

คู่มือการดำเนินการ

แก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์(มาตรา 41)

กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์

และสารสนเทศทางการแพทย์

โรงพยาบาลสละบาย้อย จังหวัดสงขลา

คำนำ

ด้วยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้หน่วยงานในสังกัดดำเนินการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน ซึ่งกำหนดให้หน่วยงานมีการกำหนด มาตรการ กลไก หรือการวางระบบในการตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตามคู่มือ หรือมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้บริการประชาชน กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ มีความมุ่งหมายให้การดำเนินการ ประสานสิทธิประโยชน์ตามสิทธิของประชาชน จึงได้จัดทำคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ขึ้นมา เพื่อใช้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในสังกัดในกรณีที่ประชาชนไม่ได้รับความคุ้มครองตามสิทธิ ของตนเอง ผู้จัดทำกลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสะบาย้อย จังหวัดสงขลา

ความคุ้มครองตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ

กลุ่มที่ได้รับความคุ้มครองสิทธิหลักประกันสุขภาพ

1. การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการควบคุมโรค

1. การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
2. การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการและภาวะโภชนาการ รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ

3. การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง

4. การวางแผนครอบครัว (ยาคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ห่วงอนามัย ยาฝังคุมกำเนิด และการทำหมันถาวร)

5. ยาต้านไวรัสเอดส์

6. การเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

7. การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว

8. การให้คำปรึกษา (counseling) และสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

9. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ รวมทั้งการเคลือบหลุมร่องฟัน

2. บริการด้านการตรวจวินิจฉัย

1. การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา ทั้งนี้รวมถึงการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการ

2. การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีที่บุตรมีชีวิตอยู่ (กรณีบุตรคลอดแล้วรอดออกมามีชีวิต) โดยนับตั้งแต่ใช้สิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพ

3. ค่าอาหาร และค่าห้องสามัญ

4. การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟัน น้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

5. ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ

6. การจัดส่งต่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ

กลุ่มที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง

1. กลุ่มบริการที่เกินความจำเป็นพื้นฐาน

1. การรักษาภาวะมีบุตรยาก

2. การผสมเทียม

3. การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

4. การตรวจวินิจฉัย และรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็น และไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

5. การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

2. กลุ่มบริการที่มีงบประมาณจัดสรรเป็นการเฉพาะ

1. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

2. อุบัติเหตุการประสพภัยจากรถและอยู่ในความคุ้มครองตาม กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถเฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตาม กฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย

3. กลุ่มบริการอื่นๆ

1. โรคเดียวกัน ที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล ประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วัน ยกเว้นกรณีมีความจำเป็น ต้องรักษาต่อเนื่อง จากการแทรกซ้อน หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือ เบื้องต้น (มาตรา 41)

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

เงินช่วยเหลือเบื้องต้น หมายถึง เงินที่จ่ายให้ผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับค่าเสียหายจากการรักษา พยาบาลในหน่วยบริการ 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 โดยให้ทายาทคนใดคนหนึ่งยื่นได้โดยไม่จำเป็นต้องยื่นตามลำดับชั้น

ระยะเวลายื่นคำร้อง

1 ปี นับจากทราบความเสียหาย

สถานที่ยื่นคำร้อง

อำเภอ ----> ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลสาขาย่อย

จังหวัด ----> สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด (สสจ.) ที่เกิดเหตุ

สาระสำคัญของคำร้อง

การยื่นคำร้องจะเขียนตามแบบฟอร์มที่กำหนด หรือเขียนเป็นหนังสือก็ได้แต่ข้อความในหนังสือควรมี

- ชื่อ – สกุล ของผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย
- ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข
- ชื่อของหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุข
- วันที่มีความเสียหายเกิดขึ้น หรือวันที่ทราบความเสียหาย
- สถานที่ที่ติดต่อผู้รับบริการหรือผู้ยื่นคำร้องได้โดยรวดเร็ว
- สถานภาพของผู้รับบริการ เช่น อาชีพ รายได้หรือเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นต้น

เอกสารหลักฐานในการยื่นคำร้อง

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- หนังสือมอบอำนาจ (กรณีที่มีการมอบอำนาจ)
- เอกสารหรือหลักฐานแสดงรายละเอียดข้อมูลอื่นที่อาจใช้เป็นประโยชน์ประกอบการพิจารณา (ถ้ามี)

เกณฑ์การพิจารณา

ผู้มีอำนาจพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ได้แก่ คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นซึ่งมีอยู่ ในทุกจังหวัด

คณะกรรมการดังกล่าวจะทำหน้าที่พิจารณาว่าความเสียหายที่เกิดขึ้น แก่ผู้รับบริการควรได้รับเงินช่วยเหลือตามข้อบังคับหรือไม่เพียงใด หากควรได้รับเงินช่วยเหลือก็จะพิจารณาโดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหาย และเศรษฐกิจของผู้เสียหายด้วย โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. พิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดในข้อบังคับ คือ

- ผู้รับบริการต้องเป็นผู้มีสิทธิตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และเป็นผู้ได้รับความเสียหาย

- ความเสียหายที่เกิดขึ้นต้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข

- ต้องเป็นการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

- ความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข ต้องไม่เกิดจาก

- การดำเนินไปตามพยาธิสภาพโรค

- เหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้น และได้มีการวินิจฉัยและรักษาตามมาตรฐานทั่วไป

- ต้องยื่นคำร้องภายใน 1 ปีนับจากทราบความเสียหาย

- ไม่ต้องรอพิสูจน์ถูกผิด หรือผลพิสูจน์ทางการแพทย์

2. พิจารณาถึงประเภทของความเสียหาย

3. พิจารณาถึงความรุนแรงและเศรษฐกิจของผู้เสียหาย

เกณฑ์การพิจารณาเงินช่วยเหลือ

เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 240,000 – 400,000 บาท

พิการหรือสูญเสียอวัยวะ จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 100,000 – 240,000 บาท

บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 100,000 บาท

การแจ้งผลการพิจารณา

เลขานุการของคณะกรรมการจะมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณา ให้ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายหรือทายาททราบพร้อมแจ้งสิทธิในการยื่น อุทธรณ์ภายใน 30 วัน หลังได้รับหนังสือแจ้งผลทางไปรษณีย์ตอบรับ

หากผู้รับบริการหรือทายาทที่ยื่นคำร้อง ไม่เห็นด้วยกับค วินิจฉัยของคณะกรรมการ สามารถยื่นอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วัน หลังได้รับแจ้ง โดยวิธีการและสถานที่ยื่นคำร้อง เหมือนกับการยื่นคำร้องครั้งแรกโดยสำนักงานสาขานำคำร้องอุทธรณ์และผลการวินิจฉัยครั้งแรกส่งมาที่ สปสช.เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณา วินิจฉัยอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณา

สาระสำคัญของการอุทธรณ์

- ชื่อผู้อุทธรณ์
- วันที่ทราบผลการวินิจฉัย
- เหตุผลที่ไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัย
- สถานที่ที่สามารถติดต่อผู้ยื่นอุทธรณ์ได้โดยเร็ว

หมายเหตุ : ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์เป็นที่สิ้นสุด ผู้รับบริการหรือทายาทจะอุทธรณ์อีกไม่ได้

ขั้นตอนการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์

กรณียื่นเรื่องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (มาตรา 41)

ระยะเวลา

