

# 高雄市桃源區衛生所社區整合行服務中心(A)

## 意見反映及申訴辦法

一、目的：為確保服務使用者／家屬及B單位服務人員獲得良好服務輸送品質，以促使中心A單位所提供之服務更符合及貼近長照服務使用、提供需求者，特訂定本辦法。

二、對象：服務之對象／家屬及B級服務單位。

三、申訴內容：

- (一) 個案服務品質。
- (二) 提供服務之相關人員服務態度。
- (三) 其它足以影響服務權益事件。

四、申訴方式：

(一) 申訴A單位：

- 1. 電話申訴：服務使用者／家屬透過服務專線 07-6861126 轉 300(一組組長)反應A單位人員問題。
- 2. 現場申訴：由申訴者自行向桃源衛生所內部相關工作人員亦或是單位主管反應。
- 3. B單位申訴：B單位透過服務專線 07-6861126 轉 300(一組組長)，反應A單位人員問題。
- 4. 高雄市衛生局告知(1966)/長照分站專員告知：反應A單位人員問題等相關問題，初步評估申訴問題類型，若事件嚴重且符合異常事件，則依A單位工作手冊(附件11 異常改善紀錄單)辦理及輔導。
- 5. 書函(高雄市桃源區桃源里南進巷188-1號)或電子郵件(aabing616@gmail.com)投訴：接受書面投訴及每日收取信箱郵件，並依申訴方式處理。

(二) 申訴B單位：

- 1. 電話申訴：服務使用者／家屬、相關服務單位透過服務專線 07-6861126 轉 210(A單位個管師)反應B單位問題。
- 2. 現場申訴：由申訴者自行向機構內部相關工作人員亦或是單位主管反應。
- 3. 高雄市衛生局告知(1966)/長照分站專員告知：反應B單位人員問題等相關問題，初步評估申訴問題類型，若事件嚴重且符合異常事件，則依B單位服務規範守則辦理及輔導。
- 4. 書函(高雄市桃源區桃源里南進巷188-1)或電子郵件(aabing616@gmail.com)投訴：接受書面投訴及每日上網收取機構信箱電子郵件，並依申訴方式處理。

五、申訴處理過程：

(一) 接獲申訴事件後，立即進行申訴事件諮詢或個別會談，以進一步了解案件發

以後 如再發生或有異議時，請聯絡後車新仁書

0426  
1157  
醫師兼所長 邱子盛

生之人、事、時、地、物等經過情形及紀錄，並填寫申訴表留下申訴者基本連絡方式，並確認回覆方式。

- (二)初步評估申訴問題類型，共同研擬改善方案與解決處理決策，若有關其他相關單位必要時可協商相關單位討論申訴事件。
- (三)相關單位人員與申訴方進行協商與達成共識，並將資料轉呈單位主管審核，再予以結案；若未能與申訴方進行良好協商且達成共識，則協請單位主管提供協助，待雙方達成共識後再予以結案並留有紀錄。
- (四)申訴類型分為具名申訴與不具名申訴二項，針對不同類型提供適當處理程序：
  - 1.有明確申訴者基本連絡資料（具名申訴）：
    - (1)初步了解申訴方所描述之事件發生經過情形，並安撫申訴方情緒，但不做任何承諾以及批評。
    - (2)聯繫被申訴者，了解雙方所陳述事件經過情形，收集客觀資料。
    - (3)協調申訴事件處理決議結果，若事件有關其他相關單位必要時照會單位。
    - (4)回覆申訴方，申訴事件處理進度以及決議結果。
    - (5)申訴單留存。
  - 2.無申訴者基本聯繫資料（不具名申訴）：
    - (1)聯繫被申訴者了解事件情形經過，收集客觀資料。
    - (2)照會相關單位，將申訴意見列為改進參考事項。
    - (3)申訴單留存。

## 六、申訴回覆機制：

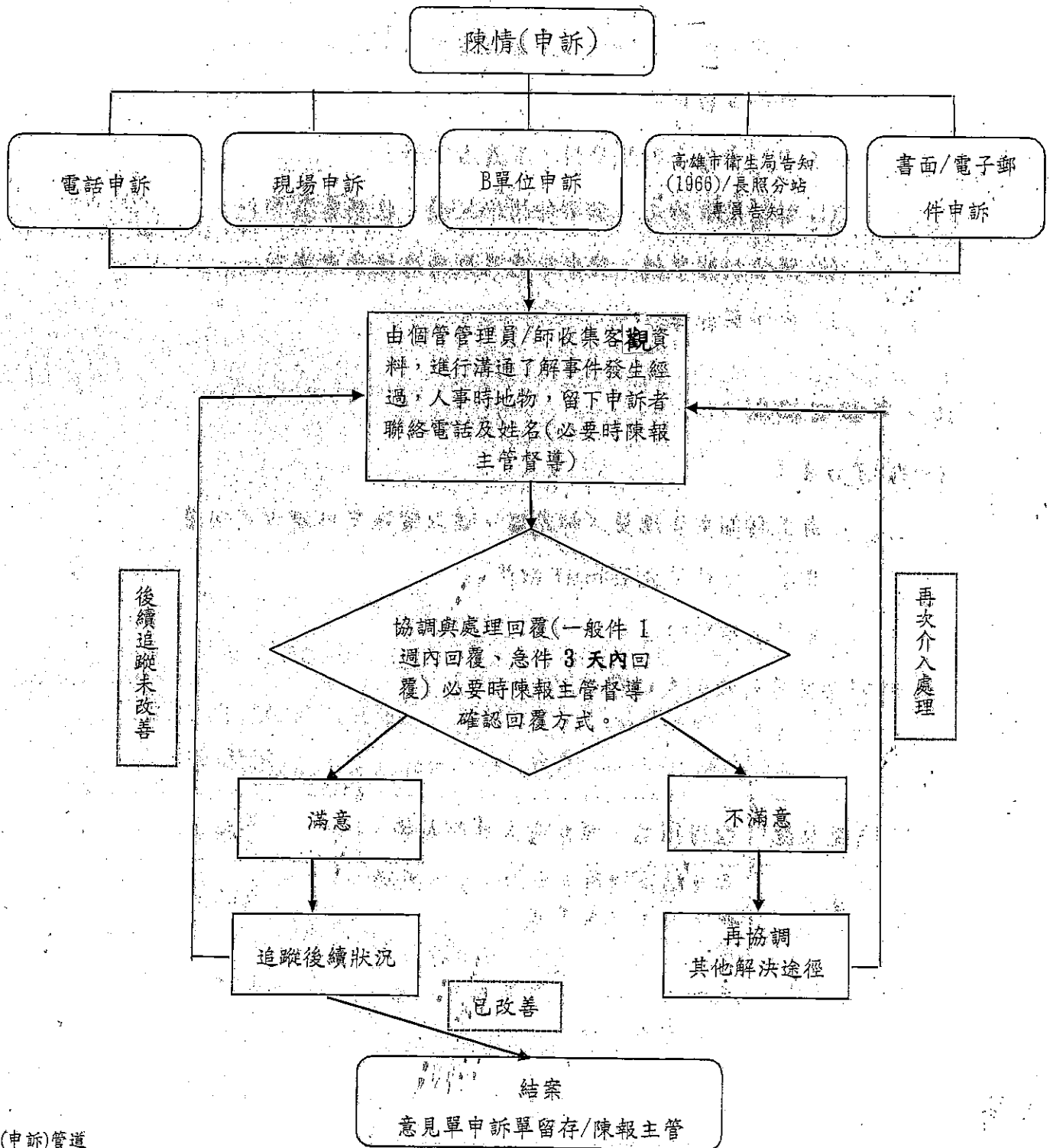
### (一)回覆方式：

- 1.由主則個案管理員／師處理，並以電話及口頭方式回覆。
- 2.書函（信件）或E-mail回覆。
- 3.不具名不需回覆。

### (二)申訴事件等級說明及回覆時間

	定義	回覆時間
意見反應	服務權益、照顧或人員問題等。	1~3天
速件	危及服務使用者生命安全、照顧疏失之案件及等案件。	1~3天
普通件	單純建議改善事項、稱讚表揚事項者或其他特殊案件經主任指示，暫緩處理。	一週內

# 高雄市桃源區衛生所社區整合型服務中心(A) 意見反應及申訴辦法



陳情(申訴)管道

◇ 電話：(07)6861126

◇ 電子郵件：[aabing616@gmail.com](mailto:aabing616@gmail.com)

◇ 地址：848 高雄市桃源區桃源里北進巷188-1號

## 高雄市桃源區衛生所社區整合型 服務中心(A)申訴表

一、異常事件發生詳細內容	
填表人：	填表日期： 年 月 日
一、申訴者基本資料	
姓名：	聯絡電話：
年齡： 歲	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 個案家屬 <input type="checkbox"/> 居家照顧員 <input type="checkbox"/> 居家督導 <input type="checkbox"/> 其他：	
二、申訴事件發生詳細內容	
1. 發生關係人：	個案：
1. 發生時間：	
2. 發生原因：	
3. 異常事件描述（描述事件發生的經過原因、變化與處理情形）：	
三、認為合理的解決方式〈希望獲得的補救方式〉	
四、檢討及改善方式〈建議事項〉	
A 個管簽章：	
五、主管意見	
簽章：	
六、追蹤輔導改善情形	
完成日期：	簽章：