



คู่มือการดำเนินงาน/ปฏิบัติงาน

เรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงาน/
การรับเรื่องร้องเรียนการทุจริต
และประพฤติมิชอบ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ
จังหวัดสตูล

คำนำ

คู่มือการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ ฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียนของศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ ทั้งนี้การจัดการข้อร้องเรียนจนได้ข้อยุติให้มีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ จำเป็นจะต้องมีขั้นตอนกระบวนการและแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจนเพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ

ธันวาคม ๒๕๖๖

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

หลักการและเหตุผล	๑
การจัดตั้งศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ	๑
สถานที่ตั้ง	๑
หน้าที่ความรับผิดชอบ	๑
วัตถุประสงค์	๑
คำจำกัดความ	๒
ระยะเวลาในการให้บริการ	๒
แผนผังกระบวนการจัดการเรื่องราวร้องเรียน/ร้องทุกข์	๓
ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	๔
การรับและตรวจสอบข้อร้องเรียนจากช่องทางต่างๆ	๔
การบันทึกข้อร้องเรียน	๕
การประสานหน่วยงานเพื่อแก้ไขข้อร้องเรียนและการแจ้งกลับผู้ร้องเรียน	๕
ติดตามการแก้ไขข้อร้องเรียน	๕
การรายงานผลการจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงาน	๕
มาตรฐานงาน	๕
แบบฟอร์ม	๖
จัดทำโดย	๑๐

คู่มือการปฏิบัติงานรับเรื่องราวร้องทุกข์ ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ

๑. หลักการและเหตุผล

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๕๖ ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติราชการมุ่งให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนให้เกิดความผาสุกและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนเกิดผลสัมฤทธิ์ต่องานบริการที่มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าในการให้บริการไม่มีขั้นตอนปฏิบัติงานเกินความจำเป็นมีการปรับปรุงการกิจให้ทันต่อสถานการณ์ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองความต้องการ และมีการประเมินผลการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ

๒. การจัดตั้งศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ

เพื่อให้การบริหารระบบราชการเป็นไปด้วยความถูกต้องบริสุทธิ์ยุติธรรมควบคู่กับการพัฒนาบำบัดทุกข์ บำรุงสุขตลอดจนดำเนินการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพรวดเร็วและประสบผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมอีกทั้งเพื่อเป็นศูนย์รับแจ้งเบาะแสการทุจริตหรือไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ จึงได้จัดตั้งศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ขึ้น ซึ่งในกรณีการร้องเรียนที่เกี่ยวกับบุคคลหรือส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์จะมีการเก็บรักษาเรื่องราวไว้เป็นความลับและปกปิดชื่อผู้ร้องเรียนเพื่อให้ผู้ร้องเรียนได้รับผลกระทบและได้รับความเดือดร้อนจากการร้องเรียน

๓. สถานที่ตั้ง

ตั้งอยู่ ณ หมู่ที่ ๒ ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ๙๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๗๔๗๘๗๐๓๙

อีเมล maung_spho@hotmail.com

๔. หน้าที่ความรับผิดชอบ

เป็นศูนย์กลางในการรับเรื่องราวร้องทุกข์และให้บริการข้อมูลข่าวสารให้คำปรึกษารับเรื่องปัญหาความต้องการและข้อเสนอแนะของประชาชน

๕. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้การดำเนินงานจัดการข้อร้องเรียน ร้องทุกข์ของศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ มีขั้นตอน กระบวนการ และแนวทางในการปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน

๒. เพื่อให้มั่นใจว่าได้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดระเบียบหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจัดการข้อร้องเรียนร้องทุกข์ ที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ

๖. คำจำกัดความ

“ผู้รับบริการ” หมายถึงประชาชนทั่วไปและผู้ที่มาใช้บริการจากส่วนราชการและประชาชนทั่วไป

“ผู้มีส่วนได้เสีย” หมายถึงผู้ที่ได้รับผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการดำเนินการของส่วนราชการ เช่นประชาชนในเขตอำเภอเมืองสตูล

“การจัดการข้อร้องเรียน” หมายถึงมีความหมายครอบคลุมถึงการจัดการในเรื่องข้อร้อง

เรียน/ร้องทุกข์/ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็น/คำชมเชย/การสอบถามหรือการร้องขอข้อมูล

“ผู้ร้องเรียน/ร้องทุกข์” หมายถึงประชาชนทั่วไป/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มาติดต่อราชการผ่านช่องทางต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์ครอบคลุมการร้องเรียน/ร้องทุกข์/การให้ข้อเสนอแนะ/การให้ข้อคิดเห็น/การชมเชย/การร้องขอข้อมูล

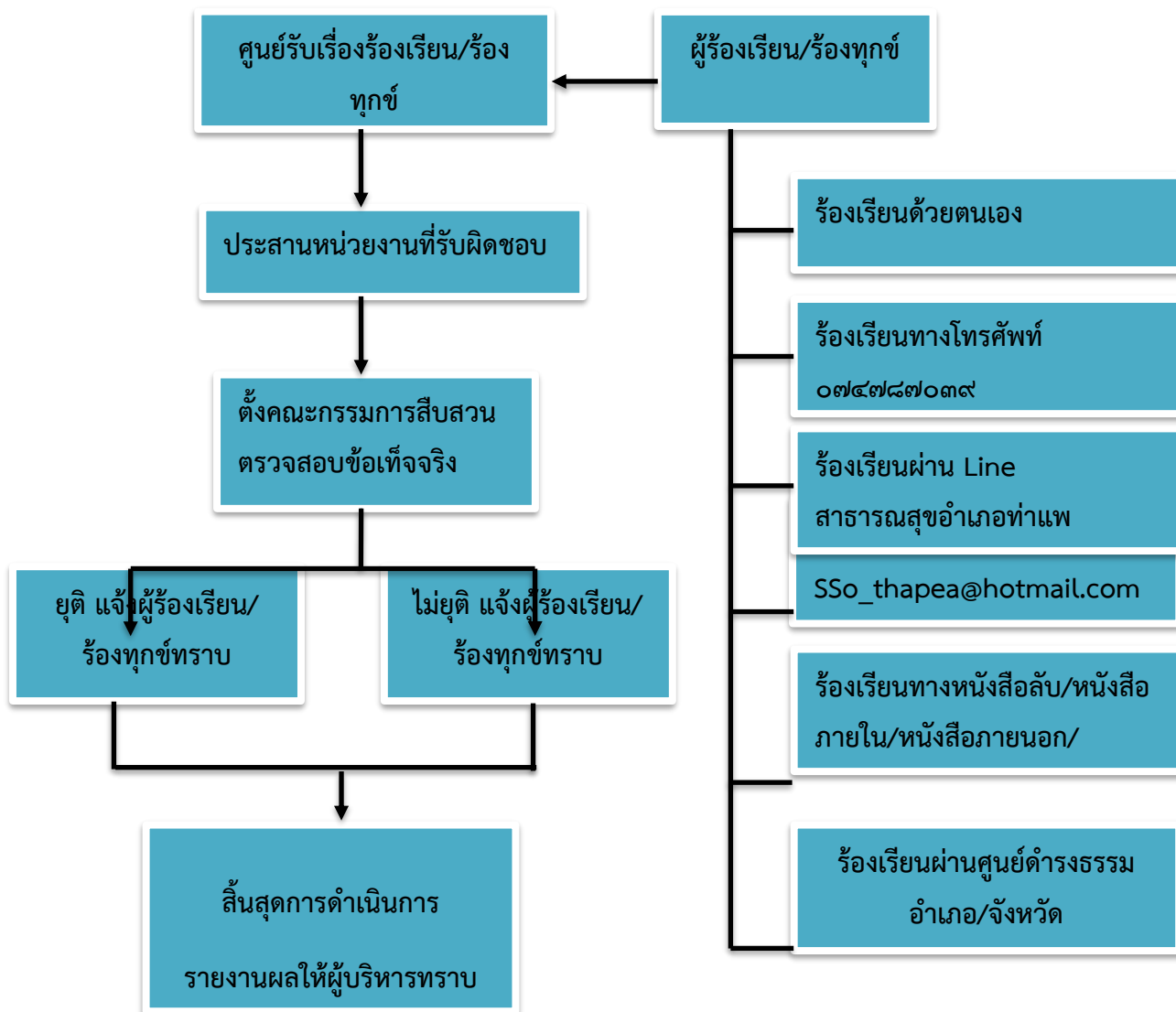
“ช่องทางการรับข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์” หมายถึงช่องทางต่างๆที่ใช้ในการรับเรื่องร้องเรียน/ ร้องทุกข์เช่นติดต่อด้วยตนเอง/ ติดต่อทางโทรศัพท์/ เว็บบเพจ/ Facebook เป็นต้น

๗.ระยะเวลาเปิดให้บริการ

เปิดให้บริการ วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา

๐๘.๓๐ -๑๖.๓๐น.

๘.แผนผังกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์



นางสาวปาริตตา ลาริณู
 เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์

๙. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ของหน่วยงาน

๙.๑ จัดตั้งศูนย์ / จุดรับข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ของประชาชน

๙.๒ จัดทำคำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์

๙.๓ แต่งผู้รับผิดชอบตามคำสั่งของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพเพื่อความสะดวกในการประสานงาน

๑๐. การรับและตรวจสอบข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์จากช่องทางต่างๆ

ดำเนินการรับและติดตามตรวจสอบข้อร้องเรียนร้องทุกข์ที่เข้ามายังหน่วยงานจากช่องทางต่างๆ โดยมีข้อปฏิบัติตามที่กำหนดดังนี้

ช่องทาง	ความถี่ในการตรวจสอบช่องทาง	ระยะเวลาดำเนินการรับข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์เพื่อประสานหาทางแก้ปัญหา	หมายเหตุ
ร้องเรียนด้วยตนเอง ณ ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ	ทุกครั้งที่มีการร้องเรียน	ภายใน ๑ วันทำการ	
ร้องเรียนผ่านไลน์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ	ทุกวัน	ภายใน ๑ วันทำการ	
ร้องเรียนทางโทรศัพท์ ๐๗๔๗๘๗๐๓๙	ทุกวัน	ภายใน ๑ วันทำการ	
ร้องเรียนทาง Email : Sso_thapea@hotmail.com	ทุกวัน	ภายใน ๑ วันทำการ	
ร้องเรียนทางจดหมายไปรษณียบัตร	ทุกวัน	ภายใน ๑ วันทำการ	
ร้องเรียนผ่านศูนย์ดำรงธรรมอำเภอ/จังหวัด/สำนักนายกรัฐมนตรี	เมื่อได้รับแจ้ง	ภายใน ๑ วันทำการ	

๑๑. การบันทึกเรื่องร้องเรียน

๑๑.๑ กรอกแบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์โดยมีรายละเอียดข้อ-สกุลที่อยู่หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์และสถานที่เกิดเหตุ

๑๑.๒ ทุกช่องทางที่มีการร้องเรียนเจ้าหน้าที่ต้องบันทึกข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ลงสมุดบันทึกข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์

๑๒. การประสานหน่วยงานเพื่อแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนร้องทุกข์และการแจ้งผู้ร้องเรียนร้องทุกข์ทราบ

๑๒.๑ กรณีเป็นการขอข้อมูลข่าวสารประสานหน่วยงานผู้ครอบครองเอกสารเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ร้องขอได้ทันที

๑๒.๒ ข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ที่เป็นการร้องเรียนเรื่องทั่วไปเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการของหน่วยงานเช่นไฟฟ้าสาธารณะดับการจัดการขยะมูลฝอยตัดต้นไม้กลืนเหม็นรบกวนเป็นต้นจัดทำบันทึกข้อความเสนอไปยังผู้บริหารเพื่อสั่งการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเบื้องต้นอาจโทรศัพท์แจ้งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๑๒.๓ ข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ที่ไม่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ ให้ดำเนินการประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความรวดเร็วและถูกต้องในการแก้ไขปัญหาต่อไป

๑๒.๔ ข้อร้องเรียนที่ส่งผลกระทบต่อหน่วยงาน เช่น กรณีผู้ร้องเรียนทำหนังสือร้องเรียนความไม่โปร่งใสในการจัดซื้อจัดจ้าง ให้เจ้าหน้าที่จัดทำบันทึกข้อความเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณาสั่งการไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อดำเนินการตรวจสอบและแจ้งผู้ร้องเรียนทราบ ต่อไป

๑๓. การติดตามแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน

ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรายงานผลการดำเนินการทราบ ภายใน ๕ วันทำการเพื่อเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ จะได้แจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบต่อไป

๑๔. การรายงานผลการดำเนินการให้ผู้บริหารทราบ

๑๔.๑ ให้รวบรวมและรายงานสรุปการจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ให้ผู้บริหารทราบทุกไตรมาส

๑๔.๒ ให้รวบรวมรายงานสรุปข้อร้องเรียนหลังจากสิ้นปีงบประมาณเพื่อนำมาวิเคราะห์การจัดการข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ในภาพรวมของหน่วยงานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงพัฒนาองค์กรต่อไป

๑๕. มาตรฐานงาน

การดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด

กรณีได้รับเรื่องร้องเรียน / ร้องทุกข์ให้ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสตูล ดำเนินการตรวจสอบและพิจารณาส่งเรื่องให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนร้องทุกข์ ให้แล้วเสร็จภายใน ๑๕ วันทำการ

๑๖.แบบฟอร์ม

แบบฟอร์มใบรับแจ้งเหตุเรื่องราวร้องเรียน / ร้องทุกข์
แบบคำร้องทุกข์/ร้องเรียน(ด้วยตนเอง) (แบบคำร้องเรียน๑)

ที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง.....

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองสตูล

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

อาชีพ.....ตำแหน่ง.....

ถือบัตร.....เลขที่.....

ออกโดย.....วันออกบัตร.....บัตรหมดอายุ.....

มีความประสงค์ขอร้องทุกข์/ร้องเรียนเพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ พิจารณาดำเนินการ
ช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาในเรื่อง.....

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

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำร้องทุกข์/ร้องเรียนตามข้างต้นเป็นจริงและยินดีรับผิดชอบทั้งทาง
แพ่งและทางอาญาหากจะพึงมี

โดยข้าพเจ้าขอส่งเอกสารหลักฐานประกอบการร้องทุกข์/ร้องเรียน (ถ้ามี) ได้แก่

- ๑).....จำนวน.....ชุด
- ๒).....จำนวน.....ชุด
- ๓).....จำนวน.....ชุด
- ๔).....จำนวน.....ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ร้องเรียน/ร้องทุกข์

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

โทร ๐๗๔๗๘๗๐๓๘

แบบคำร้องทุกข์/ร้องเรียน (โทรศัพท) (แบบคำร้องเรียน๒)

ที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง.....

เรียน สาธารณสุขอำเภอท่าแพ

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....อาชีพ.....ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอร้องทุกข์/ร้องเรียนเพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ พิจารณาดำเนินการ

ช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาในเรื่อง.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

โทร ๐๗๘๗๘๗๐๓๙

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เวลา.....

แบบแจ้งผลการดำเนินการต่อเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน (ตอบข้อร้องเรียน๒)

ที่ สต.๐๑๓๒/ (เรื่องร้องเรียน)/.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ

ตำบลคลองขุด อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล ๙๑๐๐๐

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ตอบรับการรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

เรียน

ตามที่ท่านได้ร้องทุกข์/ร้องเรียนผ่านศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ โดยทาง () หนังสือร้องเรียนทางไปรษณีย์ () ด้วยตนเอง () ทางโทรศัพท์ () อื่นๆ.....

ลงวันที่.....เกี่ยวกับเรื่อง.....

.....นั้น

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ ได้ลงทะเบียนรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียนของท่านไว้แล้ว ตามทะเบียนรับเรื่องเลขรับที่.....ลงวันที่.....

และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ ได้พิจารณาเรื่องของท่านแล้วเห็นว่า

() เป็นเรื่องที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ และได้ มอบหมายให้.....เป็นหน่วยตรวจและดำเนินการ

() เป็นเรื่องที่ไม่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพและได้จัดส่ง เรื่องให้.....ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการต่อไปแล้ว ทั้งนี้สามารถติดต่อประสานงานหรือขอทราบผลโดยตรงกับหน่วยงานดังกล่าวได้อีกทางหนึ่ง

() เป็นเรื่องที่มีกฎหมายบัญญัติขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติไว้เป็นการเฉพาะแล้วตาม กฎหมาย.....จึงขอให้ท่านดำเนินการตามขั้นตอน และวิธีการที่กฎหมายนั้นได้บัญญัติไว้ต่อไป

จึงแจ้งมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

โทร ๐๗๔-๗๒๑๓๖๖

แบบแจ้งผลการดำเนินการต่อเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน (ตอบข้อร้องเรียน๒)

ที่ สต.๐๑๓๒/(เรื่องร้องเรียน)/.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ

ตำบลคลองขุด อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล ๙๑๐๐๐

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง แจ้งผลการดำเนินการต่อเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

เรียน

อ้างถึงหนังสือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ ที่สต ๐๑๓๒/.....ลงวันที่.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.....

๒.....

๓.....

ตามที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ(ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน) ได้แจ้งตอบรับการรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียนของท่านตามที่ท่านได้ร้องทุกข์/ร้องเรียนไว้ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ ได้รับแจ้งผลการดำเนินการจากส่วนราชการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามประเด็นที่ท่านได้ร้องทุกข์/ร้องเรียน แล้วปรากฏข้อเท็จจริงโดย

สรุปว่า.....

.....

.....

.....ดังมีรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้

ทั้งนี้หากท่านไม่เห็นด้วยประการใดขอให้แจ้งคัดค้านพร้อมพยานหลักฐานประกอบด้วย

จึงแจ้งมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

โทร ๐๗๔-๗๒๑๓๖๖

๑๗.จัดทำโดย

ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ

- หมายเลขโทรศัพท์ ๐๗๔๗๘๗๐๓๙

ภาคผนวก