



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลประทาย โทร ๐-๔๔๔๔-๕๐๑๑ ต่อ ๑๐๑

ที่ นม ๐๐๓๒.๓๐๑/๒๕๕

วันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๕

เรื่อง รายงานผลการดำเนินการเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ และขออนุมัติเผยแพร่บนเว็บไซต์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประทาย

ตามกระทรวงสาธารณสุขกำหนดตัวชี้วัด เพื่อประเมินการปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัดอันประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง และโรงพยาบาลทุกแห่ง ให้ประเมินตนเองตามแบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) ในศาสตร์ที่บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานการพัฒนาธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ ตัวชี้วัดร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA พร้อมกันนี้ โรงพยาบาลประทาย ได้จัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ของหน่วยงาน เพื่อรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ของประชาชน นั้น

เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามคู่มือการปฏิบัติงานเรื่องเรียน/ร้องทุกข์ ของสำนักงานโรงพยาบาลประทาย จึงรายงานผลการดำเนินการเรื่องเรียน/ร้องทุกข์ ประจำปี ๒๕๖๕ ตามแบบสรุปรายงานผลการดำเนินงานฯ ประกอบด้วย

๑. ผลการดำเนินการเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ประจำปี ๒๕๖๕
๒. รายงานสรุปปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไขข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ประกอบด้วย
 - ๒.๑ การร้องเรียนเรื่องการปฏิบัติหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่
 - ๒.๒ การร้องเรียนเรื่องการทุจริตและประพฤติมิชอบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางลัดดาวัลย์ ฤทธิ์ไธสง)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

เห็นชอบ/อนุมัติ

(นายชยพล สุขโค)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประทาย

รายงานสรุปผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์
โรงพยาบาลประทาย จังหวัดนครราชสีมา
ประจำปี ๒๕๖๕

๑. ผลการดำเนินการเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ประจำปี ๒๕๖๕ (ต.ค. ๒๕๖๔ - มี.ค. ๒๕๖๕) (รอบ ๖ เดือน)

เดือน	จำนวนเรื่องร้องเรียน (เรื่อง)		ดำเนินการแล้ว (เรื่อง)		อยู่ระหว่างดำเนินการ (เรื่อง)		ยังไม่ได้ดำเนินการ (เรื่อง)	
	การปฏิบัติงาน หรือการ ให้บริการ	การทุจริตและ ประพฤติมิชอบ	การปฏิบัติงาน หรือการ ให้บริการ	การทุจริตและ ประพฤติมิชอบ	การปฏิบัติงาน หรือการ ให้บริการ	การทุจริตและ ประพฤติมิชอบ	การปฏิบัติงาน หรือการ ให้บริการ	การทุจริตและ ประพฤติมิชอบ
ตุลาคม ๒๕๖๔	๑๑	- ไม่มี -	๑	-	-	-	-	-
พฤศจิกายน ๒๕๖๔	- ไม่มี -	- ไม่มี -	-	-	-	-	-	-
ธันวาคม ๒๕๖๔	- ไม่มี -	- ไม่มี -	-	-	-	-	-	-
มกราคม ๒๕๖๕	- ไม่มี -	- ไม่มี -	-	-	-	-	-	-
กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕	- ไม่มี -	- ไม่มี -	-	-	-	-	-	-
มีนาคม ๒๕๖๕	- ไม่มี -	- ไม่มี -	-	-	-	-	-	-

แบบแจ้งการรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

ที่ นม ๐๐๓๒.๓๐๑/ (เรื่องร้องเรียน) /๑

โรงพยาบาลประทาย ๕ หมู่ ๑๓
ตำบลประทาย อำเภอบัวลาย
จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๑๘๐

วันที่ ๒๙ เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

เรื่อง ตอบรับการรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน
เรียน คุณรัตนกร พรพิเพ็ง

ตามที่ท่านได้ร้องทุกข์/ร้องเรียน ผ่านศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลประทาย จังหวัด
นครราชสีมา โดยทางหนังสือร้องเรียนทางไปรษณีย์

() ด้วยตนเอง

() ทางโทรศัพท์

(/) อื่นๆ ผ่านจบท. รพ.สต.หนองพลวง ลงวันที่ ๑๔ เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เกี่ยวกับเรื่อง
การเสียชีวิต ของพระสมหมาย พลพิลา หลังฉีดวัคซีนโควิดนั้นโรงพยาบาลประทาย ได้ลงทะเบียนรับ
เรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียนของท่านไว้แล้วคาทะเบียนรับเรื่อง เลขรับที่ ๑ / ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑๔ เดือน
ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และโรงพยาบาลประทาย ได้พิจารณาเรื่องของท่านแล้วเห็นว่า

() เป็นเรื่องที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของหน่วยงาน และได้มอบหมายให้

.....เป็นหน่วยตรวจสอบและดำเนินการ
(/) เป็นเรื่องที่ไม่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของหน่วยงาน และได้จัดส่งเรื่องให้ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด
นครราชสีมา ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปแล้วทั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อ
ประสานงาน หรือขอทราบผลโดยตรงกับหน่วยงานดังกล่าวได้อีกทางหนึ่ง

() เป็นเรื่องที่มีกฎหมายบัญญัติขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติไว้เป็นการเฉพาะแล้ว ตามกฎหมาย

.....จึงขอให้ท่านดำเนินการตามขั้นตอนและ
วิธีการที่กฎหมายนั้นบัญญัติไว้ต่อไป

จึงแจ้งมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ใบทก

(นายชยพล สุขโค)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประทาย

แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ชื่อหน่วยรับคำร้อง รพ. ปทุมธานี
วันที่ยื่นคำร้อง 15 มิ.ย. ๒๕๖๔

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 3 3 0 0 4 0 0 ๘ ๕ 4 2 2 2

๑.๒ สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี ☒ ไม่มี ☐

๑.๓ ชื่อ - สกุล พญ. สมหมาย พลดี

อายุ ๖๙ ปี เพศ ☒ ชาย ☐ หญิง

อาชีพ ☐ เกษตรกร ☐ ข้าราชการ ☐ ทำงานอิสระ ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ

☐ พนักงานเอกชน ☐ รับจ้าง ☐ ไม่ได้ทำงาน ☒ อื่นๆ พนักง

ระดับการศึกษา ☒ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ ปวช.

☐ ปวส. ☐ปริญญาตรี ☐ อื่นๆ

รายได้ต่อเดือน บาท

ระบุภาระที่ผู้รับผิดชอบจะต้องรับผิดชอบเศรษฐกิจ ยากจน

๑.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก ถ. ไร่หลวง หมู่ ๖

โทรศัพท์ ๐๙๘-๖๕๔๒๐๘ โทรสาร -

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 1 3 0 1 2 ๐ ๐ ๐ 1 2 3 0 1

๒.๒ ชื่อ - สกุล จ. รุ่งเรือง พันธ์

อายุ ๖๖ ปี เพศ ☐ ชาย ☒ หญิง

อาชีพ ☐ เกษตรกร ☐ ข้าราชการ ☐ ทำงานอิสระ ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ

☐ พนักงานเอกชน ☒ รับจ้าง ☐ ไม่ได้ทำงาน ☐ อื่นๆ

ระดับการศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ ปวช.

☐ ปวส. ☒ปริญญาตรี ☐ อื่นๆ

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ☐ คู่สมรส ☐ เจ้าหน้าที่ รพ. ☐ญาติ ☐ ตนเอง

☐ บิดา/มารดา ☒ บุตร ☐ เพื่อน ☐ อื่นๆ

๓.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก 12/2 ม. 10 ต. โนนนาหว้า อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู

โทรศัพท์ ๐๙๘-๖๕๔๒๐๘ โทรสาร -

๓. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล

๓.๑ ☐ เข้ารับบริการ ๑ แห่ง ☒ เข้ารับบริการมากกว่า ๑ แห่ง

๓.๒ วันที่เข้ารับบริการ 12 มิ.ย. ๒๕๖๔

๓.๓ จังหวัดสถานพยาบาลที่เข้ารับบริการ หนองบัวลำภู

๓.๔ สถานพยาบาลที่เข้ารับบริการ 1. รพ. ปทุมธานี ๒. รพ. มณฑลพิธี

๓.๕ สถานที่ตั้ง 1. อ. ปทุมธานี จ. ปทุมธานี ๒. อ. เมือง จ. หนองบัวลำภู

๓.๖ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น 13 กค ๒๕๖4
 ๓.๗ เหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล คนไข้ฉีก ทน 10/1000
 ๓.๘ ความเสียหายที่เกิดขึ้น ได้แก่ กิ่งหัก

(บอกเล่าหรือบรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับ และระบุความต้องการ)

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้รับบริการ)

- ๔.๑ ☒ สำเนาบัตรประชาชน
 ๔.๒ ☒ สำเนาทะเบียนบ้าน
 ๔.๓ ☒ เอกสารทางการแพทย์หรือรายละเอียดข้อมูลอื่นๆ (ถ้ามี)

ลงชื่อ วัชรกร พรทิพย์ ผู้ยื่นคำร้อง
 (นางวัชรนาถ พรทิพย์)

๕. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามีการมอบอำนาจ)

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... (ระบุชื่อผู้รับบริการหรือทายาท)
 ซึ่งเป็น ☐ ผู้รับบริการ ☐ ทายาท ☐ ผู้อุปการะ ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของ
 (ระบุชื่อหน่วยบริการ)
 ขอมอบอำนาจให้ (ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ)
 เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับ
 ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ
 ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้
 เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

(ตอบข้อร้องเรียน ๒)

แบบแจ้งผลการดำเนินการต่อเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

ที่ นม.๐๐๓๒.๓๐๑ (เรื่องร้องเรียน) /๒

โรงพยาบาลประทาย ๕ หมู่ ๑๓
ตำบลประทาย อำเภอประทาย
จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๑๔๐

วันที่ ๑๔ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

เรื่อง แจ้งผลการดำเนินการต่อเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน
เรียน คุณรัตนกร พรืเพ็ง

อ้างถึง หนังสือ .นม๐๐๓๒.๓๐๑/เรื่องร้องเรียน๑ ลงวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๔
ตามที่โรงพยาบาลประทาย (ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน) ได้แจ้งตอบรับการรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน
ของท่านตามที่ท่านได้ร้องทุกข์/ร้องเรียนไว้ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

โรงพยาบาลประทาย ได้รับแจ้งผลการดำเนินการจากส่วนราชการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตาม
ประเด็นที่ท่านได้ร้องทุกข์/ร้องเรียนแล้ว ปรากฏข้อเท็จจริงโดยสรุปรายละเอียด ดังนี้
พระสมหมาย พลพิลา ได้รับความเสียหายหลังฉีดวัคซีนโควิด 19 ได้รับการชดเชยจำนวนเงิน
๔๐๐,๐๐๐บาท

หากท่านไม่เห็นด้วยประการใด ขอให้แจ้งคัดค้านพร้อมพยานหลักฐานประกอบด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ

จรก

(นายชยพล สุขโค)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประทาย