



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป

ที่ อบ ๐๐๓๒.๐๐๑.๒๑/๒๒๕

วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติเผยแพร่การรับข้อร้องเรียนและการไต่ถามเคลียร์บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

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

กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี จึงขออนุญาตระเบียบปฏิบัติการรับข้อร้องเรียนและการไต่ถามเคลียร์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เพื่อให้ประชาชนทั่วไปทราบ รายละเอียดตามสิ่งที่แนบมาพร้อมนี้ จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบพิจารณาอนุญาตนำเผยแพร่ลงบนเว็บไซต์ของหน่วยงานต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและอนุญาต

(นางยมลภัทร มะลิเลิศ)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

- เพื่อโปรดพิจารณา
- เห็นควรอนุญาตให้นำเผยแพร่ตามระเบียบฯ ทางราชการ

ทราบ/อนุญาต

(นางอรรทัย มุลิกา)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป

(นางสาวธรรมพร ประสพพันธ์)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

	โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ระเบียบปฏิบัติ : RM - 001	หน้าที่: 1/10 ฉบับที่ 1 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2564 เอกสารควบคุม
เรื่อง : ระเบียบปฏิบัติการรับซื้อร้องเรียนและการไกล่เกลี่ย		ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง		ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

การรับซื้อร้องเรียนและการไกล่เกลี่ย

การยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (มาตรา 41)

การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เป็นมาตรการที่ดำเนินการตามบทบัญญัติของมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งบัญญัติไว้ว่า “ ให้คณะกรรมการ กันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการ ไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้กับผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการ ได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้น จากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับความเสียหาย ภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการ กำหนด ”

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	หน้าที: 2/10 ฉบับที่ 1 แก้ไขครั้ง 4 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2564 เอกสารควบคุม
เรื่อง : ระเบียบปฏิบัติการรับข้อร้องเรียนและการไกล่เกลี่ย	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร	

สาระสำคัญของคำร้อง

การยื่นคำร้องจะเขียนตามแบบฟอร์มที่กำหนด หรือเขียนเป็นหนังสือก็ได้ แต่ข้อความในหนังสือควรมีรายละเอียดดังนี้

1. ชื่อ - สกุล ของผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย
2. ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข
3. ชื่อของหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุข
4. วันที่มีความเสียหายเกิดขึ้น หรือวันที่ทราบความเสียหาย
5. สถานที่ที่ติดต่อผู้รับบริการหรือผู้ยื่นคำร้องได้โดยรวดเร็ว
6. สถานภาพของผู้รับบริการ เช่น อาชีพ รายได้หรือเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นต้น
7. เอกสารหลักฐานในการยื่นคำร้อง
8. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
9. สำเนาทะเบียนบ้าน
10. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีที่มีการมอบอำนาจ)
11. เอกสารหรือหลักฐานแสดงรายละเอียดข้อมูลอื่นที่อาจใช้เป็นประโยชน์ประกอบการพิจารณา (ถ้ามี)

เกณฑ์การพิจารณา

ผู้มีอำนาจพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ได้แก่ คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นซึ่งมีอยู่ในทุกจังหวัดคณะกรรมการดังกล่าวจะทำหน้าที่พิจารณาว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการควรได้รับเงินช่วยเหลือตามข้อบังคับหรือไม่เพียงใด หากควรได้รับเงินช่วยเหลือก็จะพิจารณาโดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหายและเคราะหฐานะของผู้เสียหายด้วย โดยมีขั้นตอน ดังนี้ พิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดในข้อบังคับ คือ พิจารณาถึงประเภทของความเสียหาย พิจารณาถึงความรุนแรงและเคราะหฐานะของผู้เสียหาย

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: 3/10 ฉบับที่ 1 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2564 เอกสารควบคุม
เรื่อง : ระเบียบปฏิบัติการรับข้อร้องเรียนและการไกล่เกลี่ย		ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง		ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

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

กรณีผากระรอกอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและได้รับการดูแลตามมาตรฐานการผากระรอก จนอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตในครรภ์ระหว่างการดูแลในหน่วยบริการ ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้เท่ากรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร และหากมารดาได้รับความเสียหายด้วยก็ให้ได้รับเงินช่วยเหลือได้อีกตามประเภทความเสียหายนั้น

การแจ้งผลการพิจารณา

เลขานุการของคณะกรรมการจะมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณา ให้ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายหรือทายาททราบพร้อมแจ้งสิทธิในการยื่นอุทธรณ์ภายใน 30 วัน หลังได้รับหนังสือแจ้งผลทางไปรษณีย์ตอบรับ

การอุทธรณ์

หากผู้รับบริการหรือทายาทที่ยื่นคำร้อง ไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยของคณะกรรมการ สามารถยื่นอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วัน หลังได้รับแจ้ง โดยวิธีการและสถานที่ยื่นคำร้อง เหมือนกับการยื่นคำร้องครั้งแรก โดยสำนักงานสาขานำคำร้องอุทธรณ์และผลการวินิจฉัยครั้งแรกส่งมาที่ สปสช.เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณา

สาระสำคัญของการอุทธรณ์

ชื่อผู้อุทธรณ์

วันที่ทราบผลการวินิจฉัย

เหตุผลที่ไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัย

สถานที่ที่สามารถติดต่อผู้ยื่นอุทธรณ์ได้โดยเร็ว

หมายเหตุ : ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์เป็นที่สิ้นสุด ผู้รับบริการหรือทายาทจะอุทธรณ์อีกไม่ได้

	โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ระเบียบปฏิบัติ : RM - 001	หน้าที่: 4/10 ฉบับที่ 1 แก้ไขครั้ง 4 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2564 เอกสารควบคุม
เรื่อง : ระเบียบปฏิบัติการรับซื้อร้องเรียนและการไกล่เกลี่ย		ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง		ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

2. ความเสียหายที่เกิดจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และอัตรา การจ่ายเงินช่วยเหลือ เบื้องต้น

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข

1. การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นการบรรเทาความเดือดร้อน โดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด และให้รวมถึงความเสียหายที่เกิดจากเหตุสุดวิสัยจากการรับวัคซีนดังกล่าวด้วย
2. ต้องกระทำให้เสร็จโดยเร็ว โดยเป็นการพิจารณาจากค าร้อง ความเสียหายที่ปรากฏ ความสัมพันธ์ของความเสียหายกับการรับวัคซีน ประกอบความเห็นของแพทย์ผู้ตรวจรักษา โดยไม่จำเป็นต้องรอรายงานการสอบสวนโรคของกระทรวง สาธารณสุข
3. เบิกจ่ายเงิน ภายใน 5 วันนับจากวันที่มีมติ
4. รายงานการสอบสวนโรคที่ออกภายหลังจากมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ไม่มีผลต่อคำวินิจฉัยที่ได้อนุมัติจ่ายเงินไปตาม หลักเกณฑ์ที่ก ำหนดแล้ว 5.ให้มีการประชาสัมพันธ์ และการดำเนินการเชิงรุก

วิธีการยื่นคำร้อง

1. ผู้ยื่นคำร้อง : ผู้รับบริการ ทายาทหรือผู้อุปการะ หรือ หน่วยบริการที่ให้บริการ
2. ระยะเวลาการยื่นคำร้อง ยื่นภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย
3. สถานที่ยื่นคำร้อง
 - หน่วยบริการ
 - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - สปสช. เขต 10 อุบลราชธานี
4. ประเภทความเสียหาย และอัตราจ่าย
 - 1) กรณีตาย/ทุพพลภาพถาวร จ่ายไม่เกิน 400,000 บาท
 - 2) เสียอวัยวะ/พิการ จ่ายไม่เกิน 240,000 บาท
 - 3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากการได้รับวัคซีน โดยมีความเห็นแพทย์ผู้ตรวจรักษาจ่ายไม่เกิน 100,000 บาท
5. ผู้พิจารณา ขั้นต้น : คณะอนุกก.ระดับเขตพื้นที่
6. อุทธรณ์ : เลขาธิการ สปสช. ภายใน 30 วันนับจากวันที่ทราบผลการวินิจฉัย

	โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ระเบียบปฏิบัติ : RM - 001	หน้าที่: 5/10 ฉบับที่ 1 แก้ไขครั้ง 4 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2564 เอกสารควบคุม
เรื่อง : ระเบียบปฏิบัติการรับข้อร้องเรียนและการไกล่เกลี่ย		ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง		ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

บันทึกการรับข้อร้องเรียน
บันทึกการรับข้อร้องเรียน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

วันที่รับ..... เลขที่รับ.....

ชั้นความลับ ☐ลับ ☐ไม่ลับ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ.....

ผู้ร้องเรียน ชื่อ-สกุลหมายเลขโทรศัพท์.....

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

	โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ระเบียบปฏิบัติ : RM - 001	หน้าที่: 6/10 ฉบับที่ 1 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2564 เอกสารควบคุม
	เรื่อง : ระเบียบปฏิบัติการรับซื้อร้องเรียนและการไกล่เกลี่ย ผู้จัดทำ : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

ชื่อหน่วยรับคำร้อง
วันที่รับคำร้อง

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ ชื่อ-สกุล.....เพศ.....อายุ..... ปี

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ สิทธิรักษาพยาบาล

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกันสังคม

ข้าราชการ

อื่นๆ

๑.๔ อาชีพ.....รายได้.....ภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก) ผู้รับบริการยื่นคำร้องเอง

๒.๑ ชื่อ - สกุล

๒.๒ เลขที่บัตรประชาชน

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๓. รายละเอียดเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

๓.๑ สถานที่ฉีดวัคซีนจังหวัด

๓.๒ ชนิดวัคซีนที่ฉีด

ซิโนแวค (Sinovac)

แอสตราเซนเนกา (AstraZeneca)

โมเดอร์นา (Moderna)

สปุตนิก วี (Sputnik V)

จอห์นสัน แอนด์ จอห์นสัน (Johnson & Johnson)

ไฟเซอร์ (Pfizer)

ซิโนฟาร์ม (Sinopharm)

อื่นๆระบุ.....

๓.๓ วันเดือนปีที่ฉีดวัคซีน เข็มที่ ๑เลขล็อต

เข็มที่ ๒เลขล็อต

๓.๔ วันที่มีอาการแพ้วัคซีน

	โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ระเบียบปฏิบัติ : RM - 001	หน้าที่: 7/10 ฉบับที่ 1 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2564 เอกสารควบคุม
	เรื่อง : ระเบียบปฏิบัติการรับซื้อร้องเรียนและการไกล่เกลี่ย ผู้จัดทำ : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

๓.๕ อาการสำคัญที่พบความเสียหาย

.....

.....

๓.๖ วันที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาล

๓.๗ ประเภทการรักษา ผู้ป่วยนอก แพทย์สั่งให้พักงาน วัน

ผู้ป่วยในนอนโรงพยาบาล วัน แพทย์สั่งให้พักงาน วัน

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)

เลขที่คำร้อง

แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

ชื่อหน่วยรับคำร้อง

วันที่รับคำร้อง

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ ชื่อ-สกุล.....เพศ.....อายุ. ปี

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ สิทธิรักษาพยาบาล หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม

ข้าราชการ อื่นๆ

๑.๔ อาชีพ.....รายได้.....ภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ

.....

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก) ผู้รับบริการยื่นคำร้องเอง

๒.๑ ชื่อ - สกุล

๒.๒ เลขที่บัตรประชาชน

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๓. รายละเอียดเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

๓.๑ สถานที่ฉีดวัคซีนจังหวัด

๓.๒ ชนิดวัคซีนที่ฉีด ซิโนแวค (Sinovac) จอห์นสัน แอนด์ จอห์นสัน (Johnson & Johnson)

แอสตราเซนเนกา (AstraZeneca) ไฟเซอร์ (Pfizer) โมเดอร์นา (Moderna)

ซิโนฟาร์ม (Sinopharm) สปุตนิก วี (Sputnik V) อื่นๆระบุ.....

๓.๓ วันเดือนปีที่ฉีดวัคซีน เข็มที่ ๑เลขล๊อต

	โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ระเบียบปฏิบัติ : RM - 001	หน้าที่: 9/10 ฉบับที่ 1 แก้ไขครั้ง 4 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2564 เอกสารควบคุม
เรื่อง : ระเบียบปฏิบัติการรับซื้อร้องเรียนและการไกล่เกลี่ย		ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง		ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

คำแนะนำ

1. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือ ทายาท ผู้อุปการะ(กรณีไม่มีทายาท)ที่ให้การช่วยเหลือ เกื้อกูล หรือดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ
2. สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ หน่วยบริการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่
3. ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง ภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย
4. หน่วยงานที่แจ้งผลการพิจารณา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่ ที่รับผิดชอบ, จังหวัดที่เข้ารับการรักษา วัคซีนป้องกันโรคโควิด 19
5. หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถาม ได้ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โทรศัพท์ 02 141 4000 เวลาราชการ โทรสาร 02 143 9730-1 หรือติดต่อ สายด่วน สปสช. 1330 เปิดบริการ 24 ชั่วโมง หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่

	โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ระเบียบปฏิบัติ : RM - 001	หน้าที่: 10/10 ฉบับที่ 1 แก้ไขครั้ง 4 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2564 เอกสารควบคุม
เรื่อง : ระเบียบปฏิบัติการรับซื้อร้องเรียนและการไกล่เกลี่ย		ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง		ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)

เลขที่อุทธรณ์

**แบบอุทธรณ์ผลการวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))**

ชื่อหน่วยรับอุทธรณ์.....

วันที่ยื่นอุทธรณ์.....

๑. รายละเอียดของผู้อุทธรณ์ (บุคคลเดียวกับผู้ยื่นคำร้อง)

๑.๑ ชื่อ-สกุล.....เพศ.....อายุ..... ปี

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

1.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ เจ้าตัว เกี่ยวข้องเป็น.....

1.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

2. วันที่ทราบผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ ระดับเขต

.....

3. ข้อโต้แย้ง ข้อเท็จจริง และข้อกฎหมายที่ไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ ระดับเขต

.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

ความเห็นแพทย์ หรือ ที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอื่นๆ

ลงชื่อ

ผู้อุทธรณ์

(.....)