

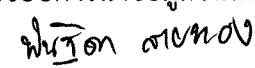


แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลศรีรัตนะ
 ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๓
 สำหรับหน่วยงานในโรงพยาบาลศรีรัตนะ

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลศรีรัตนะ วัน/เดือน/ปี : ๒ ธันวาคม ๒๕๖๓ หัวข้อ : หน่วยงานมีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) ๑. หลักเกณฑ์/ขั้นตอนการแก้ไขปัญหาในกรณีที่มีการร้องเรียนเรื่องการปฏิบัติงาน หรือการให้บริการของ เจ้าหน้าที่	
Link ภายนอก: หมายเหตุ :	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  นางสาวจินตนา เทียนทอง เจ้าพนักงานธุรการ วันที่ ๒ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓	ผู้อนุมัติรับรอง  นางสาวพลรัตน์ดา ดลสุข นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ ผู้รับผิดชอบ งานตรวจสอบภายใน วันที่ ๒ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  นางพันธุ์ดา สายทอง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ วันที่ ๒ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓	

**คู่มือการจัดการซื้อร้องเรียน/ร้องทุกข์เรื่องทั่วไป
ร้องเรียนเรื่องจัดซื้อจัดจ้าง**

โรงพยาบาลศรีรัตนะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

คู่มือการจัดการข้อร้องเรียน โรงพยาบาลศรีรัตนะ อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

1. หลักการและเหตุผล

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการการเมืองที่ตี พ.ศ. 2546 ได้ กำหนดแนวทางปฏิบัติราชการ มุ่งให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อ ตอบสนองความต้องการของประชาชนให้เกิดความผาสุกและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ ต่องานบริการที่มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในการให้บริการ ไม่มีขั้นตอนปฏิบัติงานเกินความจำเป็น มีการปรับปรุงภารกิจให้ทันต่อสถานการณ์ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนอง ความต้องการ และมีการประผลการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ

2. ขอบเขตการจัดทำคู่มือการจัดการข้อร้องเรียน

เพื่อจัดการเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ของโรงพยาบาลศรีรัตนะ เป็นไปด้วยความถูกต้องบริสุทธิ์ ยุติธรรมและเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยความรวดเร็ว ประสพผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งเพื่อเป็นการกำหนดรูปแบบขั้นตอนการรับ การตรวจสอบ การบันทึก การวิเคราะห์ การแจ้งผู้ร้องเรียน การประสานผู้ที่เกี่ยวข้องหน่วยงานที่เกี่ยวข้องปรับปรุงแก้ไข

3. หน้าที่ความรับผิดชอบ

เป็นศูนย์กลางในการรับเรื่องราวร้องทุกข์ และให้บริการข้อมูลข่าวสาร ให้คำปรึกษา รับเรื่องปัญหา ความต้องการและข้อเสนอแนะของประชาชน

4. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การดำเนินงานจัดการข้อร้องเรียนร้องทุกข์ ของโรงพยาบาลศรีรัตนะ มีขั้นตอน/กระบวนการ และแนวทางการปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. เพื่อให้มั่นใจว่าได้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนด ระเบียบ หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ และเป็นหลักประกันความยุติธรรมใน

5. การดำเนินการ

คำจำกัดความ

การจัดการข้อร้องเรียน มีความหมายครอบคลุมถึงการจัดการในเรื่องข้อร้องเรียนร้องทุกข์/ ข้อเสนอแนะ/คำชมเชย/การสอบถามหรือการขอข้อมูล

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมายถึง ผู้ที่ได้รับผลกระทบ ทั้งทางบวกและทางลบ ทั้งทางตรงและ ทางอ้อม จากกรดำเนินการของส่วนราชการ เช่น ประชาชนใน ชุมชนหมู่บ้าน

ผู้ร้องเรียน หมายถึง ประชาชนทั่วไป/ ผู้มีส่วนได้เสียที่มาติดต่อยังศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลศรีรัตนะ ผ่านช่องทางต่างๆโดยมีวัตถุประสงค์ครอบคลุมการร้องเรียน/ การให้ข้อเสนอแนะ/ การให้ข้อคิดเห็นการ ชมเชยการร้องขอข้อมูล

ช่องทางการรับข้อร้องเรียน หมายถึง ช่องทางต่างๆ ที่ใช้ในการรับเรื่องร้องเรียนเช่นติดต่อด้วยตนเอง ร้องเรียน ทางโทรศัพท์

6. ข้อร้องเรียน หมายถึง แบ่งเป็นประเภท 2 ประเภทคือ

1. ข้อร้องเรียนทั่วไป เช่น เรื่องราร้องทุกข์ทั่วไปข้อคิดเห็น อเสนอแนะคำชมเชยสอบถามหรือร้องขอข้อมูล การร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพและการให้บริการของหน่วยงาน
2. การร้องเรียนเกี่ยวกับความไม่โปร่งใสของการจัดซื้อจัดจ้าง เป็นต้นการดำเนินการเรื่องร้องเรียน หมายถึง เรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ที่ได้รับ ผ่านช่องทางการร้องเรียนต่างๆมาเพื่อทราบ หรือพิจารณาดำเนินการแก้ไขปัญหาตามอำนาจหน้าที่

7. ระยะเวลาในการตอบสนองข้อร้องเรียน หมายถึง เวลาในการดำเนินการจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

ลำดับ	ประเภท	เวลาในการดำเนินการ
1	ผู้ร้องเรียนติดต่อเพื่อ ขอเสนอแนะ/ให้ความเห็น/สอบถาม ข้อมูล/ขอข้อมูล	ไม่เกิน 3 วันทำการ
2	ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อนสามารถแก้ไขได้โดย โรงพยาบาลศรีรัตนะ	ไม่เกิน 20 วันทำการ
3	ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อนไม่สามารถแก้ไขได้โดย โรงพยาบาลศรีรัตนะ	ไม่เกิน 30 วันทำการ หรือตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในเรื่องนั้นๆ

8. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

1. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการใกล้เคียง และ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
2. จัดทำจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องทุกข์เพื่อความสะดวกในการประสานงาน

9. การรับและตรวจสอบข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ จากช่องทางต่างๆ

ช่องทาง	ความถี่ในการตรวจสอบ	ระยะเวลาดำเนินการรับข้อร้องเรียนเพื่อประสาน
ติดต่อด้วยตนเอง	ทุกครั้งที่มีผู้มาติดต่อ	ภายใน 1 วัน
โทรศัพท์	ทุกครั้งที่มีโทรศัพท์เข้ามา	ภายใน 1 วัน
หนังสือ หรือโทรสาร	ทุกครั้งที่มีหนังสือหรือโทรสารเข้ามา	ภายใน 1 วัน นับจากวันทำงานสารบรรณลงเลขรับหนังสือ
Internet	ทุกวันทำการ	กรรมการบริหารความเสี่ยงและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใน 1 วัน
เรื่องแจ้งผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	ทุกครั้งที่มีหนังสือเข้ามา	ภายใน 1 วัน นับจากวันทำงานสารบรรณลงเลขรับหนังสือ

10. การบันทึกข้อร้องเรียน

1. แบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ โรงพยาบาลศรีรัตนะ
2. ทุกช่องทางที่มีการร้องเรียน เจ้าหน้าที่ต้องบันทึกข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์

11. การประสานหน่วยงานเพื่อแก้ปัญหาข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ และการแจ้งผู้ร้องเรียน/ร้องทุกข์ทราบ กรณีเป็นกาขอข้อมูลข่าวสาร ประสานหน่วยงานครอบครัวเอกสาร เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ร้องขอได้ทันที

12 การติดตามแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน

ให้หน่วยงานเกี่ยวข้องรายงานผลการดำเนินการให้ทราบภายใน 7 วันทำการ เพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

13. การรายงานผลการดำเนินการให้ผู้บริหารทราบ

1. ให้รวบรวมและรายงานสรุปการจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ให้ผู้บริหารทราบทุกเดือน
- 2 ให้รวบรวมรายงานสรุปข้อเรียนหลังสิ้นปีงบประมาณ เพื่อนำมาวิเคราะห์การจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ในภาพของหน่วยงาน เพื่อใช้เป็นแนวทางการแก้ไข ปรับปรุงพัฒนา องค์กรต่อไป

14.มาตรฐานงาน

การดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด กรณีรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ให้ดำเนินการตรวจสอบและพิจารณาส่งเรื่องให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด

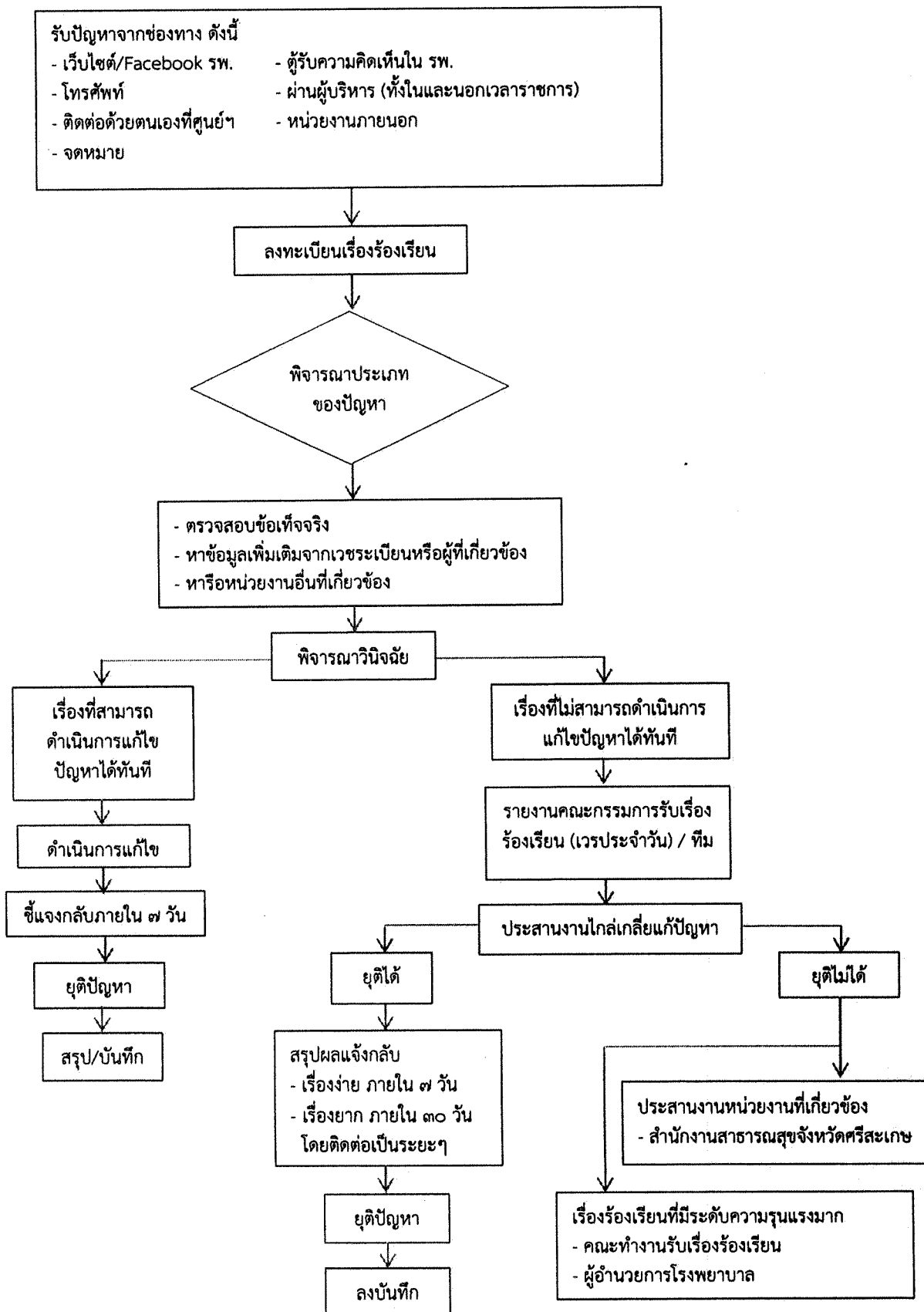
15..แบบฟอร์ม

- แบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ โรงพยาบาลศรีรัตนะ
แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (มาตรา 41)

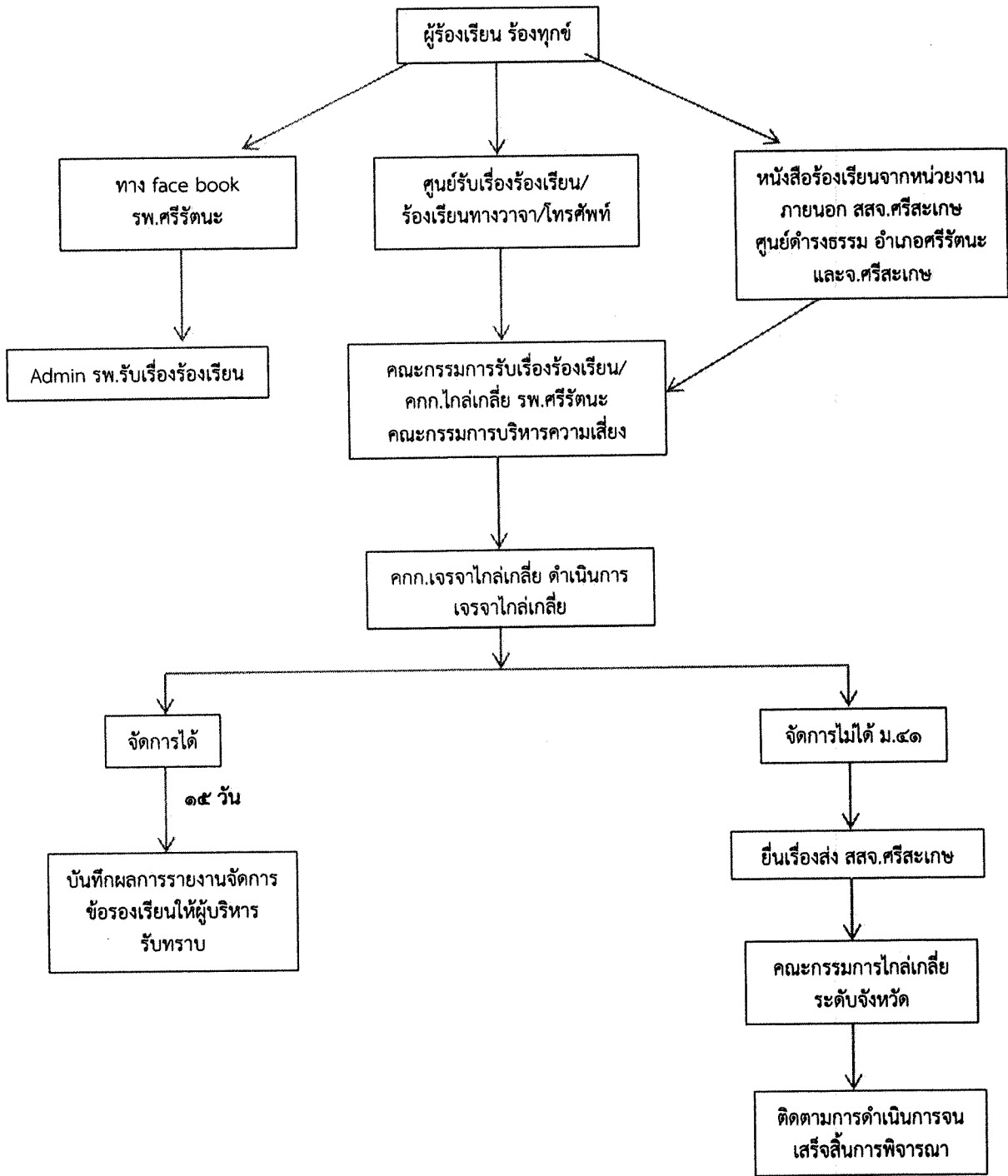
16. จัดทำโดย

- คณะกรรมการใกล้เคียงและจัดการข้อร้องเรียน และคณะกรรมการความเสี่ยงโรงพยาบาลศรีรัตนะ
- หมายเลขโทรศัพท์ 045677014
- หมายเลขโทรสาร 045677140
- เว็บไซต์ <http://www.sirattanahospital.go.th>
- Face book โรงพยาบาลศรีรัตนะ

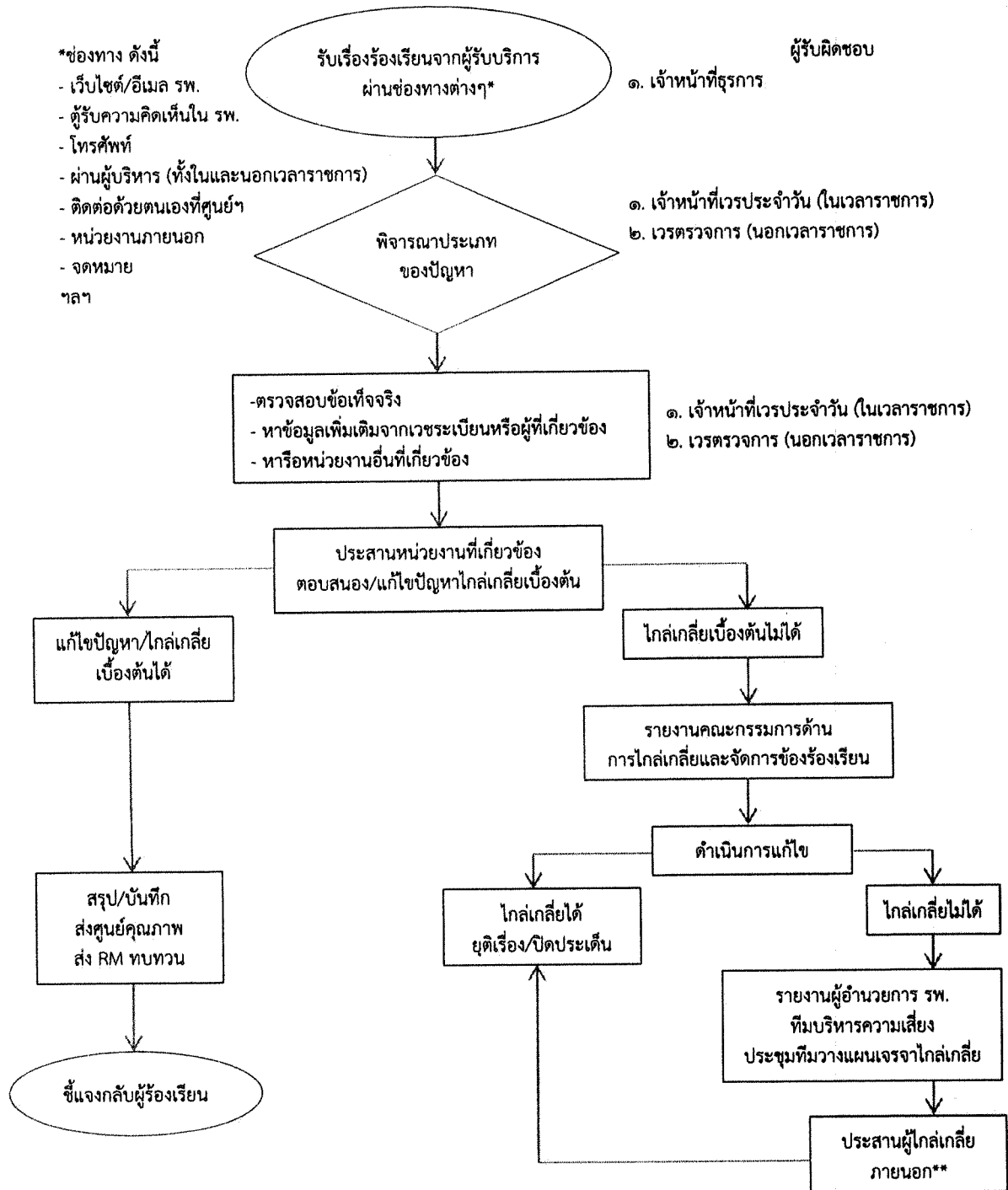
“Work Flow การดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน”



Flow เรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ โรงพยาบาลศรีสะเกษ



๖. แผนผังกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน/แจ้งเบาะแสด้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ



**

- หัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง
- เครือข่ายศูนย์สันติวิธี
- ทีมใกล้เคียงระดับเขต
- นิติกร

แบบคำร้องเรียน/แจ้งเบาะแส
การทุจริตและประพฤติมิชอบ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีรัตนะ

ข้าพเจ้าอายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....อาชีพ.....เลขที่บัตรประชาชน.....

ออกโดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

มีความประสงค์ขอร้องเรียน/แจ้งเบาะแสการต่อต้านการทุจริต เพื่อให้โรงพยาบาลศรีรัตนะ พิจารณา
ดำเนินการตรวจสอบหรือช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาในเรื่อง

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

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำขอเรียน/แจ้งเบาะแสนการต่อต้านการทุจริต
ตามข้างต้นเป็นจริงทุกประการ โดยข้าพเจ้าขอสงวนเอกสารหลักฐานประกอบการร้องเรียน/ร้องทุกข์ (ถ้ามี) ได้แก่

๑)จำนวน.....ชุด

๒)จำนวน.....ชุด

๓)จำนวน.....ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)

คู่มือ

คำสั่งโรงพยาบาลศรีรัตน

ที่ 65/2562

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการใกล้เคียงและจัดการข้อร้องเรียน

ด้วยโรงพยาบาลศรีรัตน ตระหนักและให้ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากรในองค์กร มาโดยตลอด ทั้งนี้เพื่อสร้างความเชื่อมั่น และความไว้วางใจให้กับผู้รับบริการ ลดปัญหาการฟ้องร้อง ร้องเรียน และลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการชดเชยค่าเสียหาย รวมทั้งสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากรของโรงพยาบาลศรีรัตน และเพื่อความเหมาะสมในการดำเนินงานฯ โรงพยาบาลศรีรัตน จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการใกล้เคียงและจัดการข้อร้องเรียนชุดใหม่ ดังรายนามต่อไปนี้

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 1. นายพงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีรัตน | ประธานกรรมการ |
| 2. นายธนาคม เสนา | ทันตแพทย์ชำนาญการ | กรรมการ |
| 3. นางสาวทิพวัน ไชยะเดชะ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | กรรมการ |
| 4. นางศิริภา ภูสอาด | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการ |
| 5. นายปรีชา อินรสพงศ์ | เภสัชกรชำนาญการ | กรรมการ |
| 6. นางชนิษฐา ศรีหาบุตร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการและเลขานุการ |
| 7. นางสาวพลรัตน์ดา ดลสุข | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

1. รับเรื่องร้องเรียน / ร้องทุกข์ จากผู้ใช้บริการทุกช่องทาง และประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก
2. ตรวจสอบข้อมูล / ข้อเท็จจริง เพื่อรวบรวมข้อมูลเข้าสู่กระบวนการใกล้เคียงหรือจัดการข้อร้องเรียนด้วยวิธีการต่างๆ
3. บันทึกข้อมูลเรื่องร้องเรียน / ร้องทุกข์ ในโปรแกรมรับเรื่องร้องเรียน ตอบกลับผู้ร้องเรียน
4. ให้บริการข้อมูลข่าวสารและขั้นตอนต่างๆ ในการให้บริการ แก่ประชาชนที่มาใช้บริการ
5. รายงานข้อร้องเรียนต่อศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อรวบรวมนำเสนอกรรมการบริหารโรงพยาบาล/ทีมนำเป็นประจำเดือน
6. เป็นผู้ประสานงานรับเรื่องร้อง ม.๔๑ (กรณีผู้รับบริการ) และ ม.๑๘ (กรณีผู้ให้บริการ) และประสานต่อไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

บรรดาคำสั่ง ข้อบังคับหรืออื่นใด ที่ขัดแย้งกับคำสั่งนี้แทน ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 1 เดือน ตุลาคม 2562

(นายพงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีรัตน

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนทั่วไปและการรับเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ
โรงพยาบาลศรีรัตนะ

หลักฐานช่องทางการติดต่อ

๑. หมายเลขโทรศัพท์ : สายตรง ๐๔๕-๖๗๗-๐๑๔ ต่อ ๑๑๔
๐๘๔-๓๖๐-๙๘๕๘

๒. เว็บไซต์โรงพยาบาล : www.sirattanahospital.go.th

E-mail: magicdramam๓๕๑๕๔@gmail.com

๓. ช่องทางอื่นๆ : ติดต่อด้วยตัวเอง

: จดหมาย

: ผู้รับความคิดเห็นตามจุดต่างๆ ของโรงพยาบาล

(ทำการเปิดตู้ทุกสัปดาห์ โดยคณะกรรมการความเสี่ยง)

: ผ่านท่านผู้บริหาร

: หน่วยงานภายนอก

.....



แบบคำร้องเรียน/แจ้งเบาะแส
การทุจริตและประพฤติมิชอบ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีรัตนะ

ข้าพเจ้าอายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....อาชีพ.....เลขที่บัตรประชาชน.....

ออกโดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

มีความประสงค์ขอร้องเรียน/แจ้งเบาะแสด้านการทุจริต เพื่อให้โรงพยาบาลศรีรัตนะ พิจารณา
ดำเนินการตรวจสอบหรือช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาในเรื่อง

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

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำขอร้องเรียน/แจ้งเบาะแสด้านการทุจริต
ตามข้างต้นเป็นจริงทุกประการ โดยข้าพเจ้าขอส่งเอกสารหลักฐานประกอบการร้องเรียน/ร้องทุกข์ (ถ้ามี) ได้แก่

๑)จำนวน.....ชุด

๒)จำนวน.....ชุด

๓)จำนวน.....ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)

