โรงพยาบาลราชบุรี
เลขรับที่ 02184
วันที่ ... ก.พ. ๒๕๖๒
เวลา

ที่ รบ ๐๐๓๒ /ว๘๗๙

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี
ถนนศรีสุริยวงศ์ ราชบุรี ๗๐๐๐๐

๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง แจ้งอนุมัติเปิดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

อ้างถึง หนังสือที่ รบ ๐๐๓๒/.๑ ๑๓๓๖ ลงวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๒ เรื่อง ขออนุมัติเปิดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ

ตามหนังสือที่อ้างถึง โรงพยาบาลราชบุรีขออนุมัติเปิดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ ด้านสูตินรีเวชกรรม หัวใจ มะเร็ง และออร์โธปิดิกส์ รายละเอียดตามอ้างถึงแล้วนั้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ขอแจ้งผลการอนุมัติให้เปิดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการดังกล่าวเพื่อโรงพยาบาลราชบุรีจะได้แจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ ในส่วนที่เกี่ยวข้องตามขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการ ต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุริยะคูหะรัตน์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

เรียน ผู้อำนวยการ
- เพื่อโปรด ทราบ
- เห็นควรมอบ รอง ผอ. ฝ่ายบริหารทั่วไป ดำเนินการ

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
โทร. ๐๓๒-๓๒๖๒๖๘ , ๐๓๒-๓๓๗๐๒๕, ๐๓๒-๓๗๔๕๔, ต่อ ๕๐๖
โทรสาร ๐๓๒-๓๒๕๒๒๕
ผู้รับผิดชอบ นางนิรมล เกิดอินท์

# แบบฟอร์มการขออนุมัติจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1.ชื่อหน่วยบริการ (โรงพยาบาล)..โรงพยาบาลราชบุรี.....รหัสสถานพยาบาล □□□□-□□□□□
ประเภทสถานพยาบาล (โปรดเลือก) ☑ รพศ. ☐ รพท. ☐ เขตสุขภาพที่.....

2. ตั้งอยู่เลขที่...85..หมู่ที่....ถนน สมบูรณ์กุล....ตำบล/แขวง.หน้าเมือง.. เขต/อำเภอ ... เมือง.....
จังหวัด..ราชบุรี.....รหัสไปรษณีย์ 70000 โทรศัพท์ 032719600

3. มีความประสงค์จะขอจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ เบื้องต้นจำนวน .....1..... ประเภท

☑ **ประเภทที่ 1: บริการผู้ป่วยนอกและบริการตรวจพิเศษ** ประกอบด้วยบริการตรวจสุขภาพและการตรวจพิเศษทางพยาธิวิทยาและรังสีวิทยา หรือคลินิกตรวจรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ดังนี้

☑ อายุรกรรม ..1-3... ห้อง ☐ กุมารเวชกรรม..... ห้อง ☑ ศัลยกรรม ..1-2... ห้อง ☐ กายภาพบำบัด..... ห้อง
☑ ออร์โธปิดิก...1.. ห้อง ☐ โสต ศอ นาสิก..... ห้อง ☐ ทันตกรรม ..... ห้อง ☐ แพทย์แผนไทย..... ห้อง
☐ จักษุ ..... ห้อง ☑ สูติ นารีเวช ..1... ห้อง
☑ คลินิกพิเศษอื่นๆ 1) รังสีวินิจฉัย 1 ห้อง 2) รังสีรักษา 1 ห้อง 3) จิตเวช 1 ห้อง 4) การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ 1 ห้อง 5) การตรวจส่องกล้องทางเดินอาหาร 1 ห้อง 6) การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ 1 ห้อง

☐ **ประเภทที่ 2: บริการผู้ป่วยใน** เปิดให้บริการ **เบื้องต้นจำนวน ..... ห้อง** โดยเป็นหอผู้ป่วยต่างๆ ดังนี้

☐ IPD อายุรกรรม ☐ IPD ศัลยกรรม ☐ IPD สูติ – นรีเวชกรรม
☐ IPD ออร์โธปิดิก ☐ IPD กุมารเวชกรรม ☐ IPD จักษุ
☐ IPD โสต ศอ นาสิก ☐ IPD รอคลอด ☐ IPD หลังคลอด

☐ **ประเภทที่ 3: บริการผ่าตัดและหัตถการที่ไม่วิกฤตและไม่ฉุกเฉิน** โดยให้มีบริการ ดังนี้

☐ บริการผ่าตัด เบื้องต้นจำนวน ..... ห้อง

4. เอกสารแนบประกอบการยื่นขออนุมัติ

☑ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารการจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการในหน่วยบริการ และรายงานการประชุมเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการจัดบริการ
☑ แผนการดำเนินงานและผลที่คาดว่าจะได้รับในรอบ 3 เดือน และ 6 เดือน
☑ ผลการทำประชาพิจารณ์ทั้งในองค์กรและประชาชน
ผลการทำประชาพิจารณ์ในองค์กร เห็นด้วย...92.9...%
ผลการทำประชาพิจารณ์ประชาชน เห็นด้วย...100....%
☑ ข้อมูลด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ
☑ ข้อมูลสถานที่จัดบริการ พร้อมแนบแผนผังหรือภาพถ่าย

พิจารณาแล้ว
☑ อนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ
ลงชื่อ.....
(นายสุริยะ ตูหะรัตน์)
(นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี)
ตำแหน่ง..... 2/19

ลงชื่อ.....
(.....นายแพทย์พิเชียร วุฒิสถิรภิญโญ.....)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

หมายเหตุ ผู้ขออนุมัติ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้อำนวยการสถาบัน
ผู้อนุมัติ คือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือ อธิบดีกรม

โรงพยาบาลราชบุรี
เลขรับที่ 02184
วันที่ ๒๕ ก.พ. ๒๕๖๒
เวลา

ที่ รบ ๐๐๓๒ /ว๘๗๙

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี
ถนนศรีสุริยวงศ์ ราชบุรี ๗๐๐๐๐

๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง แจ้งอนุมัติเปิดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

อ้างถึง หนังสือที่ รบ ๐๐๓๒/.๑ ๑๓๓๖ ลงวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๒ เรื่อง ขออนุมัติเปิดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ

ตามหนังสือที่อ้างถึง โรงพยาบาลราชบุรีขออนุมัติเปิดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ ด้านสูตินรีเวชกรรม หัวใจ มะเร็ง และออร์โธปิดิกส์ รายละเอียดตามอ้างถึงแล้วนั้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ขอแจ้งผลการอนุมัติให้เปิดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการดังกล่าวเพื่อโรงพยาบาลราชบุรีจะได้แจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ ในส่วนที่เกี่ยวข้องตามขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการ ต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุริยะคูหะรัตน์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

เรียน ผู้อำนวยการ
- เพื่อโปรด
- เห็นควรมอบ รอง ผอ. ฝ่ายบริหารทั่วไป ดำเนินการ

๕ ก.พ. ๒๕๖๒

- ๖ ก.พ. ๒๕๖๒

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
โทร. ๐๓๒-๓๒๖๒๖๘ , ๐๓๒-๓๓๗๐๒๕, ๐๓๒-๓๗๔๕๔, ต่อ ๕๐๖
โทรสาร ๐๓๒-๓๒๕๒๒๕
ผู้รับผิดชอบ นางนิรมล เกิดอินท์

จดหมายเวียน

EB 5

ที่ รบ ๐๐๓๒.๑/ ๑๒๓๖

โรงพยาบาลราชบุรี
ถนนสมบูรณ์กุล รบ. ๗๐๐๐๐

๒๕ มกราคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุมัติเปิดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

อ้างถึง หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๗.๐๖/๒๘๔๒๔ ลงวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๖๑ เรื่อง การจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารประกอบการขออนุมัติ

ตามหนังสือที่อ้างถึง กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ ซึ่งเป็นการจัดบริการสำหรับประชาชนเพื่อลดความแออัด ตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุมเหมาะสม เพิ่มทางเลือกและโอกาสในการเข้าถึงการจัดบริการทางการแพทย์โดยแพทย์เฉพาะทางนอกเวลาราชการสำหรับผู้รับบริการที่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน และตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ หมวดที่ ๑ ข้อ ๙ ให้หน่วยบริการที่ประสงค์จะจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขยื่นคำขอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้อนุมัติให้จัดบริการ ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดรายงานการอนุมัติให้จัดบริการให้ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ และแจ้งให้หัวหน้าหน่วยบริการทราบ ให้ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพรายงานให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และปลัดกระทรวงสาธารณสุขทราบ นั้น

โรงพยาบาลราชบุรี มีความประสงค์เข้าร่วมดำเนินการจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ จึงขอส่งเอกสารประกอบการขออนุมัติจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิเชียร วุฒิสถิรภิญโญ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

คลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ
โทร. ๐ ๓๒๗๑ ๙๖๐๐ ต่อ ๑๘๑๖
โทรสาน ๐ ๓๒๓๒ ๑๘๒๒

# โรงพยาบาลราชบุรี
# Ratchaburi Hospital

## คลินิกพิเศษเฉพาะทาง นอกเวลาราชการ
## Special Medical Clinic : SMC

ค่าบริการ
เริ่มต้น
**500** บาท

- ค่าบริการนอกเวลาราชการ 100 บาท
- ค่าธรรมเนียมแพทย์เฉพาะทางเริ่มต้น 400 บาท

### สิทธิการรักษาพยาบาล

- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- สวัสดิการข้าราชการ
- ประกันสังคม
- บริษัทคู่สัญญาและบริษัทประกันชีวิตที่เปิดสัญญากับโรงพยาบาลราชบุรี

เปิดบริการ :

**วันจันทร์ - วันศุกร์ 16.30 -20.30 น.**
**วันเสาร์ 08.30 -12.30 น.**
ยกเว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์

พญ.กมลพัฒน์ อัตรกาวรกุล
แพทย์ที่เลี้ยง สาขาสูติ-นรีเวชศาสตร์

**นัดหมายล่วงหน้าได้ที่**
**032-327918** ตั้งแต่เวลา 13.30 -20.30 น.

บริการสิ่งอำนวยความสะดวกที่จอดรถ เครื่องดื่ม และ WiFi

รายงานการประชุม

เปิดคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ

ครั้งที่ ๔-๑/๒๕๖๒

วันจันทร์ที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๒

ณ ห้องประชุมแก่นจันทร์ ชั้น ๒ อาคารอำนวยการ

| ชื่อ สกุล (ตัวบรรจง) | ลายมือชื่อ |
|---|---|
| นพ.ไชยา ช่างพ่อใหญ่ | |
| นพ. [illegible] [illegible] | |
| นพ. [illegible] [illegible] | |
| นพ. รัชดา บรรเลงจิต | |
| นพ. [illegible] [illegible] | |
| ทพ.ธัญญา [illegible] | |
| พญ. ศิริพร เจียมวงษา | |
| นพ. [illegible] [illegible] | |
| ทพ. อนุบูรณ์ ประสานนาม | อนุบูรณ์ ประสานนาม |
| นพ. [illegible] [illegible] | |
| พญ. [illegible] ชอบตาวงษ์ | |
| นพ. [illegible] [illegible] | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

(ตัวอย่าง) แบบสอบถามความเห็นและข้อเสนอแนะ

เรื่อง"การจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข"

(สำหรับ บุคลากร ของโรงพยาบาล)

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

**คำชี้แจง**

1. การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เรื่อง **การจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ**
2. เนื้อหาในแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยคำถาม 2 ตอน
   ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
   ตอนที่ 2 ข้อคิดเห็นใน**การจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ**

**ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1) เพศ ☐ 1.1 ชาย ☑ 1.2 หญิง 2) อายุ 57 ปี

3) ประเภท ☐ 2.1 ข้าราชการ ☐ 2.2 พนักงานราชการ ☐ 23 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
☐ 2.4 ลูกจ้างประจำ ☑ 2.5 ลูกจ้างชั่วคราว ☐ 2.6 อื่นๆ ระบุ.....

4) ตำแหน่ง ☐ 3.1 แพทย์ ☐ 3.2 ทันตแพทย์ ☑ 3.3 พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค
☐ 3.4 เภสัชกร ☐ 3.5 นักวิชาการสาธารณสุข ☐ 3.6 ผู้ช่วยเหลือคนไข้
☐ 3.7 พนักงานประจำตึก ☐ 3.8 อื่นๆ ระบุ .....

5) รายได้รวมต่อเดือนของครอบครัว (บาท/เดือน)
☐ 4.1 ต่ำกว่า 10,000 ☐ 4.2 10,001 – 30,000 ☐ 4.3 30,001 – 50,000
☑ 4.4 50,001 – 70,000 ☐ 4.5 70,001 – 90,000 ☐ 4.6 มากกว่า 90,000

**ตอนที่ 2 ความคิดเห็นในเรื่องการจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ**

โปรดตอบคำถาม และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับท่านมากที่สุด

6) ท่านเห็นด้วยหรือไม่กับการจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการโรงพยาบาล.....
(เช่น การมีห้องตรวจพิเศษ ไม่มีการรอคิว มีห้องบริการที่ไม่แออัด)
☑ 6.1 เห็นด้วย ☐ 6.2 ไม่เห็นด้วยระบุเหตุผล.....

7) หากมี**การคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ**ท่านคิดว่าทำให้ได้รับบริการรวดเร็วขึ้นหรือไม่
☑ 7.1 เห็นด้วย ☐ 7.2 ไม่เห็นด้วย ☐ 7.3 ไม่แน่ใจ

8) หากมี**การคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ**ท่านจะใช้บริการหรือไม่
☑ 8.1 ใช้บริการ ☐ 8.2 ไม่ใช้บริการ ☐ 8.3 ไม่แน่ใจ

9) **การคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ** ที่ท่านต้องการให้เปิดบริการ
☑ 9.1 อายุรกรรม ☐ 9.2 ศัลยกรรม ☐ 9.3 กระดูกและข้อ ☐ 9.4 สูตินรีเวช
☐ 9.5 กุมารเวชกรรม ☐ 9.6 หู คอ จมูก ☐ 9.7 จักษุ ☐ 9.8 ทันตกรรม
☑ 9.9 แพทย์แผนไทย ☐ 9.10 กายภาพบำบัด ☐ 9.11 ตรวจสุขภาพ ☐ 9.12 อื่นๆระบุ.....

10) หากมี**การคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ**จะทำให้เลือกแพทย์เฉพาะทางได้สะดวกกว่า
☑ 10.1 เห็นด้วย ☐ 10.2 ไม่เห็นด้วย ☐ 10.3 ไม่แน่ใจ

11) หากมี**การคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ**จะทำให้สามารถลดระยะเวลารอคอยคิวผ่าตัดได้
☐ 11.1 เห็นด้วย ☑ 11.2 ไม่เห็นด้วย ☐ 11.3 ไม่แน่ใจ

12) หากมี**การคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ**ท่านสะดวกมาใช้บริการช่วงเวลาใด

☐ 12.1 กลางวัน ☐ 12.2 ตอนเย็น

☐ 12.3 กลางคืน ☑ 12.4 ตลอดทั้งวัน

13) หากมี**การคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ**ท่าน**ยินดีที่จะจ่ายค่าบริการ**เพิ่มหรือไม่ (ใช้สิทธิเดิมได้)

☐ 13.1 ยินดีจ่ายเพิ่ม ☐ 13.2 ไม่ยินดีจ่ายเพิ่ม ☑ 13.3 ไม่แน่ใจ

14) หากมี**การคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ**ท่าน**สมัครใจที่จะจ่ายค่าบริการในส่วนใดบ้างเพิ่ม**

☐ 14.1 ค่าธรรมเนียมแพทย์ ☐ 14.2 ค่าบริการทางการแพทย์

☐ 14.3 ค่าห้องพิเศษ ☑ 14.4 อื่นๆ (ระบุ).....

15) หากโรงพยาบาลต้อง**การคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ**ท่านอยากให้จัดบริการนี้อยู่ที่ใด

☐ 15.1 จัดบริการในโรงพยาบาล แต่ให้มีการแยกส่วนชัดเจน

☑ 15.2 จัดบริการนอกโรงพยาบาล หรือสถานที่อื่นๆ

☐ 15.3 อื่นๆ (ระบุ).....

16) หากมี**การคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ ในแผนก** ผู้ป่วยนอก ท่านอยากเห็นบริการอะไรมากที่สุด

.....

.....

ระบุเหตุผล.....

.....

17) หากมี**การคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ ในแผนก** ผู้ป่วยใน ท่านอยากเห็นบริการอะไรบ้าง

.....

.....

ระบุเหตุผล.....

.....

18) หากมี**การคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ ในแผนก** ผ่าตัด ท่านอยากเห็นบริการอะไรบ้าง

.....

.....

ระบุเหตุผล.....

.....

19) ข้อเสนอแนะอื่นๆ .....

.....

**ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ตอบแบบสอบถาม**

**(ตัวอย่าง) แบบสอบถามความเห็นและข้อเสนอแนะ**
**"การจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ"**
(สำหรับ ประชาชน)
โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

**คำชี้แจง**

1. การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เรื่องการจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ
2. เนื้อหาในแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยคำถาม 2 ตอน
   ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
   ตอนที่ 2 ข้อคิดเห็นในการจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ

**ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1) เพศ ☑ 1.1 ชาย ☐ 1.2 หญิง 2) อายุ ..... ปี

3) ประเภท ☑ 2.1 ข้าราชการ ☑ 2.2 พนักงานราชการ ☑ 2.3 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
☑ 2.4 ลูกจ้างประจำ ☒ 2.5 ลูกจ้างชั่วคราว ☐ 2.6 อื่นๆ ระบุ.....

4) ตำแหน่ง ☑ 3.1 แพทย์ ☑ 3.2 ทันตแพทย์ ☑ 3.3 พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค
☑ 3.4 เภสัชกร ☑ 3.5 นักวิชาการสาธารณสุข ☑ 3.6 ผู้ช่วยเหลือคนไข้
☑ 3.7 พนักงานประจำตึก ☐ 3.8 อื่นๆ ระบุ .....

5) รายได้รวมต่อเดือนของครอบครัว (บาท/เดือน)
☐ 4.1 ต่ำกว่า 10,000 ☐ 4.2 10,001 – 30,000 ☐ 4.3 30,001 – 50,000
☐ 4.4 50,001 – 70,000 ☐ 4.5 70,001 – 90,000 ☐ 4.6 มากกว่า 90,000

**ตอนที่ 2 ความคิดเห็นในเรื่องการจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ**

โปรดตอบคำถาม และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับท่านมากที่สุด

6) ท่านเห็นด้วยหรือไม่กับ**การจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ** <u>**ในโรงพยาบาล.**</u>
(เช่น การมีห้องตรวจพิเศษ มีบริการเครื่องดื่ม มี wifi ไม่มีการรอคิว มีห้องบริการที่ไม่แออัด มีพนักงานต้อนรับฯลฯ)
☑ 6.1 เห็นด้วย ☐ 6.2 ไม่เห็นด้วยระบุเหตุผล.....

7) ท่านเห็นด้วยหรือไม่กับ**การจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ** <u>**ที่แผนกผู้ป่วยนอก**</u>
(เช่น การมีห้องตรวจพิเศษ มีห้องบริการที่ไม่แออัด รวดเร็ว สะดวก ได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง ฯลฯ)
☑ 7.1 เห็นด้วย ☐ 7.2 ไม่เห็นด้วยระบุเหตุผล.....

8) ท่านเห็นด้วยหรือไม่กับ**การจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ** <u>**ที่หอผู้ป่วยใน**</u>
(เช่น การมีห้องพิเศษสะดวกสบาย มีห้องบริการที่ไม่แออัด ได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง ฯลฯ)
☑ 8.1 เห็นด้วย ☐ 8.2 ไม่เห็นด้วยระบุเหตุผล.....

9) ท่านเห็นด้วยหรือไม่กับ**การจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ** <u>**ในการผ่าตัดที่ไม่วิกฤตและไม่ฉุกเฉิน**</u>
☑ 9.1 เห็นด้วย ☐ 9.2 ไม่เห็นด้วยระบุเหตุผล.....

10) หากมี**การจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ** ท่านคิดว่าทำให้ได้รับบริการรวดเร็วขึ้นหรือไม่
☑ 10.1 เห็นด้วย ☐ 10.2 ไม่เห็นด้วย ☐ 10.3 ไม่แน่ใจ

11) หากมี**การจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ** ท่านจะใช้บริการหรือไม่
☑ 11.1 ใช้บริการ ☐ 11.2 ไม่ใช้บริการ ☐ 11.3 ไม่แน่ใจ

12) คลินิกพิเศษเฉพาะทาง**การจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ**ที่ท่านต้องการให้เปิดบริการ
☐ 12.1 อายุรกรรม ☐ 12.2 ศัลยกรรม ☐ 12.3 กระดูกและข้อ ☐ 12.4 สูตินรีเวช
☐ 12.5 กุมารเวชกรรม ☐ 12.6 หู คอ จมูก ☐ 12.7 จักษุ ☐ 12.8 ทันตกรรม
☐ 12.9 แพทย์แผนไทย ☐ 12.10 กายภาพบำบัด ☐ 12.11 ตรวจสุขภาพ ☐ 12.12 อื่นๆระบุ.....

13) หากมีการจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ จะทำให้เลือกแพทย์เฉพาะทางได้สะดวกกว่า

☐ 13.1 เห็นด้วย ☐ 13.2 ไม่เห็นด้วย ☐ 13.3 ไม่แน่ใจ

14) หากมีการจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ จะทำให้สามารถลดระยะเวลารอคอยคิวผ่าตัดได้

☐ 14.1 เห็นด้วย ☐ 14.2 ไม่เห็นด้วย ☐ 14.3 ไม่แน่ใจ

15) หากมีการจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ ท่านสะดวกมาใช้บริการช่วงเวลาใด

☐ 15.1 เวลา 08.00 น. – 16.00 น. ☐ 15.2 เวลา 17.00 น. – 21.00 น.

☐ 15.3 เวลา 21.00 น. เป็นต้นไป ☐ 15.4 เวลา 24 ชั่วโมง

16) หากมี**การจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ** **ท่านยินดีที่จะจ่ายค่าบริการ**เพิ่มหรือไม่ (โดยจ่ายเพิ่มเติมส่วนต่างจากสิทธิเดิม)

☐ 16.1 ยินดีจ่ายเพิ่ม ☐ 16.2 ไม่ยินดีจ่ายเพิ่ม ☐ 16.3 ไม่แน่ใจ

17) หากมี**การจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ ท่านสมัครใจที่จะจ่ายค่าบริการในส่วนใดบ้างเพิ่ม**

☐ 17.1 ค่าค่าธรรมเนียมแพทย์ ☐ 17.2 ค่าบริการทางการแพทย์

☐ 17.3 ค่าห้องพิเศษ ☐ 17.4 อื่นๆ (ระบุ).....

18) หากโรงพยาบาลต้อง**การจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ** ท่านอยากให้จัดบริการนี้อยู่ที่ใด

☐ 18.1 จัดบริการในโรงพยาบาล แต่ให้มีการแยกส่วนชัดเจน

☐ 18.2 จัดบริการนอกโรงพยาบาล หรือสถานที่อื่นๆ

☐ 18.3 อื่นๆ (ระบุ).....

19) หากมี**การจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ ในแผนกผู้ป่วยนอก** ท่านอยากได้บริการอะไรมากที่สุด

.....

.....

ระบุเหตุผล.....

.....

.20) หากมี**การจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ ในแผนกผู้ป่วยใน** ท่านอยากได้บริการอะไรบ้าง

.....

.....

ระบุเหตุผล.....

.....

21) หากมี**การจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ ในแผนกผ่าตัด** ท่านอยากได้บริการอะไรบ้าง

.....

.....

ระบุเหตุผล.....

.....

22) ข้อเสนอแนะอื่นๆ .....

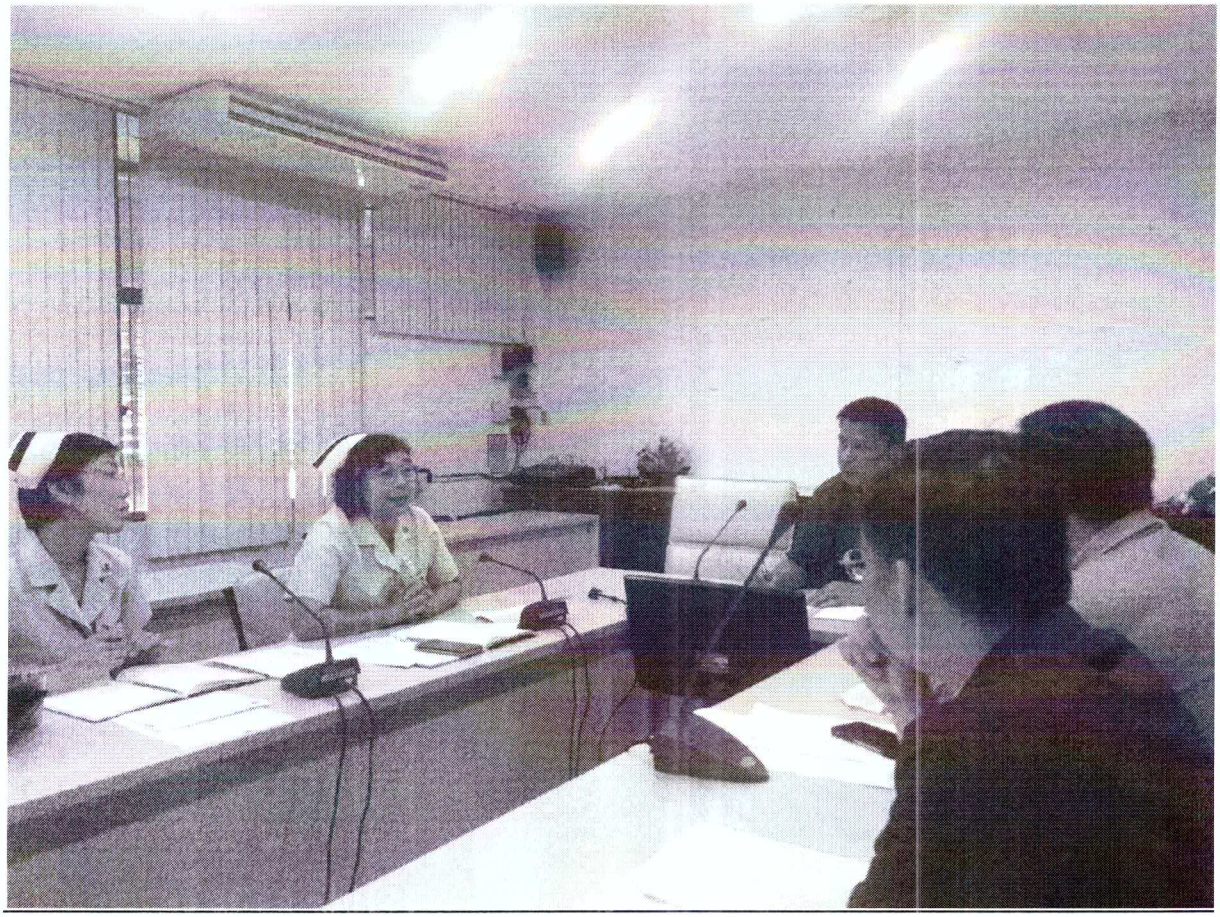
.....

.....

**ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ตอบแบบสอบถาม**

# โครงการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอก

# เวลาราชการ (Special Medical Clinic : SMC)



# ประชุม-อบรม ร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

รายงานการประชุม

เปิดคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ

ครั้งที่ ๔-๑/๒๕๖๒

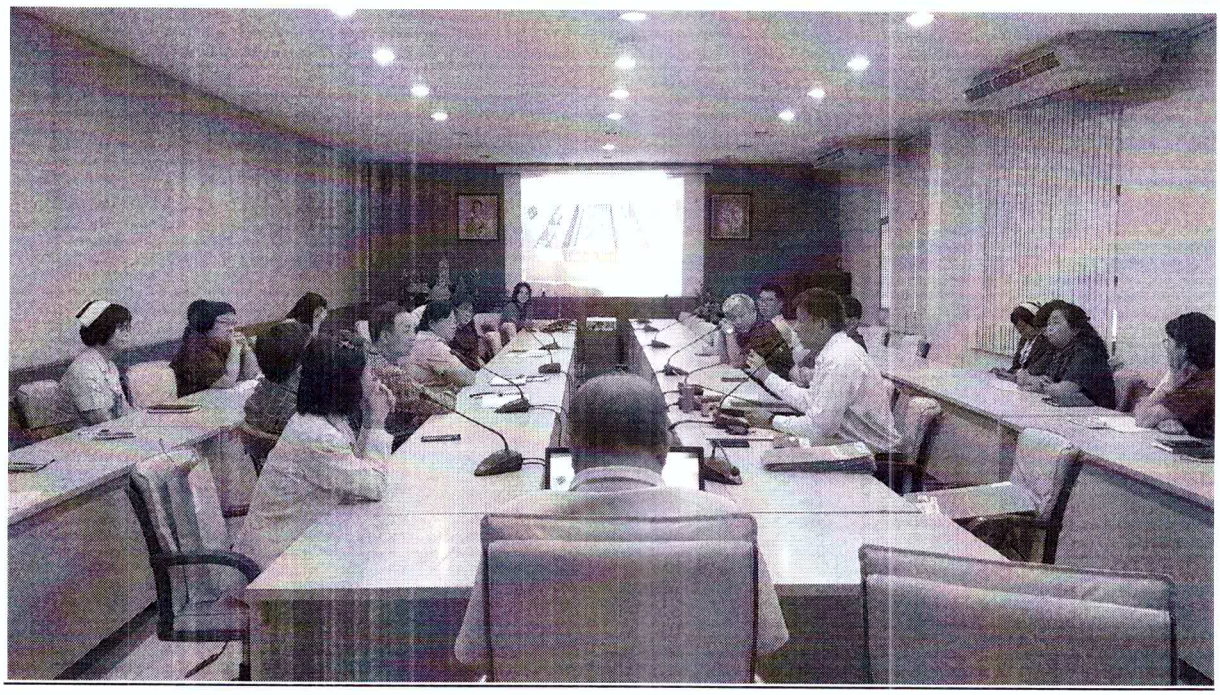
วันจันทร์ที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๒

ณ ห้องประชุมแก่นจันทร์ ชั้น ๒ อาคารอำนวยการ

| ชื่อ สกุล (ตัวบรรจง) | ลายมือชื่อ |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

# โครงการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอก

# เวลาราชการ (Special Medical Clinic : SMC)



# ประชุม-อบรม ร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

# บันทึกข้อความ

**ส่วนราชการ** คลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ (SMC) โทร ๐๓๒ ๗๑๙ ๖๐๐ ต่อ ๑๘๑๓

**ที่** รบ ๐๐๓๒.๑๐๓.๑๐.๑/๔ **วันที่** ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๓

**เรื่อง** ขออนุญาตเผยแพร่ข้อมูลผ่าน web site

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

ด้วยกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรการ ๓ ป.๑ ค. (ปลูก/ปลุกจิตสำนึก ป้องกัน ปราบปรามและเครือข่าย) ในการป้องกันและปราบปรามการทุจริต มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน (Integrity and Transparency Assessment: ITA) อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดให้มีการจัดทำโครงการที่มีประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมและต้องจัดให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ประชาชนสามารถตรวจสอบได้ เพื่อสะท้อนถึงคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินการของหน่วยงาน จึงได้จัดทำ “โครงการคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ (SMC) โรงพยาบาลราชบุรี”

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารลงบนเว็บไซต์ http://www.rajburi.org/rajburi/ ของโรงพยาบาลราชบุรีหรือช่องทางอื่นๆต่อไป

สมถวิล สารสาส

(นางสมถวิล สารสาส)
พยาบาลวิชาชีพ

ชอบ

**(นายพิเชียร วุฒิสถิรภิญโญ)**
**ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี**

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลราชบุรี
ตามประกาศโรงพยาบาลราชบุรี
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลราชบุรี

**แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลราชบุรี**

ชื่อหน่วยงาน: คลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ (SMC) โรงพยาบาลราชบุรี

วัน/เดือน/ปี: 17 มีนาคม 2563

หัวข้อ: โครงการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ (SMC) โรงพยาบาลราชบุรี

รายละเอียดข้อมูล(โดยสรุปหรือเอกสารแนบ).
กิจกรรมรับสมัครอาสาสมัครมาร่วมแสดงความคิดเห็น
มาร่วมจัดทำโครงการ และร่วมดำเนินการตามโครงการ

Linkภายนอก:

หมายเหตุ:

**ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล**

(น.ส.อรรณิกา คล้ายพลงั้ง)
ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไป
วันที่ 17 มีนาคม 2563

**ผู้อนุมัติรับรอง**

(สมศักดิ์)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
วันที่ 17 มีนาคม 2563

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

(.....)
ตำแหน่ง (นางสาวกฤษา ปริกษาการ)
วันที่ ๑๙ มี.ค. ๒๕๖๓