สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์
SAWANGAROM DISTRICT PUBLIC HEALTH OFFICE

# คู่มือปฏิบัติการการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์
จังหวัดอุทัยธานี
โทร. ๐ ๕๖๕๙ ๙๐๘๒

# คำนำ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี มีการทำงาน ตามนโยบายการประเมิน คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ เพื่อดำเนินงานการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ การส่งเสริมและคุ้มครองจริยธรรมของส่วนราชการ ให้สอดคล้องยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) ซึ่งขยายระยะเวลาถึง พ.ศ. ๒๕๖๕ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคีเครือข่ายด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริตคอร์รัปชั่น การส่งเสริมและคุ้มครอง จริยธรรมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน โดยร่วมกำหนดเป้าหมายการพัฒนานำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติตามแผนงาน/ โครงการที่วางไว้ไปสู่เป้าหมายเดียวกัน คือ ความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล นอกจากนี้ ยังมีหน้าที่สำคัญในการประสาน ติดตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้อเกี่ยวกับการจัดการเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบจากช่องทางการร้องเรียนเป็นไปตามระเบียบสำนักงนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดการเรื่องราวร้องทุกข์ พ.ศ. ๒๕๕๒ ตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้ทบทวนคู่มือปฏิบัติการการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน เพื่อเป็นวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction) สอดรับกับระบวนการจัดการเรื่องราวร้องทุกข์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือปฏิบัติการการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่จะนำไปเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานจัดการเรื่อง ร้องเรียน/แจ้งเบาะแสการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานอย่างมีคุณภาพ

ศูนย์รับเรื่องราวร้องเรียน ร้องทุกข์
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์
๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๔

# สารบัญ


| เนื้อหา | หน้าที่ |
|---|---|
| หลักการและเหตุผล | ๑ |
| คำจำกัดความ | ๒ |
| ขั้นตอนการปฏิบัติงาน | ๒ |
| ส่วนงานที่รับผิดชอบ | ๓ |
| ระยะเวลาการดำเนินการ | ๔ |
| การตอบสนองต่อเรื่องร้องเรียน | ๔ |
| วิธีการที่บุคคลภายนอกจะทำการร้องเรียน/ช่องทางการร้องเรียน | ๕ |
| การบันทึกข้อร้องเรียน | ๕ |
| การประสานหน่วยงานเพื่อแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน ร้องทุกข์ และการแจ้งผู้ร้องเรียน/ร้องทุกข์ทราบ | ๕ |
| วิธีการดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริง วินิจฉัยเรื่องร้องเรียน และแจ้งผลให้ผู้ร้องทราบ | ๖ |
| การรายงานผลการดำเนินการให้ผู้บริหารทราบ | ๗ |
| แผนผังกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ | ๘ |
| ภาคผนวก | |
| แบบฟอร์มที่ ๑ รับแจ้งเหตุการณ์ร้องเรียน/ร้องทุกข์ (ด้วยตนเอง) | ๑๐ |
| แบบฟอร์มที่ ๒ รับแจ้งเหตุการณ์ร้องเรียน/ร้องทุกข์ (โทรศัพท์) | ๑๑ |
| แบบฟอร์มที่ ๓ แจ้งการร้องเรียน/ร้องทุกข์ | ๑๒ |
| แบบฟอร์มที่ ๔ แจ้งผลการดำเนินการรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ | ๑๓ |

# คู่มือปฏิบัติการ
# การดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน
# สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์

**********

**หลักการและเหตุผล**

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยเรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติราชการ มุ่งให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนให้เกิดความผาสุกและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่องานบริการที่มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในการให้บริการ ไม่มีขั้นตอนปฏิบัติงานเกินความจำเป็น มีการปรับปรุงภารกิจให้ทันต่อสถานการณ์ ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองความต้องการ และมีการประเมินผลการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ ภายใต้การอภิบาลระบบการรับเรื่องราวร้องทุกข์บนพื้นฐานของหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) ของระบบอย่างสูงสุดและยั่งยืนต่อไป

**การจัดตั้งศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์**

เพื่อให้การบริหารระบบราชการเป็นไปด้วยความถูกต้อง บริสุทธิ์ ยุติธรรม ควบคู่กับการพัฒนาบำบัด ทุกข์ บำรุงสุข ตลอดจนดำเนินการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยความ รวดเร็วประสบผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งเพื่อเป็นศูนย์รับแจ้งเบาะแสการทุจริต หรือไม่ได้รับความเป็นธรรม จากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ได้จัดตั้งศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ขึ้น ซึ่งในกรณีการร้องเรียนเกี่ยวกับบุคคล จะมีการเก็บรักษาเรื่องราวไว้เป็นความลับและปกปิดชื่อผู้ร้องเรียน เพื่อมิให้ผู้ร้อง เรียนได้รับผลกระทบและได้รับความเดือดร้อนจากการร้องเรียน

**สถานที่ตั้ง**

ตั้งอยู่ที่ อาคารสำนักงานสาธรณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี รหัสไปรษณีย์ ๖๑๑๖๐ หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๕๖๕๙ ๙๐๘๒

**หน้าที่และความรับผิดชอบ**

เป็นศูนย์กลางในการรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ และให้บริการข้อมูลข่าวสาร ให้คำปรึกษา รับเรื่องปัญหาความต้องการและข้อเสนอแนะของประชาชน

**วัตถุประสงค์**

๑) เพื่อให้บุคลากรผู้เกี่ยวข้อง หรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบสามารถนำไปเป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานให้เกิดเป็นรูปธรรม ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน/แจ้งเบาะแส ด้านการทุจริตและประพฤติมิชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒) เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน/แจ้งเบาะแสด้านการทุจริต และประพฤติมิชอบ ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานตามขั้นตอนที่สอดคล้องกับข้อกำหนด ระเบียบ หลักเกณฑ์ และกฎหมายที่ เกี่ยวข้องกับการรับเรื่องราวร้องทุกข์ อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ

๓) เพื่อเป็นหลักฐานแสดงขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติงาน ที่สามารถถ่ายทอดให้กับผู้เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ พัฒนาให้การทำงานเป็นมืออาชีพ รวมทั้งแสดงหรือเผยแพร่ให้กับบุคคลภายนอกหรือผู้ใช้บริการ ให้ สามารถเข้าใจและใช้ประโยชน์จากกระบวนการที่มีอยู่ รวมถึงการเสนอแนะ ปรับปรุงกระบวนการในการ ปฏิบัติงาน

๔) เพื่อพิทักษ์สิทธิของประชาชนและผู้ร้องเรียน/แจ้งเบาะแส

**คำจำกัดความ**

**ผู้รับบริการ** หมายถึง ผู้ที่มารับบริการจากส่วนราชการและประชาชนทั่วไป

**ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** หมายถึง ผู้ที่ได้รับผลกระทบ ทั้งทางบวกและทางลบ ทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการดำเนินการ ของส่วนราชการ เช่น ประชาชนในเขตอำเภอสว่างอารมณ์

**การจัดการเรื่องร้องเรียน** หมายถึง ความครอบคลุมถึงการจัดการในเรื่องข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์/ ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็น/คำชมเชย/การสอบถามหรือการร้องขอข้อมูล

**ผู้ร้องเรียน/ร้องทุกข์** หมายถึง ประชาชนทั่วไป/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มาติดต่อราชการผ่านช่องทาง ต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์ครอบคลุมการร้องเรียน/ร้องทุกข์/ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็น/คำชมเชย/การสอบถาม หรือการร้องขอข้อมูล

**ช่องทางการรับข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์** หมายถึง ช่องทางต่างๆ ที่ใช้ในการรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ เช่น ติดต่อด้วยตนเอง ติดต่อผ่านทางโทรศัพท์ เว็บไซต์ เวปเพจ Face Book

**ส่วนราชการ** หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยการปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม และ หน่วยงานอื่นของรัฐที่อยู่ในกำกับของราชการ ฝ่ายบริหาร แต่ไม่รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและรัฐวิสาหกิจ

**ผู้บริหาร** หมายถึง ผู้ที่มีอำนาจลงนามหรือสั่งการในขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้เรื่องร้องเรียน/ แจ้งเบาะแส ด้านการทุจริตและประพฤติมิชอบได้รับการแก้ไขและ/หรือเป็นที่ยุติ ตลอดจนพิจารณาพัฒนา ระบบร้องเรียน/ แจ้งเบาะแสด้านการทุจริตและประพฤติมิชอบให้เกิดประโยชน์สูงสุด

**เรื่องร้องเรียน** หมายถึง ความเดือดร้อนเสียหายอันเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ของเจ้าหน้าที่ ของ รัฐที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข เช่น การประพฤติมิชอบตามประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือน และ จรรยาข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือพบความผิดปกติในกระบวนการจัดซื้อ จัดจ้าง ใน ส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข การบรรจุแต่งตั้งข้าราชการ พนักงานราชการและลูกจ้าง ข้อเสนอแนะ และ/หรือข้อคิดเห็นต่างๆ

**การดำเนินการ** หมายถึง การจัดการกับเรื่องร้องเรียน/แจ้งเบาะแสตั้งแต่ต้นจนถึงการได้รับการ แก้ไข หรือได้ข้อสรุป เพื่อแจ้งผู้ร้องเรียนกรณีที่ผู้ร้องเรียนแจ้งชื่อ ที่อยู่ชัดเจน

**ระยะเวลาในการเปิดให้บริการ**

เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่ ๐๘.๓๐ น – ๑๖.๓๐ น.

**ขั้นตอนการปฏิบัติงาน**

๑.รับเรื่องร้องเรียน

๑.๑ กำหนดไว้ ๒ ประเภท ๕ ช่องทาง

๑. การสื่อสารโทรศัพท์หมายเลข ๐ ๕๖๕๙ ๙๐๘๒ โทรสาร ๐ ๕๖๕๙ ๙๑๑๑ (สื่อ Social : Facebook,Application : Line) เจ้าหน้าที่ (ผู้ที่ได้รับมอบหมายหน้าที่จากคณะกรรมการรับข้อร้องเรียนฯ) ติดต่อสอบถามเพื่อบันทึกข้อมูลลงในแบบฯหากผู้ร้องไม่ยินยอมให้ข้อมูล มิให้รับเรื่องไว้พิจารณาและแจ้งให้ผู้ร้องทราบพร้อมบันทึกเหตุดังกล่าวไว้ในแบบคำร้องทั้งนี้ ประธานคณะกรรมการรับข้อร้องเรียนฯ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์อาจพิจารณาให้รับได้ในภายหลัง ซึ่งจะแจ้งผู้ร้องทราบต่อไปหากสามารถแจ้งได้

๒. ด้วยตนเอง

- ด้วยวาจา โดยกรอกข้อมูลลงในแบบที่กำหนด ให้ผู้ร้องเรียนกรอกข้อมูลลงในแบบฯ และลงชื่อไว้เป็นหลักฐานหากผู้ร้องเรียนไม่ยินยอมลงชื่อ มิให้รับเรื่องนั้นไว้พิจารณา และแจ้งให้ทราบพร้อมบันทึกเหตุดังกล่าวไว้ในแบบคำร้อง ทั้งนี้ ประธานคณะกรรมการรับข้อร้องเรียนฯ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์อาจพิจารณาให้รับได้ในภายหลัง ซึ่งจะแจ้งผู้ร้องทราบต่อไป (ถ้าสามารถแจ้งได้)

- เป็นหนังสือ โดยกรอกข้อมูลลงในแบบที่กำหนด/ไม่กำหนดรูปแบบแต่ต้องมี

๑. ชื่อที่อยู่ที่สามารถตรวจสอบได้

๒. ระบุพฤติการณ์ที่เป็นเหตุแห่งเรื่องร้องเรียนนั้นตามสมควร

๓. มีลายมือชื่อผู้ร้องเรียน

โดยสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้ที่หัวหน้ากลุ่มงานบริการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ หรือกล่องรับเรื่องร้องเรียน/ตู้แสดงความคิดเห็น

๑.๒ ประเมินข้อร้องเรียนที่ได้รับ

๑. เป็นข้อร้องเรียนตามข้อกำหนดหรือไม่

๒. ประเมินระดับความรุนแรงตามโปรแกรมความเสี่ยงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์

๑.๓ แจ้งการรับเรื่องร้องเรียนไปยังผู้ร้องฯ ภายในระยะเวลา ๓ - ๗ วัน

๒. เสนอประธานคณะกรรมการรับข้อร้องเรียนฯ เพื่อพิจารณาสั่งการ จากการประเมินระดับความรุนแรง ดังนี้

๑. ระดับ A, B, C, D (Near miss / Low Risk) แจ้งหัวหน้ากลุ่มงานดำเนินการ

๒. ระดับ E, F (Moderate Risk ) ระดับ G, H, I ( High Risk) แจ้งคณะกรรมการไกล่เกลี่ยและดูแลต่อเนื่องดำเนินการ

๓. คณะทำงาน (หัวหน้ากลุ่มงาน,คณะกรรมการไกล่เกลี่ยและดูแลต่อเนื่อง)

๓.๑ ตรวจสอบข้อเท็จจริงและพิจารณาดำเนินการทบทวน/แก้ไข/สร้างมาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ

๓.๒ รายงานความคืบหน้าของการดำเนินการต่อผู้บังคับบัญชา ตามระดับความรุนแรง/ความเสี่ยงที่กำหนดไว้

๔. รายงานผลให้ประธานคณะกรรมการรับข้อร้องเรียนและจัดการข้อร้องเรียน/สาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ทราบ ภายใน ๓ วัน นับแต่ดำเนินการเสร็จสิ้น

๕.แจ้งผลการดำเนินการเรื่องร้องเรียนให้ผู้ร้องทราบ ภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันรับเรื่องร้องเรียน

๖.จัดทำผลสรุปการดำเนินการให้ประธานคณะกรรมการรรับข้อร้องเรียนและจัดการข้อร้องเรียน/สาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ทราบทุก ๖ เดือน

**ส่วนงานและผู้รับผิดชอบการดำเนินงานเรื่องร้องเรียน ประกอบด้วย**

๑. คณะกรรมการรับข้อร้องเรียนและจัดการข้อร้องเรียน

๒. คณะกรรมการไกล่เกลี่ยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์

๓. หัวหน้ากลุ่มงาน ตามโครงสร้างการบริหารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์

**ระยะเวลาในการดำเนินงาน**

๑) การดำเนินการร้องเรียน ร้องทุกข์ ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด

๒) กรณีได้รับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ให้ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ ดำเนินการตรวจสอบและพิจารณาส่งเรื่องให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน ร้องทุกข์ ให้แล้วเสร็จภายใน ๑๕ วันทำการ

**การตอบสนองเรื่องร้องเรียน**

| ระดับ | | นิยาม | ตัวอย่างเหตุการณ์ | เวลาในการตอบสนอง | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|---|
| ๑ | ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ | ผู้ร้องเรียนไม่ได้รับความเดือดร้อน แต่ติดต่อมาเพื่อให้ข้อเสนอแนะ / ให้ข้อคิดเห็น /ชมเชยในการให้บริการ | การเสนอแนะเกี่ยวกับการให้บริการและสถานที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | ไม่เกิน ๕ วันทำการ | ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน |
| ๒ | ข้อร้องเรียนเรื่องเล็ก | ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน แต่มีการพูดคุยและสามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานเดียว | -การร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน<br>-การร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ | ไม่เกิน ๑๕ วันทำการ | หน่วยงาน |
| ๓ | ข้อร้องเรียนเรื่องใหญ่ | ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน มีการโต้แย้งเกิดขึ้น ไม่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานเดียว ต้องอาศัยทีมไกล่เกลี่ย และอำนาจ | -การร้องเรียนเกี่ยวกับความผิดวินัยร้ายแรงของเจ้าหน้าที่<br>-การร้องเรียนความไม่โปร่งใสของการจัดซื้อจัดจ้าง | ไม่เกิน ๓๐ วันทำการ | -ทีมไกล่เกลี่ย<br>-คณะกรรมการบริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ |
| ๔ | การฟ้องร้อง | ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อนและร้องเรียนต่อสื่อมวลชน หรือมีการฟ้องร้องเกิดขึ้น | -การเรียกร้องให้หน่วยงานชดเชยค่าเสียหายจากการให้บริการที่ผิดพลาด (ม.๔๑) | ไม่เกิน ๖๐ วันทำการ | -ทีมไกล่เกลี่ย<br>-คณะกรรมการบริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ |

**วิธีการที่บุคคลภายนอกจะทำการร้องเรียนและช่องทางการร้องเรียน**

ดำเนินการรับและติดตามตรวจสอบข้อร้องเรียน ร้องทุกข์ ที่เข้ามายังหน่วยงานจากช่องทางต่าง ๆ โดย มีข้อปฏิบัติตามที่กำหนด ดังนี้

| ช่องทาง | ความถี่ในการตรวจสอบช่องทาง | ระยะเวลาดำเนินการรับข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์เพื่อประสานหาแนวทางแก้ไข | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|
| ร้องเรียนด้วยตนเอง ณ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ | ทุกครั้งที่มีการร้องเรียน | ภายใน ๑ วันทำการ | |
| ร้องเรียนผ่าน Website สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ | ทุกวัน | ภายใน ๑ วันทำการ | |
| ร้องเรียนทางโทรศัพท์ หมายเลข ๐ ๕๖๕๙ ๙๐๘๒ | ทุกวัน | ภายใน ๑ วันทำการ | |
| ร้องเรียนผ่าน Face book สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ | ทุกวัน | ภายใน ๑ วันทำการ | |
| ร้องเรียนผ่านจดหมาย/ไปรษณียบัตร | ทุกวัน | ภายใน ๑ วันทำการ | |
| ร้องเรียนผ่านศูนย์ดำรงธรรมอำเภอ/จังหวัด/สำนักนายกรัฐมนตรี | เมื่อได้รับแจ้ง | ภายใน ๑ วันทำการ | |

**การบันทึกข้อร้องเรียน**

กรอกแบบฟอร์มข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ โดยมีรายละเอียด ชื่อ-สกุล ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ เรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ และสถานที่เกิดเหตุ

ทุกช่องทางมีการร้องเรียน เจ้าหน้าที่ต้องบันทึกข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ลงสมุดบันทึกข้อร้องเรียน /ร้องทุกข์

**การประสานหน่วยงานเพื่อแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน ร้องทุกข์ และการแจ้งผู้ร้องเรียน ร้องทุกข์ทราบ**

๑) กรณีเป็นการขอข้อมูลข่าวสาร ประสานหน่วยงานผู้ครอบครองเอกสารเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ร้องขอได้ทันที

๒) ข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ที่เป็นการร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการของหน่วยงาน เช่น ไฟฟ้าดับ การกำจัดขยะมูลฝอย ฯลฯ เป็นต้น จัดทำบันทึกข้อความเสนอไปยังผู้บริหารเพื่อสั่งการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเบื้องต้นอาจโทรศัพท์แจ้งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓) ข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ที่ไม่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ ให้ดำเนินการประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความรวดเร็วและถูกต้อง ในการแก้ไขปัญหาต่อไป

๔. ข้อร้องเรียนที่ส่งผลกระทบต่อหน่วยงาน เช่น กรณี ผู้ร้องเรียนทำหนังสือร้องเรียนความไม่โปร่งใสในการจัดซื้อจัดจ้างให้เจ้าหน้าที่จัดทำบันทึกข้อความเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณาสั่งการไปยัง หน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อดำเนินการตรวจสอบและแจ้งผู้ร้องเรียนทราบ ต่อไป

**วิธีการดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริง วินิจฉัยเรื่องร้องเรียน และแจ้งผลให้ผู้ร้องทราบ**

๑. เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับเรื่องร้องเรียนแล้ว ให้เสนอเรื่องให้ประธานคณะกรรมการรับข้อร้องเรียนฯ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์พิจารณาสั่งการโดยทันที

๒. ประธานคณะกรรมการรับข้อร้องเรียนฯ พิจารณาเรื่องร้องเรียนดังนี้

๒.๑ กรณีเป็นเรื่องที่ได้รับการประเมินระดับความรุนแรง ระดับ ๑, ๒, ๓, ๔ ให้ประธานคณะกรรมการรับข้อร้องเรียนฯ มอบหมายให้คณะทำงานผู้รับผิดชอบเรื่องร้องเรียนระดับหัวหน้ากลุ่มงาน ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงและ พิจารณาดำเนินการ ทบทวน/แก้ไข/ตอบกลับ/สร้างมาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ

๒.๒ กรณีเป็นเรื่องที่ได้รับการประเมินระดับความรุนแรง ระดับ ๓,๔ หรือกรณีเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสหสาขาวิชาชีพ ให้ประธานคณะกรรมการรับข้อร้องเรียนฯ มอบหมายให้คณะทำงานผู้รับผิดชอบดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงและ พิจารณาดำเนินการ ทบทวน/แก้ไข/ตอบกลับ ประสานการดำเนินการกับคณะกรรมการไกล่เกลี่ยและดูแลต่อเนื่อง ในกรณีที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคการเจรจาไกล่เกลี่ยเพื่อแก้ไขปัญหาเพื่อชี้แจง คุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยตามระเบียบฯเพื่อหาข้อยุติข้อร้องเรียน

เรื่องที่ไม่รับดำเนินการ(ประธานคณะกรรมการรับข้อร้องเรียนฯอาจพิจารณาให้รับดำเนินการแล้วแต่กรณี)

(๑) เรื่องที่ไม่ปรากฏตัวตนผู้ร้องหรือตรวจสอบตัวตนของผู้ร้องไม่ได้ (อาจรับได้ถ้าระบุพยานหลักฐานหรือกรณีแวดล้อมชัดแจ้งสามารถตรวจสอบได้และเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ

(๒) เรื่องที่มีลักษณะเป็นบัตรสนเท่ห์ไม่ระบุพยานหลักฐานหรือกรณีแวดล้อมให้ชัดแจ้ง

(๓) เรื่องที่แอบอ้างชื่อผู้อื่นเป็นผู้ร้องโดยผู้ถูกแอบอ้างมิได้มีส่วนเกี่ยวข้อง

(๔) เรื่องที่มีการฟ้องร้องเป็นคดีอยู่ในศาลหรือศาลมีคำพิพากษาหรือคำสั่งเด็ดขาดแล้ว

๓. ให้คณะทำงานที่ประธานคณะกรรมการรับข้อร้องเรียนฯมอบหมาย ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริง รวบรวมพยานหลักฐานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ทราบข้อเท็จจริงอย่างชัดเจน และพิจารณาดำเนินการทบทวน/แก้ไขภายใน ระยะเวลาตามที่กระทรวงกำหนด(ยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสมและระดับความรุนแรง) นับแต่ได้รับเรื่องจากประธานคณะกรรมการรับข้อร้องเรียนฯ และให้รายงานความคืบหน้าของการดำเนินการต่อผู้บังคับบัญชา ตามระดับความรุนแรง/ความเสี่ยงที่กำหนดไว้

๑. การตรวจสอบข้อเท็จจริงควรเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องหรือคู่กรณีได้รับทราบข้อเท็จจริงและพยานหลักฐานอย่างเพียงพอ รวมทั้งเปิดโอกาสให้มีการโต้แย้งหรือแสดงพยานหลักฐานอย่างเพียงพอ ก่อนที่จะมีคำวินิจฉัยหรือคำสั่งเกี่ยวกับเรื่องนั้น

๒. การพิจารณาวินิจฉัย ดำเนินการเรื่องร้องเรียน ให้คณะทำงานฯ ตรวจสอบข้อเท็จจริง พิจารณาปรับเข้ากับมาตรฐานวิชาชีพ ข้อกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับหรือหนังสือสั่งการที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้อง และครบถ้วนตามประเด็น

๓. คำวินิจฉัย ข้อสรุปการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนของคณะทำงานฯ ควรประกอบด้วยข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญมาตรฐานวิชาชีพ ข้อกฎหมายที่อ้างอิง และข้อพิจารณาพร้อมข้อสนับสนุนในการใช้ดุลพินิจ

๔. เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว ให้คณะทำงานฯรายงานผลการดำเนินการให้ประธานคณะกรรมการรับข้อร้องเรียนฯ/สาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ เพื่อทราบ/พิจารณา ภายใน ๓ วัน นับแต่วันที่ดำเนินการเสร็จสิ้น

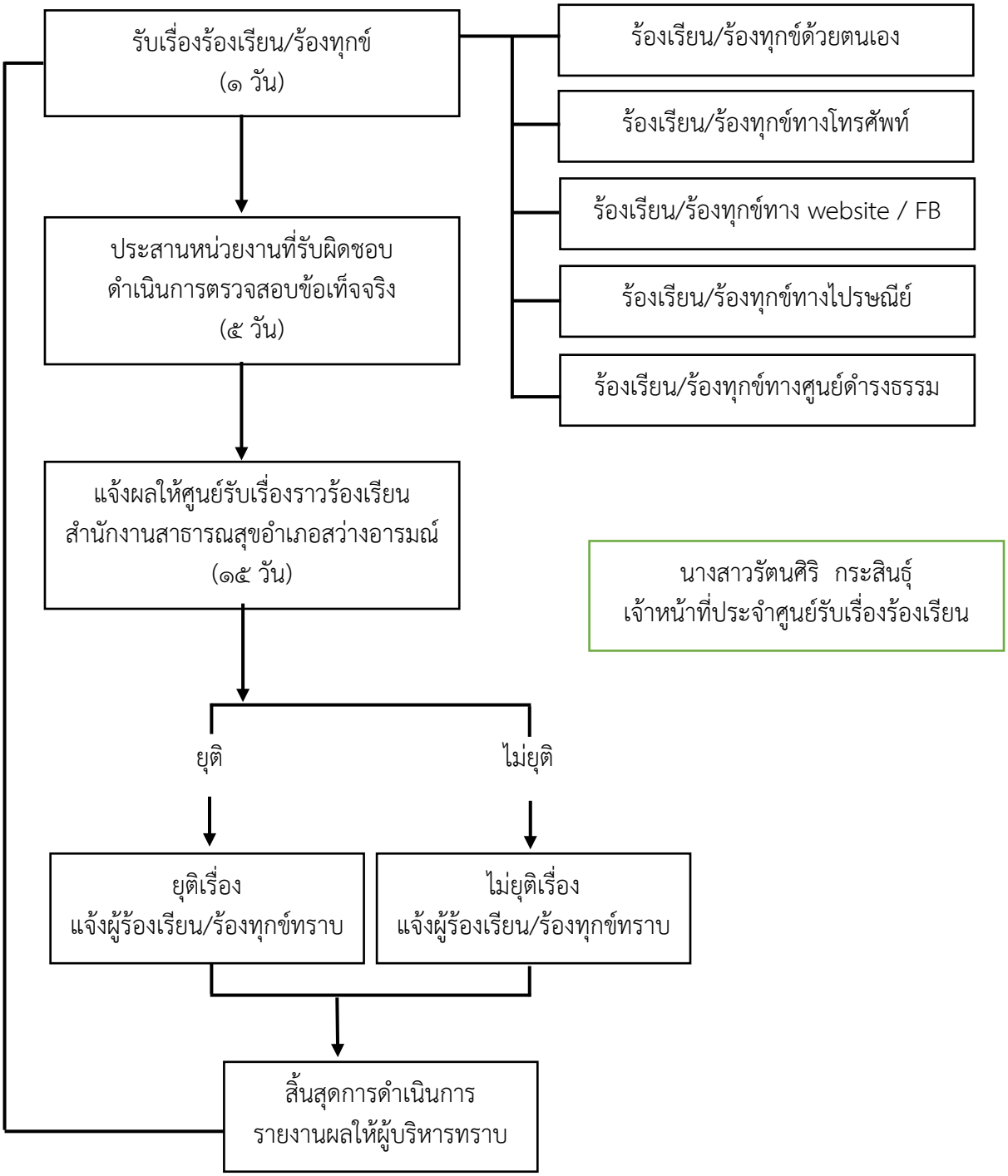
๕. ให้คณะทำงานฯแจ้งผลการดำเนินการเรื่องร้องเรียนซึ่งประธานคณะกรรมการรับข้อร้องเรียนฯ/ผู้อำนวยการได้รับทราบหรือพิจารณาแล้ว ให้ผู้ร้องทราบภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ได้รับเรื่องร้องเรียน

**การรายงานผลการดำเนินการให้ผู้บริหารทราบ**

๑) ให้รวบรวมและรายงานสรุปการจัดข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ให้ผู้บริหารทราบทุกไตรมาส

๒) ให้รวบรวมรายงานสรุปข้อร้องเรียนหลังจากสิ้นปีงบประมาณ เพื่อนำมาวิเคราะห์การจัดการ ข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ในภาพรวมของหน่วยงานเพื่อให้เป็นแนวทางในการแก้ไข ปรับปรุง พัฒนาองค์กร ต่อไป

**ผังหลักเกณฑ์/ขั้นตอนการแก้ไขปัญหาในกรณีที่มีการร้องเรียน**
**“เรื่องการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่”**
**สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์**
**********



# ภาคผนวก

(แบบฟอร์มที่ ๑ แบบคำร้องเรียน/ร้องทุกข์ที่ ๑)
แบบฟอร์มใบรับแจ้งเหตุร้องราวร้องเรียน/ร้องทุกข์ แบบคำร้องทุกข์/ร้องเรียน (ด้วยตนเอง)

ที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง.....

เรียน สาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....อาชีพ.....ตำแหน่ง.....
เลขที่บัตรประชาชน..... ออกโดย.....
วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....มีความประสงค์ขอร้องเรียน/ร้องทุกข์ เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ พิจารณาดำเนินการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหา เรื่อง.....
.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำร้องเรียน/ร้องทุกข์ตามข้างต้นเป็นความจริงและยินดีรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและทางอาญาหากจะพึงมี โดยข้าพเจ้าขอส่งเอกสารหลักฐานประกอบการร้องทุกข์/ร้องเรียน (ถ้ามี) ได้แก่

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้ร้องเรียน/ร้องทุกข์
ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โทร. ๐ ๕๖๕๙ ๙๐๘๒

(แบบฟอร์มที่ ๒ แบบคำร้องเรียน/ร้องทุกข์ที่ ๒)
แบบคำร้องทุกข์/ร้องเรียน (โทรศัพท์)

ที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง.....

เรียน สาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....อาชีพ.....ตำแหน่ง.....
เลขที่บัตรประชาชน..... ออกโดย.....
วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....มีความประสงค์ขอร้องเรียน/ร้องทุกข์ เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ พิจารณาดำเนินการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหา เรื่อง.....
.....
.....
.....
.....

โดยขออ้าง.....
.....
.....
.....เป็นพยานหลักฐานประกอบ

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำร้องทุกข์/ร้องเรียนตามข้างต้นเป็นความจริงและเจ้าหน้าที่ได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบแล้วหากเป็นคำร้องที่ไม่สุจริตอาจต้องรับผิดตามกฎหมายได้

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับแจ้ง
(.....)
วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน
โทร. ๐ ๕๖๕๙ ๙๐๘๒

(แบบฟอร์มที่ ๓ ตอบข้อร้องเรียน)

แบบแจ้งการรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

ที่ อน ๐๗๓๒/(เรื่องร้องเรียน)/.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์
อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ตอบรับการรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

เรียน .....

ตามที่ท่านได้ร้องทุกข์/ร้องเรียนผ่านศูนย์รับเรื่องร้องเรียน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี โดยทาง ( ) หนังสือร้องเรียนทางไปรษณีย์ ( ) ด้วยตนเอง ( ) ทางโทรศัพท์ ( ) อื่นๆ ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เกี่ยวกับเรื่อง.....
.....
.....นั้น

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ ได้ลงทะเบียนรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียนของท่านไว้แล้วตามทะเบียนรับเรื่อง เลขรับที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ ได้พิจารณาเรื่องของท่านแล้วเห็นว่า

( ) เป็นเรื่องที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ และได้มอบหมายให้.....เป็นหน่วยตรวจสอบและดำเนินการ

( ) เป็นเรื่องที่ไม่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ และได้จัดส่ง เรื่องให้.....ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปแล้วทั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อประสานงาน หรือขอทราบผลโดยตรงกับหน่วยงานดังกล่าวได้อีกทางหนึ่ง

( ) เป็นเรื่องที่มีกฎหมายบัญญัติขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติไว้เป็นการเฉพาะแล้ว ตามกฎหมาย.....จึงขอให้ท่านดำเนินการตามขั้นตอนและวิธีการที่กฎหมายนั้นบัญญัติไว้ต่อไป

จึงแจ้งมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน
โทร. ๐ ๕๖๕๙ ๙๐๘๒

(แบบฟอร์มที่ ๔ แบบแจ้งผลการดำเนินการ)

แบบแจ้งผลการดำเนินการต่อรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

ที่ อน ๐๗๓๒/(เรื่องร้องเรียน)/.....  สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์
อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง แจ้งผลการดำเนินการต่อเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

เรียน .....

อ้างถึง หนังสือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ ที่ อน ๐๗๓๒/.....ลงวันที่.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.....
๑.....
๑.....

ตามที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ (ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน) ได้แจ้งตอบรับการรับเรื่องร้องทุกข์ร้อง เรียนของท่านตามที่ท่านได้ร้องทุกข์/ร้องเรียนไว้ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ ได้รับแจ้งผลการดำเนินการจากส่วนราชการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามประเด็นที่ท่านได้ร้องทุกข์/ ร้องเรียนแล้ว ปรากฏข้อเท็จจริงโดยสรุปว่า.....
.....
.....
.....
.....ดังมีรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้ ทั้งนี้หากท่านไม่เห็นด้วยประการใด ขอให้แจ้งคัดค้านพร้อมพยานหลักฐานประกอบด้วย

จึงแจ้งมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน
โทร. ๐๕๖-๕๓๙๑๒๐

**จัดทำโดย**

ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๕๖๕๙ ๙๐๘๒