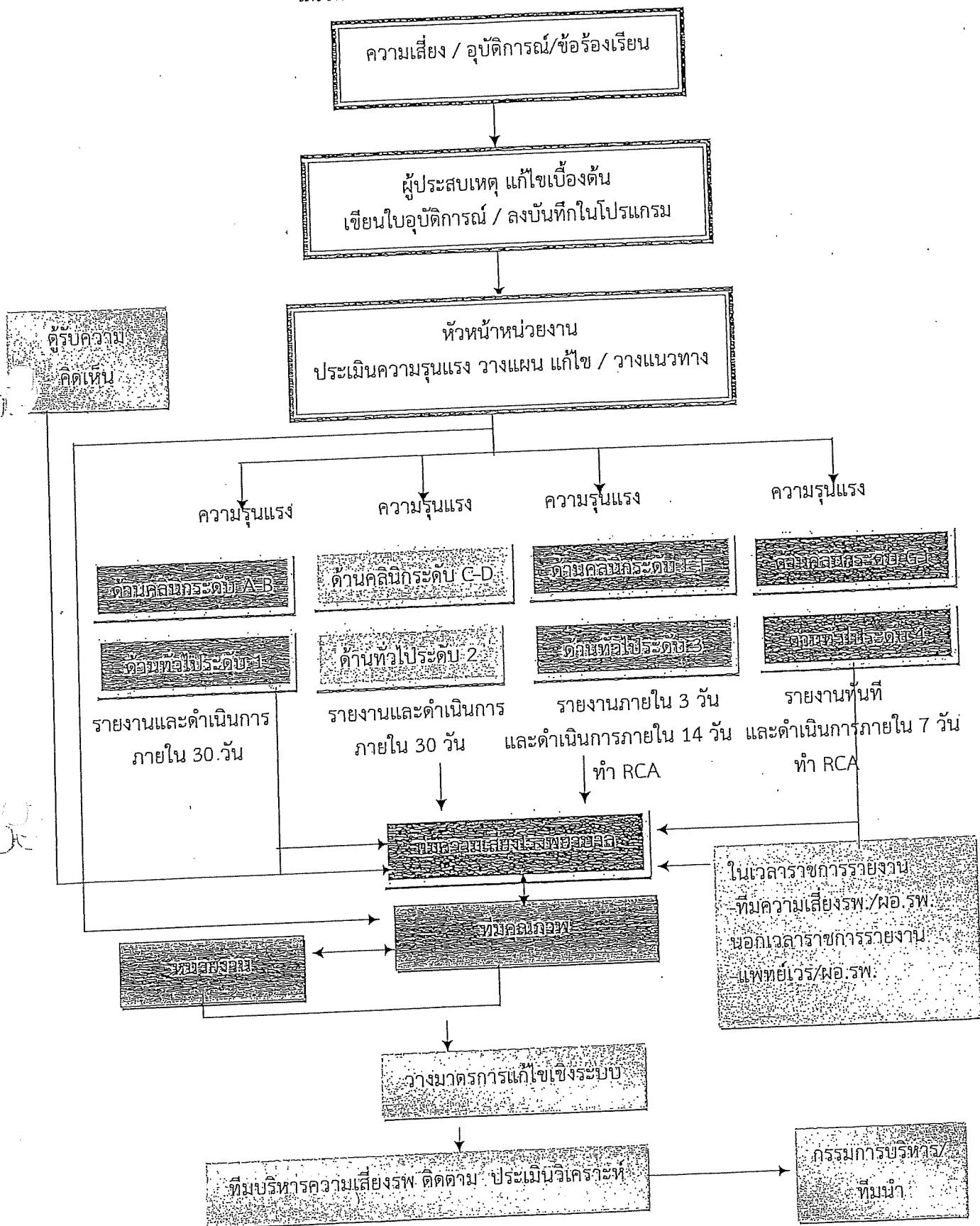
ประเด็นเรื่องร้องเรียน.....
หน่วยบริการที่ถูกร้องเรียน..... จังหวัด.....
สรุปประเด็นเรื่องร้องเรียน.....

สถานะของเรื่อง.....

สรุปยุติเรื่องร้องเรียน

วันที่ยุติ..... จำนวนวันที่แก้ไขปัญหา..... วันทำการ
ผู้รายงาน/บันทึก.....

แนวทางการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลฯ



ແບ່ມອໍມ

แบบบันทึกคำร้องเรียนของผู้ใช้บริการ

เลขที่ CCR...../.....

ชื่อผู้ป่วย.....HN.....ชื่อผู้ร้องเรียน.....

คำร้องเรียน (ระบุ วัน เวลา และสถานที่เกิดเหตุเท่าที่จำได้)

การแก้ไขเบื้องต้นและข้อเสนอแนะ

ผู้รายงาน..... ตำแหน่ง..... วันที่.....

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ด้านงานบริการ ด้านกายภาพสิ่งแวดล้อม ด้านภาพลักษณ์

ทางข้อมูลเพิ่มเติม ติดตามความคืบหน้า ออกใบ CAR เลขที่ CAR/.....

กระดาษเขียนความคิดเห็นของผู้รับบริการ

วันที่.....เดือน..... พศ..... เวลา.....

สถานที่ติดต่อกลับ..... โทร.....

หน่วยงานที่ท่านต้องการแสดงความคิดเห็น

รายละเอียด

เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและนำไปปรับปรุงต่อไป ข้อมูลที่ท่านให้จะเก็บเป็นความลับ

ขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือ

โรงพยาบาลถลาง

กระดาษเขียน

ความคิดเห็น

วันที่.....เดือน..... พศ..... เวลา.....

โทร.....

สถานที่ติดต่อกลับ.....

หน่วยงานที่ท่านต้องการแสดงความคิดเห็น

รายละเอียด

เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและนำไปปรับปรุงต่อไป ข้อมูลที่ท่านให้จะเก็บเป็นความลับ

ขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือ

โรงพยาบาลถลาง

กระดาษเขียนความคิดเห็นของผู้รับบริการ

วันที่.....เดือน..... พศ..... เวลา.....

โทร.....

สถานที่ติดต่อกลับ.....

หน่วยงานที่ท่านต้องการแสดงความคิดเห็น

รายละเอียด

เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและนำไปปรับปรุงต่อไป ข้อมูลที่ท่านให้จะเก็บเป็นความลับ

ขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือ

โรงพยาบาลถลาง