



# คู่มือการปฏิบัติงาน การจัดการเรื่องร้องเรียน

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

โรงพยาบาลสบปราบ

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง

## คำนำ

คู่มือการปฏิบัติงานรับเรื่องร้องเรียนของโรงพยาบาลสบปราบฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียนของโรงพยาบาลสบปราบ ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์ใช้เป็นแนวทางในการบริการข้อมูลข่าวสาร รับฟังข้อเสนอแนะ อย่างมีประสิทธิภาพ และร้องเรียน อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ได้ ช้อยุติ มีความรวดเร็ว สามารถปฏิบัติตามขั้นตอน/กระบวนการ และแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจนเพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

โรงพยาบาลสบปราบ

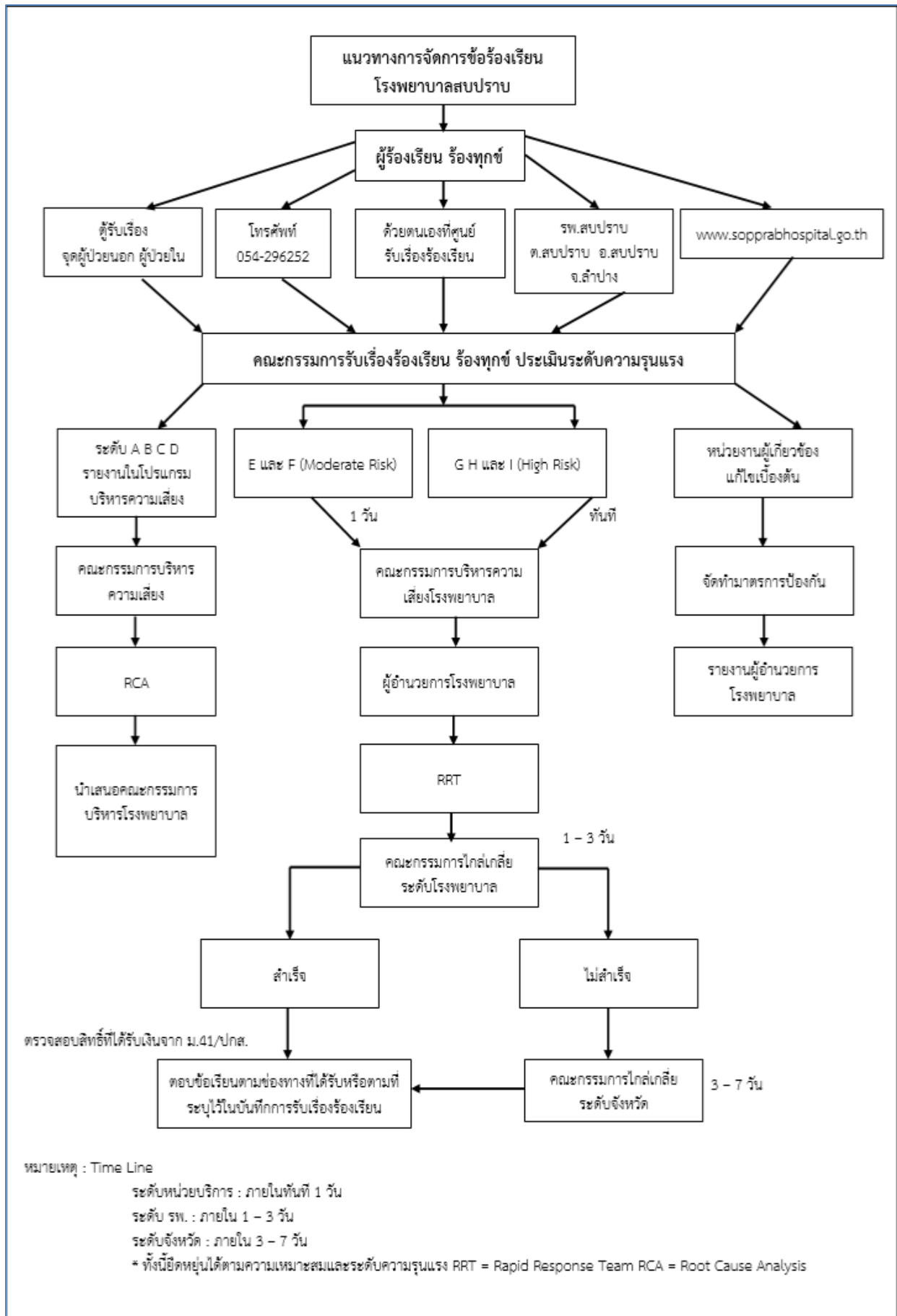
**๑. วัตถุประสงค์**

เพื่อให้การดำเนินการเรื่องร้องเรียนของโรงพยาบาลสบปราบ เป็นไปในแนวเดียวกัน สอดคล้องกับการพัฒนางาน มีการปฏิบัติตามข้อกำหนด ระเบียบ และหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจัดการข้อร้องเรียนอย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ

**๒. ขอบเขต**

คู่มือการปฏิบัติงานรับเรื่องร้องเรียนของโรงพยาบาลสบปราบฉบับนี้ ครอบคลุมขั้นตอนการจัดการเรื่องร้องเรียนของหน่วยงานในโรงพยาบาลสบปราบทุกขั้นตอน

**๓. ขั้นตอนการรับเรื่องร้องเรียน**



#### ๔. การบันทึกเรื่องร้องเรียน

เมื่อรับเรื่องร้องเรียนทุกช่องทางแล้วเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจะดำเนินการบันทึกในโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล

#### ๕. การวิเคราะห์เรื่องร้องเรียน

คณะกรรมการเรื่องร้องเรียนจะดำเนินการส่งต่อเรื่องร้องเรียนไปสู่ทีมที่รับผิดชอบให้วิเคราะห์เรื่องร้องเรียน รวมทั้งดำเนินการปรับปรุงแก้ไข และตอบกลับมายังศูนย์รับเรื่องร้องเรียนเพื่อบันทึกข้อมูลในภาพรวมระดับโรงพยาบาล

#### ๖. การแจ้งกลับผู้ร้องเรียน

- แจ้งกลับโดยทางโทรศัพท์ได้ทันที (กรณีผู้ร้องเรียนแจ้งเบอร์โทรศัพท์)
- กรณีเรื่องร้องเรียนที่เป็นหนังสือแจ้ง ดำเนินการตอบทางหนังสือภายใน ๓ วัน

#### ๗. ดำเนินการแก้ไขระบบรายงานที่ยังไม่ครบมาตรฐาน

#### ๘. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดำเนินการสรุปผลรายงานต่อกรรมการบริหารทุกเดือน

#### ๙. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบจัดการเรื่องร้องเรียน / ร้องทุกข์ ของหน่วยงาน

๙.๑ จัดตั้งศูนย์ / จุดรับข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ ของประธาน

๙.๒ จัดทำคำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์

๙.๓ แจ้งผู้รับผิดชอบตามคำสั่งโรงพยาบาลสปราบ เพื่อความสะดวกในการประสานงาน

#### ๑๐. การรับและตรวจสอบข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ จากช่องทางต่างๆ

ดำเนินการรับและติดตามตรวจสอบข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ ที่เข้ามาถึงหน่วยงานจากช่องทางต่างๆ โดยมีข้อปฏิบัติตามที่กำหนด ดังนี้

ช่องทาง	ความถี่ในการตรวจสอบช่องทาง	ระยะเวลาดำเนินการรับข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ เพื่อประสานหาทางแก้ไขปัญหา	หมายเหตุ
ร้องเรียนด้วยตนเอง ณ ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ โรงพยาบาลสปราบ	ทุกครั้งที่มีการร้องเรียน	ภายใน ๑ วันทำการ	
ร้องเรียนผ่านผู้รับเรื่องร้องเรียน	ทุกวัน	ภายใน ๑ วันทำการ	
ร้องเรียนทางโทรศัพท์	ทุกวัน	ภายใน ๑ วันทำการ	
ร้องเรียนทาง Facebook	ทุกวัน	ภายใน ๑ วันทำการ	

#### ๑๑. การบันทึกข้อร้องเรียน

๑๑.๑ กรอกแบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ โดยมีรายละเอียด ชื่อ-สกุล ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ เรื่องร้องเรียน / ร้องทุกข์และสถานที่เกิดเหตุ

๑๑.๒ ทุกช่องทางที่มีการร้องเรียน เจ้าหน้าที่ต้องบันทึกข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ ลงสมุดบันทึก  
ร้องเรียน / ร้องทุกข์

## ๑๒. การประสานหน่วยงานเพื่อแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ และการแจ้งผู้ร้องเรียน / ร้องทุกข์

๑๒.๑ กรณีเป็นการขอข้อมูลข่าวสาร ประสานหน่วยงานผู้ครอบครองเอกสาร เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง  
เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ร้องขอได้ทันที

๑๒.๒ ข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ ที่เป็นการร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการของหน่วยงาน เช่น  
มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข ไม่ได้ได้รับความสะดวกตามสมควร ถูกเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มี  
สิทธิจะเรียกเก็บ ไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด เรื่องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา ๔๑  
เป็นต้น จัดทำบันทึกข้อความเสนอไปยังผู้บริหารเพื่อสั่งการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเบื้องต้นอาจ  
โทรศัพท์แจ้งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๑๒.๓ ข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ ที่ไม่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสพปราบ ให้ดำเนินการประสาน  
หน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความรวดเร็วและถูกต้อง ในการแก้ไขปัญหาต่อไป

๑๒.๔ ข้อร้องเรียนที่ส่งผลกระทบต่อหน่วยงาน เช่น กรณี ผู้ร้องเรียนทำหนังสือร้องเรียนความโปร่งใส  
ในการจัดซื้อจัดจ้าง ให้เจ้าหน้าที่จัดทำบันทึกข้อความเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณาสั่งการไปยัง  
หน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อดำเนินการตรวจสอบและแจ้งผู้ร้องเรียนทราบ ต่อไป

## ๑๓. การติดตามแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน

ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรายงานผลการดำเนินการให้ทราบภายใน ๕ วันทำการ เพื่อเจ้าหน้าที่ศูนย์ ฯ  
จะได้แจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบ ต่อไป

## ๑๔. การรายงานผลการดำเนินการให้ผู้บริหารทราบ

๑๔.๑ ให้รวบรวมและรายงานสรุปการจัดการข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ ให้ผู้บริหารทราบทุกเดือน  
จัดการข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ ในภาพรวมของหน่วยงาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา  
องค์กร ต่อไป

## ๑๕. มาตรฐานงาน

การดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด กรณีได้รับเรื่อง  
ร้องเรียน / ร้องทุกข์ ให้ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์โรงพยาบาลสพปราบ ดำเนินการตรวจสอบและพิจารณาส่ง  
เรื่องให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ให้แล้วเสร็จภายใน ๑๕ วันการ

## ๑๖. แบบฟอร์ม

แบบฟอร์มใบรับแจ้งเหตุเรื่องราวร้องเรียน / ร้องทุกข์ (ภาคผนวก)

## ๑๗. จัดทำโดยศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์โรงพยาบาลสพปราบ

- หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๕๔๒๙ ๖๐๘๕ , ๐ ๕๔๒๙ ๖๒๕๒
- หมายเลขโทรสาร ๐ ๕๔๒๙ ๖๒๕๓
- เว็บไซต์ [www.sopprabhospital.go.th](http://www.sopprabhospital.go.th)

# ภาคผนวก

คำร้องเรียนของผู้ใช้บริการ  
โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง

วันที่..... เวลา.....

ชื่อผู้รับบริการ..... (ไม่ต้องระบุชื่อ-สกุล หากท่านไม่ต้องการ)

ที่อยู่..... โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

หน่วยบริการ (ให้ท่านทำเครื่องหมาย X หน้าชื่อหน่วยงานที่ต้องการร้องเรียน)

- |                           |                  |   |
|---------------------------|------------------|---|
| 1. ห้องบัตร               | 5. ห้องตรวจเลือด | 9. ห้องเอ็กซเรย์                          |
| 2. ห้องฉุกเฉิน            | 6. ห้องฟัน       | 10. คลินิกโรคเรื้อรัง (เบาหวาน / ความดัน) |
| 3. หน้าห้องตรวจผู้ป่วยนอก | 7. ห้องยา        | 11. ห้องให้คำปรึกษา                       |
| 4. ห้องตรวจโรคทั่วไป      | 8. ห้องส่งเสริม  | 12. ตึกผู้ป่วยใน                          |

อื่นๆโปรดระบุ

.....

คำร้องเรียน

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

ลงชื่อ.....ผู้ร้องเรียน/ผู้ให้ข้อเสนอแนะ



## แบบบันทึกเรื่องร้องเรียน

เลขที่ปัญหา.....

วันที่รับแจ้ง.....เวลา.....น.

### ข้อมูลการรับเรื่อง

ชื่อแจ้ง.....ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....

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

### ข้อมูลผู้รับบริการ

ชื่อผู้รับบริการ.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี เพศ.....

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

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

### รายละเอียดเรื่องร้องเรียน

ประเด็นเรื่องร้องเรียน.....

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

### สรุปประเด็นเรื่องร้องเรียน

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

สถานะของเรื่อง.....

### สรุปยุติเรื่องร้องเรียน

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

วันที่ยุติ.....จำนวนที่แก้ไขปัญหา.....วันทำการ

.....ผู้รายงาน / บันทึก