

Flow Chart งานบริหารความเสี่ยงและรับเรื่องร้องเรียน

งานบริหารความเสี่ยง

กระทบต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติการ
กระทบต่อทรัพย์สิน
กระทบต่อความขัดแย้ง

ไม่รุนแรง

รุนแรง

รพ สต แก้วไข

สรุปข้อมูล

ตัดยอดวันที่ 20 ของเดือน

ส่ง รพ. ทุกวันที่ 22 ของเดือน

โทร .งานประกัน รพ. 045-252768-15

ทีม RM ลงพื้นที่ รวบรวมข้อมูล + ใกล้เคียง

ประชุม คกก คปสอ หาแนวทางแก้วไข

ทีม โรงพยาบาลออกพื้นที่ พบผู้เสียหาย

ไม่ได้

ได้

ส่งสสจ ทุกวันที่ 25 ของเดือน

งานรับเรื่องร้องเรียน

ร้องเรียน

ร้องเรียน

ร้องทุกข์

ไม่รุนแรง

รุนแรง

แก้วไข

ไม่ได้

ได้

โทร .งานประกัน รพ. 045-252768-15

คกก รับเรื่องร้องเรียน รพ . ลงพื้นที่ พบผู้เสียหาย

รวบรวมข้อมูล

ตัดยอดทุกวันที่ 20 ของเดือน

ส่ง รพ. ทุกวันที่ 22 ของเดือน

ตอบข้อซักถาม
งานหลักประกัน
สุขภาพ

รับข้อซักถาม
ลงทะเบียน
สรุปข้อมูล

ม 41
ผู้รับบริการได้รับความเสียหาย

ม 18(4)
ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย

โทร งานประกัน รพ.
045-252768-15
ลงพื้นที่รวบรวมข้อมูล

ส่ง สสจ ภายใน 7 วัน

การดำเนินการ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ผู้ดำเนินการแก้ไขปัญหา.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

- ทราบ

พ.อ.
(.....)

ตำแหน่ง

สรุปประเด็น

เรื่องร้องเรียนยุดีวันที่เวลา

รวมจำนวนวันที่แก้ปัญหา วัน

การยุติ

1. แจ้งให้ผู้ร้องเรียน / ร้องทุกข์ทราบโดย

โทรศัพท์ บุคคล จดหมาย E mail อื่นๆ.....

2. การยอมรับของผู้ร้องเรียน / ร้องทุกข์

พอใจ / ยอมรับได้

ไม่พึงพอใจ / ยอมรับไม่ได้

ผู้สรุป.....
(.....)

เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับข้อร้องเรียน

แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น(ม.๔๑)

ชื่อหน่วยรับคำร้อง

วันที่ยื่นคำร้อง

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๒ สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี ไม่มี

๑.๓ ชื่อ - สกุล.....

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

อาชีพ เกษตรกร ข้าราชการ ทำงานอิสระ พนักงานรัฐวิสาหกิจ

พนักงานเอกชน รับจ้าง ไม่ได้ทำงาน อื่นๆ.....

ระดับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปวช.

ปวส. ปริญญาตรี อื่นๆ.....

รายได้ต่อเดือน..... บาท

ระบุภาระที่ผู้รับผิดชอบจะต้องรับผิดชอบเศรษฐกิจ.....

๑.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๒.๒ ชื่อ - สกุล

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

อาชีพ เกษตรกร ข้าราชการ ทำงานอิสระ พนักงานรัฐวิสาหกิจ

พนักงานเอกชน รับจ้าง ไม่ได้ทำงาน อื่นๆ.....

ระดับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปวช.

ปวส. ปริญญาตรี อื่นๆ.....

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ คู่สมรส เจ้าหน้าที่ รพ. ญาติ ตนเอง

บิดา/มารดา บุตร เพื่อน อื่นๆ.....

๓.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๓. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล

๓.๑ เข้ารับบริการ ๑ แห่ง เข้ารับบริการมากกว่า ๑ แห่ง

๓.๒ วันที่เข้ารับบริการ.....

๓.๓ จังหวัดสถานพยาบาลที่เข้ารับบริการ.....

๓.๔ สถานพยาบาลที่เข้ารับบริการ.....

๓.๕ สถานที่ตั้ง.....

.....

๓.๖ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

๓.๗ เหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล.....

๓.๘ ความเสียหายที่เกิดขึ้น ได้แก่.....

(บอกเล่าหรือบรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับ และระบุความต้องการ)

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้รับบริการ)

๔.๑ สำเนาบัตรประชาชน

๔.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน

๔.๓ เอกสารทางการแพทย์หรือรายละเอียดข้อมูลอื่นๆ(ถ้ามี).....

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

๕. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามีการมอบอำนาจ)

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....(ระบุชื่อผู้รับบริการหรือทายาท)

ซึ่งเป็น ผู้รับบริการ ทายาท ผู้อุปการะ ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของ
.....(ระบุชื่อหน่วยบริการ)

ขอมอบอำนาจให้(ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ)

เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้ เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

