โรงพยาบาลเกาะเต่า
เรื่อง ระบบบริการศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและหลักประกันสุขภาพ

วัตถุประสงค์

๑.พัฒนางานแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิในหน่วยบริการให้มีมาตรฐาน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ด้วยความมั่นใจ

๒.เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถถือปฏิบัติตามแนวทางวิธีการที่กำหนดล่าสุดได้ถูกต้อง

๓.สร้างความร่วมมือและประสานงานกันภายในหน่วยบริการเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา ร้องเรียนต่างๆ

ความรับผิดชอบ/ผู้เกี่ยวข้อง

๑.คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

(๑.๑) ควบคุมกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

๒.คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

(๒.๑) ควบคุมกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

๓.งานประกันสุขภาพ

(๓.๑) จัดทำระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นต้องปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่น

(๓.๒) จัดทำวิธีปฏิบัติในหน่วยงานของตนเอง

นิยาม/ข้อกำหนด/ข้อตกลง

๑.เรื่องร้องเรียน

๑.๑ เรื่องร้องเรียนตามมาตรา ๕๗ และ ๕๙ หมายถึง เรื่องร้องเรียนตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ ดังนี้

- หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน
- ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร
- ไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด

๑.๒ เรื่องร้องทุกข์ หมายถึง เรื่องที่ทำให้ประชาชนเดือดร้อน/เรื่องขอความช่วยเหลืออื่น ๆ เช่น การลงทะเบียนออกบัตร สิทธิไม่ตรงตามจริง ขอความอนุเคราะห์/ขอความช่วยเหลือต่าง ๆ เป็นต้น

๒.คำถามทั่วไป

เป็นการสอบถามของประชาชนเพื่อขอทราบข้อมูล หรือ ขอคำปรึกษาในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

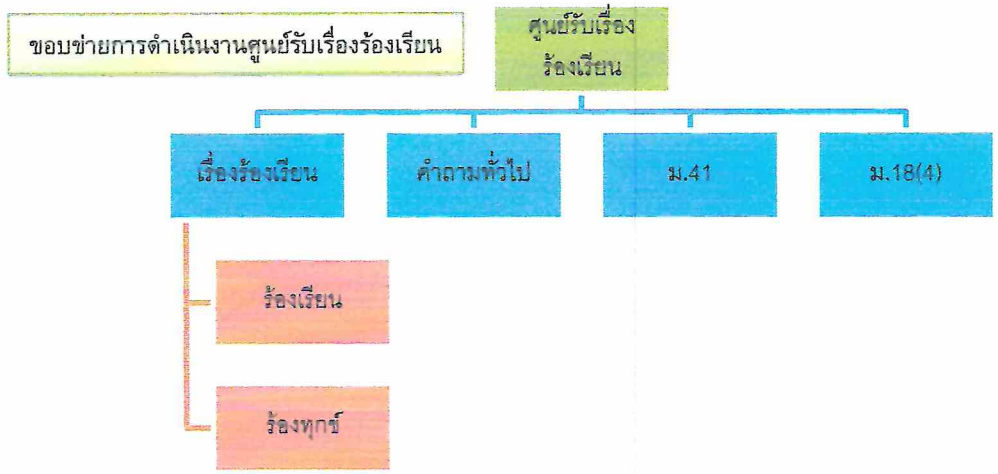
- เกี่ยวกับการทำบัตรประกันสุขภาพ
- สิทธิประโยชน์การรับบริการ
- วิธีการใช้บริการตามสิทธิ์
- เรื่องอื่น ๆ

๓.การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

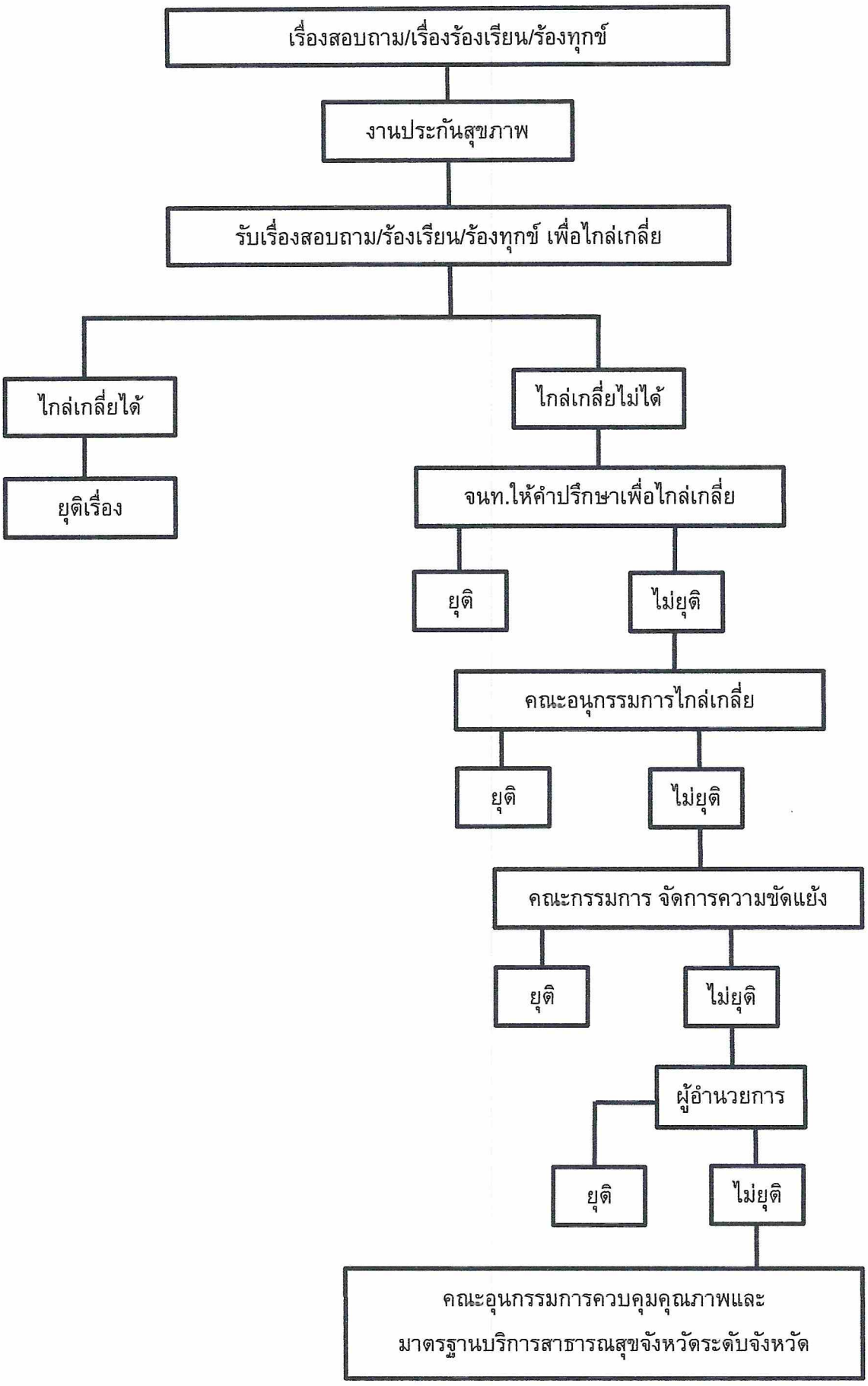
กรณีผู้รับบริการ ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (มาตรา ๔๑)
เป็นการช่วยเหลือเบื้องต้นโดยไม่มีการพิสูจน์ถูกผิดโดยคณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจังหวัดสุราษฎร์ธานีผู้พิจารณาให้แล้วเสร็จภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่รับเรื่องและหากไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาก็มีสิทธิ์ยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้ ทั้งนี้ต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน ๓๐ วันนั บจากวันที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย

๔.การจ่ายเงินช่วยเหลือชดเชย

กรณีผู้ให้บริการ ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขมาตรา ๑๘(๔)
เริ่มมีการดำเนินงานเมื่อวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๕๐ เป็นการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนให้แก่ผู้ให้บริการหรือทายาท ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขโดยคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินเพื่อชดเชยระดับเขตพื้นที่ เป็นผู้พิจารณาวินิจฉัยให้แล้วเสร็จภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่รับเรื่องและหากไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณา ก็มีสิทธิ์ยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่ทราบผลการวินิจฉัย



ขั้นตอนการปฏิบัติงาน



ภาคผนวก

ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ

โทร.077-256-190 ต่อ 302

โทรสาร 077-256-191

เลขที่ปัญหา.....

แบบรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์/สอบถาม

ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ โรงพยาบาลเกาะสมุย

วันที่รับแจ้ง.....เวลา.....น.

ที่มาของข้อมูล

☐ มาด้วยตนเอง ☐จดหมาย ☐ ตู้แสดงความคิดเห็น ☐ แจ้งทางโทรศัพท์

ชื่อผู้แจ้ง.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เลขที่บัตรประชาชน☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

รายละเอียดการ ☐ ร้องเรียน ☐ ร้องทุกข์ ☐ สอบถาม ☐ มาตรา41 ☐ มาตรา18(4)

ชื่อ – สกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN: .....

เข้ารับการรักษาที่แผนก..... วันที่เข้ารับบริการ.....

สิทธิการรักษา ☐ บัตรทอง ☐ ประกันสังคม ☐ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

เลขที่บัตรประชาชน☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ เลขที่บัตร.....

โรงพยาบาลต้นสังกัด.....โรงพยาบาลที่ร้องเรียน.....แผนก.....

รายละเอียดหัวข้อ ☐ ร้องเรียน ☐ ร้องทุกข์ ☐ สอบถาม ☐ มาตรา41 ☐ มาตรา18(4)

☐1. การออกบัตร/ขึ้นทะเบียน ☐ 2.การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ☐ 3.การให้บริการ ☐4.การรักษาพยาบาล

☐5.สิทธิประโยชน์ ☐6.บัตรสนเท่ห์ ☐7. อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับแจ้ง

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่รับเรื่อง(การตรวจสอบ/แก้ไขปัญหา/บันทึกข้อมูล)

.....

.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะสมุย

การดำเนินการ ☐ปัญหายุติแล้ว ☐ ยังไม่แล้วเสร็จ เนื่องจาก.....

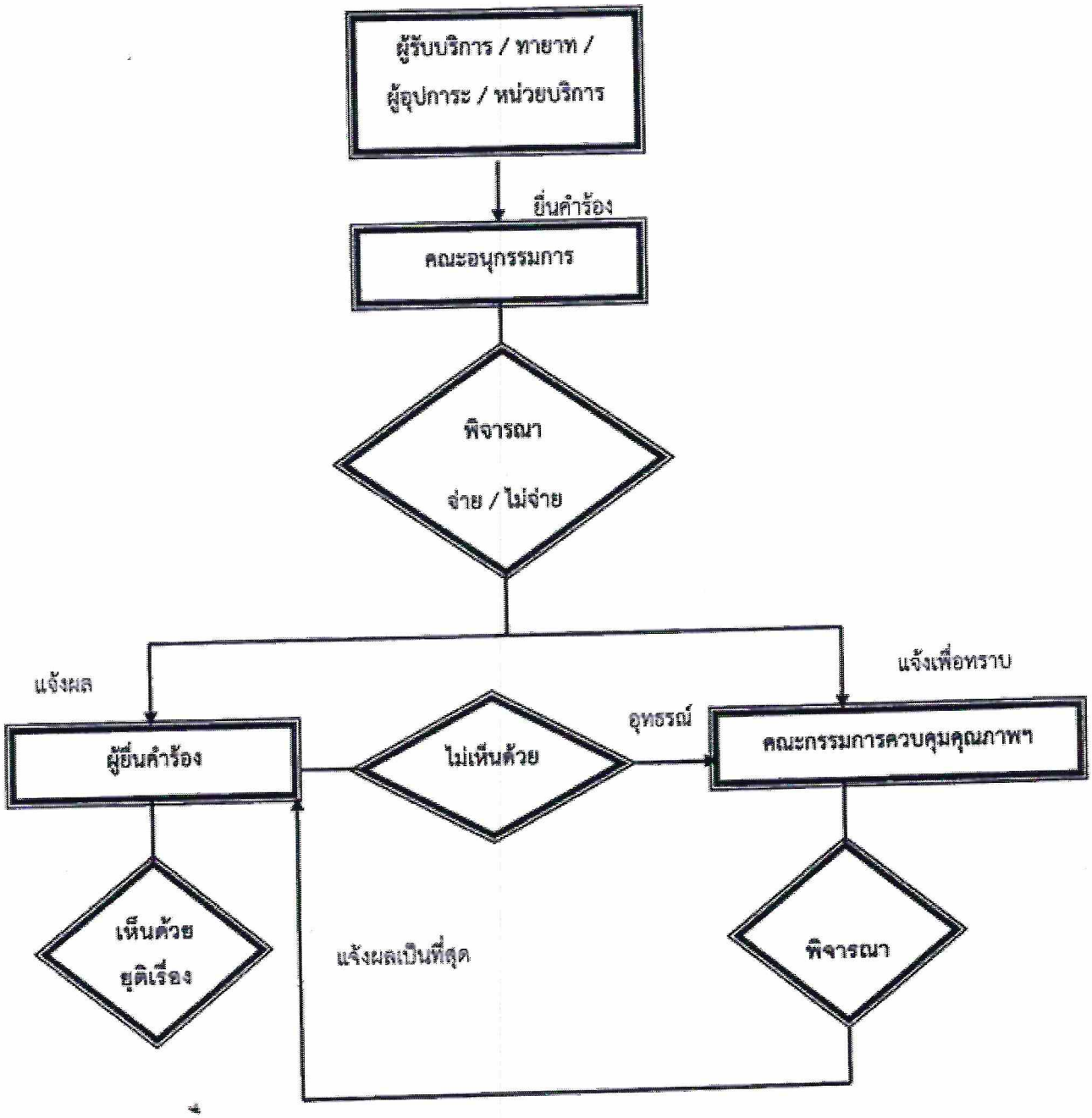
ความคิดเห็นผู้อำนวยการ

.....

.....

ผังแสดงขั้นตอนการพิจารณาคำร้อง

ขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการ



แบบการยื่นคำ

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (กรณียื่นคำร้องครั้งแรก)

หน่วยรับเรื่องร้องเรียน.....

วันที่ยื่นคำร้อง.....

1. รายละเอียดของผู้รับบริการ

1.1 ชื่อ – สกุล.....

1.2 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

1.3 อาชีพ.....รายได้..... สถานภาพอื่น ระบุให้ทราบถึงภาระที่ ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ(เศรษฐานะ).....

.....

1.4 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....

2. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล

2.1 ชื่อหน่วยบริการ.....

2.2 สถานที่ตั้ง.....

2.3 วันที่เข้ารับการรักษาพยาบาล.....วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

2.4 เหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล.....

2.5 ความเสียหายที่เกิดขึ้นได้แก่ บอกเล่าหรือบรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับและระบุความต้องการ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ 1 ไม่ต้องกรอก)

3.1 ชื่อ – สกุล .....

3.2 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

3.3 ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

3.4 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....

4. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้รับบริการ)

4.1 .....

4.2 .....

4.3 .....

4.4 .....

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำร้อง

( )

5. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามีการมอบอำนาจ)

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....(ระบุชื่อผู้รับบริการหรือทายาท).....ซึ่งเป็นผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ(ระบุชื่อหน่วยบริการ).....ขอมอบอำนาจให้.....(ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ).....

เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ_____ผู้มอบอำนาจ ลงชื่อ _____ผู้รับมอบอำนาจ

( ) ( )

ลงชื่อ_____พยาน ลงชื่อ _____พยาน

( ) ( )

แบบยื่นคำร้องขออุทธรณ์การรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการ ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

หน่วยรับเรื่องคำร้องอุทธรณ์ .....

วันที่.....

1. รายละเอียดของผู้รับบริการ

1.1 ชื่อ-สกุล .....

1.2 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....

1.3 อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน สถานภาพ.....มีบุตร ..... คน มีภาระที่ต้องรับผิดชอบคือ.....

1.4 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

2. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล

2.1 ชื่อหน่วยบริการ.....

2.2 สถานที่ตั้ง.....

วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น .....

2.3 เหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล.....

2.4 ความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

2.5 ชื่อ-สกุล.....(ผู้ยื่นคำร้องอุทธรณ์)

2.6 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

2.7 ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

2.8 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

2.9วันที่ทราบผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการฯ.....(ให้แนบสำเนาไปรษณีย์ตอบรับหนังสือแจ้งผลการวินิจฉัยมาด้วย)

2.10 เหตุผลในการยื่นอุทธรณ์ .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้องฯ

3.1 สำเนาทะเบียนบ้าน

3.2 สำเนาทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.3 หลักฐานการรับทราบผลผลการพิจารณา/สำเนาไปรษณีย์ตอบรับของผู้ยื่นคำร้อง

3.4 .....

ลงชื่อ.....ยื่นคำร้อง

แบบยื่นคำร้องขออุทธรณ์การรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย กรณีผู้ให้บริการ ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

หน่วยรับเรื่องคำร้องอุทธรณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

วันที่.....

1. รายละเอียดของผู้รับบริการ

1.5 ชื่อ-สกุล .....

1.6 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....

1.7 อาชีพ.....รายได้ .....บาท/เดือน สถานภาพ.....มีบุตร ..... คน มีภาระที่ต้องรับผิดชอบคือ.....

1.8 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

2. รายละเอียดเกี่ยวกับการให้การบริการรักษาพยาบาล

2.9 ชื่อหน่วยบริการ.....

2.10 สถานที่ตั้ง .....วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น .....

2.11 เหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล.....

2.12 ความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

2.13 ชื่อ-สกุล.....(ผู้ยื่นคำร้องอุทธรณ์)

2.14 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

2.15 ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

2.16 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

2.18 วันที่ทราบผลการวินิจฉัยของคระอนุกรรมการฯ.....(ให้แนบสำเนาไปรษณีย์ตอบรับหนังสือแจ้งผลการวินิจฉัยมาด้วย)

2.19 เหตุผลในการยื่นอุทธรณ์ .....

.....

3. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้องฯ

3.1 สำเนาบัตรประชาชน

3.2 หลักฐานการรับทราบผลผลการพิจารณา/สำเนาไปรษณีย์ตอบรับของผู้ยื่นคำร้อง

3.3 .....

ลงชื่อ.....ยื่นคำร้อง

แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยของผู้ให้บริการ

ชื่อหน่วยรับคำร้อง.....

วันที่ยื่นคำร้อง.....

1. รายละเอียดของผู้ให้บริการ

1.1 ชื่อ – สกุล .....

1.2 ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ(ระบุชื่อ).....

.....

1.3 ตำแหน่ง.....

ลักษณะงานที่รับผิดชอบ (ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ).....

.....

.....

1.4 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....

2. รายละเอียดเกี่ยวกับความเสียหายจากการให้บริการ

2.1 ให้บริการแก่ผู้รับบริการราย(ระบุชื่อ).....

.....

2.2 สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการ (มีสิทธิบัตรทอง) ( ) มี ( ) ไม่มี

2.3 วันที่มีความเสียหายเกิดขึ้นหรือวันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

2.4 เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามีบาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว ควรมีภาพประกอบความเสียหาย บรรยายเพิ่มเติมเป็นเอกสารแนบได้.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ 1 ไม่ต้องกรอก)

3.1 ชื่อ – สกุล .....

3.2 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

3.3 ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ.....

3.4 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....

4. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้รับบริการ)

4.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวที่หน่วยบริการออกให้

4.2 สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ และ/หรือ ใบรับรองแพทย์

4.3 ใบตรวจสอบสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการ พร้อมสำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ (ช่วงที่มารักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

5. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามีการมอบอำนาจ)

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล).....ซึ่งเป็น ( ) ผู้ให้บริการ ( ) ทายาท ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ ขอมอบอำนาจให้ (ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ).....เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ_____ผู้มอบอำนาจ ลงชื่อ _____ผู้รับมอบอำนาจ

( ) ( )

ลงชื่อ_____พยาน ลงชื่อ _____พยาน

( ) ( )