



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป

ที่ อบ ๐๐๓๒.๐๐๑.๒๑/๗๒๑

วันที่ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตรายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ ไตรมาสที่ ๑
ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เผยแพร่ลงบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

จากการที่คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ(สำนักงาน ป.ป.ช.) ได้ดำเนินการโครงการการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อวัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน มีกรอบการประเมินใน ๕ ดัชนี ได้แก่ ๑.ดัชนีความโปร่งใส ๒.ดัชนีความพร้อมรับผิด ๓.ดัชนีความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน ๔.ดัชนีวัฒนธรรมในองค์กร และ ๕. ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน นั้น

กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี จึงขออนุญาตน รายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับ เรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ ไตรมาสที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จากการรายงานของคณะกรรมการที่บริหารความเสี่ยง (RM) เผยแพร่ผลการดำเนินงานลงบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน และระบบ MITAS (<https://sl.moph.go.th/0foG8apJ>) เพื่อให้ประชาชนทั่วไปรับทราบ รายละเอียดตามสิ่งที่แนบมาพร้อมนี้ จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบพิจารณาอนุญาตนำเผยแพร่ลงบนเว็บไซต์ของหน่วยงานต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและอนุญาต

(นางอรัทัย มุสิกกา)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

- เพื่อโปรดพิจารณา
- เห็นควรอนุญาตให้นำเผยแพร่ตามระเบียบฯ ทางราชการ


(นางอรัทัย มุสิกกา)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป

ทราบ/อนุญาต

(นายอิทธิศักดิ์ เจริญทรัพย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

	<p>โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ระเบียบปฏิบัติ : RM- 001</p>	<p>หน้าที่: 1/4 ฉบับที่ 1 แก้ไขครั้ง 2 วันที่ 20 มิถุนายน 2563 เอกสารควบคุม</p>
<p>เรื่อง: ระเบียบปฏิบัติการรับข้อร้องเรียนและการไกล่เกลี่ย</p>		<p>ผู้ทบทวน :คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง</p>
<p>ผู้จัดทำ : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง</p>		<p>ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร</p>

การรับข้อร้องเรียนและการไกล่เกลี่ย

การยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือ เบื้องต้น(มาตรา 41)

การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เป็นมาตรการที่ดำเนินการตามบทบัญญัติของมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งบัญญัติไว้ว่า “ ให้คณะกรรมการ กันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการ ไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้กับผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการ ได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้น จากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับความเสียหาย ภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ คณะกรรมการกำหนด ”

เงินช่วยเหลือเบื้องต้น หมายถึง เงินที่จ่ายให้ผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับค่าเสียหายจากการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการ โดยมีต้องรอการพิสูจน์ ถูกผิด

การยื่นคำร้อง

ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือทายาท ซึ่งทายาท ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส ผู้สืบสันดาน(บุตร) พี่น้องร่วมบิดามารดา พี่น้องร่วมบิดา พี่น้องร่วมมารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา โดยให้ทายาทคนใดคนหนึ่ง ยื่นได้โดยไม่จำเป็นต้องยื่นตามลำดับชั้น

ระยะเวลายื่นคำร้อง

1 ปี นับจากทราบความเสียหาย

วิธียื่นคำร้อง

การยื่นคำร้องทำได้ 2 วิธี คือ


ยื่นคำร้องด้วยตนเองที่หน่วยรับคำร้อง

ส่งคำร้องทางไปรษณีย์ลงทะเบียน โดยคณะกรรมการจะถือวันที่ประทับตราเป็นวันที่ยื่นคำร้อง

สถานที่ยื่นคำร้อง

ต่างจังหวัด --->สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด (สสจ.) ที่เกิดเหตุ

กทม. --->สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต13 กรุงเทพมหานครหรือ 120 ม.3 อาคาร บี โชนทิศได้ ชั้น 5(ฝั่งลานจอดรถ) ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ ถ.แจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

	โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ระเบียบปฏิบัติ : RM- 001	หน้าที่: 2/4 ฉบับที่ 1 แก้ไขครั้ง 2 วันที่ 20 มิถุนายน 2563 เอกสารควบคุม
เรื่อง: ระเบียบปฏิบัติการรับข้อร้องเรียนและการไกล่เกลี่ย	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร	

สาระสำคัญของคำร้อง

การยื่นคำร้องจะเขียนตามแบบฟอร์มที่กำหนด หรือเขียนเป็นหนังสือก็ได้ แต่ข้อความในหนังสือควรมีรายละเอียดดังนี้

ชื่อ - สกุล ของผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย

ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข

ชื่อของหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุข

วันที่มีความเสียหายเกิดขึ้น หรือวันที่ทราบความเสียหาย

สถานที่ที่ติดต่อผู้รับบริการหรือผู้ยื่นคำร้องได้โดยรวดเร็ว

สถานภาพของผู้รับบริการ เช่น อาชีพ รายได้หรือเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นต้น

เอกสารหลักฐานในการยื่นคำร้อง

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

สำเนาทะเบียนบ้าน

หนังสือมอบอำนาจ (กรณีที่มีการมอบอำนาจ)

เอกสารหรือหลักฐานแสดงรายละเอียดข้อมูลอื่นที่อาจใช้เป็นประโยชน์ประกอบการพิจารณา (ถ้ามี)

เกณฑ์การพิจารณา

ผู้มีอำนาจพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ได้แก่ คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นซึ่งมีอยู่ในทุกจังหวัด

คณะกรรมการดังกล่าวจะทำหน้าที่พิจารณาว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการควรได้รับเงินช่วยเหลือตามข้อบังคับหรือไม่เพียงใด หากควรได้รับเงินช่วยเหลือก็จะพิจารณาโดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐกิจของผู้เสียหายด้วย โดยมีขั้นตอน ดังนี้

พิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดในข้อบังคับ คือ

พิจารณาถึงประเภทของความเสียหาย

พิจารณาถึงความรุนแรงและเศรษฐกิจของผู้เสียหาย


เกณฑ์การพิจารณาเงินช่วยเหลือ

ความเสียหายที่เกิดก่อน 1 ต.ค.2555 จะได้รับเกณฑ์ช่วยเหลือดังนี้

- เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 200,000 บาท
- พิการหรือสูญเสียอวัยวะ จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 120,000 บาท
- บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 50,000 บาท

ความเสียหายที่เกิดหลัง 1 ต.ค.2555 จะได้รับเกณฑ์ช่วยเหลือดังนี้

- เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จ่ายเงินช่วยเหลือตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท

	โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ระเบียบปฏิบัติ : RM- 001	หน้าที่: 3/4 ฉบับที่ 1 แก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 20 มิถุนายน 2563 เอกสารควบคุม
	เรื่อง: ระเบียบปฏิบัติการรับซื้อร้องเรียนและการไกล่เกลี่ย ผู้จัดทำ : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

- พิกัดหรือสูญเสียชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท
- บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือได้ไม่เกิน 100,000 บาท

กรณีฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์ จนอายุครรภ์ ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตในครรภ์ระหว่างการดูแลในหน่วยบริการ ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้เท่ากรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร และหากมารดาได้รับความเสียหายด้วยก็ให้ได้รับเงินช่วยเหลือได้อีกตามประเภทความเสียหายนั้น

การแจ้งผลการพิจารณา

เลขานุการของคณะอนุกรรมการจะมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณา ให้ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย หรือทายาททราบพร้อมแจ้งสิทธิในการยื่นอุทธรณ์ภายใน 30 วัน หลังได้รับหนังสือแจ้งผลทางไปรษณีย์ตอบรับ

การอุทธรณ์

หากผู้รับบริการหรือทายาทที่ยื่นคำร้อง ไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการ สามารถยื่นอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วัน หลังได้รับแจ้ง โดยวิธีการและสถานที่ยื่นคำร้อง เหมือนกับการยื่นคำร้องครั้งแรก โดยสำนักงานสาขานำคำร้องอุทธรณ์และผลการวินิจฉัยครั้งแรกส่งมาที่ สปสช. เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณา วินิจฉัยอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณา

สาระสำคัญของการอุทธรณ์

ชื่อผู้อุทธรณ์

วันที่ทราบผลการวินิจฉัย


เหตุผลที่ไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัย

สถานที่ที่สามารถติดต่อผู้ยื่นอุทธรณ์ได้โดยเร็ว

หมายเหตุ : ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์เป็นที่สิ้นสุด ผู้รับบริการหรือทายาทจะอุทธรณ์อีกไม่ได้

2. ความเสียหายที่เกิดจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือ เบื้องต้น แบ่งออกเป็นดังนี้

1. เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ในอัตราไม่เกิน 400,000 บาท
2. สูญเสียชีวิตหรือพิการที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ในอัตราไม่เกิน 240,000 บาท
3. บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากการได้รับวัคซีน โดยมีความเห็นของแพทย์ผู้ตรวจรักษา ประกอบด้วย จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ในอัตราไม่เกิน 100,000 บาท

	โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ระเบียบปฏิบัติ : RM- 001	หน้าที่: 4/4 ฉบับที่ 1 แก้ไขครั้ง 2 วันที่ 20 มิถุนายน 2563 เอกสารควบคุม
เรื่อง: ระเบียบปฏิบัติการรับข้อร้องเรียนและการไกล่เกลี่ย		ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง		ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

บันทึกการรับข้อร้องเรียน
บันทึกการรับข้อร้องเรียน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

วันที่รับ..... เลขที่รับ.....

ชั้นความลับ ลับ ไม่ลับ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ.....

ผู้ร้องเรียน ชื่อ-สกุล หมายเลขโทรศัพท์.....

ที่อยู่.....

.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....

มีความประสงค์ให้ปกปิดชื่อ

ช่องทางร้องเรียน ด้วยตนเอง ไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรสาร ระบบอิเล็กทรอนิกส์

ประเภทการร้องเรียน ร้องเรียนเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงาน ร้องเรียนการให้บริการ

ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ คำชม อื่นๆ.....

เรื่องร้องเรียน.....

รายละเอียด.....

.....

.....

.....

สิ่งที่ต้องการแก้ไข.....

.....

.....

เอกสารแนบ(ถ้ามี)

สำหรับเจ้าหน้าที่ แจ้งหน่วยงานที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องทราบ

แจ้งยุติเรื่องเนื่องจาก.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ร้องเรียน ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง