

คู่มือบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลพนัสนิคม

ความหมาย

ความเสี่ยงคือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ในโรงพยาบาลได้แก่ อันตรายหรือการบาดเจ็บต่อร่างกายและจิตใจ เหตุร้าย ภาวะคุกคาม ความไม่แน่นอน และการเปิดเผยความลับ ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยมีทั้งด้านกายภาพ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

นโยบายความเสี่ยงโรงพยาบาลพนัสนิคม

1. ทุกหน่วยงานมีการบริหารความเสี่ยงตั้งแต่การค้นหาค่าความเสี่ยง การประเมินความรุนแรง การจัดการ และการประเมินผล
2. เจ้าหน้าที่ทุกคนมีหน้าที่รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (เฉลี่ย 3 เรื่อง/คน/เดือน) เมื่อพบเหตุการณ์ เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรและพัฒนาแนวทางการทำงาน ไม่ใช่การจับผิดหรือกล่าวโทษ
3. เมื่อเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงถือเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ทุกคนที่จะแก้ไขความเสี่ยงเบื้องต้นในหน่วยงาน
4. กรณีอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Sentinel Event) ต้องดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด

เป้าหมาย การจัดการความเสี่ยง

1. เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกัน และแก้ไขความเสี่ยง
2. เพื่อให้ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และสิ่งแวดล้อม มีความปลอดภัย
3. เพื่อพัฒนาระบบรายงานให้สะดวก ครอบคลุม และไวต่อปัญหา

ความเสี่ยง ของโรงพยาบาลพนัสนิคม

1. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

คือ เหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากกระบวนการให้บริการ กิจกรรมการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาพยาบาล แบ่งระดับความรุนแรงน้อยไปมาก ตั้งแต่ A – I

2. ความเสี่ยงทั่วไป (Non - Clinical Risk/ General Risk)

คือ เหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเสียหาย หรือเกิดความเสียหาย ขึ้นกับ ผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ จากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่สาเหตุของความเสียหายทางคลินิก เช่น สิ่งของถูกขโมย การทะเลาะวิวาท คอมพิวเตอร์เสียหาย การคิดค่าใช้จ่ายผิด/ลงสิทธิ์ผิด อาคารสถานที่ชำรุด หลังคารั่ว/ท่อน้ำแตก เป็นต้น แบ่งระดับความรุนแรงน้อยไปมาก ตั้งแต่ 1 - 4

3. อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Sentinel Event)

หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดการณ์มาก่อน และอาจจะมีผลทำให้เกิดความเสียหายจนถึงแก่ชีวิต หรือส่งผลร้ายแรงทางด้านจิตใจ โดยไม่มีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็น หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วไม่สามารถระงับได้ในโรงพยาบาล และอาจทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล

อุบัติเหตุ/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Sentinel Event) 9 เหตุการณ์ ที่ต้องรายงานทันที ได้แก่

1. ผู้ป่วย/บุคคล ฆ่าตัวตาย ถูกทำร้ายร่างกาย/พยายามฆ่า หรือ ถูกฆาตกรรม ในโรงพยาบาล
2. ผ่าตัดผิดข้าง / ผิดคน / ผิดชนิด
3. ให้เลือดผิดกรุป จนทำให้เกิด Hemolytic Blood Transfusion Reaction/ การให้ยาผิด / แพ้ยาซ้ำ จนทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายถาวร / ต้องทำการช่วยชีวิต / เสียชีวิต
4. มารดาเสียชีวิต หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเนื่องจากการเจ็บครรภ์ หรือการคลอดบุตร
5. ผู้ป่วย/ทารก ถูกลักพาตัว / สูญหาย ส่งมอบทารกแก่มารดาผิดคน
6. น้ำท่วม/ ไฟไหม้/ อัคคีภัย / วิทยาศาสตร์ / โรคอุบัติใหม่
7. เรื่องที่เลื่องลือ โดยมีข่าวถึงสื่อมวลชน & Social media และมีแนวโน้มถูกฟ้องร้องแน่
8. บุคคลถูกทำร้ายร่างกายและบาดเจ็บจากการทำงานขั้นรุนแรง เช่น รถReferคว่ำ
9. อุบัติเหตุหมู่และอุบัติเหตุที่เกิดกับบุคคลสาธารณะ (บุคคลที่มีชื่อเสียง)

ระบบการบริหารความเสี่ยง

1. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)

มีการค้นหาความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk) ความเสี่ยงทั่วไป (Non - Clinical Risk/ General Risk) และอุบัติเหตุ/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Sentinel Event) ในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน การค้นหาความเสี่ยง ได้จาก

1. การเรียนรู้และค้นหาความเสี่ยงจากเวชระเบียน ได้แก่ การทบทวนเวชระเบียนเชิงคุณภาพ เช่น Trigger Tool, Trigger chart review และทบทวนตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Process)

2. จากการศึกษา 12 กิจกรรม ได้แก่

- 2.1 ทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย
- 2.2 ทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ
- 2.3 การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา
- 2.4 ทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ที่ชำนาญกว่า
- 2.5 ค้นหาและป้องกันความเสี่ยง
- 2.6 ฝึกระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 2.7 ฝึกระวังความคลาดเคลื่อนทางยา
- 2.8 ทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ
- 2.9 ทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
- 2.10 ทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ
- 2.11 ทบทวนการใช้ทรัพยากร
- 2.12 ติดตามเครื่องชี้วัดที่สำคัญ

3. เรียนรู้จากบทเรียนของผู้อื่น เช่น รายงานจากสื่อมวลชน การเรียนรู้จากเครือข่าย กาสื่อสารทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

4. ทบทวนความรู้ทางวิชาการ และจากเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goals) ที่โรงพยาบาลกำหนด (ตามภาคผนวก ค.)

5. ทบทวนบทเรียนของเราเอง ได้แก่

5.1 เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว เช่น รายงานอุบัติการณ์ ทบทวนเวชระเบียน กิจกรรมทบทวนคุณภาพหรือการทบทวนทางคลินิก

5.2 เหตุการณ์ที่ยังไม่เคยเกิดขึ้น เช่น การวิเคราะห์กระบวนการ การตามรอยทางคลินิก การวิเคราะห์ FMEA (โอกาสที่จะเกิดปัญหาขึ้นในอนาคต ในระบบงานที่ยังไม่ได้นำไปใช้ปฏิบัติ)

6. ตรวจสอบสถานการณ์จริงของเรา เช่น การสำรวจในสถานที่จริง การตามรอยกระบวนการทำงาน การตามรอยทางคลินิก

วิธีการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิก

1. Patient round ค้นหาความเสี่ยงจากผู้ป่วยที่อยู่ใน โรงพยาบาล และปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยรายนั้นทันที อาจใช้ C3THER ร่วมกับสหวิชาชีพ

2. Chart round คือการสุ่มเวชระเบียนขึ้นมาอ่าน ทบทวนว่ามีอะไรหลุดไป ไม่ได้สื่อสาร หรือดูแลไม่สอดคล้องกัน และจะวางระบบเพื่อป้องกันมิให้เกิดขึ้นอีกอย่างไร ควรจะทำให้บ่อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

3. Disease round คือทบทวนจากโรคหรือหัตถการสำคัญเช่น มีความเสี่ยงสูง (High Risk) พบบ่อย (High Frequency) ค่าใช้จ่ายสูง (High Cost) มีวิธีการดูแลรักษาที่หลากหลาย (High Variation) ผลลัพธ์ไม่ดี มีวิธีป้องกันหรือมีโอกาสที่จะตรวจพบได้เร็วขึ้น ต้องใช้สหวิชาชีพ ต้องดูแลต่อเนื่อง พิจารณาว่าประเด็น

สำคัญในโรคนี้อะไร วัตถุประสงค์การดูแลอย่างไร ดูตรงไหนให้ดีขึ้น อาจใช้เครื่องมือ เครื่องวัด ความรู้ทางวิชาการที่เปลี่ยนแปลงไป

การค้นหาค่าความเสี่ยงเชิงรุก อาจใช้ การเยี่ยมชมสำรวจจากทีมพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น PCT, IC, ENV, RM, 5ส ฯลฯ การนิเทศทางการพยาบาล และที่สำคัญและเป็นกิจวัตรประจำวันอยู่แล้วคือ การ Round ของหัวหน้างาน

2. การประเมินความเสี่ยงและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง

2.1 การประเมินความเสี่ยง คือ การนำความเสี่ยงมาประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อแบ่งระดับความรุนแรง

2.1.1 ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) ระดับความรุนแรงทางคลินิก แบ่งความรุนแรงน้อยไปมากเป็น ระดับ A – I ดังนี้

- A เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน
- B เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ไม่ถึงผู้ป่วย
- C เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย
- D เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย ต้องเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย
- E เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องบำบัดรักษา
- F เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น
- G เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวร แก่ผู้ป่วย
- H เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต
- I เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

2.1.2 ความเสี่ยงทั่วไป (Non - Clinical Risk/ General Risk) ระดับความเสี่ยงทั่วไป จะแบ่งความรุนแรงน้อยไปมากเป็น ระดับ 1-4 ดังนี้

ระดับ 1 มีโอกาสเกิดความเสี่ยง หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความเสียหาย หรือความคลาดเคลื่อน แก่บุคคล โดยไม่สูญเสียทรัพย์สิน

ระดับ 2 เล็กน้อย หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความเสียหาย แต่ไม่รุนแรง มีผลกระทบต่อบุคคล สิ่งของ เล็กน้อย หรือมีการสูญเสียทรัพย์สิน ไม่เกิน 5,000 บาท

ระดับ 3 ปานกลาง หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความเสียหายปานกลาง มีเรื่องร้องเรียนในระดับโรงพยาบาล ต้องได้รับการช่วยเหลือ / แก้ไข ผู้ได้รับผลกระทบ หรือ การสูญเสียทรัพย์สิน ตั้งแต่ 5,000 ถึง 50,000 บาท

ระดับ 4 รุนแรง หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความเสียหายรุนแรง มีเรื่องร้องเรียน / ออกสื่อ นอกโรงพยาบาล ต้องได้รับการช่วยเหลือ / แก้ไข ผู้ได้รับผลกระทบในทันที หรือ การสูญเสียทรัพย์สิน ตั้งแต่ 50,000 บาท

2.1.3 อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Sentinel Event) อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Sentinel Event) 9 เหตุการณ์ ที่โรงพยาบาลพนัสนิคมกำหนด ถือเป็นระดับรุนแรง ต้องรายงานทันที ได้แก่

1. ผู้ป่วย/บุคคล นำตัวตาย ถูกทำร้ายร่างกาย/พยายามฆ่า หรือ ถูกฆาตกรรม ในโรงพยาบาล
2. ผ่าตัดผิดข้าง / ผิดคน / ผิดชนิด
3. ให้เลือดผิดกรุป จนทำให้เกิด Hemolytic Blood Transfusion Reaction/ การให้ยาผิด / แพ้ยาซ้ำ จนทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายถาวร / ต้องทำการช่วยชีวิต / เสียชีวิต
4. มารดาเสียชีวิต หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเนื่องจากการเจ็บครรภ์ หรือการคลอดบุตร
5. ผู้ป่วย/ทารก ถูกลักพาตัว / สูญหาย ส่งมอบทารกแก่มารดาผิดคน
6. น้ำท่วม/ ไฟไหม้/ อัคคีภัย / วินาศภัย / โรคอุบัติใหม่
7. เรื่องที่เสี่ยง โดยมีข่าวถึงสื่อมวลชน & Social media และมีแนวโน้มถูกฟ้องร้องแน่
8. บุคคลถูกทำร้ายร่างกายและบาดเจ็บจากการทำงานขึ้นรุนแรง เช่น รถ Refer คำว่า
9. อุบัติเหตุหมู่และอุบัติเหตุที่เกิดกับบุคคลสาธารณะ (บุคคลที่มีชื่อเสียง)

2.2 จัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง คือ การนำความเสี่ยงที่วิเคราะห์ได้มาจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) รวบรวมความเสี่ยง ตามความรุนแรงและความถี่ ซึ่งเป็นการนำเสนอภาพรวมของความเสี่ยง “ทุกหน่วยงานต้องจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานตนเองเป็นรายไตรมาส”

3. การจัดการ/แก้ไข และการกำหนดกลยุทธ์ ป้องกันความเสี่ยง

การดำเนินงานเชิงรับ ได้แก่ Root Cause Analysis (RCA) เป็นการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว เป็นการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน แก่ที่สาเหตุรากของปัญหา เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลังและนำไปสู่แก้ปัญหาที่เหมาะสม และมีการกำหนดกลยุทธ์ และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล

ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) ความรุนแรงในระดับ E ขึ้นไป ความเสี่ยงทั่วไป (Non - Clinical Risk/ General Risk) ระดับ 4 ขึ้นไป และอุบัติเหตุ/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Sentinel Event) ต้องทำ Root Cause Analysis (RCA)

สำหรับการดำเนินงานเชิงรุก ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อบกพร่องและผลกระทบ (Failure Mode and Effective Analysis (FMEA)) คือ วิธีการค้นหาและป้องกันปัญหาก่อนที่จะเกิดขึ้น มุ่งที่การป้องกัน ไม่รอให้เกิดเหตุการณ์ จะทำให้ระบบการทำงานมีความเข้มแข็งมากขึ้น และมีการกำหนดกลยุทธ์ และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนักรู้อย่างทั่วถึง

3.1 แนวทางการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (Root Cause Analysis (RCA)) ได้แก่

3.1.1 ศึกษาเหตุการณ์ที่จะทำ RCA

3.1.2 เขียนเส้นทาง โดยใช้คนหรือสิ่งของที่ได้รับบาดเจ็บเป็นตัวเดินเรื่อง หรือเดินตามกระบวนการทำงาน หรือการดูแลรักษาที่ทำอยู่ตามมาตรฐานหรือวิธีปฏิบัติงาน

3.1.3 ตั้งใจท้าว่เกิดอะไรขึ้น ให้ครอบคลุม หาสาเหตุของแต่ละจุดท้าว่มาจากอะไรได้บ้าง โดยใช้สมมติฐานเท่าที่คิดได้ ใช้คำถาม Why ?

3.1.4 หาข้อมูลจากแหล่งที่เกี่ยวข้อง เช่นเวชระเบียน แบบบันทึกข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในเรื่องนั้นๆ สัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง หรือขอคู่มือกระบวนการทำงาน

3.1.5 เขียนเส้นทาง พร้อมความเชื่อมโยง จากจุดเกิดเหตุ ไกลออกไปในองค์กร และภายนอกองค์กร (ถ้ามี)

3.1.6 สรุป เกิดอะไรขึ้น มีสาเหตุจากอะไรเป็นแผนภาพ เพื่อเป็นสมมติฐาน

3.1.7 จัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง หาข้อยุติ พร้อมหลักฐานที่ปรากฏจริง ตัดสมมติฐานที่ไม่ใช่ความจริงของเหตุการณ์นี้

3.1.8 สรุปสิ่งที่เป็นสาเหตุ และสิ่งที่ต้องปรับปรุง เพื่อนำไปออกแบบและใช้งานกำหนดกลยุทธ์ และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม

3.2 แนวทางการวิเคราะห์ข้อบกพร่องและผลกระทบ (Failure Mode and Effective Analysis (FMEA))

3.2.1 เขียนกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานเป็นข้อๆ ยิ่งละเอียดยิ่งดี

3.2.2 พิจารณาว่าแต่ละกระบวนการนั้นๆ มีโอกาสเกิดข้อผิดพลาดอะไรได้บ้าง

3.2.3 พิจารณาว่า ข้อผิดพลาดนั้นๆส่งผลอย่างไรต่อกระบวนการหรือผู้ป่วยอย่างไร

3.2.4 ประเมินระดับความเสี่ยง โดยพิจารณาตาม การให้คะแนนของระดับคะแนนความเสี่ยง (Risk Profile Number; RPN) ใน 3 เรื่อง 1. โอกาสเกิด 2. โอกาสตรวจพบ/ตรวจจับ

3.2.5 ความรุนแรง โดยให้คะแนนในแต่ละข้อ 1-10 ถ้าคะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไปถือว่าเป็นความเสี่ยงสูง (High risk) ต้องนำไปจัดทำกลยุทธ์ป้องกัน

3.2.6 จัดทำกลยุทธ์ และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนักอย่างทั่วถึง

4. การรายงานความเสี่ยง

การรายงานความเสี่ยงเป็นเครื่องมือสำคัญ เพื่อทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นหรือเกือบจะเกิดขึ้น การรายงานควรเป็นการรายงานด้วยความสมัครใจ และ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลจากรายงานความเสี่ยงไปวิเคราะห์และนำข้อมูลไปใช้ในการประเมินประสิทธิผลของมาตรการป้องกันต่างๆ โรงพยาบาลพนัสนิคม มีวิธีการรายงานความเสี่ยง ตามขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง (ภาคผนวก ก)

5. การประเมินประสิทธิผล

เป็นการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย โดยประเมินในประเด็นดังต่อไปนี้

- 5.1 วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร
- 5.2 ความครอบคลุมในการค้นหาความเสี่ยงและความรัดกุมของมาตรการป้องกัน
- 5.3 การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ
- 5.4 ความครอบคลุมของการรายงานความเสี่ยง
- 5.5 ความสามารถในการป้องกันและลดความเสี่ยง รวมทั้งความสูญเสียที่เกิดขึ้น

ซึ่งการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย นั้นสามารถนำเสนอได้ ดังนี้

1. การวิเคราะห์แนวโน้ม (Trend)
2. การวิเคราะห์แนวโน้มคู่กับค่าสถิติ (Control Chart)
3. การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม
4. การเปรียบเทียบกับคู่แข่ง (Benchmark)
5. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงความสัมพันธ์

เรื่องร้องเรียน

คือ ความเสี่ยงที่ ผู้เสียหายแสดงตนเพื่อเรียกร้องสิ่งใดๆจากผู้กระทำให้เกิดความเสียหาย ถือว่าเป็นความเสี่ยงที่ต้องอาศัยการจัดการเป็นพิเศษ ในการลดความรุนแรง และอำนาจในการตัดสินใจชดใช้ความเสียหายเบื้องต้น จึงกำหนดให้ เจ้าหน้าที่ที่พบผู้เสียหาย รายงานตามขั้นตอนการรับเรื่องร้องเรียน อาจมีได้จากหลายแหล่ง ได้แก่

1. การมาร้องเรียน หรือ มีข้อเสนอแนะ ด้วยตนเอง
2. กล้องรับเรื่องราว ข้อเสนอแนะ ของโรงพยาบาลพนัสนิคม
3. กล้องรับเรื่องราว ข้อเสนอแนะ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพนัสนิคม
4. ทางโทรศัพท์ / โทรสาร
5. จากทาง เว็บไซต์ (website) ของโรงพยาบาล
6. จากทาง เว็บไซต์ สายตรงผู้ว่าราชการจังหวัด (ศูนย์ดำรงธรรม)
7. จาก หน่วยงานอื่น เช่น สปสช. สำนักงานประกันสังคม สสจ. อบต. สอ. เป็นต้น
8. จากหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น / หนังสือพิมพ์
9. เรื่องจากที่ประชุม ในทุกระดับ
10. อื่นๆ