




แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง
 สำนักงานปลัดสาธารณสุข
 ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.๒๕๖๑
 สำหรับงานในราชการบริหารส่วนกลางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลกุยบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ วัน/เดือน/ปี : ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๗ หัวข้อ : ขออนุมัติประกาศเผยแพร่ ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียน	
รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือแนบเอกสาร) ขออนุมัติประกาศเผยแพร่ ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียน Link ภายนอก : หมายเหตุ :	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นางวลัยลักษณ์ ทศนนิติกอร์) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๗	ผู้อนุมัติรับรอง  (ว่าที่ร้อยตรีหญิงจิรัชญา กลีบสุวรรณ) ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) ราชการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุยบุรี วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๗
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นางสาวพัฒนิตา เชื้อชาติ) ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๗	

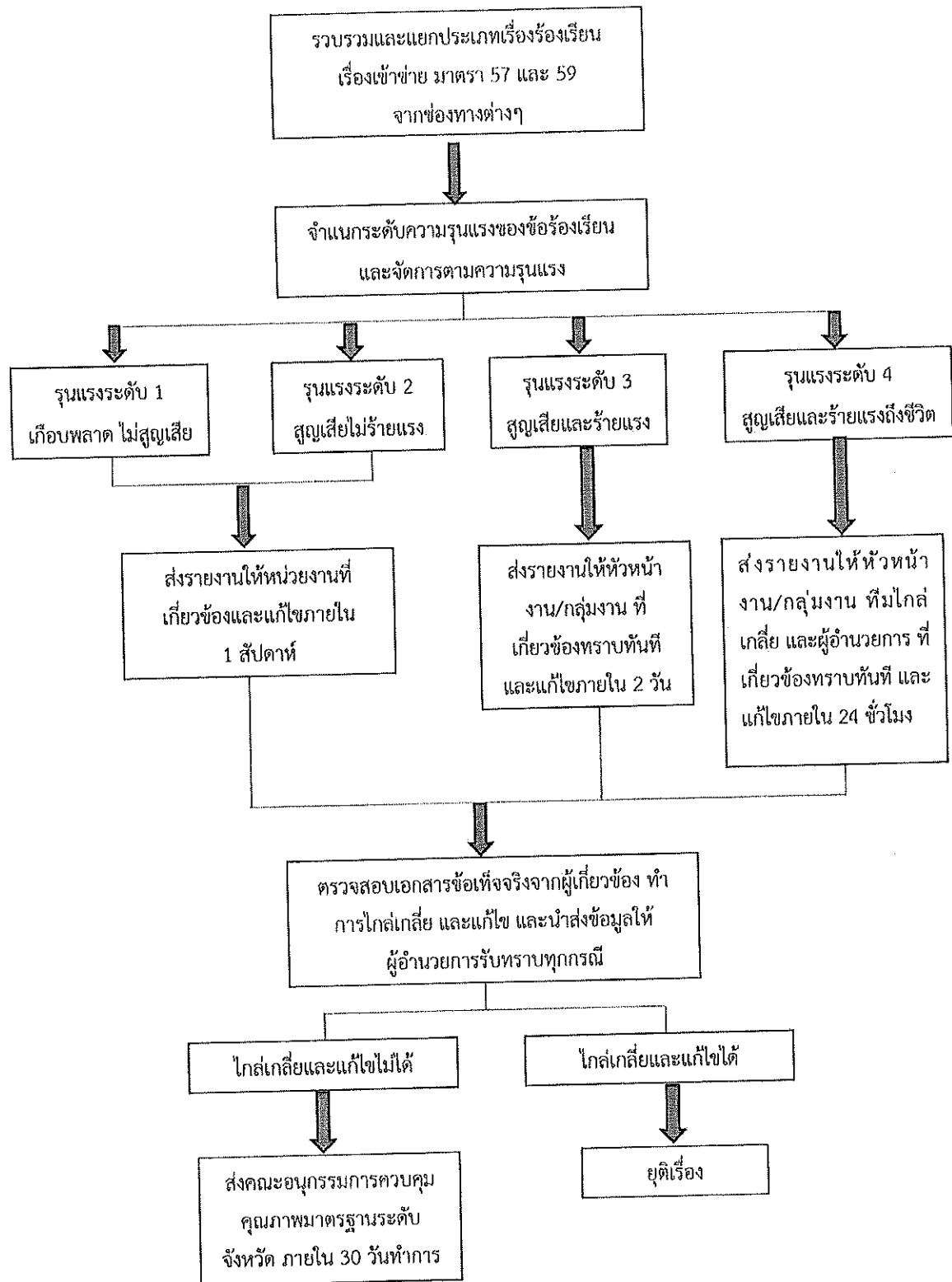
การดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลกุยบุรี

งานประกันสุขภาพ ทำหน้าที่เป็นศูนย์รับเรื่องร้องเรียน มีหัวหน้างานกลุ่มงานประกันสุขภาพฯ เป็นผู้รับผิดชอบ
ดำเนินการ

ลำดับ	ช่องทาง	การดำเนินการ	เบอร์ติดต่อ
1	ผู้รับความคิดเห็น	ผู้รับผิดชอบเปิดผู้รับความคิดเห็นทุกวัน จันทร์-พุธ- ศุกร์ เวลาราชการ และนำข้อร้องเรียนมา จำแนกระดับความรุนแรงและจัดการตาม ขั้นตอน	ผู้รับความคิดเห็น 10 ตู้ได้แก่ 1. อาคารผู้ป่วยใน 2. อาคารกายภาพบำบัด 3. คลินิกจิตเวช/ยาเสพติด 4. คลินิก ARV/ TB 5. จุดสแกนลายนิ้วมือ 6. หน้าห้องจ่ายยา 7. ช่างห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน 8. หน้าห้องประกันสุขภาพ 9. อาคารส่งเสริมสุขภาพ (ใหม่) 10.ทางขึ้นงานบริหาร
2	โทรศัพท์	<u>ในเวลาราชการ:</u> หากมีข้อร้องเรียนให้ติดต่อที่ งานประกันสุขภาพ หัวหน้างานประกันรับเรื่อง บันทึก จำแนกระดับ และจัดการตามขั้นตอน <u>นอกเวลาราชการ:</u> หากมีข้อร้องเรียนให้ติดต่อที่ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน หัวหน้าเวร รับเรื่อง บันทึก และส่งให้ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนจำแนกระดับ และจัดการตามขั้นตอน	งานประกันสุขภาพ : 032-682795 และ 032-681108 ต่อ 133 งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน : 032-681201 032-681108 ต่อ 113
3	จดหมาย/โทรสาร	ผู้รับจดหมายหรือโทรสาร นำเอกสารส่งให้ศูนย์ รับเรื่องร้องเรียนจำแนกระดับและจัดการตาม ขั้นตอน	ที่อยู่ : โรงพยาบาลบุรี 41/1 หมู่ 5 ตำบลกุยบุรี อำเภอกุยบุรี จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ 77150 โทรสาร : 032-681109
4	website	ผู้รับผิดชอบ ตรวจสอบข้อมูลเรื่องร้องเรียนใน Dive google หัวหน้าศูนย์ฯ ตรวจสอบข้อมูล ทุก 7 วัน บันทึกข้อมูล จำแนกระดับและ จัดการตามขั้นตอน	http://kuiburihospital.go.th แถบเมนู หัวข้อเรื่องร้องเรียน

ลำดับ	ช่องทาง	การดำเนินการ	เบอร์ติดต่อ
5	Line official	ผู้รับผิดชอบ ตรวจสอบข้อมูลเรื่องร้องเรียนใน Line official หัวหน้าศูนย์ฯ ตรวจสอบข้อมูล ทุก 7 วัน บันทึกข้อมูล จำแนกระดับและ จัดการตามขั้นตอน	Line official โรงพยาบาลกุยบุรี
6.	facebook	ผู้รับผิดชอบ ตรวจสอบข้อมูลเรื่องร้องเรียนใน facebook หัวหน้าศูนย์ฯ ตรวจสอบข้อมูลทุก 7 วัน บันทึกข้อมูล จำแนกระดับและจัดการ ตามขั้นตอน	facebook โรงพยาบาลกุยบุรี
7	ร้องเรียนด้วยตนเอง	<p><u>ในเวลาราชการ:</u> เมื่อมีผู้ร้องเรียนให้ติดต่อที่ งานประกันสุขภาพ หัวหน้างานประกันรับเรื่อง นำผู้ร้องเรียนไปห้องเจรจาไกล่เกลี่ย และ ดำเนินการเจรจาไกล่เกลี่ย หัวหน้าศูนย์ฯ บันทึก จำแนกระดับ และจัดการตามขั้นตอน</p> <p><u>นอกเวลาราชการ:</u> เมื่อมีผู้ร้องเรียนให้ติดต่อที่ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน หัวหน้าเวร รับเรื่อง บันทึก และส่งให้ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนจำแนกระดับ และจัดการตามขั้นตอน</p>	<p>ห้องประกันสุขภาพ</p> <p>ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เบอร์ 7</p>

ขั้นตอนการดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียน ของศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลกุยบุรี



บันทึกตอบรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์

เรียน

โรงพยาบาลกุยบุรีขอตอบเรื่องร้องทุกข์ที่ท่านได้ร้องทุกข์กับทางโรงพยาบาลไว้ดังนี้
ข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์

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

บันทึกตอบกลับ

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

ลงนาม.....
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกุยบุรี

ใบแสดงความคิดเห็น/ใบคำร้องเรียนของผู้รับบริการ

ชื่อผู้รับบริการ:	วันที่เกิดเหตุ:
ที่อยู่ติดต่อได้:	หน่วยงานที่ท่านร้องเรียน:
เบอร์โทรที่ติดต่อ:	
ข้อร้องเรียน(ปัญหา)ที่พบ:	
ข้อเสนอแนะ:	
<input type="radio"/> ต้องการให้ตอบกลับ (ตามชื่อ/ที่อยู่ที่เราไว้) <input type="radio"/> ไม่ ต้องการให้ตอบกลับ	

ใบแสดงความคิดเห็น/ใบคำร้องเรียนของผู้รับบริการ

ชื่อผู้รับบริการ:	วันที่เกิดเหตุ:
ที่อยู่ติดต่อได้:	หน่วยงานที่ท่านร้องเรียน:
เบอร์โทรที่ติดต่อ:	
ข้อร้องเรียน(ปัญหา)ที่พบ:	
ข้อเสนอแนะ:	
<input type="radio"/> ต้องการให้ตอบกลับ (ตามชื่อ/ที่อยู่ที่เราไว้) <input type="radio"/> ไม่ ต้องการให้ตอบกลับ	