



ประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

เรื่อง การคัดเลือกคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ระดับจังหวัด

\*\*\*\*\*

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ได้รับแจ้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๓ นครสวรรค์ ตามหนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช ๙.๓๒/ว๕๒๓๐ ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ว่าคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ระดับจังหวัด ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ.๒๕๕๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ได้พ้นจากตำแหน่งเนื่องจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่แต่งตั้งได้พ้นจากตำแหน่ง ทั้งนี้ตามข้อ ๙/๑(๓) แห่งข้อบังคับฯ ในการประชุมครั้งที่ ๙/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๗ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้มีมติเห็นชอบให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่ ประสานแจ้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการพิจารณาเสนอรายชื่อบุคคลที่เหมาะสม จำนวน ๕ - ๗ คน ซึ่งประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิไม่น้อยกว่า ๓ คน ตัวแทนหน่วยบริการและตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ จำนวนประเภทละ ๒ คน

๑. ตำแหน่งผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึงผู้อาวุโสซึ่งมีความรู้ ความสามารถซึ่งเป็นที่ยอมรับนับถือที่ อยู่ภายในจังหวัด

๒. ตำแหน่งตัวแทนหน่วยบริการ หมายถึงผู้แทนหน่วยบริการในจังหวัดที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓. ตำแหน่งตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ หมายถึง ผู้แทนองค์กรเอกชนภายในจังหวัดและอย่างน้อย ๑ คนมาจากศูนย์คุ้มครองสิทธิบัตรทอง โดยไม่จำกัดเฉพาะผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ขอเชิญผู้สนใจติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่ กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๕๖๙๙ ๐๓๕๔ ต่อ ๒๐๕ (ในเวลาราชการ)ตั้งแต่วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๗

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗

๓๓ ๘

(นายวิเศษ อภิลิทธิวิทยา)  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ใบสมัคร

คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จังหวัด.....

\*\*\*\*\*

- ในสัดส่วน  ผู้ทรงคุณวุฒิ  
 ผู้แทนหน่วยบริการ  
 ผู้แทนประชาชนผู้ใช้บริการ

๑. ข้อมูลส่วนตัว

๑.๑ คำนำหน้าชื่อ ( ) นาย ( ) นาง ( ) นางสาว ( ) ยศ/อื่น ๆ ระบุ.....

ชื่อ ..... นามสกุล..... อายุ..... ปี

อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ .....

๑.๒ อาชีพในปัจจุบัน..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน ..... โทรศัพท์ .....

ที่อยู่ ..... หมู่ ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

๒. ประวัติการศึกษา

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

๓. ความรู้ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์การทำงาน

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

ลงชื่อ .....

(.....)