



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง โทร ๐๕๔-๒๖๙๕๐๖

ที่ ลป๐๐๓๒.๓๐๑/๒๙

วันที่ ๒๕ มิ.ย. ๒๕๖๒

เรื่อง รายงานสรุปผลการดำเนินงานการร้องเรียนของโรงพยาบาลห้างฉัตร ครั้งที่ ๒ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร

จำแนกตามช่องทางที่โรงพยาบาลห้างฉัตร กำหนดไว้ดังต่อไปนี้

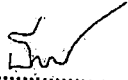
๑. โทรศัพท์ ๐๕๔-๒๖๙๕๐๖ ต่อ ๐ เจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องเรียน , ๐๕๔-๒๖๙๒๓๒ ไม่มีบุคคลใดร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

๒. เว็บไซต์โรงพยาบาลห้างฉัตร www.hangchathospital.com ปีงบประมาณ พ.ศ ๒๕๖๒ ไม่มีบุคคลใดร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

๓. ผู้รับข้อร้องเรียนตามจุดบริการต่างๆ ในโรงพยาบาล ๑๐ ตู้ ไม่มีบุคคลใดร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร


๔. อื่นๆ เช่นร้องเรียนกับเจ้าหน้าที่โดยตรง ปีงบประมาณ พ.ศ ๒๕๖๒ มีบุคคลใดร้องเรียนในโรงพยาบาลห้างฉัตรจำนวน ๔ เรื่อง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....

(นางสาวธนิรา ใจชุม)

นักประชาสัมพันธ์

ลงชื่อ.....

(นายแพทย์นพรัตน์ วัชรขจรกุล)

รก.ในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร

รายงานสรุปผลการซื้อร้องเรียน เดือนกรกฎาคม 2562

| ข้อร้องเรียน | หน่วยงาน | การดำเนินการแก้ไข |
|-----------------------|----------|-------------------|
| 1. พฤติกรรมบริการ (-) | | |
| 2. ระบบบริการ (-) | | |

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนโรงพยาบาลท่าม่วง

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวณิฉรา ใจชุ่ม โทรศัพท์ : 054-269506-0

ขอรายงานว่ามีข้อร้องเรียน ประจำเดือน กรกฎาคม 2562

| ลำดับ | วัน/เดือน/ปี เวลา | ชื่อ / ที่อยู่ / โทรศัพท์ ผู้ร้องเรียน | ผ่านช่องทาง | รายละเอียดข้อร้องเรียน | ระดับของ ข้อร้องเรียน | หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง | วิธีการ และผลการดำเนินงาน แก้ไข / ปรับปรุง | วันที่ตอบกลับ ผู้ร้องเรียน (วัน/เดือน/ปี) |
|-------|----------------------|---|---|------------------------|--|---------------------------|---|---|
| 1. | | ไม่มีผู้ร้องเรียน | <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บบอร์ด/E-MAIL <input type="checkbox"/> อื่นๆ | | มีมูล <input type="checkbox"/> ระดับ 1 <input type="checkbox"/> ระดับ 2 <input type="checkbox"/> ระดับ 3 <input type="checkbox"/> ระดับ 4 <input type="checkbox"/> ไม่มีมูล | | | |
| 2. | | | | | | | | |

หมายเหตุ - ระดับของข้อร้องเรียน มี 4 ระดับ : ระดับ 1 ข้อคิดเห็น, คำชมเชย, สอบถามข้อมูล ระดับ 2 ข้อร้องเรียนเล็ก ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนนอกเหนืออำนาจกรมอนามัย

- ระยะเวลาของการดำเนินการตอบกลับผู้ร้องเรียน ไม่เกิน 15 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับการร้องเรียน (ยกเว้นระดับ 3 พิจารณาตามความเหมาะสม)

แบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลทางจิต

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวนิราริใจคุ้ม โทรศัพท์ : 054-269506-0

ขอรายงานว่ามีข้อร้องเรียน ประจำเดือน กรกฎาคม 2562

| วัน/เดือน/ปี | จำนวนผู้ร้องเรียน (คน) | ช่องทาง | จำนวนข้อร้องเรียน | | ผลการดำเนินงาน | | เหตุผลที่ดำเนินการไม่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด |
|--------------|------------------------|--|---|--|---|--|---|
| | | | จำนวน (เรื่อง) | ระดับของข้อร้องเรียน | ตอบกลับภายใน 15 วันทำการ (เรื่อง) | ตอบกลับเกิน 15 วันทำการ (เรื่อง) | |
| | ไม่มีผู้ร้องเรียน | - โทรศัพท์ - ร้องเรียนกับ জনท. - หนังสือ/จดหมาย - เว็บบอร์ด/E-MAIL - อื่นๆ | | มีผู้ร้องเรียน - ระดับ 1 - ระดับ 2 - ระดับ 3 - ระดับ 4 ไม่มีผู้ | | 15 วันทำการ (เรื่อง) 15 วันทำการ (เรื่อง) | |

รายงานสรุปผลการซื้อร้องเรียน เดือนมิถุนายน 2562

| ข้อร้องเรียน | หน่วยงาน | การดำเนินการแก้ไข |
|--|-------------|---|
| 1. พฤติกรรมบริการ (พูดโต้ตอบกับผู้รับบริการ ไม่ดี ใช้น้ำเสียงท่าทางการ ให้บริการไม่เหมาะสม) | คลินิกพิเศษ | อธิบายให้ญาติและผู้รับบริการ เข้าใจในการให้บริการ และรับฟัง ปัญหาที่เกิดขึ้น แจ้งหัวหน้ากลุ่ม งานรับทราบ |
| 2. ระบบบริการ (เจ้าหน้าที่ให้คิวคนมาที่ หลังก่อน) | คลินิกพิเศษ | อธิบายให้ญาติและผู้รับบริการ เข้าใจในการให้บริการ และรับฟัง ปัญหาที่เกิดขึ้น แจ้งหัวหน้ากลุ่ม งานรับทราบ |

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวธนวิรา ใจคุ้ม โทรศัพท์ : 054-269506-0

ขอรายงานว่ามีข้อร้องเรียน ประจำเดือน มิถุนายน 2562

| ลำดับ | วัน/เดือน/ปี เวลา | ชื่อ / ที่อยู่ / โทรศัพท์ ผู้ร้องเรียน | ผ่านช่องทาง | รายละเอียดข้อร้องเรียน | ระดับของ ข้อร้องเรียน | หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง | วิธีการ และผลการดำเนินงาน แก้ไข / ปรับปรุง | วันที่ตอบกลับ ผู้ร้องเรียน (วัน/เดือน/ปี) |
|-------|----------------------|---|--|--|---|---------------------------|---|---|
| 1. | 19/6/2562 | นายต่อศักดิ์ อินทร์ทิวาส | <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input checked="" type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บบอร์ด/E-MAIL <input type="checkbox"/> อื่นๆ | - เจ้าหน้าที่ให้ควมมาที่หลัง ก่อน - พูดโต้ตอบกับผู้รับบริการ ไม่ดี ใช้น้ำเสียงท่าทางการ ให้บริการ ไม่เหมาะสม | มีมูล <input checked="" type="checkbox"/> ระดับ 1 <input type="checkbox"/> ระดับ 2 <input type="checkbox"/> ระดับ 3 <input type="checkbox"/> ระดับ 4 <input type="checkbox"/> ไม่มีมูล | คลินิกพิเศษ | - อธิบายให้ญาติและ ผู้รับบริการเข้าใจในการ ให้บริการ และรับฟัง ปัญหาที่เกิดขึ้น แจ้ง หัวหน้ากลุ่มงานรับทราบ | 19/6/2562 |

หมายเหตุ - ระดับของข้อร้องเรียน มี 4 ระดับ : ระดับ 1 ข้อคิดเห็น, คำชมเชย, สอบถามข้อมูล ระดับ 2 ข้อร้องเรียนใหญ่ ระดับ 3 ข้อร้องเรียนออกเหนืออำนาจรอมอนันต์
 - ระยะเวลาของการดำเนินการตอบกลับผู้ร้องเรียน ไม่เกิน 15 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับเรื่องร้องเรียน (ยกเว้นระดับ 3 พิจารณาตามความเหมาะสม)

แบบฟอร์ม Complaint_02

แบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวนิรวาใจคุ้ม โทรศัพท์ : 054-269506-0

ขอรายงานว่ามีข้อร้องเรียน ประจำเดือน เมษายน 2562

| วัน/เดือน/ปี | จำนวนผู้ร้องเรียน (คน) | จำนวนข้อร้องเรียน | | | | ผลการดำเนินงาน | | เหตุผลที่ดำเนินการไม่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด |
|--------------|------------------------|---------------------|----------------------|---|--|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| | | ช่องทาง | จำนวน (เรื่อง) | ระดับของข้อร้องเรียน | จำนวน (เรื่อง) | ตอบกลับภายใน 15 วันทำการ (เรื่อง) | ตอบกลับเกิน 15 วันทำการ (เรื่อง) | |
| 19/6/2562 | 1 | - ร้องเรียนกับ จนท. |1..... | มีมูล - ระดับ 1 - ระดับ 2 - ระดับ 3 - ระดับ 4 |1..... | - ตอบกลับภายใน 1 วัน | - | - |
| | | | | ไม่มีมูล | | | | |

รายงานสรุปผลการซื้อร้องเรียน เดือนพฤษภาคม 2562

| ข้อร้องเรียน | หน่วยงาน | การดำเนินการแก้ไข |
|--|--------------------------|--|
| <p>1. พฤติกรรมบริการ (ญาติแจ้งว่าคุณหมอส่งตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาลลำปางโดยที่ไม่ได้แจ้งรายละเอียดการเจ็บป่วยว่าเพราะอะไรถึงส่งไป)</p> | <p>ห้องฉุกเฉิน</p> | <p>แจ้งห้องฉุกเฉินถึงเรื่องที่ถูกร้องเรียนขั้นต้น และให้ญาติติดต่อสอบถามกับพยาบาลและคุณหมอที่อยู่ประจำเวลาเวลานั้น</p> |
| <p>2. ระบบบริการ (ผู้ป่วยมีข้อเสนอแนะให้มีช่องทางเร่งด่วนในการให้บริการห้องฉีดยาล้างแผล)</p> | <p>ห้องฉีดยา/ล้างแผล</p> | <p>ให้ข้อมูลในการยื่นบัตรของผู้รับบริการและการการยื่นบัตรในช่องทางด่วน</p> |

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวนิรา ใจข่ม โทรศัพท์ : 054-269506-0

ขอรายงานว่ามีข้อร้องเรียน ประจำเดือน พฤษภาคม 2562

| ลำดับ | วัน/เดือน/ปี เวลา | ชื่อ / ที่อยู่ / โทรศัพท์ ผู้ร้องเรียน | ผ่านช่องทาง | รายละเอียดข้อร้องเรียน | ระดับของ ข้อร้องเรียน | หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง | วิธีการ และผลการดำเนินงาน แก้ไข / ปรับปรุง | วันที่ตอบกลับ ผู้ร้องเรียน (วัน/เดือน/ปี) |
|-------|----------------------|---|--|---|---|---------------------------|--|---|
| 1. | 2/5/2562 | ญาติคุณ บัวผัน ก่อใจ | <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input checked="" type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บบอร์ด/E-MAIL <input type="checkbox"/> อื่นๆ | - ญาติแจ้งว่าคุณหมอตั้งตัว ผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ต่าง โดยที่ไม่ได้แจ้ง รายละเอียดการเจ็บป่วยว่า เพราะอะไรถึงส่งไป โรงพยาบาลต่าง | มีมูล <input checked="" type="checkbox"/> ระดับ 1 <input type="checkbox"/> ระดับ 2 <input type="checkbox"/> ระดับ 3 <input type="checkbox"/> ระดับ 4 <input type="checkbox"/> ไม่มีมูล | ห้องฉุกเฉิน | - แจ้งห้องฉุกเฉินถึงเรื่อง ที่ถูกร้องเรียนขึ้นต้น และให้ญาติติดต่อ สอบถามกับพยาบาล และดูแลหมอที่อยู่ ประจำเวลากลางวัน | 2/5/2562 |
| 2. | 21/5/2562 | ไม่แจ้ง | <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input checked="" type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บบอร์ด/E-MAIL <input type="checkbox"/> อื่นๆ | - ผู้ป่วยมีข้อเสนอแนะให้มี ช่องทางเร่งด่วนในการ ให้บริการห้องฉีดต่าง แผล | <input checked="" type="checkbox"/> ระดับ 1 <input type="checkbox"/> ระดับ 2 <input type="checkbox"/> ระดับ 3 <input type="checkbox"/> ระดับ 4 <input type="checkbox"/> ไม่มีมูล | ห้องฉีดต่าง แผล | - ให้ข้อมูลในการขึ้นบัตร ของผู้รับบริการและการ การขึ้นบัตรในช่องทาง ด่วน | 21/5/2562 |

หมายเหตุ - ระดับของข้อร้องเรียน มี 4 ระดับ : ระดับ 1 ข้อคิดเห็น, คำชมเชย, สอบถามข้อมูล ระดับ 2 ข้อร้องเรียนเล็ก ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนนอกเหนืออำนาจกรมอนามัย

- ระยะเวลาของการดำเนินการตอบกลับผู้ร้องเรียน ไม่เกิน 15 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับเรื่องร้องเรียน (ยกเว้นระดับ 3 พิจารณาตามความเหมาะสม)

แบบฟอร์ม Complaint_02

แบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวนิวรา ใจคุ้ม โทรศัพท์ : 054-269506-0

ขอรายงานว่ามีข้อร้องเรียน ประจำเดือน พฤษภาคม 2562

| วัน/เดือน/ปี | จำนวนผู้ร้องเรียน (คน) | จำนวนข้อร้องเรียน | | | ผลการดำเนินงาน | | เหตุผลที่ดำเนินการไม่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด |
|--------------|------------------------|----------------------|----------------|----------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| | | ช่องทาง | จำนวน (เรื่อง) | ระดับของข้อร้องเรียน | ตอบกลับภายใน 15 วันทำการ (เรื่อง) | ตอบกลับเกิน 15 วันทำการ (เรื่อง) | |
| 2/5/2562 | 1 | - ร้องเรียนกับ จันท. | 1 | - ระดับ 1 | - ตอบกลับภายใน 1 วัน | - | - |
| 21/5/2562 | 1 | - ร้องเรียนกับ จันท. | 1 | - ระดับ 1 | - ตอบกลับภายใน 1 วัน | - | - |

รายงานสรุปผลการซื้อร้องเรียน เดือนเมษายน 2562

| ข้อร้องเรียน | หน่วยงาน | การดำเนินการแก้ไข |
|--|-------------|--|
| 1. พฤติกรรมบริการ (-) | | |
| 2. ระบบบริการ (ญาติผู้ป่วยไม่พอใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ตายในการให้บริการที่นานเกินไปกว่าจะส่งต่อไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลลำปาง) | ห้องฉุกเฉิน | อธิบายข้อสงสัยให้ญาติผู้เสียชีวิตถึงเรื่องที่ต้องการมาติดต่อสอบถามและให้ญาติผู้เสียชีวิตติดต่อไปให้งานห้องฉุกเฉินสอบถามถึงขั้นตอนการให้บริการทั้งหมด |

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวศรนิรา ใจคุ้ม โทรศัพท์ : 054-269506-0
 ขอรายงานว่า : มีข้อร้องเรียน ประจำเดือน เมษายน 2562

| ลำดับ | วันเดือนปี เวลา | ชื่อ / ที่อยู่ / โทรศัพท์ ผู้ร้องเรียน | ผ่านช่องทาง | รายละเอียดข้อร้องเรียน | ระดับของ ข้อร้องเรียน | หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง | วิธีการ และผลการดำเนินงาน แก้ไข / ปรับปรุง | วันที่ตอบกลับ ผู้ร้องเรียน (วัน/เดือน/ปี) |
|-------|--------------------|---|---|---|---|---------------------------|--|---|
| 1. | 23/4/2562 | ไม่แจ้ง | <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input checked="" type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ জনท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บไซต์/E-MAIL <input type="checkbox"/> อื่นๆ | - ญาติผู้ป่วยไม่พอใจ เกี่ยวกับการรักษาของ ผู้ตายในการให้บริการ ที่นานเกินไปกว่าจะส่ง ต่อไปรักษาต่อที่ โรงพยาบาลลำปาง | 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 | ห้องฉุกเฉิน | - อธิบายข้อเท็จจริงที่ ญาติต้องการมา ติดตามสอบถามและ ส่งต่อไปให้งานห้อง ฉุกเฉินถึงขั้นตอน การให้บริการ ทั้งหมด | 23/4/2562 |

หมายเหตุ - ระดับของข้อร้องเรียน มี 4 ระดับ : ระดับ 1 ข้อคิดเห็น, คำชมเชย, สอบถามข้อมูล ระดับ 2 ข้อร้องเรียนเล็ก ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนนอกเหนืออำนาจกรมอนามัย
 - ระยะเวลาของการดำเนินการตอบกลับผู้ร้องเรียน ไม่เกิน 15 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่รับเรื่องร้องเรียน (ยกเว้นระดับ 3 พิจารณาตามความเหมาะสม)

แบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลทางจิตร

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวนิรรา ใจชุ่ม โทรศัพท์ : 054-269506-0
 ขอรายงานว่าไม่มีข้อร้องเรียน ประจำเดือน เมษายน 2562

| วัน/เดือน/ปี | จำนวนผู้ร้องเรียน (คน) | จำนวนข้อร้องเรียน | | | | ผลการดำเนินงาน | | เหตุผลที่ดำเนินการไม่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด |
|--------------|------------------------|--|---|---|---|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| | | ช่องทาง | จำนวน (เรื่อง) | ระดับของข้อร้องเรียน | จำนวน (เรื่อง) | ตอบกลับภายใน 15 วันทำการ (เรื่อง) | ตอบกลับเกิน 15 วันทำการ (เรื่อง) | |
| 23/4/2562 | 1 | - โทรศัพท์ - ร้องเรียนกับ จนท. - หนังสือ/จดหมาย - เว็บบอร์ด/E-MAIL - อื่นๆ | | มีมูล - ระดับ 1 - ระดับ 2 - ระดับ 3 - ระดับ 4 ไม่มีมูล | | - ตอบกลับภายใน 1 วัน | - | - |

รายงานสรุปผลการซื้อร้องเรียน เดือนมีนาคม ๒๕๖๒

| ข้อร้องเรียน | หน่วยงาน | การดำเนินการแก้ไข |
|-----------------------|----------|-------------------|
| ๑. พฤติกรรมบริการ (-) | | |
| ๒. ระบบบริการ (-) | | |

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ

ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวนิวรา ใจคุ้ม

โทรศัพท์ : 054-269506-0

ขอรายงานว่าไม่มีข้อร้องเรียน ประจำเดือน มีนาคม 2562

| ลำดับ | วัน/เดือน/ปี เวลา | ชื่อ / ที่อยู่ / โทรศัพท์ ผู้ร้องเรียน | ผ่านช่องทาง | รายละเอียดข้อร้องเรียน | ระดับของ ข้อร้องเรียน | หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง | วิธีการ และผลการดำเนินงาน แก้ไข / ปรับปรุง | วันที่ตอบกลับ ผู้ร้องเรียน (วัน/เดือน/ปี) |
|-------|----------------------|---|---|------------------------|--|---------------------------|---|---|
| | | ไม่มีผู้ร้องเรียน | <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ জনท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บบอร์ด/E-MAIL <input type="checkbox"/> อื่นๆ | | ไม่มี <input type="checkbox"/> ระดับ 1 <input type="checkbox"/> ระดับ 2 <input type="checkbox"/> ระดับ 3 <input type="checkbox"/> ระดับ 4 <input type="checkbox"/> ไม่มีมูล | | | |

หมายเหตุ - ระดับของข้อร้องเรียน มี 4 ระดับ : ระดับ 1 ข้อคิดเห็น, คำชมเชย, สอบถามข้อมูล ระดับ 2 ข้อร้องเรียนเล็ก ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนนอกเหนืออำนาจกรมอนามัย

- ระยะเวลาของการดำเนินการตอบกลับผู้ร้องเรียน ไม่เกิน 15 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับเรื่องร้องเรียน (ยกเว้นระดับ 3 พิจารณาตามความเหมาะสม)

แบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลทางจิต

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ

ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวนิราริใจคุ้ม

โทรศัพท์ : 054-269506-0

ขอรายงานว่าไม่มีข้อร้องเรียน ประจำเดือน มีนาคม 2562

| เดือน / ปี | จำนวนผู้ร้องเรียน (คน) | จำนวนข้อร้องเรียน | | | | ผลการดำเนินงาน | | เหตุผลที่ดำเนินการไม่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด |
|------------|------------------------|--|---|---|---|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| | | ช่องทาง | จำนวน (เรื่อง) | ระดับของข้อร้องเรียน | จำนวน (เรื่อง) | ตอบกลับภายใน 15 วันทำการ (เรื่อง) | ตอบกลับเกิน 15 วันทำการ (เรื่อง) | |
| | ไม่มีผู้ร้องเรียน | - โทรศัพท์ - ร้องเรียนกับ জনท. - หนังสือ/จดหมาย - เว็บบอร์ด/E-MAIL - อื่นๆ | | มีมูล - ระดับ 1 - ระดับ 2 - ระดับ 3 - ระดับ 4 ไม่มีมูล | | | | |