

คู่มือ

การบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน

(Complaint Management Standard
Operation Procedure)

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้การดำเนินงานจัดการข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลรายมูลมีการปฏิบัติงานสอดคล้องกับเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA)
๒. เพื่อให้มั่นใจได้ว่ามีการปฏิบัติตามข้อกำหนดระเบียบ หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจัดการข้อร้องเรียนที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอ และมีประสิทธิภาพ
๓. เพื่อให้ความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการตอบสนองที่เหมาะสมและนำไปสู่การปรับปรุงระบบงานให้ดียิ่งขึ้น
๔. เพื่อเพิ่มความไวในการรับรู้ปัญหาและเกิดการตอบสนองที่รวดเร็วและเหมาะสม
๕. เพื่อเป็นแนวทางขั้นต้นในการเจรจาต่อรองใกล้เคียง เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง
๖. เพื่อสร้างความตระหนักให้แก่น่วยงานและเจ้าหน้าที่ได้ใส่ใจและบททวนข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้นช้าๆ
๗. เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการรับเรื่องร้องเรียนและการดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนได้มีการปฏิบัติตามขั้นตอนการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับข้อกำหนด ระเบียบหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับเรื่องร้องเรียนและการดำเนินจัดการร้องเรียนที่กำหนดไว้อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ
๘. เพื่อให้บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อร้องเรียนที่ได้รับจากช่องทางการร้องเรียนต่างๆ โดยกระบวนการและวิธีการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ขอบเขต

รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็น แบบแสดงความคิดเห็นหรือแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการ หรือ แบบรายงานข้อร้องเรียนของผู้รับบริการจาก ตู้แสดงความคิดเห็น จาก Web Site ของหน่วยงาน นำมาสู่การวิเคราะห์ข้อมูล นำส่งให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการตอบสนอง/แก้ไขข้อร้องเรียน และนำเข้าสู่การบททวนในคณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลรายมูล คำจำกัดความ

*เรื่องร้องเรียน หมายถึง คำร้องเรียนจากผู้ป่วย ญาติ ผู้รับบริการ ทั้งบุคลากรภายนอกและภายในหน่วยงาน ที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวัง ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ และแจ้งขอให้ตรวจสอบ แก้ไข หรือปรับเปลี่ยนการดำเนินการ

*ข้อเสนอแนะ หมายถึง คำร้องเพื่อแจ้งให้ทราบ หรือแนะนำ เพื่อการปรับปรุงระบบการบริการ สิ่งแวดล้อม และอื่นๆ ของโรงพยาบาลรายมูล

*ผู้ร้องเรียน หมายถึง ผู้ป่วย ญาติ ผู้มารับบริการ ประชาชนทั่วไป องค์กรภาครัฐ เอกชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนผู้มาติดต่อ ผ่านช่องทางต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์ครอบคลุมการร้องเรียน/การให้ข้อเสนอแนะ/การให้ข้อคิดเห็น/การซምเชย การสอบถาม หรือร้องขอข้อมูล

*ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน หมายถึง ช่องทางที่สามารถรับ/ส่งเรื่องร้องเรียนได้ ประกอบด้วยตู้รับเรื่องร้องเรียน ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ งานประชาสัมพันธ์ หนังสือถึงผู้อำนวยการ ร้องเรียนด้วยตนเอง ร้องเรียนผ่านทางเว็บไซต์ Line หรือช่องทางอื่นๆ เช่น ผ่านสื่อ

*การจัดการข้อร้องเรียน หมายถึง การจัดการในเรื่องร้องเรียน ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น คำชี้แจง การสอบถาม หรือร้องขอข้อมูล โดยขั้นตอนการปฏิบัติงานได้แก่

๑. การแต่งตั้ง คณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนและข้อชี้แจงระดับหน่วยงาน
๒. การรับข้อร้องเรียน

- ๓. การพิจารณาจำแนกระดับและจัดการข้อร้องเรียน
 - ๔. การรับและรวบรวมข้อร้องเรียนจากหน่วยงานต่างๆ
 - ๕. การจัดการทำรายงานสรุปผลการจัดการข้อร้องเรียนรายไตรมาส
 - ๖. การกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน
 - ๗. การรำมารตรการป้องกันแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนไปปฏิบัติ
 - ๘. การเจรจาต่อรอง ใกล้่เกลี่ย ขันตัน หมายถึง หารที่มีเจราจ่าต่อรองฯ ของหน่วยงานเจ้าใกล้่ เกลี่ยเฉพาะหน้า เมื่อพบเหตุการณ์ที่มีแนวโน้มที่จะฟ้องร้องหรือร้องเรียน
- *คณะกรรมการจัดการร้องเรียนของหน่วยงาน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้รับผิดชอบการจัดการข้อร้องเรียน/ชมเชยของหน่วยงาน
- *ระดับความรุนแรง แบ่งเป็น ๙ ระดับ

ระดับ	นิยาม	เวลาในการตอบสนอง	ผู้รับผิดชอบ
๑	ผู้ร้องเรียนไม่ได้รับความเดือนร้อน แต่คิดต่อมาเพื่อให้ข้อเสนอแนะ /ให้ข้อคิดเห็น ชมเชยในการให้บริการ	ไม่เกิน ๕ วันทำการ	หน่วยงาน
๒	-การร้องเรียนเกี่ยวกับ พฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน -การร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพ การให้บริการ	ไม่เกิน ๑๕ วันทำการ	หน่วยงาน
๓	-ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อนมีการโต้แย้งเกิดขึ้น ไม่สามารถแก้ไขได้โดย หน่วยงานเดียวต้องอาศัยทีม ใกล้่เกลี่ยและอำนาจ คณะกรรมการบริหารในการแก้ไข -เรื่องที่สร้างความเสื่อมเสียต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล	ไม่เกิน ๓๐ วันทำการ	ทีมใกล้่เกลี่ย - คณะกรรมการบริหาร รพ. -หน่วยงาน ระดับสูงขึ้นไป เช่น สสจ.
๔	ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อนและร้องเรียนต่อ สื่อมวลชน หรือผู้บังคับบัญชา ระดับจังหวัดหรือมีการฟ้องร้องเกิดขึ้น		ทีมใกล้่เกลี่ย - คณะกรรมการบริหาร รพ. -หน่วยงาน ระดับสูงขึ้นไป เช่น สสจ.

นโยบายปฏิบัติ

๑. จัดตั้งคณะกรรมการรับข้อร้องเรียน ร้องทุกข์ มีหน้าที่รับเรื่องราวร้องเรียน พ้องร้อง
บริหารจัดการข้อร้องเรียน รวมถึงการให้คำปรึกษา แนะนำ ประสานงาน ดำเนินการ
ตรวจสอบข้อมูล ข้อเท็จจริงเบื้องต้น และจัดการรายงานเสนอคณะกรรมการบริหารเพื่อ
พิจารณาให้การปรับปรุงเชิงระบบต่อไป
๒. จัดตั้งคณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย โดยมีหน้าที่กำหนดนโยบายในการเจรจาไกล่เกลี่ย
ด้วยสันติวิธี กำกับ ติดตามประเมินผล รวมทั้งไกล่เกลี่ยกรณีพิพาท/ข้อขัดแย้ง ที่เกิดขึ้น
ในหน่วยงาน
๓. กำหนดให้มีช่องทางการรับร้องเรียน ได้แก่
 - รับเรื่องราวร้องเรียน /ข้อคิดเห็น
 - ร้องเรียนผ่านทางจดหมายถึงผู้เกี่ยวข้อง
 - ร้องเรียนด้วยตนเอง กรณีไม่มีหนังสือร้องเรียน ให้มีการบันทึกรายละเอียดการร้องเรียน
พร้อมชื่อนามสกุล ลงลายมือชื่อ พร้อมที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้
 - ร้องเรียนทางโทรศัพท์ ให้มีการบันทึกรายละเอียดการร้องเรียน พร้อมที่อยู่ เบอร์
โทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้
 - ร้องเรียนผ่านทางอินเตอร์เน็ต เช่น เพสบุ๊ค อีเมล์ เว็บไซต์ กระทู้ต่างๆ เป็นต้น ให้ผู้ดูแล
ระบบรวบรวมข้อมูล
 - ร้องเรียนทางสื่อ สื่อพิมพ์ สื่อมวลชน ให้รวบรวมข้อมูล
๔. ให้ทุกฝ่าย/งาน นำมาตรฐานเชิงนโยบาย เรื่อง “ การบริหารจัดการข้อร้องเรียน ” ใช้เป็น
แนวทางในการปฏิบัติ ควบคุม กำกับ ติดตาม ในหน่วยงาน

ระบบการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน

รายละเอียดของขั้นตอนการปฏิบัติงาน

(๑) การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงาน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

๑.๑ กำหนดสถานที่จัดตั้งศูนย์/จุดรับข้อร้องเรียนของหน่วยงาน

๑.๒ กำหนดเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงาน

๑.๓ พิจารณาคุณสมบัติของบุคลากรที่เหมาะสม เพื่อกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงาน

๑.๔ ออก/แจ้งคำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงานพร้อมทั้งแจ้งให้บุคลากรในหน่วยงานทราบเกี่ยวกับการจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงาน

(๒) การรับและตรวจสอบข้อร้องเรียนจากช่องทางต่างๆ

ในแต่ละวัน เจ้าหน้าที่ต้องดำเนินการรับและติดตามตรวจสอบข้อร้องเรียนที่เข้ามายังศูนย์ฯ จากช่องทางต่างๆ ดังนี้

-ทางโทรศัพท์

-ร้องเรียนกับเจ้าหน้าที่

-หนังสือ/จดหมาย

-เว็บไซต์ ของโรงพยาบาลรายบุคคล

-อีเมล เช่น กล่องแสดงความคิดเห็น

(๓) การบันทึกข้อร้องเรียน

เจ้าหน้าที่ฯ

a. ช่องทางที่มีการร้องเรียน เจ้าหน้าที่ต้องบันทึกข้อร้องเรียนลงบนแบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียน แบบฟอร์ม Complaint Form

b. การกรอกแบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียน แบบฟอร์ม Complaint Form ควรถามชื่อ-สกุล หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อกลับของผู้ร้องเรียนเพื่อเป็นหลักฐานยืนยันและป้องกันการกลั่นแกล้ง รวมทั้งเป็นประโยชน์ในการแจ้งข้อมูลการดำเนินการแก้ไข/ ปรับปรุงกลับแก่ผู้รับร้องเรียน

(๔) การวิเคราะห์ระดับข้อร้องเรียน

จัดตั้งศูนย์จัดการข้อร้องเรียนโดยมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน เปอร์โทรศัพท์ / E-mail

(๕) ระยะเวลาการแก้ไขปัญหาการร้องเรียนของผู้รับบริการภายในกำหนดดังนี้

๕.๑. ภายในเวลา ๑๐ วันทำการ

ได้แก่ เรื่องร้องเรียนที่มีข้อมูลครบถ้วน สามารถตรวจสอบข้อเท็จจริงจากฐานข้อมูลของ รพ.ได้

๕.๒ ภายในเวลา ๓๐ วันทำการ

ได้แก่ เรื่องร้องเรียนที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน สามารถตรวจสอบข้อเท็จจริงโดยไม่ต้องทำหลักฐานเพิ่มเติม

๕.๓ ภายในเวลา ๖๐ วันทำการ

ได้แก่ เรื่องร้องเรียนที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน ต้องสืบหาข้อเท็จจริง

๕.๔ ภายใน ๗ วันทำการ

ได้แก่การร้องเรียนเรื่อง การจัดซื้อจัดจ้าง ตามระเบียบพัสดุภาครัฐ กระทรวงการคลัง พ.ศ.๒๕๖๐

๖) การนับระยะเวลา ให้เริ่มนับตั้งแต่วันที่ปรากฏอยู่ในเขตข้อมูล “วันที่รับ” ของระบบงานบริหารร้องเรียนของแต่ละหน่วยงาน

๗) การกำหนด เรื่องร้องเรียนใด จะเข้าอยู่ในของเกณฑ์ระยะเวลาการแก้ไขปัญหาร้องเรียนของผู้รับบริการนั้นให้หน่วยงานที่ดำเนินการเป็นผู้ระบุกลุ่มลงในหน้า “บันทึกข้อมูลการรับเรื่องร้องเรียน” ของระบบงานบริหารร้องเรียน นอกจากนี้เห็นสมควรให้มีการจัดลำดับขั้นความสำคัญของเรื่องร้องเรียนโดยกำหนดประเภทของเรื่องร้องเรียนที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนดังนี้

๗.๑ เรื่องร้องเรียนที่มีผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้างในเรื่องของความปลอดภัยซึ่งมีผลต่อสุขภาพและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต

๗.๒ เรื่องร้องเรียนที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดและทำให้เกิดความไม่ปลอดภัย

๗.๓ เรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ขอให้ผู้รับผิดชอบเรื่อง/ผู้ดำเนินการเสนอเรื่องและดำเนินการให้เป็นไปตามเกณฑ์ระยะเวลาแก้ไขปัญหาร้องเรียนของแต่ละกลุ่มด้วย

การรับเรื่องร้องเรียน

๑. ประเด็นที่สามารถรับร้องเรียน

เมื่อผู้รับบริการประสบปัญหาเกี่ยวกับการใช้บริการ ประเด็นที่สามารถร้องเรียนได้แก่

- ได้รับอันตรายจากการรับบริการ หรือใช้ยา ทั้งที่ได้ปฏิบัติตามวิธี คำแนะนำหรือข้อควรระวังตามที่ฉลากระบุแล้ว
- เครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาลไม่เป็นไปตามที่กำหนด
- ค่าใช้จ่ายทางด้านการรักษาพยาบาลไม่เป็นธรรม
- การรักษาไม่ได้มาตรฐาน
- กระทำการผิดจรรยาบรรณ และจริยธรรม
- ไม่ได้รับความสะดวกในการรับบริการ
- ไม่ได้รับการบริการที่ดี หรือ ไม่ตรงกับความเจ็บป่วย หรือความต้องการ
- พฤติกรรมและประพฤติมิชอบของเจ้าหน้าที่และหน่วยงานภายใต้หน่วยงานราชการ

๒ การร้องเรียน กรณีการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ

ตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐ หมวด ๑๐ ข้อ ๒๒๐ ผู้ใดเห็นว่าหน่วยงานของรัฐมิได้ปฏิบัติให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการกำหนดในกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ กฎกระทรวงระเบียบ หรือประกาศที่ออกตามความในกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ มีสิทธิร้องเรียนไปยังหน่วยงานของรัฐนั้นหรือคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์แล้วแต่กรณีได้ดังนี้

- การยื่นข้อร้องเรียนตามวาระหนึ่ง ต้องดำเนินภายใน ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันที่รู้หรือควรรู้ว่าหน่วยงานของรัฐนั้นมิได้ปฏิบัติไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการกำหนดในกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ กฎกระทรวง ระเบียบ หรือประกาศที่ออกตามความในกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ

ข้อ ๒๗๑ การร้องเรียนต้องทำเป็นหนังสือลงลายมือชื่อผู้ร้องเรียน ในกรณีผู้ร้องเรียนเป็นนิติบุคคลต้องลงลายมือชื่อของกรรมการซึ่งเป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคลและประทับตราของนิติบุคคล(ถ้ามี)

หนังสือร้องเรียนตามวาระหนึ่ง ต้องใช้ถ้อยคำสุขภาพ และระบุข้อเท็จจริงและเหตุผลอันเป็นเหตุแห่งการร้องเรียนให้ชัดเจน พร้อมแนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องไปด้วย

ข้อ ๒๗๒ ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐได้รับเรื่องร้องเรียนตามข้อ ๒๗๐ ให้หน่วยงานของรัฐพิจารณาข้อร้องเรียนให้แล้วเสร็จโดยเร็ว แล้วแจ้งผลให้ผู้ร้องเรียนทราบโดยไม่ชักช้า พร้อมทั้งแจ้งให้คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ทราบด้วย

ข้อ ๒๗๓ ในกรณีที่คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ได้รับเรื่องร้องเรียนตามข้อ ๒๗๐ ให้คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์พิจารณาข้อร้องเรียนให้แล้วเสร็จโดยเร็ว โดยให้ดำเนินการตามมาตรา ๔๓ วรรคสี่ แล้วแจ้งผลให้ผู้ร้องเรียนหน่วยงานของรัฐทราบด้วย

คำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ให้เป็นที่สุด

คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์อาจกำหนดรายละเอียดอื่นเพิ่มเติมได้ตามความจำเป็นเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการ

๓. ช่องทางการร้องเรียนหรือแจ้งเบาะแส

(๑)โทรศัพท์

(๒) ร้องเรียนกับเจ้าหน้าที่ ณ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

(๓) หนังสือ/จดหมาย

(๔) เว็บบอร์ด ของศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

(๕) ตู้แสดงความคิดเห็น

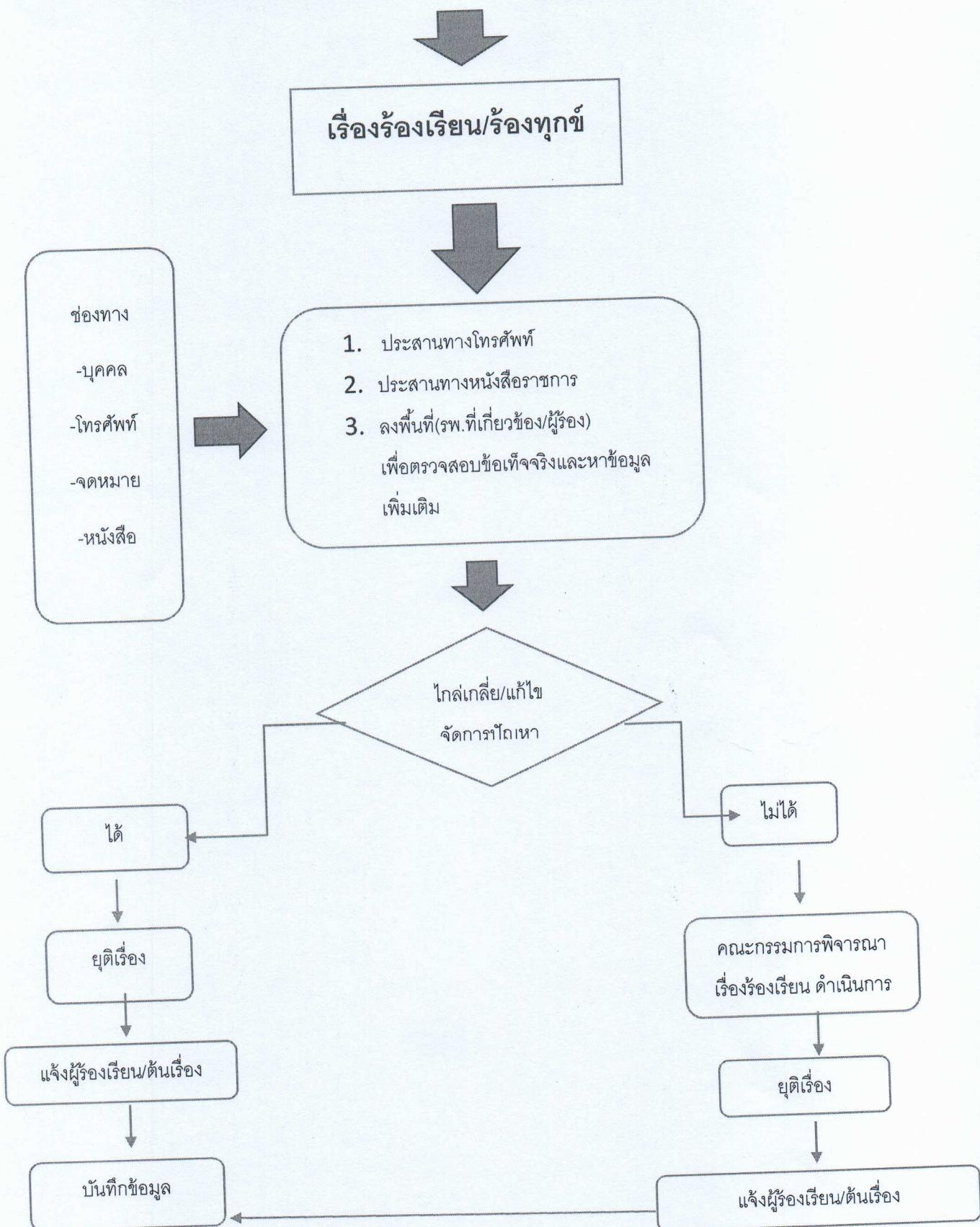
๔. หลักเกณฑ์การพิจารณาลั่นกรองเรื่องร้องเรียนเบื้องต้น

๑. การร้องเรียนที่มีข้อมูลไม่ชัดเจน ไม่เพียงพอ หรือสามารถหาแหล่งข้อมูลเพิ่มเติมได้ยากติเรื่อง เก็บเป็นข้อมูล และแจ้งผู้ร้องเรียนทราบถึงเหตุผล กรณีติดต่อผู้ร้องเรียนได้

๒. การร้องเรียนที่เกิดจากความเข้าใจผิดของผู้ร้องเรียน หรือ เป็นเรื่องร้องเรียนที่เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่องร้องเรียนสามารถให้ข้อมูล / ใกล้เกลี่ยได้ ยากติเรื่อง และเก็บเป็นข้อมูล

๓. กรณีผู้ร้องเรียนให้ข้อมูลที่มีเนื้อหาในเชิง “แนะนำ การเสนอแนะ” ไม่จัดว่าเป็นเรื่องร้องเรียน ที่ต้องดำเนินการภายในระยะเวลาที่กำหนด (กลุ่มท้าทาย) โดยให้พิจารณาอยู่ติเรื่อง

ขั้นตอนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเรื่อง
ร้องเรียน/ร้องทุกข์





คำสั่งโรงพยาบาลทรายมูล

ที่ ๑๖/๒๕๖๓

เรื่อง จัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์

เพื่อให้การบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนของหน่วยงาน ในสังกัดโรงพยาบาลทรายมูล เป็นไปอย่างมีระบบตอบสนองต่อการจัดการกับปัญหาของผู้ร้องเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพครอบคลุมทุกประเด็น และถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๔ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ ๒๕๓๕ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม โรงพยาบาลทรายมูล จึงมีคำสั่งจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ ดังนี้

โรงพยาบาลทรายมูล รับเรื่องร้องเรียนทั่วไปและรับเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ

๑. ทางโทรศัพท์ หมายเลข ๐ ๔๕๗๘ ๗๐๔๖ ต่อ ๑๑๙ โทรสาร ๐ ๔๕๗ ๘๗๐๒๓ ต่อ ๑๐๑

โทรเมือถือ ๐๘๖-๘๖๘-๗๒๐๒

๒. ทางไปรษณีย์ โดยจ่าหน้าของถึง โรงพยาบาลทรายมูล ๑๐๐ หมู่๑๔ ตำบลทรายมูล อำเภอ

ทรายมูล จังหวัดยโสธร ๓๕๑๗๐

๓. ทางตู้แสดงความคิดเห็นตามจุดให้บริการภายในโรงพยาบาลทรายมูล

๔. ทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาลทรายมูล <http://www.sm-hospital.com/v1/home/HomeP.php>

๕. แจ้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโดยตรง ที่โรงพยาบาลทรายมูล

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

(นายปกาสิต โอวาทกานนท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.๒๕๖๑
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลทรายมูล

วัน/เดือน/ปี : วันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

หัวข้อ : มาตรการ กลไก การวางแผนในการจัดการเรื่องร้องเรียนของหน่วยงาน

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

๑. คู่มือปฏิบัติงานการรับเรื่องร้องเรียนทั่วไป และคู่มือการปฏิบัติงานการรับเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ
๒. รายงานสรุปผลการดำเนินการเรื่องร้องเรียน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓
๓. คำสั่ง โรงพยาบาลทรายมูล เรื่อง จัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์

Link ภายนอก : <http://www.sm-hospital.com/v1/home/HomeP.php>

หมายเหตุ:

ผู้รับชอบการให้ข้อมูล

(นางสาวนุชรา ศรีหานาจ)

นักวิชาการพัสดุ

วันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๓

ผู้อนุมัติรับรอง

(นายปกาสิต โอวาทกานนท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล

วันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๓

ผู้รับผิดชอบในการนำข้อมูลขึ้นเพื่อเผยแพร่

(นายกฤตธช ทองอ่อน)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

หน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

วันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๓



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลทรายมูล อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร
ที่ ยส ๐๐๓๒.๓๐๑/พิเศษ วันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานสรุปผลการดำเนินการเรื่องร้องเรียนทั่วไป และการทุจริต และการประพฤติมิชอบของโรงพยาบาลราชภัฏเชียงใหม่

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรายมูล เรื่องเดิม

ตามที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อวัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน โดย EB ๑๖ กำหนดให้หน่วยงานมีการกำหนดมาตรการ กลไก หรือการวางระบบในการจัดการเรื่องร้องเรียนของหน่วยงานพร้อมระบุปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข และเผยแพร่ให้สาธารณะชนรับทราบผ่านเว็บไซต์หรือสื่ออื่นๆ

ข้อเท็จจริง

กลุ่มงานบริหารจัดการทั่วไป ได้ตรวจสอบแล้วพบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ (ไตรมาส ๑) พบ
ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป ๒ เรื่อง และพบไม่พบข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบแต่
อย่างใด

ข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลทรายมูล ได้กำหนดกรอบแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการข้อร้องเรียนร้องทุกข์ ว่า เมื่อมีการดำเนินการในเบื้องต้นเป็นประการใด ให้คณะกรรมการแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบภายในระยะเวลาสิบห้า วัน และเมื่อได้ดำเนินการกระบวนการพิจารณาข้อร้องเรียนเสร็จเรียบร้อยแล้วคณะกรรมการพิจารณาข้อ ร้องเรียนแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบ เว้นแต่กรณีที่ผู้ร้องเรียนไม่ให้ข้อมูลที่สามารถติดต่อกลับไปยังผู้ร้องเรียนได้

ทั้งนี้ ขออนุญาตนำรายงานสรุปผลการดำเนินการร้องเรียนทั่วไปและรายงานสรุปผลการดำเนินการ
ร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบของหน่วยงานประกาศเผยแพร่บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลรายมูล
จังหวัดเชียงใหม่เพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

๘๙

เภสัชกรชำนาญการ รักษาการในตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

(นายปกาสิต โอวาทกานนท์)

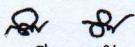
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรายมูล

รายงานสรุปผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

โรงพยาบาลรายมูล

เดือน	จำนวนเรื่อง ร้องเรียน(เรื่อง)	ดำเนินการแล้ว เสร็จ(เรื่อง)	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ(เรื่อง)	ยังไม่ได้ดำเนินการ (เรื่อง)
ตุลาคม ๒๕๖๒	๑	๑	-	-
พฤษจิกายน ๒๕๖๒	-	-	-	-
ธันวาคม ๒๕๖๒	-	-	-	-
มกราคม ๒๕๖๓	๑	๑	-	-
กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓	-	-	-	-
มีนาคม ๒๕๖๓				
เมษายน ๒๕๖๓				
พฤษภาคม ๒๕๖๓				
มิถุนายน ๒๕๖๓				
กรกฎาคม ๒๕๖๓				
สิงหาคม ๒๕๖๓				
ตุลาคม ๒๕๖๓				
รวม	๒	๒	-	-

ข้อมูล ณ วันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓


 (นางสุดเนิลียา จันทรุทธิน)
 เอกสารประจำนัยการ
 รักษาราชในตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไปประจำนัยการ

การบริหารจัดการข้อร้องเรียน

ลำดับที่	ข้อร้องเรียน	การปรับปรุงแก้ไข
๑	พัฒนาระบบบริการ	๑. จัดอบรมและให้ความรู้เรื่อง พัฒนาระบบบริการให้ทราบ แก่เจ้าหน้าที่ ๒. ติดตามพัฒนาระบบบริการ หลังอบรมให้ความรู้
๒.	พัฒนาระบบบริการ	๑. จัดอบรมและให้ความรู้เรื่อง พัฒนาระบบบริการให้ทราบ แก่เจ้าหน้าที่ ๒. ติดตามพัฒนาระบบบริการ หลังอบรมให้ความรู้



คำสั่งโรงพยาบาลรายมูล

ที่ ๒๐ / ๒๕๖๒

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลรายมูล (Hospital Accreditation)

ตามที่ รัฐธรรมนูญได้กำหนดให้หน่วยบริการสาธารณสุข จะต้องมีมาตรฐานให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนและสามารถผสมผสานการเข้าถึงบริการได้อย่างภาคและเท่าเทียมกัน เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานของหน่วยงานภาครัฐในด้านการบริการสุขภาพด้านต่างๆให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้นอย่างมีมาตรฐานและเป็นระบบมากขึ้น อันเป็นผลทำให้หน่วยงานของรัฐสามารถนำนโยบายไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและปรับปรุงประสิทธิภาพในการบริการของรัฐให้รวดเร็วเสมอภาคเป็นธรรม และประชาชนมีความพึงพอใจ

เพื่อให้การดำเนินการพัฒนาคุณภาพในการทำงานของหน่วยงานไปสู่มาตรฐานโรงพยาบาลและเข้าสู่ขั้นตอนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการการดำเนินงานดังนี้

๑. คณะกรรมการประสานงานการพัฒนาคุณภาพระดับโรงพยาบาล(FA)

๑.๑.นพ.ปกาสิต โววทกานนท์	ประธานกรรมการ
๑.๒.นางสาวกัญญา ภัทรวงศ์	กรรมการ
๑.๓.นางชูจิตร ชมภูรณ์	กรรมการ
๑.๔.นางนิตยา บุตร野心	กรรมการ
๑.๕.นางพฤษภา บุญโสม	กรรมการ
๑.๖.นางสาวพิสมัย หวังผล	กรรมการ
๑.๗.ภญ.สุดเนิลีyaw จันทรุทิน	กรรมการและเลขานุการ
๑.๘.นางสาวพรธิภา มูลดี	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่รับผิดชอบกิจกรรม / งาน

๑.การจัดบริการที่มีคุณภาพโดยการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล ดูแลการจัดบริการ จัดการวางแผนและติดตามผลการปฏิบัติงาน

๒.การส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมในการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและลูกค้า

๓.การสนับสนุนผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

๔.การส่งเสริมให้หน่วยงานทุกหน่วยงานมีการจัดการองค์กร และการบริหารในลักษณะที่ เอื้อต่อการให้บริการผู้ป่วย ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

๕.การส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานมีการกำหนดความมุ่งหมาย / เจตจำนง
ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการหรือหน่วยงาน เป็นลายลักษณ์
อักษรอย่างชัดเจน

๖.การประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทั้งโรงพยาบาลให้เกิดความราบรื่น
และมีประสิทธิภาพ

๗.สนับสนุนให้ทุกหน่วยปฏิบัติงานมีการประเมินโครงสร้างและระบบการทำงาน

๘.สนับสนุนให้ทุกหน่วยปฏิบัติงานมีการจัดทำแผนงาน ปฏิทินปฏิบัติงาน
และคู่มือ การปฏิบัติงาน

๙.การสนับสนุนการทำงานเป็นทีม มีการประชุมและเสนอผลงานจากทุก
หน่วยปฏิบัติงาน

๑๐.คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับโรงพยาบาล (ทีมนำระดับโรงพยาบาล)
ประกอบด้วยผู้แทนจากคณะกรรมการทีมนำระดับกลาง ทุกทีม,หัวหน้าฝ่าย,หัวหน้างาน,ประธาน/
รองประธาน และเลขานุการ จากทุกทีม เพื่อให้เกิดการประสานงาน และทำงานเชื่อมโยงกันทั้งระบบ
ดังนี้

๑.๑.นพ.ปกาสิต โ渥าทกานนท์	ประธานกรรมการ
๑.๒.นางสาวกัลยาณี ภัทรวงศ์	รองประธานกรรมการ
๑.๓.พญ.ณัฐา สุนิรันดร์	กรรมการ
๑.๔.นางชูจิตร ชมภูพรรณ	กรรมการ
๑.๕.นางพฤษภา บุญโสม	กรรมการ
๑.๖.นางสาวจันทร์ทิพย์ แก้วคำจันทร์	กรรมการ
๑.๗.นายกฤตติธัช ทองออบ	กรรมการ
๑.๘.นางสาวดวงชีวัน ศรีเนตร	กรรมการ
๑.๙.นางสาวพรพิมล ศรีเนตร	กรรมการ
๑.๑๐.ภญ.สุดเนตรียา จันทรุทิน	กรรมการและเลขานุการ
๑.๑๑.นางสาวพรรธิกา มูลดี	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่รับผิดชอบกิจกรรม / งาน

- ๑.กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมระดับโรงพยาบาล
- ๒.กำหนดเป้าหมายการพัฒนา/วิเคราะห์/ประเมินสถานการณ์ และครอบกิจกรรม
ในภาพรวมการพัฒนาคุณภาพระดับโรงพยาบาล
 - ๓.จัดทำแผนพัฒนา/แผนยุทธศาสตร์ ระดับโรงพยาบาล
 - ๔.จัดประชุมประจำเดือน ติดตาม รวบรวม ประเมินความก้าวหน้าของการ
ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ของทุกทีม และทุกหน่วยงาน
 - ๕.บูรณาการ เชื่อมโยง กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ในภาพรวมของโรงพยาบาล
 - ๖.รายงานผลการดำเนินงาน ในคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทุกเดือน
๓. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับกลาง ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ระดับทีมนำทางคลินิก และทีมนำระดับหน่วยงานแบ่งออกเป็น ๖ คณะโดยคณะกรรมการทำหน้าที่ใน
หลักการต่างๆ คือ

๑. กำหนดกรอบกิจกรรมการดำเนินงานเป็นหลัก เพื่อให้หน่วยปฏิบัตินำไปประกอบการ ทำแผน พัฒนาการบริหาร จัดการประจำปี ซึ่งกิจกรรมเป็นหลักประจำปีมาจาก

๑.๑. วิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์และนโยบายประจำปีของโรงพยาบาล

๑.๒. วิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์และนโยบายประจำปีของหน่วยปฏิบัติงาน

๒. การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพตามขั้นตอนมีการนำเสนอผลการพัฒนาคุณภาพ และ รายงานผลการดำเนินงานทุกเดือน

๓. การวางแผนในการส่งทีมกระตุนติดตาม หน่วยปฏิบัติ ๒ ครั้ง / เดือน และ สรุปการ กระตุนติด ตามในคณะกรรมการบริหารทุกเดือน

๔. จัดให้มีการประชุม ตามการพัฒนาคุณภาพ

๕. ร่วมสรุปผลการพัฒนาคุณภาพ ตามกำหนดการที่มอบหมายพร้อมทั้งวิเคราะห์ผลงาน เทียบกับเป้าหมาย รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค

๖. จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน จากผลการพัฒนาคุณภาพ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในหน่วย ปฏิบัติงานที่ เกี่ยวข้อง

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับกลาฯ ประกอบด้วย

๑. คณะกรรมการจัดการด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากรบุคคล (HRD.)

คณะกรรมการ

๑. พ.ป.ภาคสิต โอวาทกานนท์	ประธานกรรมการ
๒. นางสาวกัลยาณี กัทวงศ์	รองประธานกรรมการ
๓. นางพฤษภา บุญโสม	กรรมการ
๔. ทพญ.ฤชา สุชนิรันดร์	กรรมการ
๕. ภญ.สุดเนียง จันทรุทิน	กรรมการ
๖. นายนฤกุล อุ๊ง ทองอุบ	กรรมการ
๗. ว่าที่ร้อยตรีหญิงรัตน์นา นนไฟวัลย์	กรรมการ
๘. นางสาวพรธิภา มูลดี	กรรมการ
๙. ภญ.สุชารา ทาระพันธ์	กรรมการ
๑๐. นายพลวรรณ ทองบ่อ	กรรมการ
๑๑. นางสาวพิสมัย หวังผล	กรรมการและเลขานุการ
๑๒. นางสาวสุภารัตน์ มูลสาร	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่รับผิดชอบกิจกรรม / งาน

๑. การจัดระบบ กระบวนการในการบริหารจัดการพัฒนาทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

๒. การจัดระบบ การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดีในการให้บริการ

๓. การวางแผนทรัพยากรบุคคล สอดคล้องกับพันธกิจแผนยุทธศาสตร์โครงสร้างองค์กรและ ทรัพยากรของโรงพยาบาล

๔. การจัดระบบการสรรหาและคัดเลือกเพื่อให้ได้เจ้าหน้าที่ ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

๕.การจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ

๖.การเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ ได้อย่างมีคุณภาพ

๗.การตอบสนองเจ้าหน้าที่ในด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลอย่างสอดคล้องกับ วิสัยทัศน์ พันธกิจและปรัชญาของโรงพยาบาล

๘.การวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของ ผู้ใช้

๙.การจัดระบบการเข้มข้นข้อมูลและสารสนเทศ เพื่อใช้ในการบริหารการดูแลผู้ป่วยและ การพัฒนาคุณภาพ

๑๐.การจัดระบบบริการเวชระเบียนอย่างประสิทธิภาพ เพื่อเอื้อระบบบริการให้มีคุณภาพ สูงสุด

๒.คณะกรรมการ การจัดการเกี่ยวกับ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย(Environment.)

คณะกรรมการ

๑.นายกฤติธัช ทองอุบ	ประธานกรรมการ
๒.นายสิงโต บุตรอ่ำค่า	กรรมการ
๓.นางสาวกฤษณา ภูมรา	กรรมการ
๔.นางมลิวรรณ บุญทวี	กรรมการ
๕.นายณัฐพล โนนสูง	กรรมการ
๖.นางสาวจารุวรรณ พลคมاتย์	กรรมการ
๗.นายพัทธนันท์ พระสุพรรณ	กรรมการ
๘.นางสาววาราณี มูลสาร	กรรมการ
๙.นายปริญญา เกษมสารต์	กรรมการ
๑๐.นางสำเนียง แสงผล	กรรมการ
๑๑.นางเอื้องศรี อชาญญาหา	กรรมการ
๑๒.นายวิเชษ อกอุ่น	กรรมการ
๑๓.นายสอน อุดเครือ	กรรมการ
๑๔.นายวิชาญ สารีคำ	กรรมการ
๑๕.นายสุวรรณ แก้วคำจันทร์	กรรมการ
๑๖.นายสมชาย บุญประสม	กรรมการ
๑๗.นายณรงค์ชัย ชินตา	กรรมการ
๑๘.นายธเนศ ศรีลากุล	กรรมการ
๑๙.นายสุพิทย์ วันหลัง	กรรมการ
๒๐.นายอ่อนสี ทองคำ	กรรมการ
๒๑.นายวัฒนชัย แสงผล	กรรมการ
๒๒.นางสาวนุชชรา ศรีหวานใจ	กรรมการ
๒๓.นางสุขสบายน ญาตินิยม	กรรมการ

๒๔.นางสาวสุนันทา วงศ์วรรณวัฒน์	กรรมการ
๒๕.ว่าที่ ร.ต.หญิงรัตน์ธนา นนไพรัลย์	กรรมการ
๒๖.นายทองใบ ไชยเมือง	กรรมการ
๒๗.นางศิริกานดา มูลสาร	กรรมการ
๒๘.นางสาวไพรศรี มูลสาร	กรรมการ
๒๙.นางนิตยา บุญทวี	กรรมการ
๓๐.นางสาวสุดใจ แสงโชคดี	กรรมการ
๓๑.นางสาวชี้มพร คานดง	กรรมการ
๓๒.นางสาวอัญชลี พันธะมา	กรรมการ
๓๓.นางสาวนรากร มั่นอยู่	กรรมการ
๓๔.นายไฟบูลย์ กล้าหาญ	กรรมการ
๓๕.นางสาวศิริลักษณ์ บุศดา	กรรมการ
๓๖.นางสาวเพียงภา อယูในธรรม	กรรมการ
๓๗.นางสาวศศินา ชาวยาโยง	กรรมการ
๓๘.นางรัษฎา ชัยกานต์	กรรมการและเลขานุการ
๓๙.นางสาววันวิสา จันทร์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่รับผิดชอบกิจกรรม / งาน

๑. กำหนดมาตรฐานและจัดให้โรงพยาบาลมีโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่เป็นหลัก ประกันว่าผู้รับบริการจะได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะดวกสบาย และเป็นที่พึงพอใจ

๒. กำหนดมาตรฐาน ควบคุมกำกับ ให้มีการกำจัดของเสียด้วยวิธีที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อ ผู้มารับบริการเจ้าหน้าที่และสิ่งแวดล้อม

๓. การสนับสนุนให้มีระบบการป้องกันและความเสียหายจากอัคคีภัยอย่างมีประสิทธิภาพ

๔. การจัดการทั่วไปเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่

๕. การจัดการเครื่องมือ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกให้ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการ ผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

๔. คณะกรรมการ บริหารหรือผู้อำนวยการเครื่องมือและการจัดการเครื่องมือ(Equipment.)

คณะกรรมการ

๑.นางสาวกัญญาณี ภัทรวงศา	ประธานกรรมการ
๒.นางสาวพิสมัย หัวงผล	รองประธานกรรมการ
๓.นางนิตยา บุตรอคำ	กรรมการ
๔.นางสุปรานี ศรีไชย	กรรมการ
๕.นางรัษฎา ชัยกานต์	กรรมการ
๖.นางพนารณ ทองนรินทร์	กรรมการ
๗.นางมลิวรรณ บุญทวี	กรรมการ
๘.นางสาวพิมพิกา พิมพ์มลัย	กรรมการ

๙.นางสาวพรธิภา มูลดี	กรรมการ
๑๐.นายสมชาย บุญประสม	กรรมการ
๑๑.นางสาวสุนันทา วงศ์วรรณวัฒน์	กรรมการ
๑๒.นางสาววินวิสา จันทาร	กรรมการ
๑๓.นางชูจิตร ชมพูวรรณ	กรรมการและเลขานุการ
๑๔.นางสาวกรวิภา องอาจ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่รับผิดชอบกิจกรรม / งาน

- ๑.วิเคราะห์ความจำเป็น และความต้องการของหน่วยงาน เพื่อให้สอดคล้อง กับมาตรฐานการพัฒนาโรงพยาบาล
- ๒.จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพ และสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์อำนวย ความสะดวก ในการปฏิบัติงาน ให้เพียงพอแก่หน่วยงาน
- ๓.ประสานการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือและอุปกรณ์ ตามแผน HA., HPH. ทั้งวางแผน กำหนดจุดเน้นการปฏิบัติการประเมินตนเอง การวิเคราะห์ และพัฒนาตัวชี้วัด
- ๔.จัดระบบการตรวจสอบความปลอดภัย และความพร้อมใช้ของเครื่องมือ
- ๕.จัดระบบบำรุงรักษาเครื่องมือ และการให้ความรู้การใช้เครื่องมือที่ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ตลอดจน จัดทำคู่มือการใช้เครื่องมือ ทะเบียนประจำตัว ทั้ง โรงพยาบาล รายมูล และ รพ.สต.เครือข่าย
- ๖.จัดให้มีการประชุม ติดตาม ประเมินผล และประสานแผนการดำเนินงาน ของคณะกรรมการฯ
- ๗.กำหนดมาตรฐานการประยัดทรัพยากร และติดตามการดำเนินการ ตาม มาตรการการประยัดทรัพยากร และงบประมาณ
- ๘.สนับสนุนความรู้การใช้งาน และประเมินผลผู้ใช้ (Competency) ในการ ใช้เครื่องมือประจำจุด

๔. คณะกรรมการอาชีวอนามัย(OH.)

คณะกรรมการ

๑.นางพฤษภา บุญโสม	ประธานกรรมการ
๒.ภญ.จำเนียร โสมณวัฒน์	รองประธานกรรมการ
๓.นางบัวดิน จวนแสง	กรรมการ
๔.นางสุปรานี ศรีไชย	กรรมการ
๕.นางฤลารณ์ โอวาทกานนท์	กรรมการ
๖.นางชัญญาณุช พระสุพรรณ	กรรมการ
๗.นางสาวนุชรา ศรีหานาจ	กรรมการ
๘.นางสาวสุนันทา วงศ์วรรณวัฒน์	กรรมการ
๙.นางสาวพั็ตตาคน ทองบ่อ	กรรมการ
๑๐.นางยศพร วันหลัง	กรรมการ
๑๑.นางนิตยา บุญทวี	กรรมการ

๑๓. นางสาวพัณณิตา มีชัย	กรรมการ
๑๔. นางสาวบัวเรียน ทองคำ	กรรมการ
๑๕. นายวิเชษ อกอุ่น	กรรมการ
๑๖. นางรัชดาภรณ์ นามวงศ์	กรรมการ
๑๗. นางสาวศศินา ชาวยาโยง	กรรมการ
๑๘. นางสาวอรุณรัณ สอดสี	กรรมการ
๑๙. นางสาวพัณณิตา มีชัย	กรรมการ
๒๐. นางกนกวรรณ พันโถ	กรรมการ
๒๑. นางสาวพรธิภา มูลดี	กรรมการและเลขานุการ
๒๒. นางสาววันวิสา จันทาทร	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่รับผิดชอบกิจกรรม / งาน

๑. กำหนดนโยบายด้านสุขภาพ ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
 ๒. วางแผนงาน / โครงการดำเนินงานด้านความปลอดภัยในการทำงาน
 ๓. จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี เพื่อการประเมินความเสี่ยง ในการทำงานของบุคลากร
 ๔. วางแผนทางและมาตรการ ดูแล ปรับปรุงแก้ไขความเสี่ยงด้านสุขภาพในการทำงาน
 ๕. จัดทำเกณฑ์คัดเลือกบุคลากร ให้สามารถทำงาน ในตำแหน่งที่เหมาะสมกับความเสี่ยง
 ๖. ดำเนินการประเมินความเสี่ยง และวางแผนป้องกันด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
 ๗. จัดทำโครงการตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี
 ๘. จัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพประชาชน
 ๙. จัดทำแผนปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัย ในการทำงาน จำแนกตามลักษณะงาน
 ๑๐. อบรมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัย ตามขอบเขตของบุคลากร
 ๑๑. จัดทำแฟ้มประวัติสุขภาพบุคลากร
 ๑๒. จัดทำรายงานวิเคราะห์ สถานการณ์ สภาวะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ในการทำงานของบุคลากร
 ๑๓. ติดตาม ประเมินผล สรุป วางแผนการพัฒนา ปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

๕. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านการบริหารความเสี่ยง(RM.)

คณะกรรมการ

๑. ทพญ. ฤทธา สุนิรันดร์	ประธานกรรมการ
๒. นางสาวจันทร์ทิพย์ แก้วคำจันทร์	รองประธานกรรมการ
๓. นางสาวพิสมัย หวังผล	กรรมการ

๔. นางสาวชนวรรณ สอดศรี	กรรมการ
๕. นางสาวสุภาพร วงศ์จันทร์	กรรมการ
๖. นางบัวดิน จวนสาง	กรรมการ
๘. นายพลวรรณ ทองบ่อ	กรรมการ
๙. นางรัชดาภรณ์ นามวงศ์	กรรมการ
๑๐. นางสาวชชชชา ชูรัตน์	กรรมการ
๑๑. นางสาวนุชชรา ศรีหานาจ	กรรมการ
๑๒. นางสาวศิริลักษณ์ บุญดา	กรรมการ
๑๓. นางจิรินทร์รัตน์ โสตตะวงศ์	กรรมการ
๑๔. นางสาวกัญญา ทองใบ	กรรมการ
๑๕. นางยศพร วันหลัง	กรรมการ
๑๖. นางสาววาราสนา มูลสาร	กรรมการ
๑๗. ภญ. สุรีรา ทาระพันธ์	กรรมการและเลขานุการ
๑๘. สอ. หญิงปิยะดา สุทะภูมิ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่รับผิดชอบกิจกรรม / งาน

๑. การส่งเสริมให้หน่วยปฏิบัติการเฝ้าระวัง หน้าที่รับผิดชอบกิจกรรม / งานระหว่างความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดระดับและประเภทความเสี่ยงทุกระยะในโรงพยาบาล

๑.๑. ความเสี่ยงด้านการให้บริการ

๑.๒. ความเสี่ยงด้านการใช้อุปกรณ์ – เครื่องมือ

๑.๓. ความเสี่ยงด้านอาคาร – สถานที่

๑.๔. ความเสี่ยง กายภาพ แสง สี เสียงและกลิ่น

๒. การจัดทำคู่มือ กำหนดมาตรการเฝ้าระวัง และมาตรการเพื่อป้องกันความเสี่ยงทุกประเภท

๓. นำอุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น วิเคราะห์หาสาเหตุ ปัจจัย และแนวทางการแก้ไข ทุกรังที่เกิด เหตุการณ์ สรุประยงาน การเกิดความเสี่ยงของหน่วยปฏิบัติ และรายงานผลทุกเดือน

๔. ประมวลผลความเสี่ยงประจำปีและทำแผนป้องกัน

๕. อำนวยการให้ทุกหน่วยย่อย มีการดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือ – อุปกรณ์ อย่างมีมาตรฐาน และประเมินผลการดูแลและบำรุงรักษาเครื่องมือทุกหน่วยย่อย

๖. จัดระบบการรับข้อร้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ

๗. การกำหนดความมุ่งหมาย / เจตจำนงขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของ การ จัดบริการทางการแพทย์และบริการพยาบาลของโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

๘. การจัดองค์กร และบริการเพื่อจัดให้มีบริการของทางการแพทย์ และบริการพยาบาลตาม พัฒนากิจที่กำหนดได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

๙. ส่งเสริมเจ้าหน้าที่ทุกคน ให้ตระหนักรู้และเคารพในสิทธิของผู้รับบริการทุกคน โดย ไม่คำนึงถึงอายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา

๑๐. กำหนดนโยบาย และวิธีปฏิบัติสำหรับกรณีที่เสี่ยงต่อปัญหาจิตiyธรรม โดยไม่ขัดต่อ กฎหมาย ขบธรรมเนียมและประเพณีอันดีงามของสังคม

๖. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก (PCT.)

คณะกรรมการ

๑.นพ.ปกาสิต โ渥าทกานนท์	ประธานกรรมการ
๒.นางนิตยา บุตรคำา	รองประธานกรรมการ
๓.พ.ศ.ศาสต์ สงวนบุญ	กรรมการ
๔.นางสาวจันทร์ทิพย์ แก้วคำาจันทร์	กรรมการ
๕.นางสาวพรพิมล ศรีเนตร	กรรมการ
๖.นายชนชชาติ องอาจเอกกุล	กรรมการ
๗.นางกนกวรรณ พันโนท	กรรมการ
๘.นางชูจิต ชมภูพรรณ	กรรมการ
๙.นางพนวรรณ์ ทองรินทร์	กรรมการ
๑๐.นางสาวอาภาสรา ทองเพื่อง	กรรมการ
๑๑.นางสุกัญญา ปันประเมล	กรรมการ
๑๒.นางมรกต มูลสาร	กรรมการ
๑๓.นางสาวอาภาสรา ทองเพื่อง	กรรมการ
๑๔.นางสาวพิสมัย หัวงผล	กรรมการและเลขานุการ
๑๕.ภญ.พิริยะ จิตนภาภานุจัน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่รับผิดชอบกิจกรรม / งาน

๑. การกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการให้ครอบคลุมทั้งด้านการ

รักษาพยาบาล การป้องกันฟื้นฟูและการส่งเสริมสุขภาพ โดยนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ ที่มี หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (Evidence -based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรม คุณภาพ

๒. การส่งเสริมให้หน่วยปฏิบัติการ ด้านบริการผู้ป่วยมีการกำหนดมาตรฐาน บริการผู้ป่วย โดยสาขาวิชาชีพ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งคุณภาพของมาตรฐานเดิม และการ ทำการระโคร หรืออาหารที่พบบ่อยอื่นๆ เพื่อการกำหนดมาตรฐานบริการเพิ่มเติม

๓. การส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยปฏิบัติ ปฏิบัติตามมาตรฐานและหาโอกาส พัฒนา โดย การกระตุ้น ติดตาม และตรวจสอบ

๔. การส่งเสริมให้หน่วยปฏิบัติ ด้านบริการผู้ป่วย มีการทำ Case conference ทาง วิชาการเพื่อ พัฒนางานการบริการผู้ป่วย โดยสาขาวิชาชีพ รวมทั้งกำหนดขอบเขต เงื่อนไข ในการ Case conferences อื่นๆ เพื่อให้หน่วยปฏิบัติได้ดำเนินการในแนวทางเดียวกัน

๕. การส่งเสริมให้หน่วยปฏิบัติด้านการบริการ ผู้ป่วยมีการรักษาสิทธิผู้ป่วย และ พัฒนา พฤติกรรมบริการที่ประทับใจ

๖. การจัดกระบวนการในการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

๗. การกำหนดมาตรฐานการประเมิน และวางแผนการดูแลรักษา

๘. การจัดกระบวนการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย ให้เป็นไปตามมาตรฐานแห่ง

วิชาชีพ

๙. จัดระบบการทำเวชระเบียน สำหรับผู้ป่วยทุกราย ที่เข้ารับบริการของโรงพยาบาล โดยมีข้อมูลและรายละเอียดเพียงพอ

๑๐. จัดระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหา แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการ และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

๑๑. การกำหนดนโยบาย และวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร สำหรับการบันทึกและการเก็บ รายงานผลในเวชระเบียน

๑๒. จัดกระบวนการที่ให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติ กับครอบครัวได้เร็วที่สุด

๗. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC.)

คณะกรรมการ

๑. นพ. ปกาสิต โอวาทกานนท์	ประธานกรรมการ
๒. นพ. ธรรมนิตย์ เรืองชัยจตุพร	กรรมการ
๓. ทพญ. ฤชุตา สุชนิรันดร์	กรรมการ
๔. นางสาวกัลยาณี ภัทรวงศา	กรรมการ
๕. นางสาวพิสมัย หวังผล	กรรมการ
๖. นางสาวจันทร์พิพิธ แก้วคำจันทร์	กรรมการ
๗. นางชูจิตร์ ชมภูพรณ	กรรมการ
๘. นางนิตยา บุตรอ่ำค่า	กรรมการ
๙. นางพฤษภา บุญโสม	กรรมการ
๑๐. ภญ. สุดเฉลียว จันทรุทิน	กรรมการและเลขานุการ
๑๑. ภญ. สุธีรा ทาระพันธ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๒. ภญ. จำเนียร โสมณวัฒน์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๓. ภญ. พิริยะ จิตนภาภรณ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่รับผิดชอบกิจกรรม / งาน

๑. ดำเนินงานตามมาตรฐาน HA รวมทั้งประกาศนโยบายสำคัญด้านยา เพื่อความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับยา

๒. พิจารณาบัญชีรายการและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล ให้สอดคล้องกับนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข

๓. ทบทวนและติดตามความเหมาะสมของ การใช้ยา (drug use evaluation) และ Rational drug use

๘. คณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อ(IC)

คณะกรรมการ

๑. นพ. ธรรมนิตย์ เรืองชัยจตุพร	ประธานกรรมการ
๒. นางสาวกัลยาณี ภัทรวงศา	รองประธานกรรมการ

๓.นายเมษยน ทรงสังขาร	กรรมการ
๔.นางพนวรรณ์ ทองนรินทร์	กรรมการ
๕.นายกฤติช ทองอุบ	กรรมการ
๖.นางสาวเบญญาภา ท่านะเวช	กรรมการ
๗.นางสาวจันทร์เพ็ญ กฤษณกาน	กรรมการ
๘.นางสุกัญญา ปั่นประไมล์	กรรมการ
๙.นางสาวสุนันทา วงศ์วรรณวัฒน์	กรรมการ
๑๐.นางศิริกานดา มูลสาร	กรรมการ
๑๑.นายอ่อนสี ทองคำ	กรรมการ
๑๒.นางจินลี สารีคำ	กรรมการ
๑๓.นางสาวดวงชีรัน ศรีเนตร	กรรมการ
๑๔.นางสาวบพิตร ยศประสงค์	กรรมการ
๑๕.นางสาวเนตรนภา มูลสาร	กรรมการ
๑๖.นางสาวฤทธิรัตน์ ศรีสุข	กรรมการ
๑๗.ภญ.จำเนียร โสมวนัทน์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๘.นางสาวอรุณรัตน์ ชื่นตา	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่รับผิดชอบกิจกรรม / งาน

๑.กำหนดนโยบาย กลวิธี มาตรฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

๒.กำหนดนโยบายการจัดดองค์กร และการบริหารอื่ออำนวยต่อการป้องกัน และควบคุม การติดเชื้อในโรงพยาบาล ตามนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓.การจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้การดำเนินงานป้องกัน และควบคุมการติด เชื้อใน โรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๔.การเตรียมความพร้อมการเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถให้ ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

๕.กำหนดนโยบาย และวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรชี้งะท้อนความรู้ และ หลักการ ที่ทันสมัยให้เจ้าหน้าที่ได้อ่านแนวทางในการปฏิบัติ

๖.การกำหนดกระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

๗.กำหนดกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพในการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อในโรงพยาบาล

๙. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล(IM)

คณะกรรมการ

๑.นพ.ปกาสิต อวاثกานนท์	ประธานกรรมการ
๒.นายกฤติช ทองอุบ	รองประธานกรรมการ
๓.ทพญ.ฤชุตา สุชนิรันดร์	กรรมการ
๔.นางสาวกัลยาณี ภัทรวงศา	กรรมการ
๕.นางรุณณา ขุยลานหญ้า	กรรมการ

๖.นางฤลាតวรรณ โ渥าทกานนท์	กรรมการ
๗.นางสาวพรพิมล ศรีเนตร	กรรมการ
๘.นางสุกัญญา ปันประไมล์	กรรมการ
๙.นางสาวกฤษณา ภูมรา	กรรมการ
๑๐.นายพลวรรณ ทองบ่อ	กรรมการ
๑๑.นางสาวอรุณรัตน์ ชื่นตา	กรรมการ
๑๒.นางมัลลิน ล้ำชัยภูมิ	กรรมการ
๑๓.นายปริญญา เกษมสารต์	กรรมการ
๑๔.นางบัวดิน จวนสาง	กรรมการ
๑๕.นางสาวสุวารัตน์ มูลสาร	กรรมการ
๑๖.นายพงษ์ทวี ไชยรักษ์	กรรมการ
๑๗.นายพิทักษ์ โสภา	กรรมการ
๑๘.นางสาวสร้อยสุดา บุญทวี	กรรมการ
๑๙.นางสาวจารุวรรณ พละมาตย์	กรรมการ
๒๐.นางปิยะกร แก้วสุวรรณ	กรรมการ
๒๑.นางสาวสุภาพร วงศ์จันทร์	กรรมการ
๒๒.นางอโณทัย อุดเครือ	กรรมการและเลขานุการ
๒๓.นายเอกวิทย์ แสนจันทร์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่รับผิดชอบกิจกรรม / งาน

- ๑.จัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศ ในโรงพยาบาล
- ๒.พัฒนาระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูล ข่าวสาร ด้านสารสนเทศ เพื่อให้การบริการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการบริหารการพัฒนาระบบคุณภาพ และเพื่อการศึกษาวิจัย
- ๓.ออกแบบและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศให้เหมาะสม เพื่อการจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

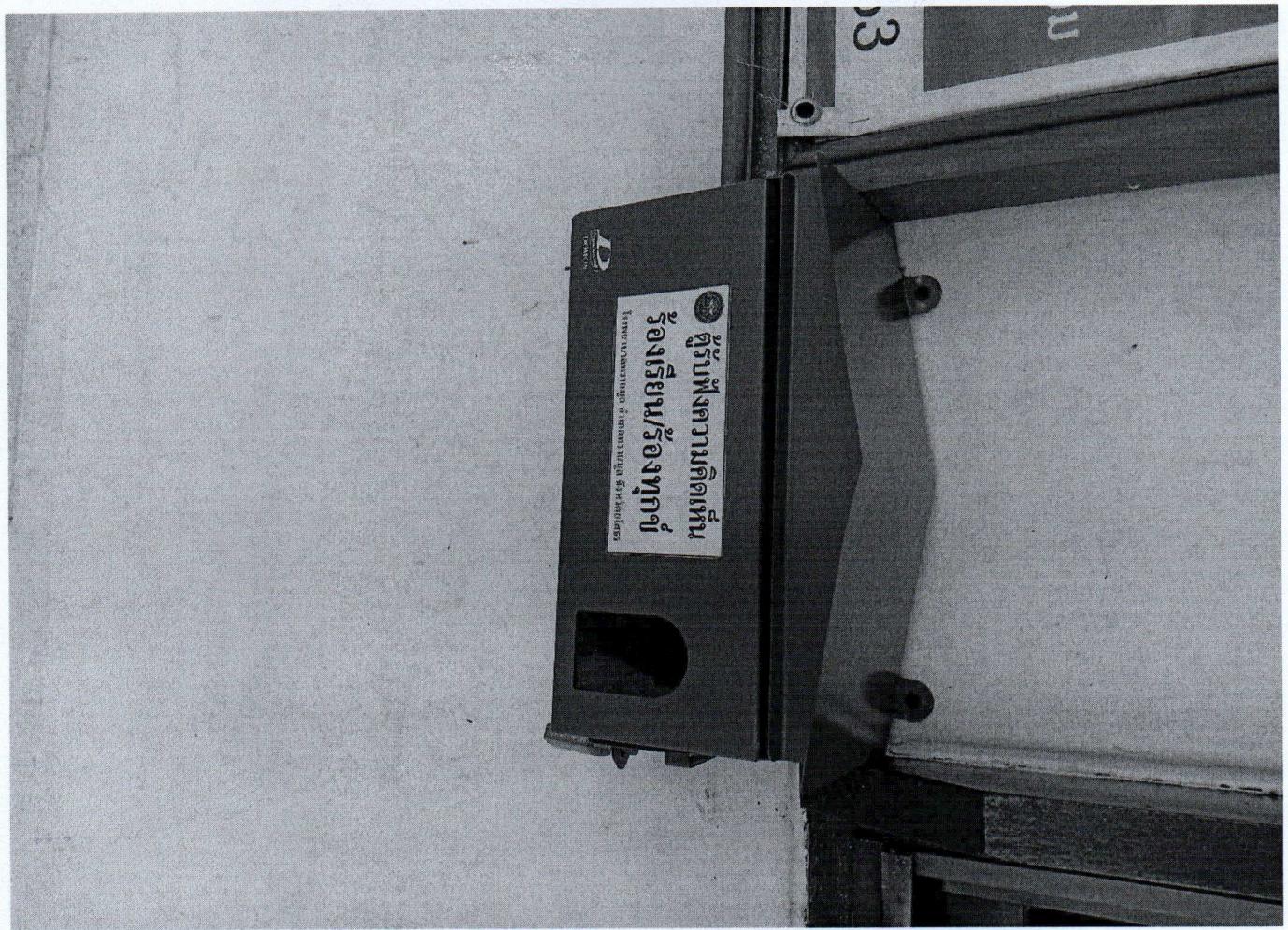
ขอให้ ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้ง ปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายอย่างเคร่งครัด กรณีเกิดปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน ให้แจ้งประธานกรรมการของแต่ละชุดตามลำดับขั้น เพื่อที่จะได้แก้ไขปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

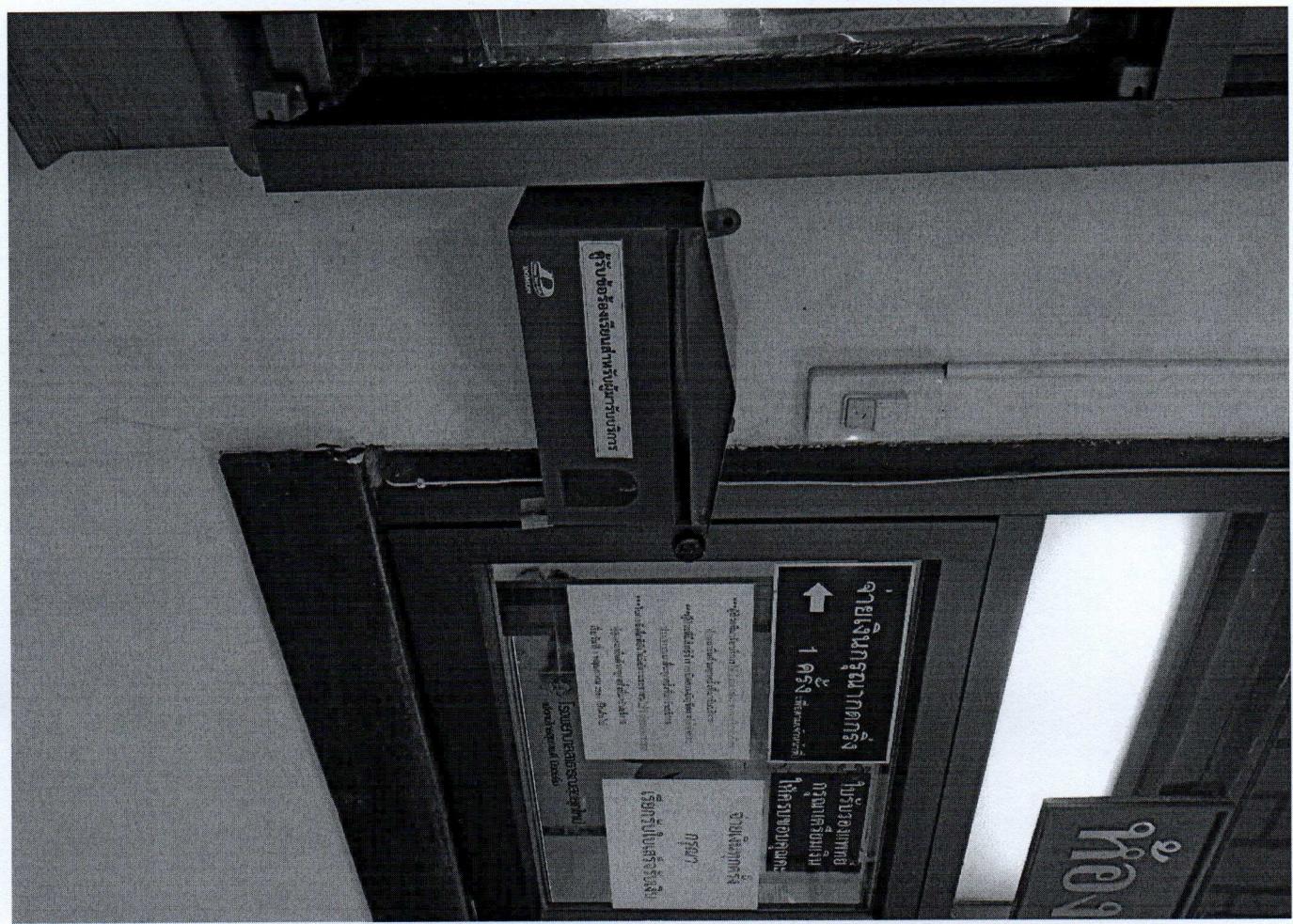
สั่ง ณ วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๗



(นายปกาสิต โ渥าทกานนท์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรายมูล







พบปัญหาการรับบริการ

กรุณามาแจ้ง ศูนย์รับข้อร้องเรียน
โรงพยาบาลรายมูล

(Center for receiving complaints)

Tel:

086-868-7202

ระยะเวลาอุคโยรับยา

ช่วงเวลาเร่งด่วน (เฉพาะวันจันทร์-ศุกร์ 9.30-12.00 น.)

รอรับยาไม่เกิน 30 นาที

ช่วงเวลาอื่นๆ รอรับยาไม่เกิน 15 นาที

ถ้าเกินเวลาที่กำหนด กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่

กรุณานั่งรอ



การถ่ายภาพ หรือบันทึกเสียง
ในขณะที่แพกเกจ พยาบาล ทำการ
รักษาพยาบาล ถือเป็นการละเมิดสิทธิ
ในการทำการรักษาผู้ป่วยของแพกเกจ



คำสั่งโรงพยาบาลทรายมูล

ที่ ๔๔ / ๒๕๖๒

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการ ทีมไก่เกลี้ย/ข้อร้องเรียน

เพื่อให้ การพิจารณาพิพาท เป็นไปอย่างมีระบบ และยุติธรรมแก่ทุกฝ่าย โรงพยาบาลทรายมูล
จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการ/ทีมไก่เกลี้ย/ข้อร้องเรียน เพื่อดำเนินการตามแต่ละหน้าที่รับผิดชอบ ดังรายชื่อต่อไปนี้

๑.นายปกาสิต โอวาทกานนท์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล	ประธานกรรมการ
๒.นางสาวกัญญาณี วัทรวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	รองประธานกรรมการ
๓.นางสุดเฉลียว จันทรุธิน	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๔.นางสาวฤชุตา สุชนิรันดร์	ทันตแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๕.นางชุจิตรา ชมภูพรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๖.นายกฤติธัช ทองอบ	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	กรรมการ
๗.นายประสิทธิ์ แสงเพ่น	กำนันตำบลทรายมูล	กรรมการที่ปรึกษา
๘.นายนพดล สองสี	กำนันตำบลໄ่	กรรมการที่ปรึกษา
๙.นายเดชา ศรีวีรบุร्य	กำนันตำบลถู่ลาด	กรรมการที่ปรึกษา
๑๐.นางพูลทรัพย์ ทองเกา	กำนันตำบลลงมะไฟ	กรรมการที่ปรึกษา
๑๑.นายบุญจันทร์ ทองเพียง	กำนันตำบลนาเวียง	กรรมการที่ปรึกษา
๑๒.ผู้ใหญ่บ้านในเขตอำเภอทรายมูลทุกหมู่บ้าน จำนวน ๕๕ คน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการที่ปรึกษา
๑๓.นางพฤษภา บุญโสม	เจ้าพนักงานเวชสหศิริ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๔.นางสาวอโณทัย ในจิตร		

มีหน้าที่

- ๑.กำหนดนโยบายในการเจรจาไก่เกลี้ย
 - ๒.ดำเนินการเจรจาไก่เกลี้ยกรณีพิพาท/ข้อร้องเรียน/ข้อขัดแย้ง ที่เกิดขึ้น ทั้งในและนอกโรงพยาบาล
 - ๓.กำกับ/ติดตาม/และประเมินผลลัพธ์ ด้านการบริหารจัดการข้อร้องเรียน
 - ๔.นำเสนอผลการดำเนินงาน ด้านการจัดการข้อร้องเรียนต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทรายมูล ทุกเดือน
- ขอให้ ผู้ได้รับแต่งตั้ง ได้ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เกิดประโยชน์สูงสุดกับทางราชการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๓ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายปกาสิต โอวาทกานนท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล