



คู่มือการจัดการข้อร้องเรียน

ร้องเรียนการปฏิบัติงาน
หรือการบริการของเจ้าหน้าที่
ร้องเรียนเรื่องทั่วไป
ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔

โรงพยาบาลแม่ลาน้อย อำเภอแม่ลาน้อย
จังหวัดแม่ฮ่องสอน

คู่มือปฏิบัติงานการจัดการข้อร้องเรียน โรงพยาบาลแม่ลาน้อย อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

๑. หลักการและเหตุผล

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการการเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติราชการ มุ่งให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนให้เกิดความพึงพอใจและเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่องานบริการที่มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในการให้บริการ ไม่มีขั้นตอนปฏิบัติงานเกินความจำเป็น มีการปรับปรุงภารกิจให้ทันต่อสถานการณ์ ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองความต้องการ และมีการประผลการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ

๒. ขอบเขตการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานการจัดการข้อร้องเรียน

เพื่อจัดการเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ของโรงพยาบาลแม่ลาน้อย เป็นไปด้วยความถูกต้อง บริสุทธิ์ ยุติธรรม และเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยความรวดเร็วประสพผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งเพื่อเป็นการกำหนดรูปแบบขั้นตอนการรับ การตรวจสอบ การบันทึก การวิเคราะห์ การแจ้งผู้ร้องเรียน การประสานผู้ที่เกี่ยวข้อง/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปรับปรุงแก้ไข

๓. หน้าที่ความรับผิดชอบ

เป็นศูนย์กลางในการรับเรื่องราวร้องทุกข์ และให้บริการข้อมูลข่าวสาร ให้คำปรึกษา รับเรื่องปัญหาความต้องการและข้อเสนอแนะของประชาชน

๔. วัตถุประสงค์

๔.๑ เพื่อให้การดำเนินงานจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ของโรงพยาบาลแม่ลาน้อย มีขั้นตอน/กระบวนการ และแนวทางการปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน

๔.๒ เพื่อให้มั่นใจว่าได้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนด ระเบียบ หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ และเป็นหลักประกันความยุติธรรมในการดำเนินการ

๕. คำจำกัดความ

การจัดการข้อร้องเรียน มีความหมายครอบคลุมถึงการจัดการในเรื่องข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์/ข้อเสนอแนะ/คำชมเชย/การสอบถามหรือการขอข้อมูล

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมายถึง ผู้ที่ได้รับผลกระทบ ทั้งทางบวกและทางลบ ทั้งทางตรงและ ทางอ้อม จากการดำเนินการของส่วนราชการ เช่น ประชาชนใน ชุมชน/หมู่บ้าน

ผู้ร้องเรียน หมายถึง ประชาชนทั่วไป / ผู้มีส่วนได้เสียที่มาติดต่อยังศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลแม่ลาน้อยผ่านช่องทางต่างๆโดยมีวัตถุประสงค์ครอบคลุมการร้องเรียน/ การให้ข้อเสนอแนะ/ การให้ข้อคิดเห็น/การ ชมเชย/การร้องขอข้อมูล

เรื่องร้องเรียน หมายถึง ความเดือดร้อนเสียหายอันเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆของเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข เช่นการประพฤตินิยมชอบตามประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือนและจรรยาข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือพบความผิดปกติในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างในส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข การบรรจุแต่งตั้งข้าราชการ พนักงานราชการและลูกจ้าง ข้อเสนอแนะ หรือข้อคิดเห็นต่างๆ

ช่องทางการรับข้อร้องเรียน หมายถึง ช่องทางต่างๆ ที่ใช้ในการรับเรื่องร้องเรียนเช่นติดต่อด้วยตนเอง ร้องเรียน ทางโทรศัพท์

การดำเนินการเรื่องร้องเรียน หมายถึง เรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ที่ได้รับ ผ่านช่องทางการร้องเรียนต่างๆ มาเพื่อทราบ หรือพิจารณาดำเนินการแก้ไขปัญหาตามอำนาจหน้าที่

๘.ระยะเวลาในการตอบสนองข้อร้องเรียน หมายถึง เวลาในการดำเนินการจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

ลำดับ	ประเภท	เวลาในการดำเนินการ
๑.	ผู้ร้องเรียนติดต่อเพื่อ ข้อเสนอแนะ/ให้ความเห็น/สอบถามข้อมูล/ขอข้อมูล	ไม่เกิน ๓ วันทำการ
๒.	ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อนสามารถแก้ไขได้โดยโรงพยาบาลแม่ลา	ไม่เกิน ๓๐ วันทำการ
๓.	ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อนไม่สามารถแก้ไขได้โดยโรงพยาบาลแม่ลา	ไม่เกิน ๓๐ วันทำการ หรือตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในเรื่องนั้นๆ

๙.ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

๙.๑ จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการไกล่เกลี่ย และคณะกรรมการความเสี่ยง

๙.๒ จัดทำจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องทุกข์ เพื่อความสะดวกในการประสานงาน

๑๐. การรับและตรวจสอบข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ จากช่องทางต่างๆ

ช่องทาง	ความถี่ในการตรวจสอบ	ระยะเวลาดำเนินการรับข้อร้องเรียนเพื่อประสาน
ติดต่อด้วยตนเอง	ทุกครั้งที่มีผู้มาติดต่อ	ภายใน ๑ วัน
โทรศัพท์	ทุกครั้งที่มีโทรศัพท์เข้ามา	ภายใน ๑ วัน
หนังสือ หรือโทรสาร	ทุกครั้งที่มีหนังสือหรือโทรสารเข้ามา	ภายใน ๑ วัน นับจากวันทำงาน สารบรรณลงเลขรับหนังสือ
ผู้รับความคิดเห็น	ทุกครั้งที่มีพบว่ามีเอกสาร ในวันราชการโดยเจ้าหน้าที่กรมการความเสี่ยง	เปิดผู้รับความคิดเห็นและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใน ๑ วัน
Internet	ทุกวันทำการ	กรมการบริหารความเสี่ยงและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใน ๑ วัน
เรื่องแจ้งผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน	ทุกครั้งที่มีหนังสือ เข้ามา	ภายใน ๑ วัน นับจากวันทำงาน สารบรรณลงเลขรับหนังสือ

๑๑. การบันทึกข้อร้องเรียน

๑๑.๑ แบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ รพ.แม่ลำน้อย

๑๑.๒ ทุกช่องทางที่มีการร้องเรียน เจ้าหน้าที่ต้องบันทึกข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์

๑๒. การประสานหน่วยงานเพื่อแก้ปัญหาข้อร้องเรียน /ร้องทุกข์ และการแจ้งผู้ร้องเรียน/ร้องทุกข์ทราบ

กรณีเป็นการขอข้อมูลข่าวสาร ประสานหน่วยงานผู้ครอบครองเอกสาร เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ร้องขอได้ทันที

๑๓. การติดตามแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน

ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรายงานผลการดำเนินการให้ทราบภายใน ๗ วันทำการ เพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

๑๔. การรายงานผลการดำเนินการให้ผู้บริหารทราบ

๑๔.๑ ให้รวบรวมและรายงานสรุปการจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ให้ผู้บริหารทราบทุกเดือน

๑๔.๒ ให้รวบรวมรายงานสรุปข้อร้องเรียนจำนวน ๒ รอบ คือรอบ ๖ เดือน และรอบ ๑๒ เดือน เพื่อนำมาวิเคราะห์การจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ในภาพรวมของหน่วยงาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา องค์กร ต่อไป

๑๕. มาตรฐานงาน

การดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด กรณีได้รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ให้ดำเนินการตรวจสอบและพิจารณาส่งเรื่องให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด

๑๖. แบบฟอร์ม

แบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ รพ.แม่ลำน้อย

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น(มาตรา ๔๑)

๑๗. จัดทำโดย

คณะกรรมการความเสี่ยงโรงพยาบาลแม่ลำน้อย

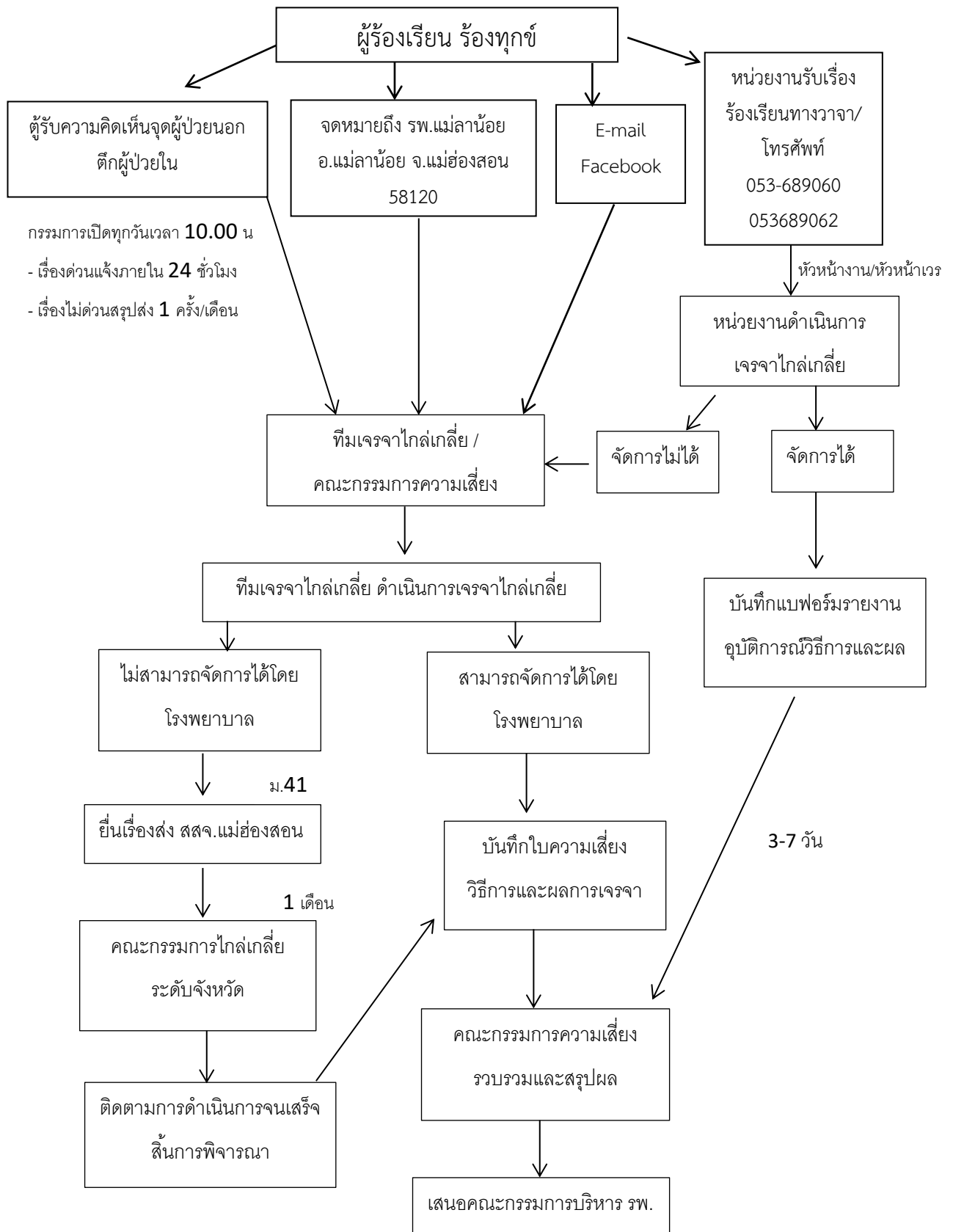
- หมายเลขโทรศัพท์ ๐๕๓-๖๘๙๐๖๐, ๐๕๓-๖๘๙๐๖๒

- หมายเลขโทรสาร ๐๕๓๖๘๙๐๖๒

- เว็บไซต์ <http://www.maelanoihospital.go.th>

- Face Book โรงพยาบาลแม่ลำน้อย

แผนผังระบบจัดการข้อร้องเรียน รพ.แม่ลาน้อย



เรื่องร้องเรียนทั่วไป ติดต่อ กลุ่มการพยาบาล 053-689060 ต่อ 114 ,101
 เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการจัดซื้อ จัดจ้าง ติดต่อ กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป 053-689060 ต่อ 106 ,103
 เรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ติดต่อ กลุ่มงานเภสัชและคุ้มครองผู้บริโภค 053-689060 ต่อ 116
 เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับกรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ติดต่อ กลุ่มงานประกันฯ 053-689060 ต่อ 120 ,111

แบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ โรงพยาบาลแม่ลาน้อย HOIR NO.....
 เหตุการณ์เกิดวันที่.....เวลา.....วันที่เขียนรายงาน.....
 หน่วยงานผู้พบเหตุการณ์.....หน่วยงานที่เกิดเหตุการณ์.....
 บรรยายเหตุการณ์ (ไม่พอด้านหลัง).....

กิจกรรมการแก้ไขเบื้องต้น

แก้ไขไม่ได้ (ประสานหน่วยงานแล้วแก้ไขไม่ได้ / ส่ง RM) แก้ไขได้ เสร็จสิ้นในวันที่.....

ระดับความรุนแรงด้านคลินิกและด้านยา	A	B	C	D	E	F	G	H	I
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ระดับความรุนแรงด้านทั่วไป	1	2	3	4	5
---------------------------	---	---	---	---	---

ที่ประเมินได้ระดับนี้เพราะ.....

ลงชื่อ.....ผู้พบ / รายงาน
 (.....)

หัวหน้ากลุ่มงานรับทราบ

ลงชื่อ..... หัวหน้ากลุ่มงาน/งาน

เหตุการณ์เคยเกิดในกลุ่มงานหรือไม่

ข้อเสนอแนะของหัวหน้ากลุ่มงาน

ไม่เคย เคย ครั้งที่.....

.....

ความต้องการหน่วยงาน เปิดเผยได้ ลับ

.....

สำหรับงานบริหารความเสี่ยง รายงานไปที่

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ผ่านหน่วยงานหลัก.....

นำเข้าทีมนำ ทีมคร่อมสายงาน หน่วยงาน.....วันที่.....

ประเภทอุบัติการณ์

ทางคลินิก ระบบยา การป้องกันควบคุมการติดเชื้อ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล

อาชีวอนามัยและความปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่ อื่นๆ เช่น สิทธิผู้ป่วย/พฤติกรรมบริการ/ เครื่องมือ ฯลฯ

อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นเป็นอุบัติการณ์ เกิดขึ้นใหม่ เคยเกิดมาแล้ว ครั้งที่.....

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (มาตรา 41)

หน่วยรับเรื่องร้องเรียน.....

วันที่ยื่นคำร้อง.....

1. รายละเอียดของผู้รับบริการ

1.1. ชื่อ - สกุล.....

1.2. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

1.3. อาชีพ.....รายได้.....สถานภาพอื่น.....

1.4. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....

2. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล

2.1. ชื่อหน่วยบริการ.....

2.2. สถานที่ตั้ง.....

2.3. วันที่เข้ารับการรักษาพยาบาล.....

2.4. เหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล.....

2.5. วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

2.6. ความเสียหายที่เกิดขึ้นได้แก่.....

รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (กรณีผู้ยื่นคำร้องไม่ใช่เป็นผู้รับบริการ)

2.7. ชื่อ - สกุล.....

2.8. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

2.9. ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

2.10. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....

3. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

3.1.

3.2.

3.3.

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

4. หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้รับบริการ
 ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ.....ขอมอบ
 อำนาจให้.....เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อ
 ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ
 ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้
 เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

แบบบันทึกเรื่องร้องเรียน

เลขที่ปัญหา.....

วันที่รับแจ้ง.....เวลา.....น.

ข้อมูลการรับเรื่อง

ชื่อผู้แจ้ง.....ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

ที่อยู่.....เบอร์ โทรศัพท์.....

ช่องทางรับเรื่อง.....ผู้รับเรื่อง.....

ข้อมูลผู้รับบริการ

ชื่อผู้รับบริการ.....

เลขที่ประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี เพศ.....

สิทธิ.....เลขที่บัตรประกันสุขภาพ.....จังหวัดที่ลงทะเบียน.....

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....หน่วยบริการรับส่งต่อ.....

รายละเอียดเรื่องร้องเรียน

ประเด็นเรื่องร้องเรียน.....

หน่วยบริการที่ถูกร้องเรียน.....จังหวัด.....

สรุปประเด็นเรื่องร้องเรียน

.....
.....
.....
.....

สถานะของเรื่อง.....

สรุปยุติเรื่องร้องเรียน

.....
.....
.....
.....

วันที่ยุติ.....จำนวนวันที่แก้ไขปัญหา.....วันทำการ

.....ผู้รายงาน/ผู้บันทึก

แบบแจ้งผลการดำเนินการต่อเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

ที่ มส.0032.303/.....

โรงพยาบาลแม่ลาน้อย

อ.แม่ลาน้อย จ.แม่ฮ่องสอน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง แจ้งผลการดำเนินการต่อเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

เรียน.....

ตามที่โรงพยาบาลแม่ลาน้อย ได้แจ้งตอบรับการรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียนของท่านตามที่ท่านได้ร้อง
ทุกข์/ร้องเรียนไว้ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

โรงพยาบาลแม่ลาน้อย ได้รับแจ้งผลการดำเนินการจากส่วนราชการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตาม
ประเด็นที่ท่านได้ร้องทุกข์/ร้องเรียนแล้ว ปรากฏข้อเท็จจริงโดย

สรุปโดย

.....
.....
.....ดังมีรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้

ทั้งนี้ หากท่านไม่เห็นด้วยประการใด ขอให้แจ้งคัดค้านพร้อมพยานหลักฐานประกอบด้วย

จึงแจ้งมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายบัณฑิต ดวงดี)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแม่ลาน้อย

โรงพยาบาลแม่ลาน้อย

โทร 053 689-๐๖๐

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการโรงพยาบาลแม่ลาน้อย
 ตามประกาศโรงพยาบาลแม่ลาน้อย
 เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๔
 สำหรับหน่วยงานในราชการโรงพยาบาลแม่ลาน้อย

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลแม่ลาน้อย	
ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลแม่ลาน้อย วัน/เดือน/ปี : หัวข้อ : รายละเอียดข้อมูล Link ภายนอก : หมายเหตุ :	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล	ผู้อนุมัติรับรอง
() ตำแหน่ง วันที่ เดือน พ.ศ.	() ตำแหน่ง วันที่ เดือน พ.ศ.
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่	
() ตำแหน่ง วันที่ เดือน พ.ศ.	