

คู่มือ การปฏิบัติงานเรื่องร้องเรียนการทุจริต
โรงพยาบาลพะโต๊ะ

สารบัญ

	หน้า
นโยบาย	๑
วัตถุประสงค์	๑
ขอบเขต	๑
ผู้รับผิดชอบ/หน้าที่	๑
คำจำกัดความ/นิยาม	๑
ช่องทางการร้องเรียน/แจ้งเบาะแส	๑
ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	๒
ภาคผนวก	๓

๑. นโยบาย

เพื่อให้เป็นไปตามประกาศเจตนารมณ์การต่อต้านการทุจริต "โรงพยาบาลพะโต๊ะใสสะอาด ร่วมต้าน ทุจริต (CPH Zero Tolerance)"

๒. วัตถุประสงค์

๑) เพื่อให้การดำเนินงานจัดการเรื่องร้องเรียนการทุจริตโรงพยาบาลพะโต๊ะ มีขั้นตอน/กระบวนการ และแนวทางในการปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน

๒) เพื่อให้มั่นใจว่าได้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนด ระเบียบหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจัดการข้อร้องเรียนที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ

๓) เพื่อพิทักษ์สิทธิของประชาชนและผู้ร้องเรียน/แจ้งเบาะแส ตามหลักธรรมาภิบาล (Good Governance)

๓. ขอบเขต

ครอบคลุมการกระทำทุจริตทุกหน่วยงานภายในโรงพยาบาลพะโต๊ะ

๔. ผู้รับผิดชอบ/หน้าที่

งานนิติการ

เป็นศูนย์กลางในการรับเรื่องร้องเรียนการทุจริตที่อาจเกิด/เกิดขึ้นในโรงพยาบาลพะโต๊ะ

๕. คำจำกัดความ/นิยาม

เรื่องร้องเรียน หมายถึง ความเดือดร้อนเสียหายอันเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ของเจ้าหน้าที่สังกัด โรงพยาบาลพะโต๊ะ เช่น การประพฤติมิชอบหรือมีพฤติกรรมส่อไปในทางทุจริต หรือพบความผิดปกติใน กระบวนการจัดซื้อ จัดจ้าง ของโรงพยาบาลพะโต๊ะ

ผู้ร้องเรียน/แจ้งเบาะแส หมายถึง ผู้พบเห็นการกระทำอันมิชอบด้านการทุจริตคอร์รัปชัน เช่น มีสิทธิ เสนอคำร้องเรียน/แจ้งเบาะแสดังกล่าวต่อโรงพยาบาลพะโต๊ะ หรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง

เจ้าหน้าที่ หมายถึง เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลพะโต๊ะ

การดำเนินการ หมายถึง การจัดการกับเรื่องร้องเรียน/แจ้งเบาะแสดังตั้งต้นจนถึงการได้รับการแก้ไข หรือได้ข้อสรุป เพื่อแจ้งผู้ร้องเรียนกรณีผู้ร้องเรียนแจ้งชื่อ ที่อยู่ชัดเจน

๖. ช่องทางการร้องเรียน/แจ้งเบาะแส

๑) ร้องเรียนด้วยตนเอง ที่ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร (งานธุรการ ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น ๒)

๒) ทางไปรษณีย์ (โรงพยาบาลพะโต๊ะ ต.พะโต๊ะ อ.พะโต๊ะ จ.ชุมพร ๘๖๑๘๐)

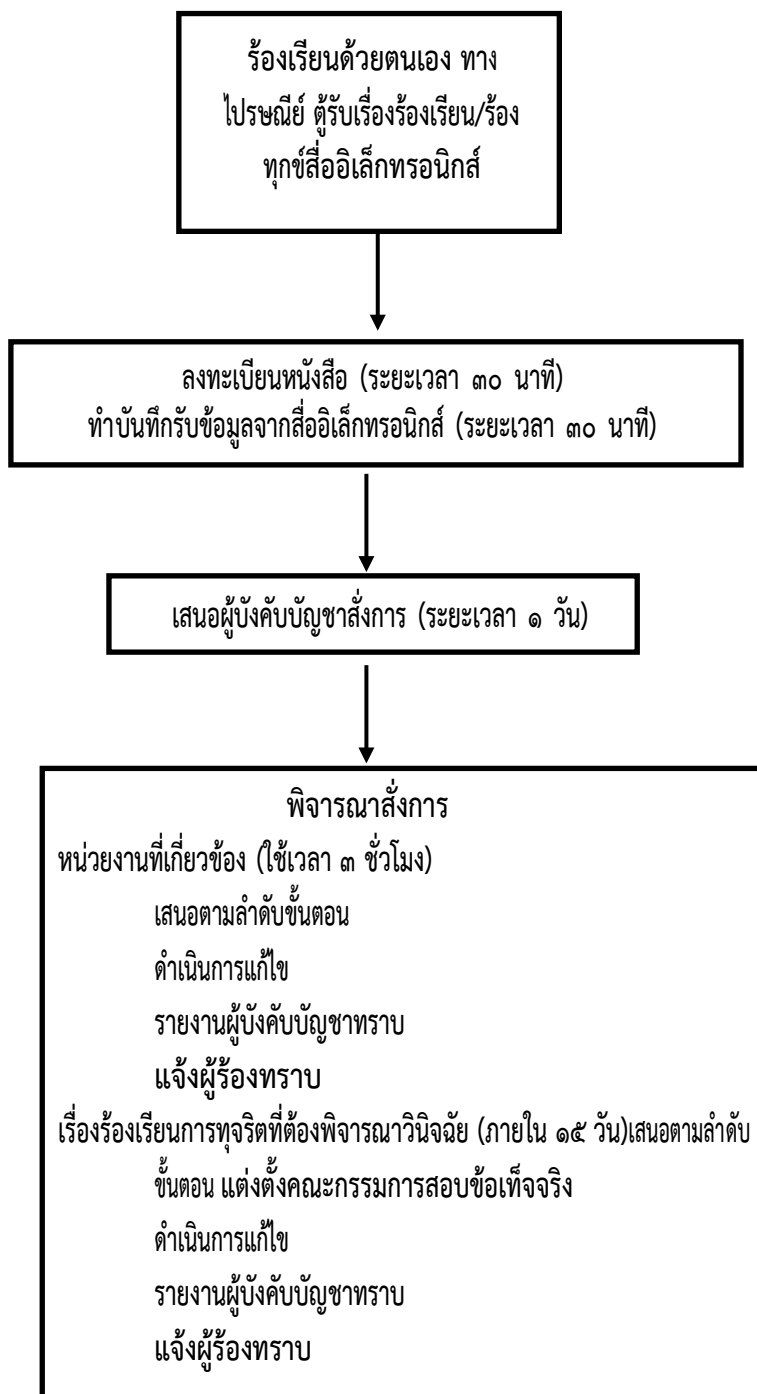
๓) ร้องเรียนทางโทรศัพท์ หมายเลข ๐๙๔-๕๘๐-๒๔๘๕ หมายเลขโทรสาร ๐ ๗๗๕๓ ๙๐๔๔ ต่อ ๑๐๕

๔) ผู้รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์โรงพยาบาลพะโต๊ะ

๕) เว็บไซต์ phatohospital.moph.go.th

๖) Facebook โรงพยาบาลพะโต๊ะ

๗. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน



ภาคผนวก

แบบคำร้อง/แจ้งเบาะแส โรงพยาบาลพะโต๊ะ

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะโต๊ะ

ข้าพเจ้า อายุ ปี อยู่บ้านเลขที่ หมู่

ตำบล อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์

อาชีพ ตำแหน่ง

เลขที่บัตรประชาชน ออกโดย

วันออกบัตร บัตรหมดอายุ มีความประสงค์ขอร้องเรียน/แจ้งเบาะแส ต่อต้านการทุจริต
เพื่อให้โรงพยาบาลชัชภูมิ พิจารณาดำเนินการตรวจสอบหรือช่วยเหลือและแก้ไขปัญหา ในเรื่อง

.....

.....

.....

.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำขอร้องเรียน/แจ้งเบาะแส ตามข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ โดยข้าพเจ้าขอส่งเอกสารหลักฐานประกอบการ
ร้องเรียน/แจ้งเบาะแส (ถ้ามี) ได้แก่

๑) จำนวน ชุด

๒) จำนวน ชุด

๓) จำนวน ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

(.....)