

คู่มือการดำเนินงาน  
เรื่อง ร้องเรียนการปฏิบัติงาน/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 จำเป็นต้องมีขั้นตอน/กระบวนการ และแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน

คณะกรรมการรับเรื่องราวร้องทุกข์  
โรงพยาบาลสุโขทัย

## สารบัญ

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

## คู่มือการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงาน/การให้บริการของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลกุเพ็ญ

### ๑. หลักการและเหตุผล

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

### ๒. วัตถุประสงค์

๒.๑ เพื่อให้การดำเนินงานจัดการข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลกุเพ็ญมีขั้นตอน/ กระบวนการ และแนวทางปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน และดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อร้องเรียนที่ได้รับจากช่องทางาร้องเรียนต่าง 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

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

**การจัดการข้อร้องเรียน** หมายถึง การจัดการในเรื่อง ข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น คำชมชม การสอบถาม หรือการร้องขอข้อมูล

**การเจรจาต่อรอง โกล่เกลี่ย ขั้นต้น** หมายถึง การที่มีคณะกรรมการเจรจาต่อรองฯ ของหน่วยงาน เจรจา โกล่เกลี่ยเฉพาะก่อนหน้า เมื่อพบเหตุการณ์ที่มีแนวโน้มที่จะฟ้องร้องหรือร้องเรียน

**คณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงาน** หมายถึง บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้รับผิดชอบการจัดการข้อร้องเรียน/ชมเชยของหน่วยงาน

**ระดับความรุนแรง** แบ่งเป็น ๔ ระดับ ดังนี้

ระดับความรุนแรง	นิยาม	ตัวอย่างเหตุการณ์	เวลาในการตอบสนอง	ผู้รับผิดชอบ	
๑	ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ	ผู้ร้องเรียนไม่ได้รับความเดือดร้อนแต่มาติดต่อเพื่อให้ข้อเสนอแนะ/ให้ข้อคิดเห็น/ชมเชย ในการให้บริการ	การเสนอแนะเกี่ยวกับการให้บริการและสถานที่ของ รพ.	ไม่เกิน ๕ วันทำการ	หน่วยงาน
๒	ข้อร้องเรียนเรื่องเล็กน้อย	ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อนแต่มีการพูดคุย และสามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานเดียว	-การร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมกรให้บริการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน -การร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ	ไม่เกิน ๑๕ วันทำการ	หน่วยงาน
๓	ข้อร้องเรียนเรื่องใหญ่	-ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อนมีการโต้แย้งเกิดขึ้น ไม่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานเดียว ต้องอาศัยทีมไกล่เกลี่ย และอำนาจคณะกรรมการบริหารในการแก้ไข -เรื่องที่สร้างความเสื่อมเสียต่อชื่อเสียงของ รพ.	-การร้องเรียนเกี่ยวกับความผิดวินัยร้ายแรงของเจ้าหน้าที่ -การร้องเรียนความไม่โปร่งใสของการจัดซื้อจัดจ้าง -การร้องเรียนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ เฟสบุ๊ก อีเมล เว็บไซต์ กระทู้ต่าง ๆ เป็นต้น	ไม่เกิน ๓๐ วันทำการ	- ทีมไกล่เกลี่ย - คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล - ฎุเพียง
๔	การฟ้องร้อง	ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อนและร้องเรียนต่อสื่อมวลชน หรือผู้บังคับบัญชาในระดับจังหวัด หรือมีการฟ้องร้องเกิดขึ้น	การเรียกร้องให้หน่วยงานชดเชยค่าเสียหายจากการให้บริการที่ผิดพลาด (ม.๔๑)	ไม่เกิน ๖๐ วันทำการ	- ทีมไกล่เกลี่ย - คณะกรรมการบริหาร รพ.ฎุเพียง - 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](http://www.phuphianghospital.com)
- ๔.๖ ร้องเรียนผ่านอีเมล [phuphianghospital@gmail.com](mailto:phuphianghospital@gmail.com)

#### ๕. การแบ่งประเภทความเสี่ยง

##### ๕.๑ การแบ่งระดับความรุนแรงความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical risk)

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
A	ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่มีโอกาสทำให้เกิดอุบัติการณ์ขึ้นได้ หรือถ้าไม่ให้ความสนใจที่อาจเกิดอุบัติการณ์ขึ้น	Near Miss
B	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่เนื่องจากอุบัติการณ์นั้นไม่ไปถึงตัวผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่	
C	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ / แม้อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นถึงตัวผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่	Low risk
D	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ / แต่จำเป็นต้องมีการติดตามดูแลและเฝ้าระวังเพิ่มเติม	
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	เป็นเรื่องปกติอาจก่ออันตรายหรือสร้างความรำคาญยังไม่เกิดความเสี่ยง	Near Miss
๒	ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อทรัพย์สินแต่สามารถแก้ไขได้หรือผู้ป่วยไม่พอใจแจ้งเจ้าหน้าที่	Low risk
๓	ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อทรัพย์สินอย่างมากซึ่งสามารถแก้ไขได้แต่อาจต้องสูญเสียบางออกไปหรือผู้ป่วยไม่พอใจต้องให้ รพ. รับผิดชอบโดยแจ้งหัวหน้างานหรือ ผู้อำนวยการโดยตรง	Moderate risk
๔	ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อทรัพย์สินหรือชื่อเสียง รพ. อย่างรุนแรงไม่สามารถแก้ไขได้หรือผู้ป่วยไม่พอใจอย่างมากต้องการให้ รพ. รับผิดชอบโดยฟ้องร้องผ่านองค์กรภายนอก	High risk

## ๕.๓ ด้านการเงิน / ทรัพย์สินสูญหาย คิดมูลค่า แบ่งความรุนแรงออกเป็น ๔ ระดับ

ระดับ	มูลค่าเสียหาย	การจัดกลุ่ม
๑	มีโอกาสสูญเสยทรัพย์สินแต่ยังไม่เกิดความเสี่ยง	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**: คือเหตุการณ์ความเสี่ยงที่รุนแรงสูงสุด 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

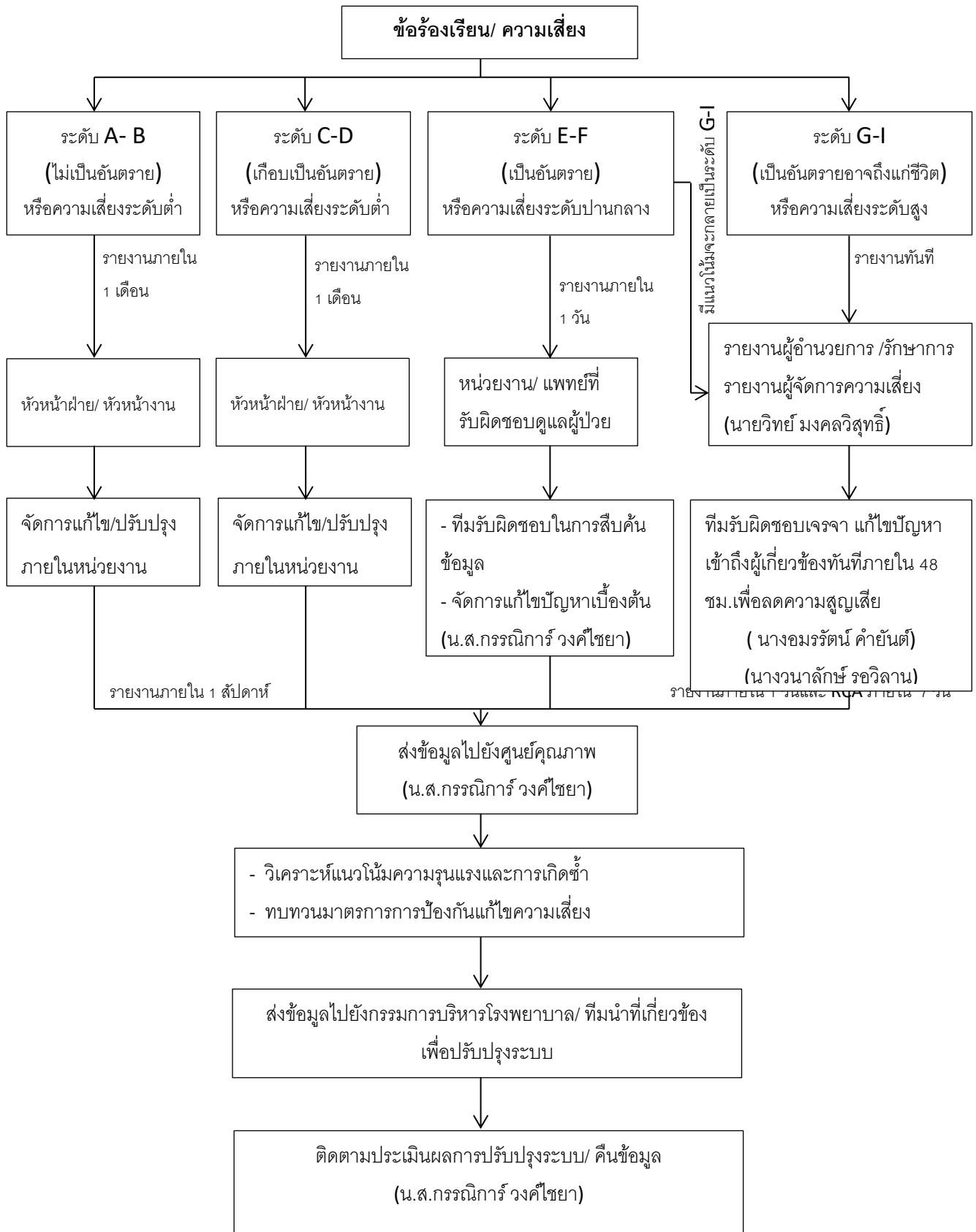
๑. หัวหน้ากลุ่มงานรายงานด้วยวาจาทันทีต่อผู้อำนวยการและผู้จัดการความเสี่ยง
๒. ทีมรับผิดชอบเจรจา แก้ไขปัญหาเข้าถึงผู้เกี่ยวข้องทันทีภายใน ๔๘ ชั่วโมง เพื่อลดความสูญเสีย
๓. ทีมที่เกี่ยวข้อง RCA ภายใน ๗ วัน

## แนวทางการรายงานความเสี่ยงโรงพยาบาลสุโขทัย

ระดับความรุนแรง	เกณฑ์การประเมิน	การรายงาน
ระดับ ๑ Category A,B (เกือบพลาด)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ยังไม่เกิดความผิดพลาด แต่มีแนวโน้มที่อาจทำให้เกิดอุบัติการณ์ได้ (near miss)</li> <li>● มีความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายหรือเสียหายต่อผู้ใด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● บันทึกรายงานอุบัติการณ์ โปรแกรมความเสี่ยง</li> <li>● สรุปรายงานส่งศูนย์คุณภาพ ภายในวันที่ ๕ ของทุกเดือน</li> </ul>
ระดับ ๒ Category C,D (รุนแรงน้อย)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่เพียงเล็กน้อย</li> <li>● มีมูลค่าความเสียหาย &lt; ๑๐,๐๐๐ บาท</li> <li>● กรณีเกิดต่ออุปกรณ์ต้องเป็นอุปกรณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● บันทึกรายงานอุบัติการณ์ โปรแกรมความเสี่ยง</li> <li>● สรุปรายงานส่งศูนย์คุณภาพ ภายในวันที่ ๕ ของทุกเดือน</li> </ul>
ระดับ ๓ Category E, F (รุนแรงปานกลาง)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ระดับปานกลาง</li> <li>● ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น</li> <li>● หรือจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยหรือได้รับการดูแลแก้ไขเพิ่มเติม</li> <li>● ทำให้เสียหายต่อทรัพย์สินเป็นมูลค่า ๑๐,๐๐๐ - ๔๙,๙๙๙ บาท</li> <li>● เกิดข้อร้องเรียนที่อาจทำให้เกิดความเสียหายต่อชื่อเสียงของ <b>หน่วยงาน</b> ในระดับปานกลาง</li> <li>● กรณีเกิดต่ออุปกรณ์ต้องเป็นอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง แต่ไม่ใช่อุปกรณ์ช่วยฉุกเฉิน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● บันทึกรายงานอุบัติการณ์ โปรแกรมความเสี่ยง</li> <li>● รายงานอุบัติการณ์ (Incident Report) ส่งศูนย์คุณภาพภายใน ๗ วัน</li> <li>● ทบทวน RCA ภายใน ๗ - ๓๐ วัน</li> <li>● สรุปรายงานส่งศูนย์คุณภาพ ภายในวันที่ ๕ ของทุกเดือน</li> </ul>
ระดับ ๔ Category G,H, I (รุนแรงมาก)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีความผิดพลาดเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ระดับรุนแรง (ทุพพลภาพหรือเสียชีวิต)</li> <li>● มูลค่าความเสียหายต่อทรัพย์สิน &gt; ๕๐,๐๐๐ บาท</li> <li>● เสียหายต่อระบบงานหลักสำคัญของรพ.</li> <li>● มีการฟ้องร้องที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชื่อเสียงของ <b>รพ.</b> อย่างร้ายแรง</li> <li>● กรณีเกิดต่ออุปกรณ์ต้องเป็นอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงและเป็นอุปกรณ์สำคัญในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน (Ambu bag, Suction , Defibrillation , Laryngoscope) หรือเกี่ยวข้องกับระบบการทำงานที่สำคัญ (รถ Refer, ออกซิเจน, รถดมยาสลบ, รถ Emergency)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● รายงานอุบัติการณ์ทันที</li> <li>● บันทึกรายงานอุบัติการณ์ โปรแกรมความเสี่ยง</li> <li>● รายงานส่งศูนย์คุณภาพ ภายใน ๒๔ ชม.</li> <li>● ทบทวน RCA ภายใน ๗ วัน</li> <li>● สรุปรายงานส่งศูนย์คุณภาพ ภายในวันที่ ๕ ของทุกเดือน</li> </ul>



### ระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลเพียง



## 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 เพื่อส่งต่อไปกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

กรณีข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์/แจ้งเบาะแส เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจะให้ข้อมูลกับผู้ขอรับบริการในเรื่องที่ผู้ขอรับบริการต้องการทราบ และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจะรับเรื่องดังกล่าวไว้และหัวหน้าหน่วยงาน พิจารณาส่งต่อไปกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลพิจารณาดำเนินการโดยแบ่งตามประเภทความเสี่ยง

กรณีขออนุมัติ/อนุญาต, ข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์/แจ้งเบาะแสให้ผู้ขอรับบริการรอการติดต่อกลับหรือสามารถติดตามเรื่องกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากไม่ได้รับการติดต่อกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใน ๑๕ วันให้ติดต่อคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลฯ เพียง

## บรรณานุกรม

- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. “คู่มือการปฏิบัติงานศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข(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.