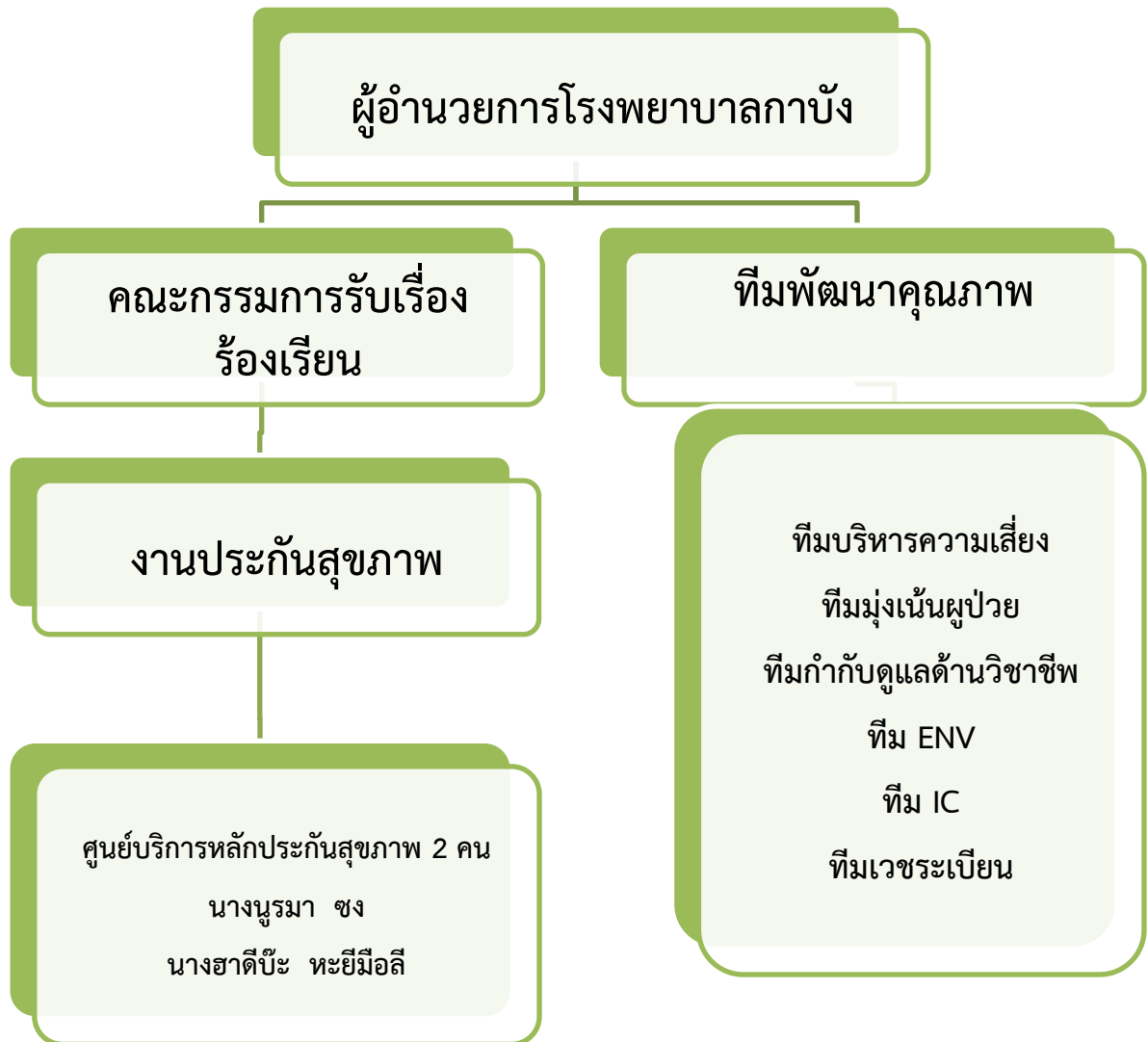
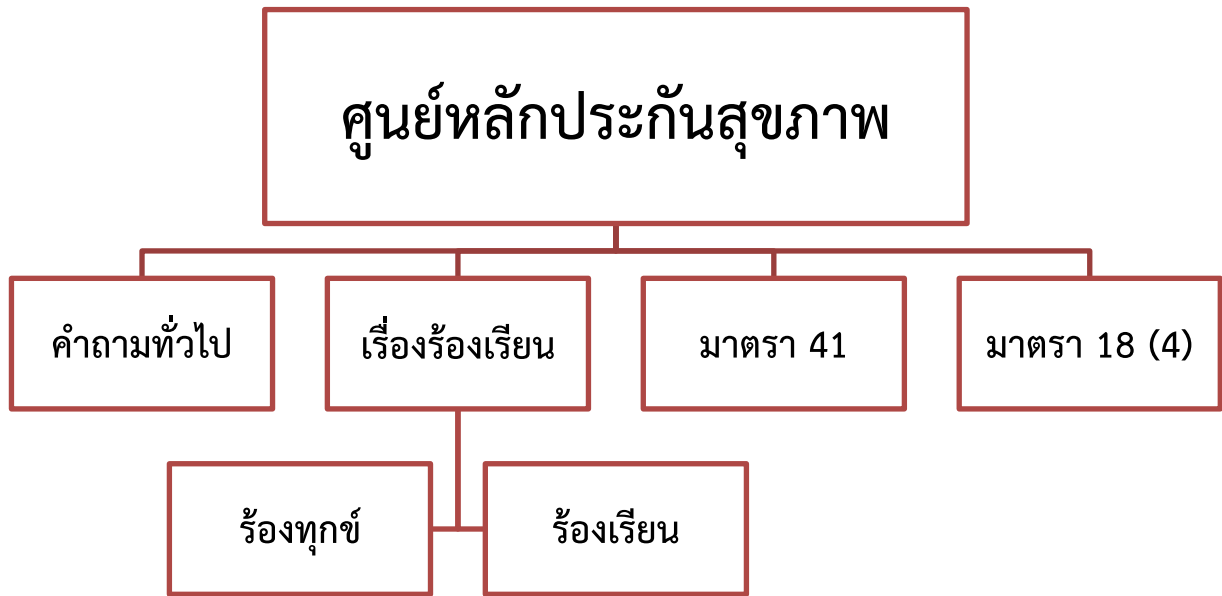


# โครงสร้างการรับเรื่องร้องเรียนโรงพยาบาลกาบัง





### คำนิยามที่เกี่ยวข้อง

1. **เรื่องสอบถาม** เป็นเรื่องที่ประชาชนติดต่อสอบถามเพื่อขอทราบข้อมูลหรือขอคำปรึกษาเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพและโครงการอื่นที่เกี่ยวข้อง

- **การลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ** เป็นการสอบถามเกี่ยวกับวิธี สถานที่ หลักฐานที่ใช้ลงทะเบียน วิธีการดำเนินการแก้ไขสิทธิย่อยต่างๆ รวมถึงเอกสารปลดสิทธิซ้ำซ้อน ข้าราชการประกันสังคม เป็นต้น
- **สิทธิประโยชน์การรับบริการ** เป็นเรื่องสอบถามเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์การบริการสาธารณสุขที่ได้รับความคุ้มครองและไม่ได้รับความคุ้มครอง ว่าโรคที่เป็นหรือยาที่ใช้สามารถใช้สิทธิได้หรือไม่ เป็นต้น
- **วิธีการใช้บริการตามสิทธิ** เป็นการสอบถามเกี่ยวกับวิธีการไปใช้บริการในกรณีต่างๆ ว่าจะต้องดำเนินการอย่างไรบ้าง เช่น การใช้บริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน กรณีประสบอุบัติเหตุ เข้ารับบริการที่หน่วยบริการอื่นจะต้องดำเนินการอย่างไร เป็นต้น
- **ตรวจสอบข้อมูลสิทธิ** เป็นการติดต่อเพื่อขอตรวจสอบสิทธิต่างๆ ผ่านหน้า website เช่น ตรวจสอบสิทธิหลักประกันสุขภาพ ตรวจสอบสิทธิซ้ำซ้อน ตรวจสอบผลการอนุมัติสิทธิซ้ำซ้อน ตรวจสอบผลการลงทะเบียน เป็นต้น
- **สอบถามเกี่ยวกับสิทธิสวัสดิการอื่นๆ** เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสวัสดิการอื่น เช่น สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม เป็นต้น

### 2. เรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพ

2.1 **เรื่องเกี่ยวกับคุณภาพบริการ** เป็นเรื่องร้องเรียนตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ.2545 จำแนกเป็น

- **หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน** เป็นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับมาตรฐานการรักษาพยาบาลตามวิชาชีพ ได้แก่ ตรวจวินิจฉัย แผนการรักษาไม่เหมาะสม แพทย์ไม่จ่ายยา ให้น้ำผิด เป็นต้น

- **ไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร** เป็นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับไม่ได้รับความสะดวกในการหน่วยบริการ ได้แก่ รอนาน บริการช้า สถานที่ไม่เหมาะสม เจ้าหน้าที่พูดจาไม่สุภาพ ไม่ให้การต้อนรับ หน่วยบริการอยู่ไกล เป็นต้น
- **ถูกเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บ** เป็นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการถูกเรียกเก็บค่าบริการในหน่วยบริการ ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลเพิ่ม ถูกเรียกเก็บค่าอุปกรณ์ต่างๆ เช่น เลนส์ตา ถังออกซิเจน ถังปัสสาวะ เข็มฉีดยา เป็นต้น
- **ไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด** เป็นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับหน่วยบริการปฏิเสธให้ใช้สิทธิ ปฏิเสธการส่งตัวเพื่อการรักษากรณีเกินศักยภาพ ปฏิเสธการรับผิชอบค่าใช้จ่าย เป็นต้น

**2.2 เรื่องเกี่ยวกับการบริหารจัดการทั่วไป** เป็นเรื่องที่ประชาชนเดือดร้อน/ เรื่องขอความช่วยเหลืออื่นๆ ที่ไม่ใช่เรื่องร้องเรียน ตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพ พศ. 2545 ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการบริหารจัดการต่างๆ

- **การลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ** เป็นเรื่องที่ได้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกเกี่ยวกับการลงทะเบียน ได้แก่ ถูกปฏิเสธการลงทะเบียน ลงทะเบียนแล้วแต่ยังไม่ได้รับสิทธิ รายละเอียดหน้า website ผิด ถูกลงทะเบียนโดยพลการ เป็นต้น
- **สิทธิไม่ตรงตามจริง(สิทธิซ้ำซ้อน)** เป็นเรื่องเกี่ยวกับสิทธิการรักษาปัจจุบันไม่ตรงตามสิทธิที่ผู้รับบริการมีอยู่จริง ได้แก่ สิทธิซ้ำซ้อนข้าราชการ สิทธิซ้ำซ้อนประกันสังคม สิทธิคนไทยในต่างประเทศ เป็นต้น
- **เรื่องอื่นๆ**
  - ขอความช่วยเหลือ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ ที่นอกเหนือจากสิทธิประกันสุขภาพ
  - ข้อเสนอแนะ เป็นข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อการแก้ไข ปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

**3.เรื่องการประสานส่งต่อผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ**

**4.เรื่องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41\*\*** เป็นเรื่องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

**5.เรื่องร้องเรียนจากผู้ใช้สิทธิสวัสดิการอื่น** เป็นเรื่องร้องเรียนจากการใช้สิทธิสวัสดิการอื่นของผู้มีสิทธิ นั้นๆ เช่น สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม เป็นต้น

**หมายเหตุ\*\***

1. **การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น** กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (มาตรา 41)

- เป็นการช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยไม่มีการพิสูจน์ถูกผิดโดยคณะกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจังหวัดสุรินทร์ เป็นผู้พิจารณาให้แล้วเสร็จภายใน 30 วันนับจากวันที่รับเรื่อง และหากไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณา ก็มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้ ทั้งนี้ ต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน 30 วันนับจากวันที่ได้ทราบผลการวินิจฉัย

2. การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อชดเชย กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข (มาตรา18(4) )

- เริ่มมีการดำเนินงานเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2550 เป็นการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนให้แก่ผู้ให้บริการหรือ ทายาท ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข โดย คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินเพื่อ การชดเชยระดับเขตพื้นที่ เป็นผู้พิจารณาวินิจฉัยให้แล้วเสร็จภายใน 30 วันนับจากวันที่รับเรื่อง และหากไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาก็มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ภายใน 30 วันนับจากวันที่ได้ทราบผลการวินิจฉัย

