

คู่มือการร้องเรียน/ร้องทุกข์



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะโหมด
Tamod District Public Health Office

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะโหมด
จังหวัดพัทลุง

หลักการและเหตุผล

ตามพระราชบัญญัติกว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติราชการ มุ่งให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน โดยยึดประชาชนเป็น ศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน ให้เกิดความผาสุกและความเป็นอยู่ที่ดีของ ประชาชน เกิด ผลสัมฤทธิ์ต่องานบริการมีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในการให้บริการ ไม่มี ขั้นตอนปฏิบัติงานเกินความ จำเป็น มีการปรับปรุงการกิจให้ทันต่อสถานการณ์ ประชาชนได้รับการ อำนวยความสะดวกและได้รับการ ตอบสนองความต้องการ และมีการประเมินผลการให้บริการ สม่าเสมอ เพื่อส่งเสริมความโปร่งใสและการ ดำเนินงานอย่างเป็นธรรมในหน่วยงาน และเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)

จึงได้จัดทำคู่มือการร้องเรียน/ร้องทุกข์(เรื่องร้องเรียนทั่วไปและเรื่องร้องเรียนการจัดซื้อจัด จ้าง) ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะโหมด เพื่อเป็นกรอบหรือแนวทางในการปฏิบัติงาน

วัตถุประสงค์การจัดทำคู่มือ

๑. เพื่อให้เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะโหมดใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานใน การรับเรื่องราวร้องเรียน ร้องทุกข์ หรือขอความช่วยเหลือให้มีมาตรฐานเดียวกันและเป็นไปอย่างมี ประสิทธิภาพ

๒. เพื่อให้การดำเนินงานจัดการข้อร้องเรียนของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองตะโหมด มีขั้นตอน/กระบวนการ และแนวทางในการปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน

๓. เพื่อสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานที่มุ่งไปสู่การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมี ประสิทธิภาพ

๔. เพื่อเผยแพร่ให้กับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของสำนักงานสาธารณสุข อำเภอตะโหมด ทราบกระบวนการ

๕. เพื่อให้มั่นใจว่าได้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนด ระเบียบหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจัดการ ข้อร้องเรียนที่กำหนดไว้อย่างสม่าเสมอ และมีประสิทธิภาพ

ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียน

การดำเนินการเรื่องร้องเรียน หมายถึง เรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ที่ได้รับ ผ่านช่องทางการ ร้องเรียนต่างๆ มาเพื่อทราบ หรือพิจารณาดำเนินการแก้ไขปัญหาตามอำนาจหน้าที่

การจัดการเรื่องร้องเรียน หมายถึง กระบวนการที่ดำเนินการในการแก้ไขปัญหาตามเรื่อง ร้องเรียนที่ได้รับให้ได้รับการแก้ไข หรือบรรเทาความเดือดร้อนจากการดำเนินงาน

คำร้องเรียนหมายถึง คำหรือข้อความที่ผู้ร้องเรียนกรอกตามแบบฟอร์มที่ศูนย์รับเรื่อง ร้องเรียน/ร้องทุกข์ หรือระบบการรับคำร้องเรียนเอง มีแหล่งที่สามารถตอบสนอง หรือมีรายละเอียดอย่าง ชัดเจนหรือมีนัยสำคัญที่เชื่อถือได้

ช่องทางการร้องเรียน

- ๑) ไปรษณีย์ปกติ (จดหมาย/บัตรสนเท่ห์/เอกสาร)
- ๒) ยื่นโดยตรง (จดหมาย/บัตรสนเท่ห์/เอกสาร)
- ๓) โทรศัพท์ ๐ ๗๔ ๖๑๑๔๕๕ โทรสาร ๐๗๔ ๖๑๖๔๐๑
- ๔) QR Code

ขั้นตอนการร้องเรียน

การรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

๑. กรณีการร้องทุกข์/ร้องเรียน ด้วยวาจา/โทรศัพท์

- กรณีด้วยวาจา(มาด้วยตนเอง ถ้าเป็นเรื่องของผู้อื่น ต้องแนบใบมอบอำนาจด้วย) ให้ผู้ร้องกรอกข้อมูลลงในแบบ ฯ และลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน หากผู้ร้อง ไม่ยินยอมลงชื่อ มิให้รับเรื่องร้องทุกข์ นั้นไว้พิจารณา และแจ้งให้ผู้ร้องทราบ พร้อมบันทึกเหตุดังกล่าวไว้ในแบบคำร้อง

- กรณีโทรศัพท์ให้ จนท.บันทึกในแบบ ฯ หากผู้ร้อง ไม่ยินยอมให้ข้อมูล มิให้รับเรื่องร้องทุกข์ นั้นไว้พิจารณา และแจ้งให้ผู้ร้องทราบ พร้อมบันทึกเหตุดังกล่าวไว้ในแบบคำร้อง

๒. กรณีการร้องทุกข์/ร้องเรียน เป็นหนังสือหนังสือดังกล่าว ไม่กำหนด/บังคับรูปแบบแต่ต้องมีลักษณะ ดังนี้

- มีชื่อ และที่อยู่ของผู้ร้อง ซึ่งสามารถตรวจสอบตัวตนได้
- ระบุเรื่องอันเป็นเหตุให้ร้องทุกข์ พร้อมข้อเท็จจริงหรือพฤติการณ์ เกี่ยวกับเรื่องนั้น

ตามสมควร

- ใช้ถ้อยคำสุภาพ

- มีลายมือชื่อของผู้ร้องถ้าเป็นการร้องทุกข์แทนผู้อื่น ต้องแนบใบมอบอำนาจมาด้วย

กระบวนการจัดการข้อร้องเรียน

๑. กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนที่อยู่ในอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของศูนย์ดำรงธรรมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะโหมด มีขั้นตอนและระยะเวลาดำเนินการ ดังนี้

๑.๑ เมื่อได้รับข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ หากข้อร้องเรียนนั้นมิได้ทำเป็นหนังสือ ให้จัดให้มีการบันทึกข้อร้องเรียนดังกล่าวลงในแบบฟอร์มแจ้งข้อร้องเรียน ซึ่งจะต้องดำเนินการให้เสร็จภายใน ๑ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับข้อร้องเรียน

๑.๒ ให้ผู้รับผิดชอบเรื่องร้องเรียนของศูนย์ดำรงธรรมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะโหมด สรุปรายข้อเท็จจริงเรื่องที่ร้องเรียน และเสนอข้อร้องเรียนนั้นไปยังผู้ที่ได้รับมอบหมายเพื่อพิจารณาสั่งการ ตามที่เห็นสมควรโดยไม่ชักช้า ซึ่งจะต้องดำเนินการให้เสร็จภายใน ๗ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับข้อร้องเรียน หากไม่สามารถดำเนินการในระยะเวลาดังกล่าว ให้ชี้แจงเหตุผลประกอบด้วย ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ศูนย์ดำรงธรรมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะโหมด ได้รับข้อร้องเรียน ให้เจ้าหน้าที่นั้นส่งข้อร้องเรียนดังกล่าวให้ผู้รับผิดชอบเรื่องร้องเรียนทันที โดยไม่จำเป็นต้องสรุปรายข้อเท็จจริงในเรื่องที่ร้องเรียน เพื่อผู้รับผิดชอบเรื่องร้องเรียน จะได้ดำเนินการตามวาระต่อไป

๑.๓ หัวหน้าศูนย์ดำรงธรรมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะโหมด หรือผู้ได้รับมอบหมายพิจารณาสั่งการ ภายใน ๗ วันทำการนับตั้งแต่วันที่ได้รับข้อร้องเรียนจากผู้รับผิดชอบเรื่องร้องเรียน ในกรณีที่หัวหน้าศูนย์ดำรงธรรมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะโหมด หรือผู้ได้รับมอบหมายเห็นสมควรแต่งตั้งเจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการจัดการข้อร้องเรียน แก้ไขปัญหาและปรับปรุงการให้บริการ รวมถึงการตรวจสอบข้อเท็จจริงในเรื่องที่ร้องเรียน ให้แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ดำเนินการให้เสร็จภายใน ๑๕ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่มอบหมายเจ้าหน้าที่หรือภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในคู่มือฉบับนี้ หรือตามกฎหมาย แล้วแต่กรณี ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ ฯ ไม่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาดังกล่าว ได้ ให้ขอขยายระยะเวลาต่อหัวหน้าศูนย์ดำรงธรรมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะโหมด หรือผู้ได้รับมอบหมายพิจารณาสั่งการ พร้อมชี้แจงข้อเท็จจริงและเหตุผลประกอบด้วย

๑.๔ เมื่อได้ดำเนินการตาม (๑.๓) วรรคหนึ่งเสร็จแล้ว ให้ผู้รับผิดชอบเรื่องร้องเรียน แจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบเบื้องต้นถึงการได้รับเรื่อง แนวทางการจัดการ และระยะเวลาที่คาดว่าจะดำเนินการ จัดการข้อร้องเรียนเสร็จ รวมถึงชื่อผู้ประสานงานพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ด้วย ทั้งนี้ ให้ดำเนินการภายใน ๗ วัน นับตั้งแต่วันที่หัวหน้าศูนย์ดำรงธรรมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะโหมด หรือผู้ได้รับมอบหมายพิจารณา สั่งการ

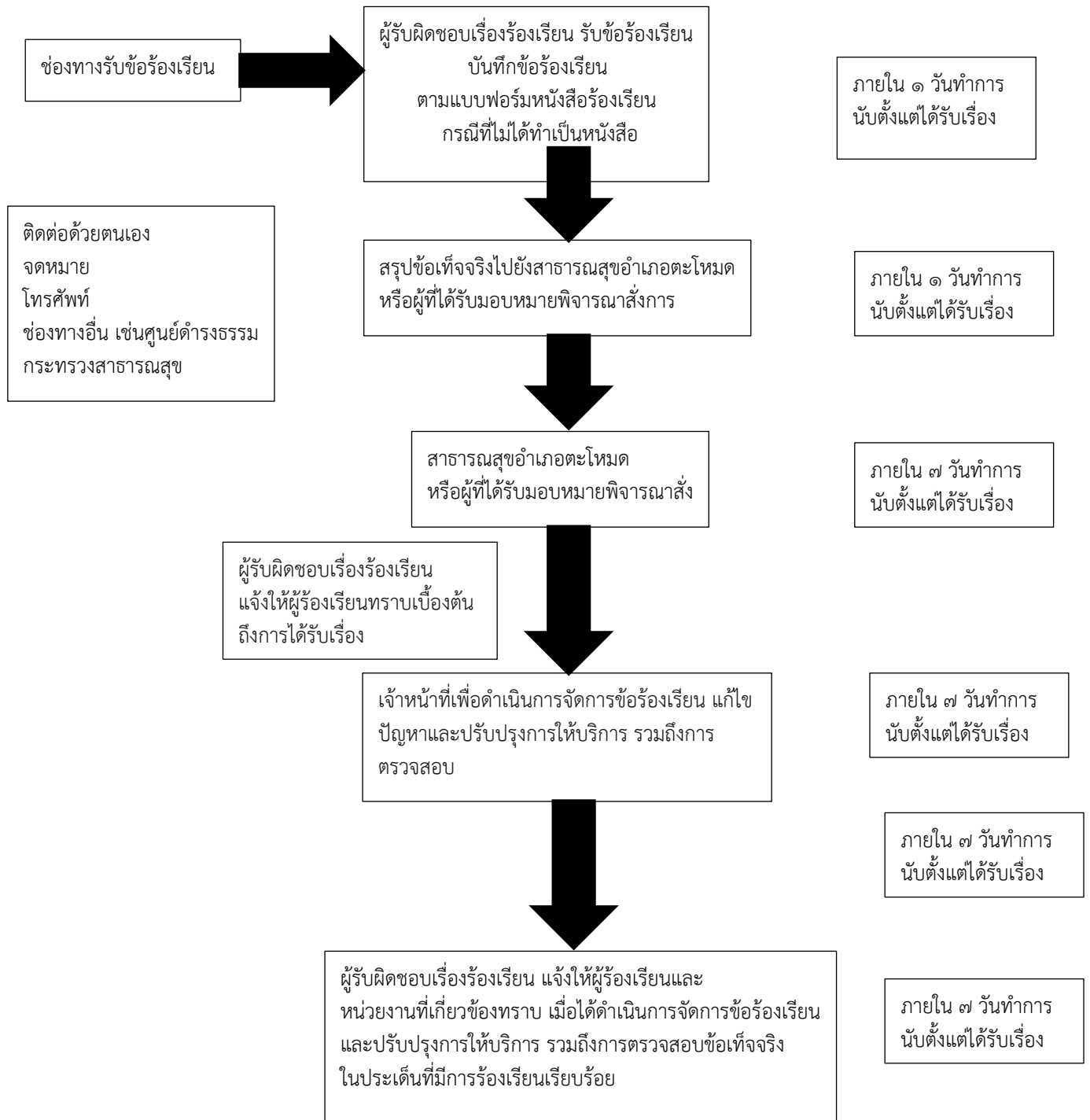
๑.๕ เมื่อได้ดำเนินการจัดการข้อร้องเรียน แก้ไขปัญหาและปรับปรุงการให้บริการ รวมถึงการตรวจสอบข้อเท็จจริงในประเด็นที่มีการร้องเรียนเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้รับผิดชอบเรื่องร้องเรียน แจ้งให้ผู้ร้องเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบต่อไป ซึ่งจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๗ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่หัวหน้าศูนย์ดำรงธรรมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะโหมด หรือผู้ได้รับมอบหมายพิจารณาสั่ง การในกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดได้ให้ผู้รับผิดชอบเรื่องร้องเรียน แจ้ง ผู้ร้องเรียนทราบถึงเหตุผล และผลการดำเนินการล่าสุด

๒. กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนที่ไม่อยู่ในอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของศูนย์ ดำรงธรรมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะโหมด

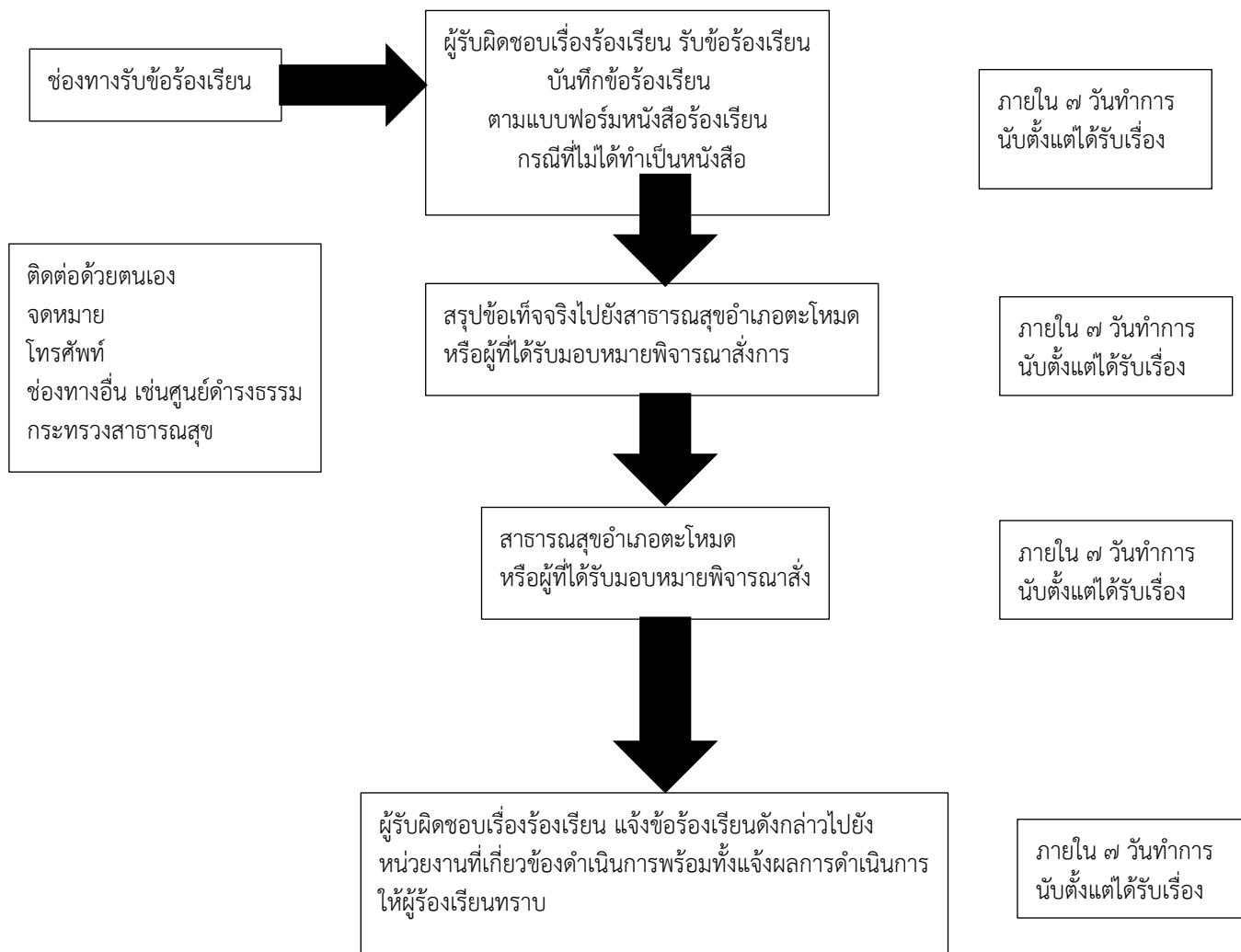
๒.๑ เมื่อได้รับข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ และหากข้อร้องเรียนนั้นมิได้ทำเป็น หนังสือ ให้จัดให้มีการบันทึกข้อร้องเรียนดังกล่าวลงในแบบฟอร์มแจ้งข้อร้องเรียน โดยให้ผู้รับผิดชอบเรื่อง ร้องเรียน สรุปข้อเท็จจริงและเสนอให้ศูนย์ดำรงธรรมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะโหมด หรือผู้ได้รับ มอบหมาย เพื่อพิจารณาสั่งการตามที่เห็นสมควร โดยไม่ชักช้า ซึ่งจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๗ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับเรื่องร้องเรียน หากไม่สามารถดำเนินการภายในระยะเวลาดังกล่าวได้ ให้ ชี้แจงเหตุผลประกอบด้วย ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ศูนย์ดำรงธรรมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะโหมด ได้รับข้อ ร้องเรียน ให้นำความใน ๑(๑.๒) วรรคสอง มาบังคับใช้โดยอนุโลม

๒.๑ สาธารณสุขอำเภอตะโหมดหรือผู้ได้รับมอบหมายพิจารณาสั่งการ ภายใน ๒ วัน ทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับข้อร้องเรียน เพื่อจุดบริการรับแจ้งเบาะแสการทุจริตและปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ จะ ได้แจ้งข้อร้องเรียน ดังกล่าว ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ พร้อมทั้งแจ้งผลการดำเนินการให้ผู้ร้องเรียน ทราบ ซึ่งจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๗ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ดำเนินการตาม(๑) แล้วเสร็จ

กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนที่อยู่ในอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ
ศูนย์ดำรงธรรมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะโหมด



กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนที่ไม่อยู่ในอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ
ศูนย์ดำรงธรรมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะโหมด



แบบฟอร์มหนังสือร้องเรียน/ร้องทุกข์ทั่วไป

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง.....

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองตะโหมด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....ได้รับความเดือดร้อน
เนื่องจาก

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

ดังนั้น ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... จึงขอ
ร้องเรียนมายังศูนย์ดำรงธรรมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะโหมด เพื่อให้ดำเนินการช่วยเหลือ และแก้ไข
ปัญหา ดังนี้

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

พร้อมนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

- | | |
|--|----------------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน.....ฉบับ |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน.....ฉบับ |
| ๓. บัญชีรายชื่อผู้ได้รับความเดือดร้อน(ถ้ามี) | จำนวน.....ฉบับ |
| ๔. เอกสารอื่นๆ(ระบุ)..... | |

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ร้องเรียน/ร้องทุกข์
(.....)
(ตำแหน่ง).....(ถ้ามี)
หมายเลขโทรศัพท์.....