คู่มือ

การจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

สารบัญ

หน้า

วัตถุประสงค์..... ๑

ขอบเขต..... ๑

คำจำกัดความ..... ๑

ประเภทของกระบวนการจัดการข้อร้องเรียน..... ๒

ขั้นตอนกระบวนการจัดการข้อร้องเรียน..... ๓

ภาคผนวก ๔

คู่มือการจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์

๑. วัตถุประสงค์

๑.๑ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

๒.๒ เพื่อให้ทราบขั้นตอนในการการดำเนินการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ และใช้เป็นเอกสารอ้างอิงในการ ปฏิบัติงาน

๒. ขอบเขต

ใช้เป็นคู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในการจัดการเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ โดยผ่านช่องทางต่าง ๆ ดังนี้

๑. ติดต่อด้วยตนเอง ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

๒. จดหมาย โดยจ่าหน้าซองถึง “นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ถนนแจ้งสนิท อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร ๓๕๐๐๐”

๓. ทางโทรศัพท์ หมายเลข ๐ ๔๕๗๑ ๒๓๓-๔

๔. ทางเว็บไซต์สำนักงาน ที่ http://www.yasopho.in.th ไปที่หัวข้อ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารของทางราชการ “กระดาน ถาม-ตอบ”

๕. ตู้รับฟังความคิดเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

๖. ช่องทางอื่น ๆ เช่น ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดยโสธร หรือศูนย์บริการประชาชนสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี โทรศัพท์ หมายเลข ๑๑๑๑ เป็นต้น

๓. คำจำกัดความ

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรและหน่วยงานในสังกัด

“เจ้าหน้าที่” หมายความว่า ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข หรือบุคลากรที่เรียกชื่ออย่างอื่นซึ่งอยู่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้ร้องเรียนหรือผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนหรือต้องการเสนอแนะข้อคิดเห็นหรือให้ข้อมูลตลอดจนผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องร้องเรียนนั้น ๆ

“ข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์” หมายความว่า เรื่องที่ผู้รับบริการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรหรือหน่วยงานในสังกัด ได้ร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ทั้งในเรื่องความบกพร่อง ความล่าช้า ความไม่โปร่งใสและไม่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน ปัญหาอันเกิดจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร รวมทั้งเรื่องที่ได้รับการร้องขอจากช่องทางอื่นหรือส่วนราชการอื่นส่งมาให้ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เช่น ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดยโสธร ศูนย์บริการประชาชนสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เป็นต้น

“ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ” หมายความว่า เรื่องที่ผู้รับบริการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรหรือหน่วยงานในสังกัด มีข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติงานหรือให้บริการของเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

๔. ประเภทของกระบวนการจัดการ

๔.๑ กระบวนการจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ แบ่งออกเป็น ๒ ประเภท กล่าวคือ

(๑) กระบวนการจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ที่อยู่ในอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของสำนักงาน

(๒) กระบวนการจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ที่ไม่อยู่ในอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของสำนักงาน

๔.๒ กระบวนการจัดการข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ แบ่งออกเป็น ๒ ประเภท กล่าวคือ

(๑) กระบวนการจัดการข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะที่อยู่ในอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของสำนักงาน

(๒) กระบวนการจัดการข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะที่ไม่อยู่ในอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของสำนักงาน

กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์/ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ

๑. กระบวนการจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ที่อยู่ในอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของสำนักงาน มีขั้นตอนและระยะเวลาดำเนินการ ดังนี้

(๑) กรณีหนังสือมีชั้นความลับ งานธุรการ รับลงทะเบียนในสมุดทะเบียน “เรื่องลับ” แล้วส่งงานเลขานุการ ภายใน ๑ วันทำการ เพื่อเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย พิจารณาสั่งการและมอบหมายกลุ่มงาน/งาน ที่เกี่ยวข้องดำเนินการ

(๒) กรณีหนังสือร้องเรียน/ร้องทุกข์ ที่ไม่ได้มีชั้นความลับ งานธุรการ รับลงทะเบียนส่งงานนิติการ ภายใน ๑ วันทำการ

(๓) กรณีผู้รับบริการมาด้วยตนเอง หรือโทรศัพท์ ซึ่งมิได้ทำเป็นหนังสือให้เจ้าหน้าที่งานนิติการ จัดให้มีการบันทึกข้อร้องเรียนดังกล่าวลงในแบบฟอร์มแจ้งข้อร้องเรียน ซึ่งจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับข้อร้องเรียน

(๔) เมื่อได้รับข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการตาม ๑.๑ (๒),(๓) ให้งานนิติการสรุปข้อเท็จจริงเรื่องที่ร้องเรียนให้แล้วเสร็จภายใน ๒ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับข้อร้องเรียนแล้วเสนอข้อร้องเรียนนั้นไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อพิจารณาสั่งการตามที่เห็นสมควร

(๕) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายพิจารณาสั่งการภายใน ๒ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับทราบข้อร้องเรียนตาม ๒.๑ (๑),(๔)

ในกรณีที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเห็นสมควรให้แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงในเรื่องที่ร้องเรียน ให้คณะกรรมการดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑๕ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ ในกรณีที่คณะกรรมการไม่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดดังกล่าวได้ ให้ขอขยายระยะเวลาพร้อมชี้แจงข้อเท็จจริงและเหตุผลประกอบด้วย

(๖) เมื่อได้ดำเนินการตาม (๕) วรรคหนึ่งแล้วเสร็จ ให้งานนิติการหรือกลุ่มงาน/งานที่ได้รับมอบหมาย แจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบเบื้องต้นถึงการได้รับเรื่อง แนวทางการจัดการ และระยะเวลาที่คาดว่าจะดำเนินการ จัดการข้อร้องเรียนแล้วเสร็จ รวมถึงชื่อผู้ประสานงานพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ด้วย ทั้งนี้ ให้ดำเนินการภายใน ๒ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายพิจารณาสั่งการ

(๗) เมื่อได้ดำเนินการจัดการข้อร้องเรียน แก้ไขปัญหาและปรับปรุงการให้บริการ รวมถึงการตรวจสอบข้อเท็จจริงในประเด็นที่มีการร้องเรียนเรียบร้อยแล้ว ให้งานนิติการหรือกลุ่มงาน/งาน ที่ได้รับมอบหมายแจ้งให้ผู้ร้องเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบต่อไป ซึ่งจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๒ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายพิจารณาสั่งการ

ภาคผนวก

แบบฟอร์มแจ้งข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

เลขที่รับ_____

วันที่ _____

ชื่อ-สกุล ผู้รับบริการ_____

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน บ้านเลขที่_____หมู่ที่_____ตรอก/ซอย_____

ถนน_____แขวง/ตำบล_____เขต/อำเภอ_____

จังหวัด_____รหัสไปรษณีย์_____โทรศัพท์_____

โทรศัพท์เคลื่อนที่_____โทรสาร_____

e-mail address(ถ้ามี) _____

สถานที่ติดต่อ/ให้แจ้งผล ☐ ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน หรือ

☐ บ้านเลขที่_____หมู่ที่_____ตรอก/ซอย_____

ถนน_____แขวง/ตำบล_____เขต/อำเภอ_____

จังหวัด_____รหัสไปรษณีย์_____โทรศัพท์_____

โทรศัพท์เคลื่อนที่_____โทรสาร_____

e-mail address(ถ้ามี) _____

รายละเอียดเป็น ☐ ข้อร้องเรียน / ☐ ข้อคิดเห็น / ☐ ข้อเสนอแนะ โดยสรุปดังนี้

_____

_____

_____

คำขอที่ต้องการให้ดำเนินการ_____

_____

_____

_____

ลงชื่อ_____ผู้รับบริการ

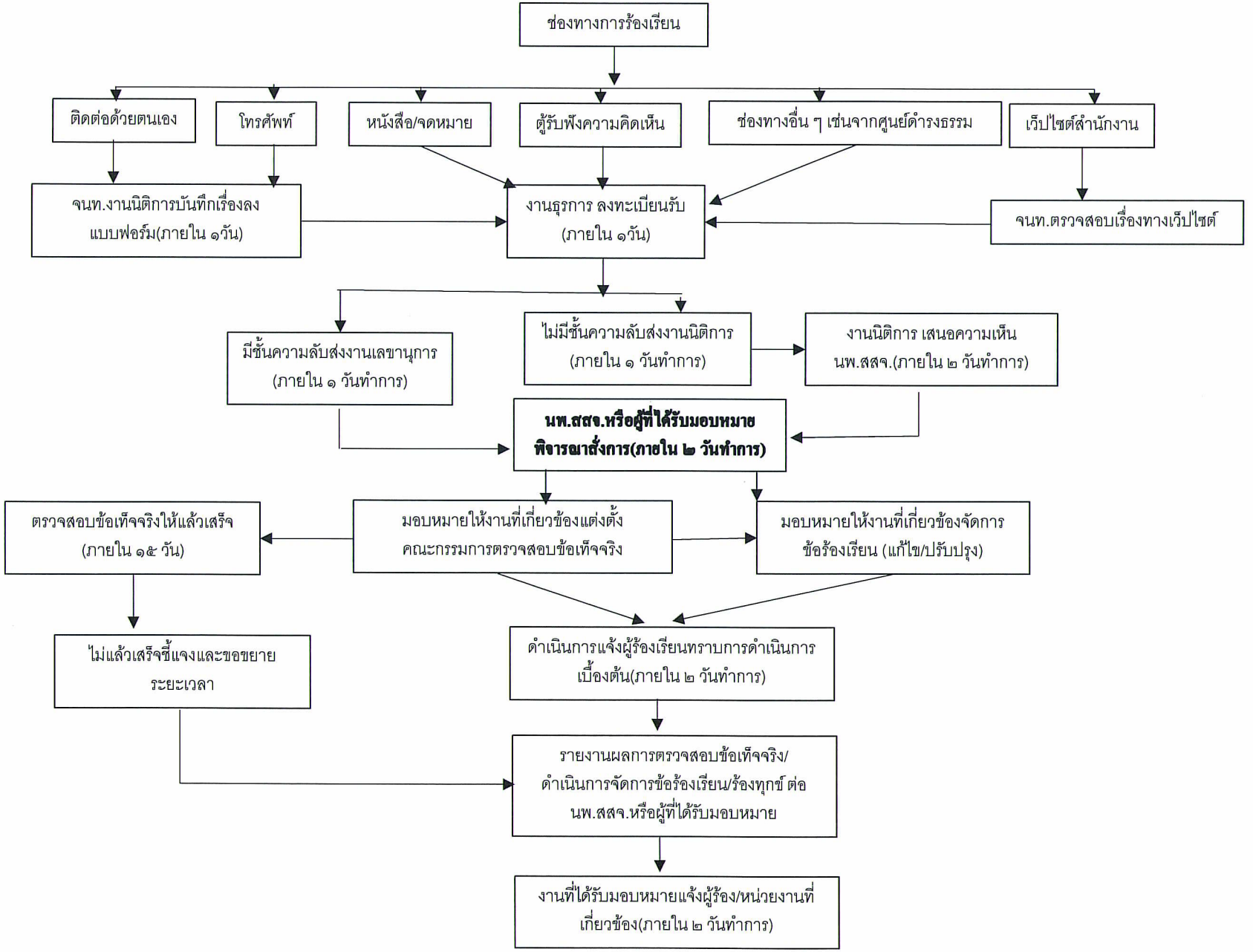
(_____)ผู้รับ

เรื่อง_____

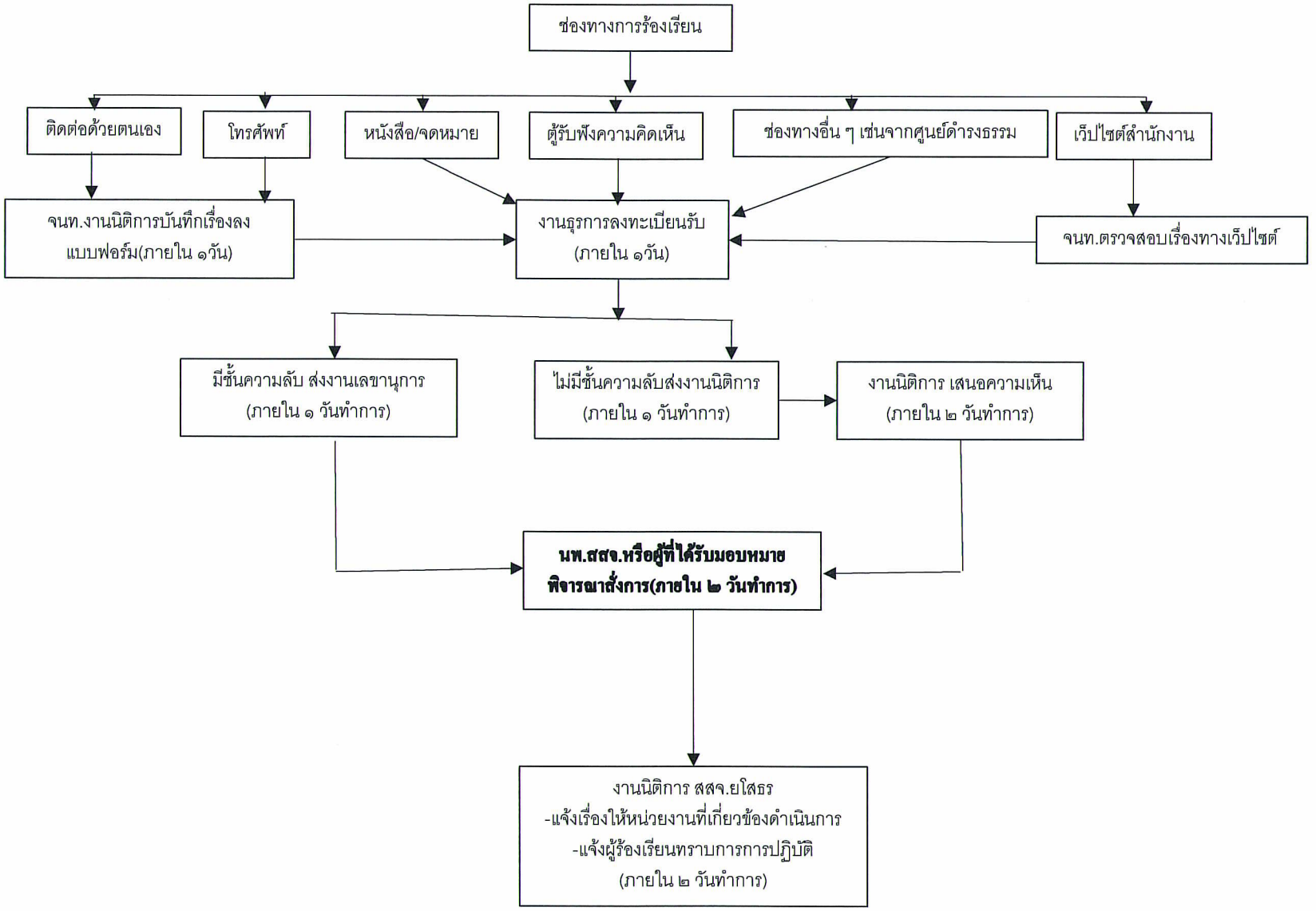
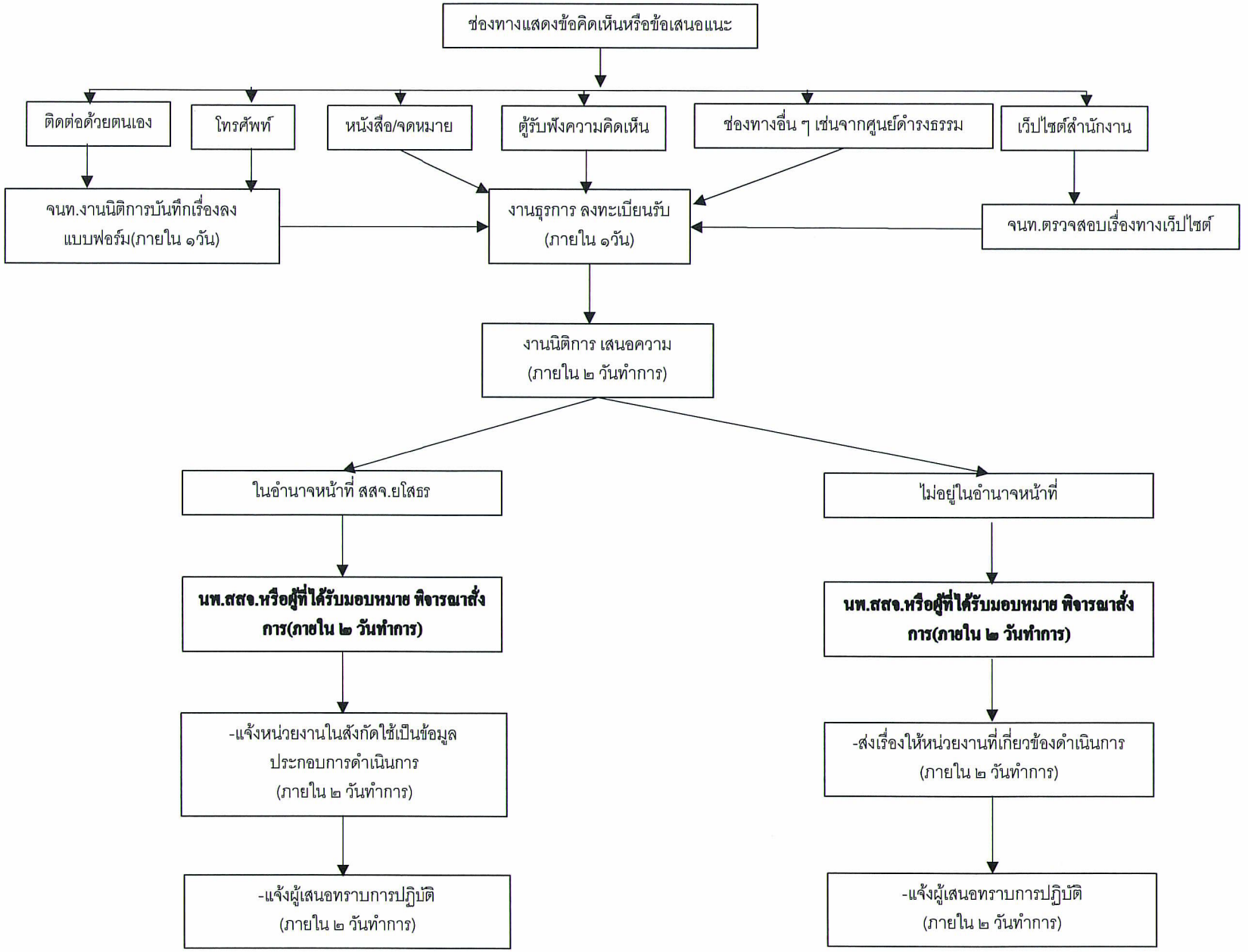
(_____)

*** ท่านสามารถยื่นได้ที่ “สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ถนนแจ้งสนิท อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร ๓๕๐๐๐” **

กระบวนการจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ที่อยู่ในอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร



กระบวนการจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ที่ไม่อยู่ในอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร



กระบวนการจัดการข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร