

คู่มือ
ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์
การจัดการข้อร้องเรียน
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี



หน้าที่ของ“ศูนย์รับข้อร้องเรียน”

“ศูนย์รับข้อร้องเรียน” ทำหน้าที่จัดการข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานหรือให้บริการของเจ้าหน้าที่ในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี ที่มีจากช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ โดยมี เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำศูนย์เรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี ได้มอบหมายให้คณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียนเป็นผู้รับข้อร้องเรียนมีหน้าที่รับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ลงทะเบียนรับเรื่อง แยกเรื่องและส่งเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ให้คณะกรรมการประจำศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์พิจารณาเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ต่อไป

ช่องทางการติดต่อแจ้งข้อร้องเรียน

กรณีผู้รับบริการต้องการแจ้งข้อร้องเรียน ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเข้ารับบริการศูนย์เรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ และคำชมเชย ปฏิบัติงานหรือให้บริการของเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี แจ้งผ่านช่องทางดังต่อไปนี้

๑. ติดต่อด้วยตนเอง โดยผู้รับบริการสามารถขอรับแบบฟอร์มแจ้งข้อร้องเรียนข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ และคำชมเชยได้ที่เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับข้อร้องเรียน

๒. จดหมาย โดยนำส่งถึง“ศูนย์รับข้อร้องเรียนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี ตำบลบางปลาสร้อย อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ๒๐๐๐๐

๓. ทางโทรศัพท์ได้แก่ประธานคณะกรรมการศูนย์หมายเลขโทรศัพท์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี โทร. ๐๓๘ ๒๘๒ ๑๔๘

๔. ทางเว็บไซต์ หน่วยงาน

๕. ตู้รับฟังความคิดเห็นหน้าหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี

๖. ช่องทางผ่านศูนย์ดำรงธรรม ผ่านทางอำเภอเมืองชลบุรี

ประเภทของการจัดการกระบวนการ

กระบวนการจัดการ ขอร้องเรียน แบ่งออกเป็น ๒ ประเภท ดังนี้

๑. กระบวนการจัดการขอร้องเรียนเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป
๒. กระบวนการจัดการขอร้องเรียนเรื่องการจัดซื้อจัดจ้าง

กระบวนการจัดการ ขอร้องเรียน

กระบวนการจัดการขอร้องเรียนดังนี้

๑. เมื่อได้รับขอร้องเรียนจากผู้รับบริการหากขอร้องเรียนนั้นมิได้ทำเป็นหนังสือให้จัดให้มีการบันทึกขอร้องเรียนดังกล่าวลงในแบบฟอร์มแจ้งขอร้องเรียนซึ่งจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับขอร้องเรียน

๒. ให้ศูนย์รับขอร้องเรียนสรุปข้อเท็จจริงเรื่องที่ร้องเรียนและเสนอขอร้องเรียนนั้นไปยังคณะกรรมการศูนย์โดยไม่ชักช้าซึ่งจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑ วันทำการ ตั้งแต่วันที่ได้รับขอร้องเรียน หากไม่สามารถดำเนินการภายในระยะเวลาดังกล่าวให้ชี้แจงเหตุผลดำเนิน ประกอบด้วย

๓. ประธานศูนย์หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายพิจารณาสั่งการ ภายใน ๒ วันทำการนับตั้งแต่วันที่ได้รับขอร้องเรียนจากศูนย์รับขอร้องเรียน

ทั้งนี้ให้คณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินการจัดการขอร้องเรียน แก้ไขปัญหาและปรับปรุงการให้บริการรวมถึงการตรวจสอบข้อเท็จจริงในเรื่องที่ร้องเรียนให้แล้วเสร็จภายใน ๑๕ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับการสั่งการ

ในกรณีที่คณะกรรมการหรือคณะทำงานไม่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด ดังกล่าวได้ให้ขอขยายระยะเวลาต่อประธานศูนย์หรือผู้สั่งแต่งตั้งเพื่อพิจารณาสั่งพร้อมชี้แจงข้อเท็จจริงและเหตุผล ประกอบด้วย

๔. เมื่อได้ดำเนินการแล้วเสร็จให้ศูนย์รับขอร้องเรียนแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบเบื้องต้นถึง การได้รับเรื่อง แนวทางการจัดการ และระยะเวลาที่คาดว่าจะดำเนินการจัดการขอร้องเรียนแล้วเสร็จ ผู้ประสานงานพร้อมหมายเลข โทรศัพท์ด้วยดำเนินการภายใน ๑ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ประธานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายพิจารณาสั่งการ

๕. เมื่อได้ ดำเนินการจัดการขอร้องเรียน แก้ไขปัญหาและปรับปรุงการให้บริการ การตรวจสอบข้อเท็จจริงในประเด็นที่มีการร้องเรียนเรียบร้อยแล้วศูนย์รับขอร้องเรียนแจ้งให้ผู้ร้องเรียน และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบต่อไป ซึ่งจะต้อง ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑ วันทำการตั้งแต่วันที่ประธานทราบ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายพิจารณาสั่งการ

การรักษาความลับเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน

การดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรีเป็นข้อมูลข่าวสำหรับที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่บุคคลหนึ่งใด จะมีการกำหนดให้เป็นชั้นความลับ ตามระเบียบว่าด้วยการรักษา ความลับของทางราชการอย่างเคร่งครัด

ระบบการจัดการ การติดตามและประเมินผล

ในกรณี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรีได้รับข้อร้องเรียนที่ได้จากการปฏิบัติงานหรือให้บริการของเจ้าหน้าที่ตามช่องทางต่างๆต้องรีบส่งเรื่องดังกล่าวไปยังศูนย์รับข้อร้องเรียนทันทีเพื่อดำเนินการตามขั้นตอน สำหรับการติดตามและประเมินผล ได้กำหนดเจ้าหน้าที่ประจำ รวบรวมและข้อมูล ประจำศูนย์ฯ รายงานข้อร้องเรียนให้ศูนย์รับข้อร้องเรียนทราบ ทุกระยะ ๓ เดือน



แบบฟอร์มแจ้งข้อร้องเรียน
ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี

เลขที่รับ.....
วันที่.....

ชื่อ-สกุล ผู้รับบริการ.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ตรอก/ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรศัพท์เคลื่อนที่.....โทรสาร.....
E-mail Address.....

สถานที่ติดต่อ/ให้แจ้งผล
ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน หรือ บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ตรอก/ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรศัพท์เคลื่อนที่.....โทรสาร.....
E-mail Address.....

รายละเอียดเป็น ข้อร้องเรียน/ ข้อคิดเห็น/ ข้อเสนอแนะ โดยสรุปดังนี้

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

คำขอที่ต้องการให้ดำเนินการ.....
.....
.....
.....

ลงชื่อผู้รับบริการ
(.....)

ผู้รับเรื่อง.....