

รายงานสรุปผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ ประจำปี ๒๕๖๖  
ตอบสนองเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ และเรื่องร้องเรียนการ  
ทุจริตและประพฤติมิชอบ  
ของโรงพยาบาลนาด้วง อำเภอนาด้วง จังหวัดเลย

## ๑.ความเป็นมา

ด้วย โรงพยาบาลนาด้วง ได้แต่งตั้งคณะกรรมการรับข้อร้องเรียนและจัดการเรื่องร้องเรียนเพื่อให้การดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนเป็นไปด้วยความเรียบร้อย เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ คณะกรรมการฯ ได้ดำเนินการจัดทำคู่มือดำเนินงานเรื่องร้องเรียนภายในโรงพยาบาลนาด้วง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในการรับเรื่องร้องเรียน ทั้งในเรื่องร้องเรียนเรื่องการทำงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ และเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ เพื่อให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลนาด้วงเป็นไปด้วยความโปร่งใสเป็นธรรมสามารถตรวจสอบได้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นธรรม โดยพิจารณาสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.๒๕๔๐ พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ ยุทธศาสตร์ว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐) กำหนดให้ปลูกฝังค่านิยม คุณธรรม จริยธรรม และจิตสำนึกในการรักษาศักดิ์ศรีความเป็นข้าราชการและความซื่อสัตย์สุจริต ควบคู่กับการบริหารจัดการภาครัฐที่มีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการสร้างธรรมาภิบาลในการบริหารงาน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการตรวจสอบเฝ้าระวัง เพื่อสกัดกั้นมิให้เกิดการทุจริตประพฤติมิชอบตามนโยบายคณะรัฐมนตรีที่พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗ ข้อ ๑๐ เรื่องการส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาล รวมถึงมาตรการกระทรวงสาธารณสุข ๓ ป. ๑ ค. (ปลูกจิตสำนึก ป้องกัน ปราบปราม เครือข่าย)

## ๒.ปัจจัยสนับสนุน/ปัญหาอุปสรรค

ในการดำเนินการตอบสนอง

๑) โรงพยาบาลนาด้วง ได้แต่งตั้งคณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียน เพื่อบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาด้วง กับ คณะกรรมการดำเนินงาน ทำให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้

๒) บุคลากรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติราชการ มีหน้าที่และความจำเป็นต้องให้บริการและดูแลผู้ป่วย/ประชาชนที่มาใช้บริการ รับการตรวจรักษาเป็นปริมาณที่ค่อนข้างมาก ปัญหาอุปสรรคคือเวลาในการให้ข้อมูลการให้บริการ ขั้นตอนการรักษาจึงค่อนข้างมีจำกัด ประกอบกับหน้าที่บริการดูแลประชาชนให้ทั่วถึงครบถ้วน บางกิจกรรมจึงไม่สามารถดำเนินการในการให้ข้อมูลได้ละเอียดเพียงพอ

### ๓. ข้อมูลแสดงประสิทธิภาพในการจัดการกับคำร้องเรียน

โรงพยาบาลนาด้วง กำหนดนโยบายการจัดการข้อร้องเรียนเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน มีการวางระบบจัดการข้อร้องเรียนและแนวทางดำเนินการในแต่ละระดับความรุนแรงของเหตุการณ์อย่างชัดเจน โดยบูรณาการกับแนวทางการบริหารความเสี่ยงในองค์กรร่วมด้วย กำหนดผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจนโดยมีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการเป็นศูนย์รวบรวมข้อมูลจากทุกช่องทาง เพื่อนำมาวิเคราะห์วางแผน ดำเนินการป้องกัน ปรับปรุง จัดการตอบกลับภายในระยะเวลาที่กำหนดและเชื่อมโยงข้อมูลสู่การพัฒนาคุณภาพในระบบงานที่สำคัญต่าง ๆ

### ๔. การประเมินความพึงพอใจ

โรงพยาบาล มีการประเมินผลความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานทุกเดือน โดยใช้แบบ ประเมินกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานแต่ละกลุ่มนำข้อมูลมาวิเคราะห์และหาแนวทางปรับปรุงพัฒนา เช่น ปัญหา ระยะเวลาในการรับบริการผู้ป่วยนอก มีการวิเคราะห์สาเหตุในแต่ละจุดบริการด้านหน้าที่เกี่ยวข้อง การ จัด แพทย์ออกตรวจในแต่ละช่วงเวลาอย่างเพียงพอ ลดระยะเวลารอคอยและกระจายจำนวนผู้ป่วยไม่ให้เกิด สถานการณ์แออัดที่งานบริการผู้ป่วยนอก ทิมพัฒนาระบบบริการจากผู้บริการให้ดำเนินการดึงข้อมูลจาก กระดานสนทนาทาง Internet และประสานข้อร้องเรียนหรือข้อเสนอแนะและดำเนินการตอบกลับอย่างเป็น ระบบภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ ส่งผลให้เกิดความรวดเร็วในการแก้ไขปัญหาผู้รับบริการหรือผู้ ร้องเรียนได้รับการตอบสนองปัญหาอย่างเหมาะสมและไม่ได้รับข้อร้องเรียนซ้ำในเรื่องเดิม ข้อเสนอแนะทั่วไปที่พบบ่อย ๓ อันดับแรก ในปี ๒๕๖๖ ได้แก่

ข้อเสนอแนะ	สาเหตุ	แนวทางแก้ไข
พฤติกรรมกร ให้บริการ	มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี ๒๕๖๖ พบมาก บุคลากรทางการพยาบาล พบบ่อยมักเกิด จากการขาดการสื่อสารให้ข้อมูลนำไปสู่ ความไม่เข้าใจกันและไม่พึงพอใจ , ร่องลงมาคือพฤติกรรมบริการเรื่องการพูด ไม่ดี , พูดเสียงดัง ไม่สุภาพ หน้างอ	๑.เน้นย้ำบุคลากรในเรื่องพฤติกรรม บริการที่เหมาะสม ในการสื่อสารข้อมูล ข่าวสารให้ผู้ป่วยและญาติทราบควรมี การทวนสอบความเข้าใจของผู้ป่วย/ ญาติด้วย, เพิ่มการสังเกตสีหน้าท่าทาง ของผู้ป่วย/ญาติที่อาจจะนำไปสู่ความ ไม่พึงพอใจ ๒.กำหนดมาตรการที่เข้มข้นขึ้นโดยเพิ่ม การตักเตือนรายบุคคล วิเคราะห์ สถานการณ์และให้ดำเนินการแก้ไข หากเกิดซ้ำเรื่องเดิมจะต้องทำบันทึกถึง หัวหน้ากลุ่มงานและรายงาน ผู้อำนวยการทราบ

อาคารสถานที่	ประเด็นที่พบบ่อยคือห้องน้ำไม่สะอาด/ไม่เพียงพอ อุปกรณ์ในห้องน้ำชำรุดไม่พร้อมใช้	<p>ด้านความสะอาดของห้องน้ำ</p> <p>๑.เพิ่มการควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงาน และตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ในห้องน้ำ</p> <p>๒.จัดทำแผนเพิ่มห้องน้ำให้กับผู้มารับบริการ</p>
กระบวนการขั้นตอน/ การให้บริการล่าช้า	ประเด็นที่พบบ่อยคือระยะเวลาารอคอย นานมากที่สุดคือรอพบแพทย์ รอรับบริการที่ห้องยา	<p>๑.ปรับระบบบริการให้พยาบาลเวชปฏิบัติช่วยตรวจผู้ป่วยที่ผู้ป่วยนอก กรณีโรคไม่ซับซ้อน รับประทานยา</p> <p>๒.ปรับระยะเวลาการออกตรวจของแพทย์ให้เร็วขึ้น</p> <p>๓.เภสัชบริหารจัดการเวลาในการรับออเดอร์ยาและจัดยาวางระบบการจัดยาให้เร็วขึ้น</p>

๓.รายงานสรุปผลการดำเนินงานการจัดการเรื่องร้องเรียน รอบ ๑๒ เดือน ( ๑ ต.ค. ๖๕ – ๓๑ ส.ค.๒๕๖๖)

**๓.๑รายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน**

ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน	จำนวนเรื่อง	การแก้ไขปัญหา
ผู้รับความคิดเห็น	0	0
เพจเฟซบุ๊ก รพ.นาด้วง	0	0
เว็บไซต์ รพ.นาด้วง	0	0
จดหมาย	0	0
ศูนย์ดำรงธรรม	0	0

**๓.๑ รายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ**

ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน	จำนวนเรื่อง	การแก้ไขปัญหา
ผู้รับความคิดเห็น	0	0
เพจเฟซบุ๊ก รพ.นาด้วง	0	0
เว็บไซต์ รพ.นาด้วง	0	0
จดหมาย	0	0
ศูนย์ดำรงธรรม	0	0

ข้อร้องเรียนส่วนใหญ่เป็นข้อร้องเรียนทั่วไป ไม่ระบุผู้ร้องเรียนและที่อยู่มีระดับความรุนแรงต่ำ เช่น ปัญหาด้านพฤติกรรมบริการ ความล่าช้าในการให้บริการ ความแออัดของสถานที่จะนำมาวิเคราะห์เชิงระบบ และวางแผนในการปรับปรุง โดยประสานข้อมูลไปยังคณะกรรมการด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่พบ ให้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่องและตอบกลับผ่านเครือข่าย และทางห้องรับความคิดเห็น

**ข้อมูลที่แสดงประสิทธิภาพในการจัดการกับคำร้องเรียน**

โรงพยาบาลนาด้วงกำหนดนโยบายการจัดการข้อร้องเรียนเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน มีการวางระบบจัดการข้อร้องเรียนและแนวทางการดำเนินการในแต่ละระดับความรุนแรงของเหตุการณ์อย่างชัดเจนโดยบูรณาการกับแนวทางการบริหารความเสี่ยงในองค์กรร่วมด้วย ดำเนินการป้องกัน ปรับปรุง จัดการตอบกลับภายในระยะเวลาที่กำหนดและเชื่อมโยงข้อมูลสู่การพัฒนาคุณภาพในระบบงานต่างๆ ที่สำคัญ

#### ๔.การประเมินความพึงพอใจ

โรงพยาบาลนาด้วง มีการประเมินผลความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับบริการทุกไตรมาส โดยใช้แบบประเมินกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการแต่ละกลุ่มนำมาวิเคราะห์และหาแนวทางปรับปรุงพัฒนา คือ ปัญหาระยะเวลาในการรับบริการผู้ป่วยนอก มีการวิเคราะห์สาเหตุในแต่ละจุดบริการด้านหน้าที่เกี่ยวข้อง การจัดแพทย์ออกตรวจในแต่ละช่วงเวลาอย่างพอเพียง ลดระยะเวลารอคอยและกระจายจำนวนผู้ป่วยไม่ให้เกิดสถานการณ์แออัดที่งานบริการผู้ป่วยนอก เพื่อแก้ไขปัญหาผู้รับบริการหรือผู้ร้องเรียนได้รับการตอบสนองปัญหาอย่างเหมาะสมและไม่ได้รับข้อร้องเรียนซ้ำในเรื่องเดิม

#### ๕.ข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุง

๕.๑ ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ วิเคราะห์สาเหตุได้ ๓ ประการคือ ๑.ปริมาณผู้ป่วยมีจำนวนมากเวลาการให้บริการจึงมีจำกัด ๒.บุคลากรมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ๓.บุคลิกภาพเชิงลบส่วนตัว ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข เนื่องจากปริมาณงานที่ค่อนข้างมากทำให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน เห็นควรเสนอให้มีการจัดการอบรมหลักสูตรพฤติกรรมบริการเป็นเลิศ (Excellent Service Behavior : ESB) เพื่อให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ใหม่ และทบทวนและปรับพฤติกรรมให้แก่เจ้าหน้าที่เดิม และให้มีการกำกับดูแลเจ้าหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด

๕.๒ ข้อร้องเรียนด้านระบบบริการ วิเคราะห์สาเหตุได้ดังนี้ ๑.ปริมาณผู้ป่วยมีจำนวนมาก ๒.แผนผังโครงสร้างสถานที่ค่อนข้างจำกัดทำให้เกิดความแออัด ๓.บุคลากรเช่นแพทย์ มีไม่เพียงพอต่อจำนวนประชากร ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง วางแผนการปรับระบบกระบวนการรับบริการ แผนผัง หน้าที่ แนวทางการให้ข้อมูล ขั้นตอนการให้บริการ จัดบริการระบบ Lean ๑.การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อลดระยะเวลาในการรอตรวจ ๒.ระบบนัดตามเวลาเพื่อลดระยะเวลารอคอยและความแออัด ๓.จัดระบบคิว ๔.ปรับ Layout ให้จุดบริการต่อเนื่องกัน

๕.๓ ข้อร้องเรียนการดูแลรักษาผู้ป่วย วิเคราะห์สาเหตุได้ดังนี้ ๑.ปริมาณผู้ป่วยมีจำนวนมาก ๒.ภาระงานในการดูแลผู้ป่วยและงานด้านอื่นๆของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่มีหลายด้าน ๓.ไม่สามารถให้คำชี้แจงอธิบายแนวทางการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยได้ครบถ้วนทุกคน

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ประสานงานหน่วยงาน บุคลากรที่เกี่ยวข้อง แบ่งกลุ่มโรคที่จะดำเนินการดูแลรักษาตามระดับความสำคัญ ความรุนแรง อันตรายของโรคนั้นๆ ในการที่จะแจ้งข้อมูล แนวทางการรักษา ทางเลือกในการรักษา อันตราย ความเสี่ยง ความเปลี่ยนแปลงของโรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างดำเนินการรักษาต่อผู้ป่วยเพื่อทราบและร่วมตัดสินใจ หาช่องทางการให้ข้อมูลต่อผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรคอย่างเหมาะสม มอบหมายเจ้าหน้าที่บุคลากรในการให้ข้อมูลตามระดับความสำคัญของโรคนั้นๆ

ลงชื่อ



ผู้รายงาน

(นางวัชรี เกตุนาค)

