

คู่มือการดำเนินงาน
เรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงาน/การให้บริการ
ของเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาล

จัดทำโดย
โรงพยาบาลภูเพียง
อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน

คำนำ

คู่มือปฏิบัติงานด้านการร้องเรียน/ร้องทุกข์(เรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาล และ เรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ) ของโรงพยาบาลสุโขทัยได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นกรอบหรือแนวทางในการปฏิบัติงานด้านรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ของผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้เสีย รวมถึงประชาชนทั่วไป ผ่านศูนย์รับเรื่องร้องเรียนของบุคลากรในโรงพยาบาลสุโขทัยทั้งในเรื่องร้องเรียนทั่วไปและเรื่องเรียนด้านการจัดซื้อจัดจ้าง เพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐ ตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ ทั้งนี้ การจัดการข้อร้องเรียนจนได้ข้อยุติ ให้มีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้มารับบริการ จำเป็นจะต้องมีขั้นตอน/กระบวนการ และแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน

คณะกรรมการรับเรื่องราວร้องทุกข์
โรงพยาบาลสุโขทัย

เรื่อง	สารบัญ	หน้า
หลักการและเหตุผล		๑
วัตถุประสงค์		๑
คำจำกัดความ		๑
ช่องทางการร้องเรียน		๓
การแบ่งประเภทความเสี่ยง		๓
แนวทางการรายงานความเสี่ยง		๕
แผนผังกระบวนการทำงาน		๗
ขอบเขตการบริหารจัดการ		๘

คู่มือการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงาน/การให้บริการของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลกุเพียง

๑. หลักการและเหตุผล

ตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติราชการ มุ่งให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน ให้เกิดความผาสุกและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่องานบริการมีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในการให้บริการ ไม่มีขั้นตอนปฏิบัติงานเกินความจำเป็น มีการปรับปรุงภารกิจให้ทันต่อสถานการณ์ ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองความต้องการ และมีการประเมินผลการให้บริการสม่ำเสมอ

๒. วัตถุประสงค์

๒.๑ เพื่อให้การดำเนินงานจัดการข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลกุเพียงมีขั้นตอน/ กระบวนการ และแนวทางปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน และดำเนินการแก้ไขปัญหามาตามข้อร้องเรียนที่ได้รับจากช่องทางการร้องเรียนต่าง ๆ โดยกระบวนการและวิธีการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

๒.๒ เพื่อให้ความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม และนำไปสู่การปรับปรุงระบบงานให้ดีขึ้น

๒.๓ เพื่อเป็นแนวทางขั้นต้นในการเจรจาต่อรองไกล่เกลี่ย เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง

๒.๔ เพื่อสร้างความตระหนักให้แก่หน่วยงานและเจ้าหน้าที่ได้ใส่ใจและทบทวนข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้นเป็นประจำ

๒.๕ เพื่อสร้างความมั่นใจในกระบวนการรับเรื่องร้องเรียนและดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนได้มีการปฏิบัติตามขั้นตอนการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับข้อกำหนด ระเบียบหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับเรื่องร้องเรียนและดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนที่กำหนดไว้อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ

๓. คำจำกัดความ

เรื่องร้องเรียน หมายถึง คำร้องเรียนจากผู้ป่วย ญาติ ผู้มารับบริการ ประชาชนทั่วไป รวมถึงบุคลากรภายในและภายนอกหน่วยงาน ที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวัง ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ และแจ้งขอให้ตรวจสอบแก้ไข หรือปรับเปลี่ยนการดำเนินการ

ข้อเสนอแนะ หมายถึง คำร้องเพื่อแจ้งให้ทราบ หรือแนะนำ เพื่อการปรับปรุงระบบการบริการ สิ่งแวดล้อม และอื่นๆ ของโรงพยาบาล

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

ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน หมายถึง ช่องทางที่สามารถรับ-ส่งเรื่องร้องเรียนได้ ประกอบด้วยผู้แสดงความคิดเห็น งานประชาสัมพันธ์ หนังสือถึงผู้อำนวยการ ร้องเรียนด้วยตนเอง ร้องเรียนผ่านเว็บไซต์ Line อีเมล หรือช่องทางอื่นๆ เช่น ผ่านสื่อวิทยุ-โทรทัศน์

การจัดการข้อร้องเรียน หมายถึง การจัดการในเรื่อง ข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น คำชมชม การสอบถาม หรือการร้องขอข้อมูล

การเจรจาต่อรอง ไกล่เกลี่ย ขั้นต้น หมายถึง การที่มีคณะกรรมการเจรจาต่อรองฯ ของหน่วยงาน เจรจาไกล่เกลี่ยเฉพาะก่อนหน้า เมื่อพบเหตุการณ์ที่มีแนวโน้มที่จะฟ้องร้องหรือร้องเรียน

คณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงาน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้รับผิดชอบการจัดการข้อร้องเรียน/ชมเชยของหน่วยงาน

ระดับความรุนแรง แบ่งเป็น ๔ ระดับ ดังนี้

ระดับความรุนแรง		นิยาม	ตัวอย่างเหตุการณ์	เวลาในการตอบสนอง	ผู้รับผิดชอบ
๑	ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ	ผู้ร้องเรียนไม่ได้รับความเดือดร้อน แต่มาติดต่อเพื่อให้ข้อเสนอแนะ/ให้ข้อคิดเห็น/ชมเชย ในการให้บริการ	การเสนอแนะเกี่ยวกับการให้บริการและสถานที่ของ รพ.	ไม่เกิน ๕ วันทำการ	หน่วยงาน
๒	ข้อร้องเรียนเล็กน้อย	ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน แต่มีการพูดคุย และสามารถแก้ไขได้ โดยหน่วยงานเดียว	-การร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมกรให้บริการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน -การร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ	ไม่เกิน ๑๕ วันทำการ	หน่วยงาน
๓	ข้อร้องเรียนเรื่องใหญ่	-ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน มีการโต้แย้งเกิดขึ้น ไม่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานเดียว ต้องอาศัยทีมไกล่เกลี่ย และอำนาจคณะกรรมการบริหารในการแก้ไข -เรื่องที่สร้างความเสื่อมเสียต่อชื่อเสียงของ รพ.	-การร้องเรียนเกี่ยวกับความผิดวินัยร้ายแรงของเจ้าหน้าที่ -การร้องเรียนความไม่โปร่งใสของการจัดซื้อจัดจ้าง -การร้องเรียนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ เฟสบุ๊ก อีเมล เว็บไซต์ กระทู้ต่าง ๆ เป็นต้น	ไม่เกิน ๓๐ วันทำการ	- ทีมไกล่เกลี่ย - คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล - ฎเพียง
๔	การฟ้องร้อง	ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน และร้องเรียนต่อสื่อมวลชน หรือผู้บังคับบัญชาระดับจังหวัด หรือมีการฟ้องร้องเกิดขึ้น	การเรียกร้องให้หน่วยงานชดเชยค่าเสียหายจากการให้บริการที่ผิดพลาด (ม.๔๑)	ไม่เกิน ๖๐ วันทำการ	- ทีมไกล่เกลี่ย - คณะกรรมการบริหาร รพ.ฎเพียง - หัวหน้าหน่วยงาน

๔. ช่องทางการร้องเรียน

- ๔.๑ ร้องเรียนผ่านกล่องรับความคิดเห็น (จดหมาย/บัตรสนเท่ห์/เอกสาร)
- ๔.๒ ร้องเรียนผ่านไปรษณีย์ปกติ (จดหมาย/บัตรสนเท่ห์/เอกสาร)
- ๔.๓ ร้องเรียนด้วยตนเอง (จดหมาย/บัตรสนเท่ห์/เอกสาร)
- ๔.๔ ร้องเรียนผ่านหมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๔๖-๐๑๖๗ ต่อ ๑๑๑
- ๔.๕ ร้องเรียนผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาล www.phuphianghospital.com
- ๔.๖ ร้องเรียนผ่านอีเมล phuphianghospital@gmail.com

๕. การแบ่งประเภทความเสี่ยง

๕.๑ การแบ่งระดับความรุนแรงความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical risk)

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
A	ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่มีโอกาสทำให้เกิดอุบัติการณ์ขึ้นได้ หรือถ้าไม่ให้เกิดความสนใจที่อาจเกิดอุบัติการณ์ขึ้น	Near Miss
B	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่เนื่องจากอุบัติการณ์นั้นไม่ไปถึงตัวผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่	
C	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ / แม้อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นถึงตัวผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่	Low risk
D	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ / แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามดูแลและเฝ้าระวังเพิ่มเติม	
E	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ เพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม	Moderate Risk
F	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ เพียงชั่วคราวรวมถึงต้องได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล หรือ ยึดระยะเวลาในการรักษา ตัวในโรงพยาบาลออกไป	
ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
G	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ / เกิดความพิการอย่างถาวร	High Risk
H	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ จนเกือบถึงแก่ชีวิต	
I	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ จนถึงแก่ชีวิต	

๕.๒ การแบ่งระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไป (Non clinical risk)

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
๑	เป็นเรื่องปกติอาจก่ออันตรายหรือสร้างความรำคาญยังไม่เกิดความเสียหาย	Near Miss
๒	ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินแต่สามารถแก้ไขได้หรือผู้ป่วยไม่พอใจแจ้งเจ้าหน้าที่	Low risk
๓	ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินอย่างมากซึ่งสามารถแก้ไขได้แต่อาจต้องสูญเสียบางออกไปหรือผู้ป่วยไม่พอใจต้องให้ รพ. รับผิดชอบโดยแจ้งหัวหน้างานหรือ ผู้อำนวยการโดยตรง	Moderate risk
๔	ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินหรือชื่อเสียง รพ. อย่างรุนแรงไม่สามารถแก้ไขได้หรือผู้ป่วยไม่พอใจอย่างมากต้องการให้ รพ. รับผิดชอบโดยฟ้องร้องผ่านองค์กรภายนอก	High risk

๕.๓ ด้านการเงิน / ทรัพย์สินสูญหาย คิดมูลค่า แบ่งความรุนแรงออกเป็น ๔ ระดับ

ระดับ	มูลค่าเสียหาย	การจัดกลุ่ม
๑	มีโอกาสสูญเสยทรัพย์สินแต่ยังไม่เกิดความเสียหาย	Near Miss
๒	< ๑๐,๐๐๐ บาท	Low risk
๓	๑๐,๐๐๐ – ๔๙,๙๙๙ บาท	Moderate risk
๔	>๕๐,๐๐๐บาท	High risk

๕.๔ Sentinel event : คือเหตุการณ์ความเสียหายที่รุนแรงสูงสุด ก่อให้เกิดความเสียหายอย่างร้ายแรง ซึ่งผู้ที่ทราบข้อมูลต้องรายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบอย่างเร่งด่วนมี ๘ ข้อได้แก่

๑. ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้คาดหมาย
๒. ผู้ป่วยหนี/หาย หรือถูกลักพาตัวออกจากโรงพยาบาล
๓. การลักขโมยทรัพย์สินที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล
๔. เหตุการณ์ที่มีโอกาสจะถูกฟ้องร้อง ร้องเรียนและเผยแพร่ผ่านสื่อมวลชนและทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของ โรงพยาบาล
๕. การเกิดอัคคีภัยในโรงพยาบาล
๖. การเกิดเหตุการณ์ภัยพิบัติในพื้นที่อำเภอกว้างเพียง
๗. อุบัติเหตุหมู่
๘. การเกิดโรคระบาดรุนแรงที่ต้องระวังเป็นพิเศษ

แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิด Sentinel Event

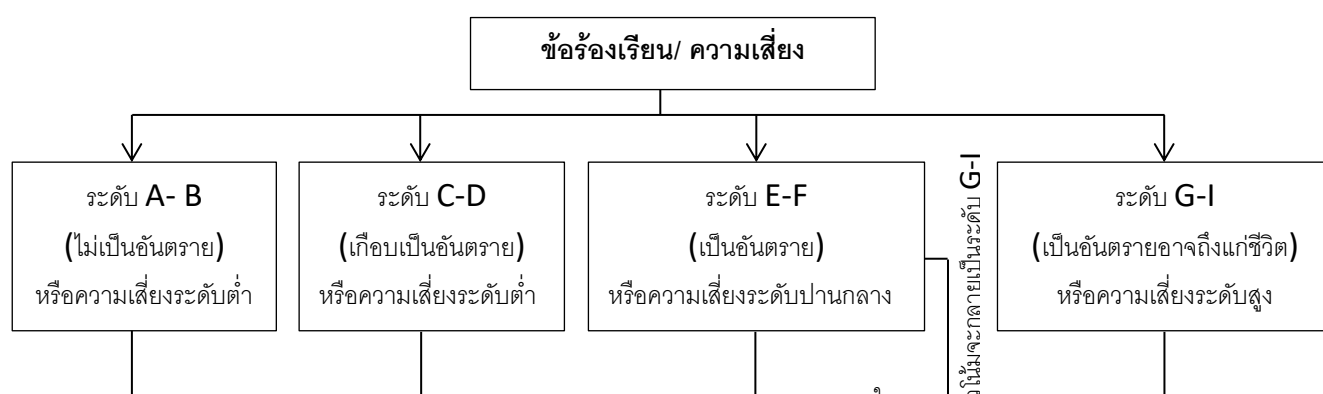
๑. หัวหน้ากลุ่มงานรายงานด้วยวาจาทันทีต่อผู้อำนวยการและผู้จัดการความเสี่ยง
๒. ทีมรับผิดชอบเจรจา แก้ไขปัญหาเข้าถึงผู้เกี่ยวข้องทันทีภายใน ๔๘ ชั่วโมง เพื่อลดความสูญเสีย
๓. ทีมที่เกี่ยวข้อง RCA ภายใน ๗ วัน

แนวทางการรายงานความเสียหายโรงพยาบาลเพียง

ระดับความรุนแรง	เกณฑ์การประเมิน	การรายงาน
ระดับ ๑ Category A,B (เกือบพลาด)	● ยังไม่เกิดความผิดพลาด แต่มีแนวโน้มที่อาจทำให้เกิดอุบัติการณ์ได้ (near miss) ● มีความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายหรือเสียหายต่อผู้ใด	● บันทึกรายงานอุบัติการณ์ โปรแกรมความเสี่ยง ● สรุปรายงานส่งศูนย์คุณภาพ ภายในวันที่ ๕ ของทุกเดือน
ระดับ ๒ Category C,D (รุนแรงน้อย)	● มีความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่เพียงเล็กน้อย ● มีมูลค่าความเสียหาย <๑๐,๐๐๐ บาท ● กรณีเกิดต่ออุปกรณ์ต้องเป็นอุปกรณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง	● บันทึกรายงานอุบัติการณ์ โปรแกรมความเสี่ยง ● สรุปรายงานส่งศูนย์คุณภาพ ภายในวันที่ ๕ ของทุกเดือน
ระดับ ๓ Category E, F (รุนแรงปานกลาง)	● มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ระดับปานกลาง ● ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ● หรือจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยหรือได้รับการดูแลแก้ไขเพิ่มเติม ● ทำให้เสียหายต่อทรัพย์สินเป็นมูลค่า ๑๐,๐๐๐ – ๔๙,๙๙๙ บาท ● เกิดข้อร้องเรียนที่อาจทำให้เกิดความเสียหายต่อชื่อเสียงของ หน่วยงานในระดับปานกลาง ● กรณีเกิดต่ออุปกรณ์ต้องเป็นอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง แต่ไม่ใช่อุปกรณ์ช่วยฉุกเฉิน	● บันทึกรายงานอุบัติการณ์ โปรแกรมความเสี่ยง ● รายงานอุบัติการณ์ (Incident Report) ส่งศูนย์คุณภาพภายใน ๗ วัน ● ทบทวน RCA ภายใน ๗ - ๓๐ วัน ● สรุปรายงานส่งศูนย์คุณภาพ ภายในวันที่ ๕ ของทุกเดือน
ระดับ ๔ Category G,H, I (รุนแรงมาก)	● มีความผิดพลาดเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ระดับรุนแรง (ทุพพลภาพหรือเสียชีวิต) ● มูลค่าความเสียหายต่อทรัพย์สิน >๕๐,๐๐๐ บาท ● เสียหายต่อ ระบบงานหลักสำคัญของรพ. ● มีการฟ้องร้องที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชื่อเสียงของ รพ. อย่างร้ายแรง ● กรณีเกิดต่ออุปกรณ์ต้องเป็นอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงและเป็นอุปกรณ์สำคัญในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน (Ambu bag,	● รายงานอุบัติการณ์ทันที ● บันทึกรายงานอุบัติการณ์ โปรแกรมความเสี่ยง ● รายงานส่งศูนย์คุณภาพ ภายใน ๒๔ ชม. ● ทบทวน RCA ภายใน ๗ วัน ● สรุปรายงานส่งศูนย์คุณภาพ ภายในวันที่ ๕ ของทุกเดือน

ระดับความรุนแรง	เกณฑ์การประเมิน	การรายงาน
	Suction , Defibrillation , Laryngoscope) หรือเกี่ยวข้องกับระบบการทำงานที่สำคัญ (รถ Refer, ออกซิเจน, รถดมยาสลบ, รถ Emergency)	

ระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลภูเก็ต



รายงานภายใน
1 เดือน

รายงานภายใน
1 เดือน

รายงานทันที

รายงานภายใน 1 สัปดาห์

รายงานภายใน 1 วันและ RCA ภายใน 7 วัน

ติดตามประเมินผลการปรับปรุงระบบ/ คืบข้อมูล
(น.ส.กรรณิการ์ วงศ์ไชยา)

๖. ขอบเขตการบริหารจัดการ

๖.๑ กรณีเรื่องร้องเรียนทั่วไป

- ๖.๑.๑ สอบถามข้อมูลเบื้องต้นจากผู้ขอรับบริการถึงความประสงค์ของการขอรับบริการ
- ๖.๑.๒ บันทึกข้อมูลของผู้ขอรับบริการ เพื่อเก็บไว้เป็นฐานข้อมูล
- ๖.๑.๓ แยกประเภทความเสี่ยงตามความประสงค์ของผู้ขอรับบริการ ได้แก่

๑) ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk) อันมีเหตุเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

๒) ความเสี่ยงทั่วไป (Non clinical risk)

๓) Sentinel event

๖.๑.๔ ดำเนินการให้คำปรึกษาตามประเภทความเสี่ยง เพื่อตอบสนองความประสงค์ของผู้ขอรับบริการ

๖.๑.๕ เจ้าหน้าที่ดำเนินการเพื่อตอบสนองความประสงค์ของผู้ขอรับบริการ

กรณีข้อร้องเรียนทั่วไป เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจะให้ข้อมูลกับผู้ขอรับบริการในเรื่องที่ผู้ขอรับบริการต้องการทราบ เมื่อให้คำปรึกษาเรียบร้อยแล้วเรื่องที่ขอรับบริการถือว่ายุติ

กรณีขออนุมัติ/ขออนุญาต เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจะให้ข้อมูลกับผู้ขอรับบริการในเรื่องที่ผู้ขอรับบริการต้องการทราบ และดำเนินการรับเรื่องดังกล่าวไว้ เพื่อส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

กรณีข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์/แจ้งเบาะแส เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจะให้ข้อมูลกับผู้ขอรับบริการในเรื่องที่ผู้ขอรับบริการต้องการทราบ และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจะรับเรื่องดังกล่าวไว้และหัวหน้าหน่วยงาน พิจารณาส่งต่อไปยังคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลพิจารณาดำเนินการโดยแบ่งตามประเภทความเสี่ยง

กรณีขออนุมัติ/อนุญาต, ข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์/แจ้งเบาะแสให้ผู้ขอรับบริการรอการติดต่อกลับหรือสามารถติดตามเรื่องกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากไม่ได้รับการติดต่อกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใน ๑๕ วันให้ติดต่อคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลสุโขทัย

บรรณานุกรม

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. “คู่มือการปฏิบัติงานศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวง

สาธารณสุข(ศปท.)” SP-MOPH-M๐๐๑ กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน/แจ้งเบาะแสด้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ.[ระบบออนไลน์].แหล่งที่มา

<http://www.stopcorruption.moph.go.th> (๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๑).

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ.ITA ๒๕๖๒ Integrity and Transparency Assessment คู่มือการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒.นนทบุรี : ศูนย์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ. สำนักงาน ป.ป.ช. , ๒๕๖๑.