



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ โรงพยาบาลห้างฉัตร อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง ๕๒๑๙๐

ที่ ลป ๐๐๓๒.๓๐๒/๑๐๕

วันที่ ๑๐ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

เรื่อง สรุปผลการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน และเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร

ตามที่โรงพยาบาลห้างฉัตร เป็นหน่วยงานที่มีการจัดการศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน และเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ นั้น

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบที่ ๒ (รอบ ๖ เดือน) ตั้งแต่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๕ – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ โรงพยาบาลห้างฉัตร มีผลการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียน ดังนี้

๑. เรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน มีเรื่องร้องเรียน จำนวน ๒ เรื่อง ดังรายละเอียดแนบท้ายนี้

ในส่วนการดำเนินงานตามแนวทางการปฏิบัติงานของการจัดการข้อร้องเรียน ของศูนย์รับเรื่องร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร มีแนวทาง คือ คู่มือการปฏิบัติงานการจัดการข้อร้องเรียน โรงพยาบาลห้างฉัตร ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๕ ไม่มีปัญหา หรืออุปสรรคในการดำเนินงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณา

(นางสาวณิรรา ใจจ่อม)
นักประชาสัมพันธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร
เห็นควรอนุมัติตามผู้รับผิดชอบเสนอ

(นายอนุพงษ์ แก้วมา)

หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์
และสารสนเทศทางการแพทย์
โรงพยาบาลห้างฉัตร

อนุมัติ

พันโท

(ศุภชัย คุสุวรรณ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังเหนือ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

แบบฟอร์ม Complaint_01

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพฯ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวนิรราใจจุ่ม โทรศัพท์ : 054-269506-0
 ขอรายงานว่า มีข้อร้องเรียน ประจำเดือน มิถุนายน

ลำดับ	วันเดือนปี เวลา	ชื่อ / ที่อยู่ / โทรศัพท์ ผู้ร้องเรียน	ผ่านช่องทาง	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ระดับของข้อร้องเรียน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	วิธีการ และผลการดำเนินงานแก้ไข / ปรับปรุง	วันที่ตอบกลับผู้ร้องเรียน (วัน/เดือน/ปี)
1	17/6/65	นายพงษ์ศักดิ์ จินะใจหาญ	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input checked="" type="checkbox"/> เว็บบอร์ด/E-MAIL <input type="checkbox"/> อื่นๆ	- เจ้าหน้าที่จุดบริการฉีดวัคซีนไม่เจ็ด แอดกอสอลีในขณะที่ให้บริการฉีดวัคซีน	มีมูล <input type="checkbox"/> ระดับ 1 <input checked="" type="checkbox"/> ระดับ 2 <input type="checkbox"/> ระดับ 3 <input type="checkbox"/> ระดับ 4 <input type="checkbox"/> ไม่มีมูล	- หัวหน้าศูนย์วัคซีน โควิด โรงพยาบาลห้างฉัตร	- ติดต่อกลับผู้ร้องเรียน ทศคุย สอบถามข้อมูล และแจ้งขั้นตอนการให้บริการในการฉีดวัคซีนที่ถูกต้องให้ผู้ร้องเรียนทราบ	17/6/65

หมายเหตุ - ระดับของข้อร้องเรียน มี 4 ระดับ : ระดับ 1 ข้อคิดเห็น, คำชมเชย, สอบถามข้อมูล ระดับ 2 ข้อร้องเรียนเล็ก ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนหนักหรืออำนาจรอนานมี
 - ระยะเวลาของการดำเนินการตอบกลับผู้ร้องเรียน ไม่นเกิน 15 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับเรื่องร้องเรียน (ยกเว้นระดับ 3 ที่อาจตามความเหมาะสม)

แบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

แบบฟอร์ม Complaint_02

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพฯ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวนิรราใจจุ่ม โทรศัพท์ : 054-269506-0
 ขอรายงานว่า มีข้อร้องเรียน ประจำเดือน มิถุนายน

เดือน / ปี	จำนวนผู้ร้องเรียน (คน)	จำนวนข้อร้องเรียน				ผลการดำเนินงาน		เหตุผลที่ดำเนินการไม่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
		ช่องทาง	จำนวน (เรื่อง)	ระดับของข้อร้องเรียน	จำนวน (เรื่อง)	ตอบกลับภายใน 15 วันทำการ (เรื่อง)	ตอบกลับเกิน 15 วันทำการ (เรื่อง)	
มิถุนายน 65	1	เว็บบอร์ด/E-MAIL	1 เรื่อง	มีมูล - ระดับ 2	1 เรื่อง	1 เรื่อง	-	-

—แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

แบบฟอร์ม Complaint_01

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพฯ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวนิวรา ใจชุ่ม โทรศัพท์ : 054-269506-0
 ขอรายงานว่า มีข้อร้องเรียน ประจำเดือน กรกฎาคม

ลำดับ	วันเดือนปี เวลา	ชื่อ / ที่อยู่ / โทรศัพท์ ผู้ร้องเรียน	ผ่านช่องทาง	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ระดับของข้อร้องเรียน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	วิธีการ และผลการดำเนินงานแก้ไข / ปรับปรุง	วันที่ตอบกลับผู้ร้องเรียน (วันเดือนปี)
1	18/7/65	นาย วิชัย เมืองใจ	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ีบบอร์ด/E-MAIL <input type="checkbox"/> อื่นๆ	- เจ้าหน้าที่ พุดจาไม่ติดกับผู้รับบริการ ตะคอกต่อว่าผู้รับบริการ	มีมูล <input type="checkbox"/> ระดับ 1 <input checked="" type="checkbox"/> ระดับ 2 <input type="checkbox"/> ระดับ 3 <input type="checkbox"/> ระดับ 4 <input type="checkbox"/> ไม่มีมูล	- งานคลินิกพิเศษ	- แจ้งให้หัวหน้างานรับทราบโดยหัวหน้างานได้ตั้งเตือนในเรื่องพฤติกรรมรับบริการของเจ้าหน้าที่ผู้ที่ถูกร้องเรียน	18/7/65

หมายเหตุ - ระดับของข้อร้องเรียน มี 4 ระดับ : ระดับ 1 ข้อคิดเห็น, คำชมชม, สอบถามข้อมูล ระดับ 2 ข้อร้องเรียนเล็กน้อย ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนนอกเหนืออำนาจกรมอนามัย
 - ระยะเวลาของการดำเนินการตอบกลับผู้ร้องเรียน ไม่เกิน 15 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับเรื่องร้องเรียน (ยกเว้นระดับ 3 ที่อาจหาความเหมาะสม)

แบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

แบบฟอร์ม Complaint_02

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพฯ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวนิวรา ใจชุ่ม โทรศัพท์ : 054-269506-0
 ขอรายงานว่า มีข้อร้องเรียน ประจำเดือน กรกฎาคม

เดือน / ปี	จำนวนผู้ร้องเรียน (คน)	จำนวนข้อร้องเรียน			ผลการดำเนินงาน		เหตุผลที่ดำเนินการไม่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด	
		ช่องทาง	จำนวน (เรื่อง)	ระดับของข้อร้องเรียน	จำนวน (เรื่อง)	ตอบกลับภายใน 15 วันทำการ (เรื่อง)		ตอบกลับเกิน 15 วันทำการ (เรื่อง)
กรกฎาคม 65	1	ีบบอร์ด/E-MAIL	1 เรื่อง	มีมูล - ระดับ 2	1 เรื่อง	1 เรื่อง	-	-