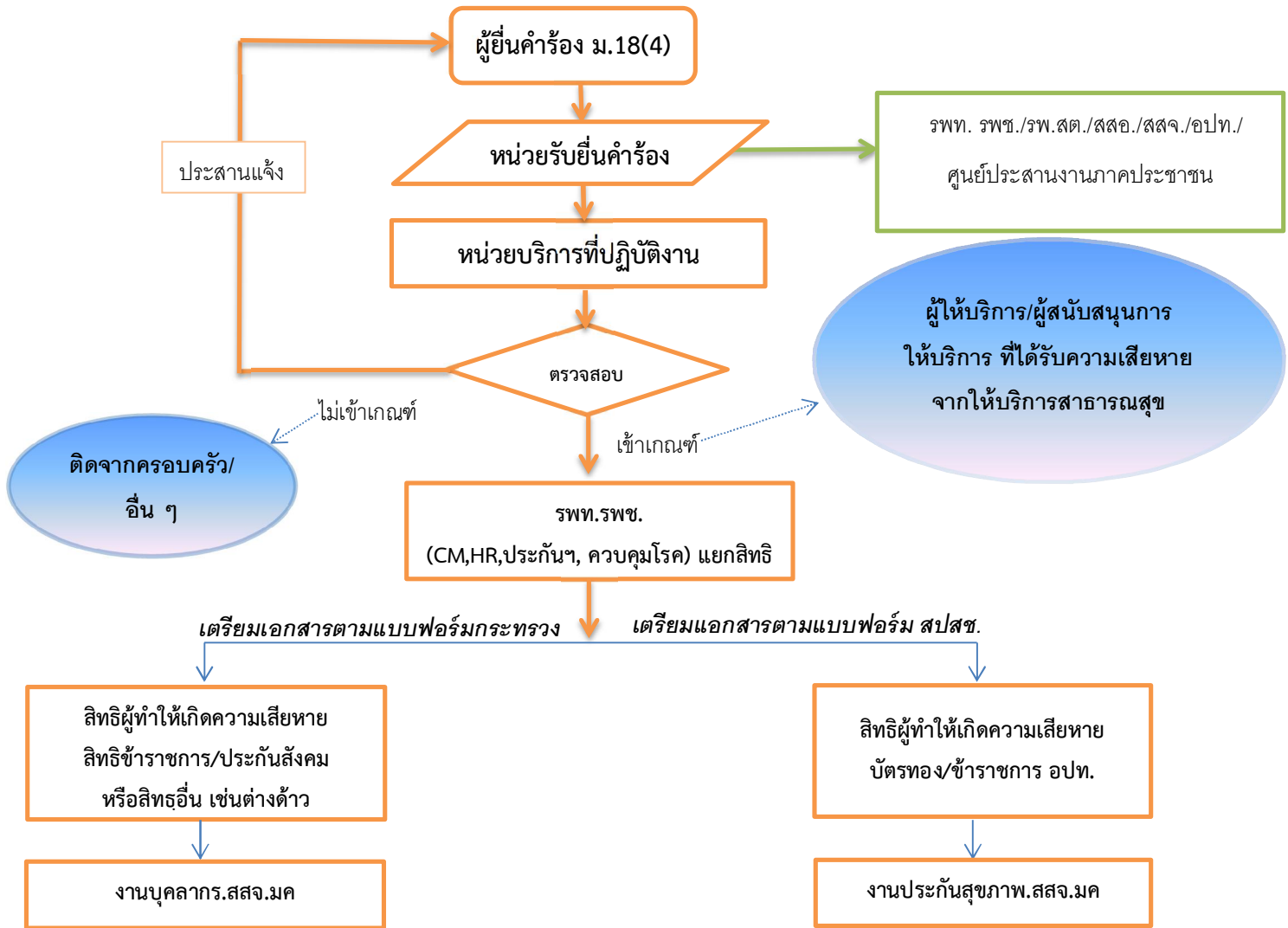


คู่มือการรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

กรณีผู้ให้บริการ ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ ม.18(4)

จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2567

วันที่ 19 ธันวาคม 2567



ขั้นตอนการเตรียมเอกสารประกอบการยื่นขอรับ ม.18(4) กรณีเจ้าหน้าที่ติดโควิด 19

ทีม Sat

แจ้ง IC CUP

แจ้งคณะกรรมการจัดการความเสี่ยง

ข้อ 8 ตารางเวร, คำสั่งปฏิบัติงาน

HR

ข้อ 5.1 เวชระเบียน

PCT

ข้อ 6 ใบรับรองแพทย์

RM

ข้อ 9 รายชื่อผู้ป่วย

เวชระเบียน

ข้อ 5.2 รายงานการสอบสวน
โรค/สรูปเคส

คร./ICN

ผู้ยื่นคำร้อง(ภายใน 3
วันหลังสิ้นสุดรักษา)

กลุ่มงานประกันสุขภาพ

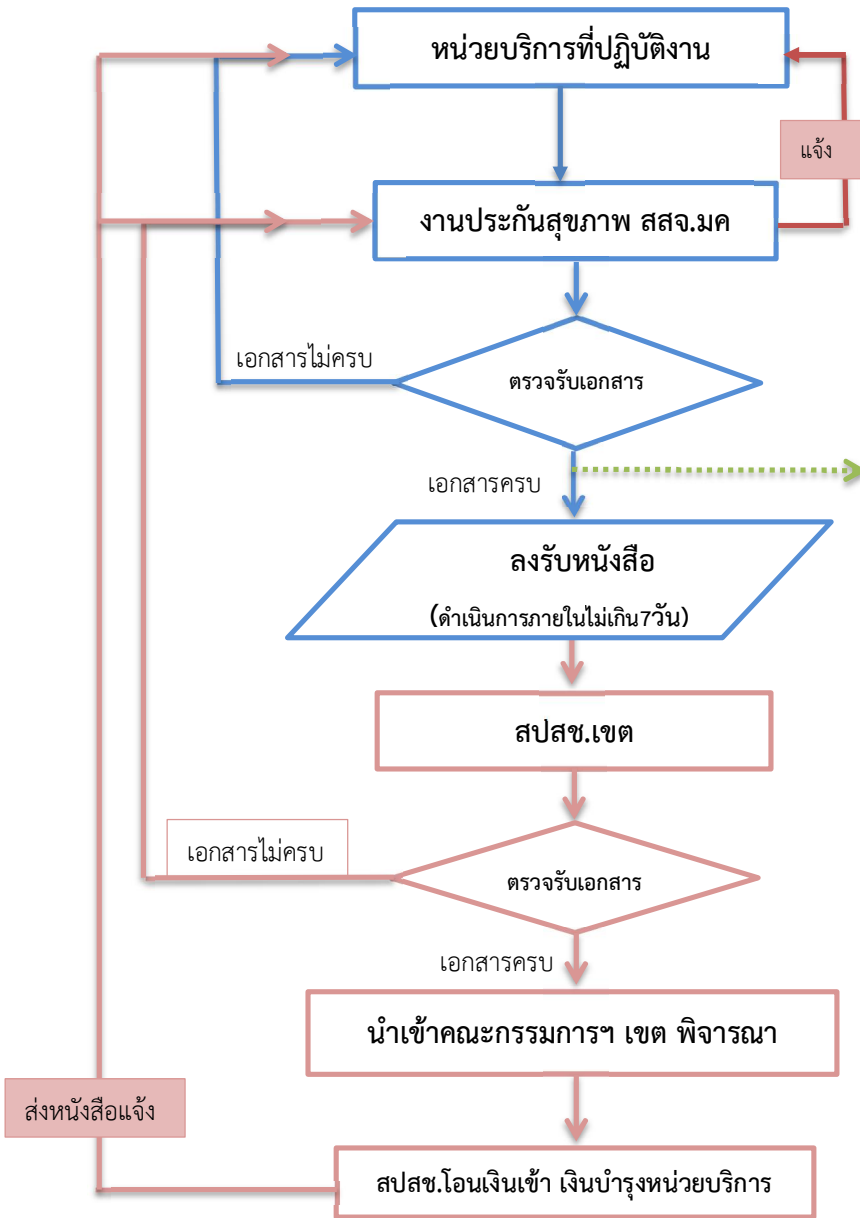
1. ตรวจสอบความครบถ้วนเอกสาร 2-9
2. จัดทำหนังสือ นำส่ง สสจ.มค (ภายใน 1 สัปดาห์ หลังผู้ป่วยยื่นคำร้อง)

สสจ.ดำเนินการ ภายใน 3 วัน หลังรับเอกสารครบ

ส่ง สปสช.เขต
ดำเนินการ

****เอกสารที่ต้องแนบ**

1. หนังสือนำส่ง
2. แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือ ม.18 (4)
3. สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน /สำเนาสูติบัตร/สำเนาใบมรณะบัตร
4. ใบตรวจสอบสิทธิ และหลักฐานการเปลี่ยนแปลงสิทธิและหลักฐานการรับวัคซีน
- 5.1 เวชระเบียน(การรักษาที่เกี่ยวข้อง)
- 5.2 รายงานการสอบสวนโรค/สรูปเคส
6. ใบรับรองแพทย์
7. สำเนาหน้าสมุดบัญชีของผู้ยื่น
8. เอกสารหลักฐานอื่น (ตารางเวร, คำสั่งปฏิบัติงาน)
9. รายชื่อผู้รับบริการ



- 1.หนังสือนำส่ง (กรณีส่งหลายคน ให้ใช้ใบนำส่งฉบับเดียว)
- 2.บันทึกรายงานบุคลากรติดโควิด (ถ้ามี บันทึกข้อความภายใน)
- 3.แบบคำร้องขอเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ม.18(4)
- 4.เอกสารผู้ได้รับความเสียหาย แบ่งเป็น 3 กรณี
 - 4.1 ข้าราชการ (สำเนาบัตรข้าราชการ/บัตรประชาชน+ใบรับรองบุคคล)
 - 4.2 ลูกจ้าง (สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่+สัญญาจ้าง)
 - 4.3 อสม. (สำเนาบัตร อสม.+คำสั่งปฏิบัติงาน)
- 5.ใบตรวจสอบสิทธิ
- 6.เอกสารรับรองการฉีดวัคซีน (กรณีติดเชื้อโควิด)
- 7.ใบรายงานตรวจสุขภาพประจำปี, ผล X-ray ประจำปี (กรณีเชื้อลงปอด)
- 8.ผล X-ray ขณะรักษาและหลังรักษาโควิด (ถ้ามี)
- 9.ผล Lab และใบรับรองแพทย์
- 10.เวชระเบียนขณะรักษาโควิด
- 11.แบบสอบสวนโรค (แบบฟอร์มมาตรฐานควบคุมโรค)
- 12.Time line ก่อนติดเชื้อ 14 วัน
- 13.คำสั่งปฏิบัติงาน/ตารางปฏิบัติงาน/ใบลงเวลา
- 14.แนวทางการจัดการเพื่อป้องกันการติดเชื้อ(ถ้ามี)
- 15.ใบตรวจสอบสิทธิ ผู้ทำให้เกิดความเสียหาย
- 16.Summary ผู้ทำให้เกิดความเสียหาย
- 17.ผล Lab ผู้ทำให้เกิดความเสียหาย

- ภารกิจ สสจ.**
- 1.ตรวจสอบหลักฐานการยื่นขอรับ ม.18(4)
 - 2.จัดทำหนังสือนำส่ง สปสช.เขต 7 ขอนแก่น
 - 3.แจ้งผลการพิจารณา (ผู้ยื่นคำร้องและหน่วยบริการ)
 - 4.รับเรื่องอุทธรณ์ผลการพิจารณา ม.18(4)
 - 5.จัดทำหนังสือนำส่งการอุทธรณ์ ส่ง สปสช.เขต 7 ขอนแก่น
 - 6.แจ้งผลการพิจารณาอุทธรณ์ (ผู้ยื่นคำร้องและหน่วยบริการ)
 - 7.สำรวจความพึงพอใจผู้ยื่นฯ
 - 8.สรุปข้อมูลเข้าประชุม EOC
 - 9.สรุปรายงานผลการดำเนินงานประจำปี



สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

รายการเอกสารประกอบการยื่นขอรับ ม.18 (4)

กรณีเจ้าหน้าที่ติดเชื้อโควิด 19

ชื่อ-สกุล ผู้ยื่นคำร้อง.....สิทธิการรักษา.....

- 1.หนังสือนำส่ง (กรณีส่งพร้อมกันหลายคน ให้ใช้ใบนำส่งฉบับเดียวกัน)
- 2.บันทึกรายงานบุคลากรติดเชื้อโควิด (ถ้ามี บันทึกข้อความภายใน รพ.)
- 3.แบบคำร้องขอเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ม.18(4)

4.เอกสารผู้ได้รับความเสียหาย แบ่งเป็น 3 กรณี

- กรณีข้าราชการ สำเนาบัตรราชการ/สำเนาบัตรประชาชน+ใบรับรองบุคคล
 - กรณีลูกจ้าง สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่+สัญญาจ้าง
 - กรณี อสม. สำเนาบัตร อสม.+คำสั่งปฏิบัติงาน
- 5.ใบตรวจสอบสิทธิ
 - 6.เอกสารรับรองการฉีดวัคซีน (กรณีติดเชื้อโควิด)
 - 7.ใบรายงานตรวจสุขภาพประจำปี,ผล X-ray ประจำปี (กรณีเชื้อลงปอด)
 - 8.ผล X-ray ขณะรักษาและหลังรักษาโควิด (ถ้ามี)
 - 9.ผล Lab และใบรับรองแพทย์
 - 10.เวชระเบียน (ขณะเข้ารับการรักษาโควิด)
 - 11.แบบสอบสวนโรค (แบบฟอร์มมาตรฐานควบคุมโรค)
 - 12.Time line ก่อนติดเชื้อ 14 วัน
 - 13. คำสั่งปฏิบัติงาน/ตารางปฏิบัติงาน/ใบลงเวลา
 - 14.แนวทางการจัดการเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (ถ้ามี)
 - 15.ใบตรวจสิทธิ ผู้ทำให้เกิดความเสียหาย
 - 16. Summary ผู้ทำให้เกิดความเสียหาย
 - 17. ผล Lab ผู้ทำให้เกิดความเสียหาย
 - 18.เอกสารหลักฐานอื่น ๆ

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์



แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้ให้บริการ กรณีได้รับความเสียหาย
จากการให้บริการสาธารณสุข

ชื่อหน่วยรับคำร้อง

วันที่ยื่นคำร้อง

๑. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง

๑.๑ ชื่อ - สกุล อายุ ปี

๑.๒ เลขประจำตัวประชาชน

๑.๓ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก

.....

๑.๔ หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

๑.๕ ที่อยู่ของไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail Address)

๑.๖ ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการยื่นคำร้องเอง

ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ (ระบุ)

๒. รายละเอียดของผู้ให้บริการ ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับ

ข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ ชื่อ - สกุล อายุ ปี

๒.๒ เลขประจำตัวประชาชน

๒.๓ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก

.....

๒.๔ หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

๒.๕ ที่อยู่ของไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail Address)



แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้ให้บริการ กรณีได้รับความเสียหาย
จากการให้บริการสาธารณสุข

๓. หน้าที่รับผิดชอบของผู้ให้บริการ

๓.๑ ตำแหน่ง

๓.๒ แผนก

๓.๓ หน่วยงานสังกัด

๔. รายละเอียดความเสียหายจากการให้บริการ

๔.๑ งานที่ได้รับมอบหมาย

๔.๒ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น

๔.๓ เหตุที่และความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามี
บาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว)

.....

.....

.....

๕. ผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย

๕.๑ รายที่ 1. ชื่อ - สกุล

อายุปี

เลขประจำตัวประชาชน

สิทธิหลักการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ

สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.)

อื่นๆ ระบุ



แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้ให้บริการ กรณีได้รับความเสียหาย
จากการให้บริการสาธารณสุข

การวินิจฉัยโรค

๕.๒ รายที่ 2. ชื่อ - สกุล อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน

สิทธิหลักการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ

- สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพ สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.)
 อื่นๆ ระบุ

การวินิจฉัยโรค

๖. รายการเอกสาร หรือหลักฐานที่ต้องยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

- ๖.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ ที่หน่วยงานต้นสังกัดออกให้
 ๖.๒ สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ และ/หรือใบรับรองแพทย์
 ๖.๓ รูปถ่ายที่สามารถเห็นบาดแผล/ ความเสียหาย หลังเกิดเหตุชัดเจน (ถ้ามี)
 ๖.๔ ใบตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ พร้อมสำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ

(ช่วงที่มารักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)

๖.๕ กรณีผู้ให้บริการได้รับเชื้อวัณโรคจากผู้รับบริการ ต้องยื่นเอกสารที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ดังนี้

- ๖.๕.๑ แบบสรุปคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยของผู้ให้บริการ (กรณีได้รับเชื้อวัณโรคจากผู้รับบริการ)
 ๖.๕.๒ ประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี, การรักษาโรคประจำตัว และ/หรือการรักษาพยาบาลระยะก่อนได้รับความเสียหาย อย่างน้อย ๑ ปี
 ๖.๕.๓ ผลการตรวจวินิจฉัย และการรักษา วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น
 ๖.๕.๔ ประวัติการตรวจรักษา การรักษาอาการข้างเคียง ระหว่างได้รับยาต้านวัณโรค
 ๖.๕.๕ ประวัติการตรวจติดตามผลการรักษา เมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค



แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้ให้บริการ กรณีได้รับความเสียหาย
จากการให้บริการสาธารณสุข

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)



แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้ให้บริการ กรณีได้รับความเสียหาย
จากการให้บริการสาธารณสุข

ชื่อหน่วยรับคำร้อง

วันที่ยื่นคำร้อง

๑. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง

๑.๑ ชื่อ - สกุล อายุ ปี

๑.๒ เลขประจำตัวประชาชน

๑.๓ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก

.....

๑.๔ หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

๑.๕ ที่อยู่ของไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail Address)

๑.๖ ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการยื่นคำร้องเอง

ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ (ระบุ)

๒. รายละเอียดของผู้ให้บริการ ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับ

ข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ ชื่อ - สกุล อายุ ปี

๒.๒ เลขประจำตัวประชาชน

๒.๓ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก

.....

๒.๔ หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

๒.๕ ที่อยู่ของไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail Address)



แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้ให้บริการ กรณีได้รับความเสียหาย
จากการให้บริการสาธารณสุข

๓. หน้าที่รับผิดชอบของผู้ให้บริการ

๓.๑ ตำแหน่ง

๓.๒ แผนก

๓.๓ หน่วยงานสังกัด

๔. รายละเอียดความเสียหายจากการให้บริการ

๔.๑ งานที่ได้รับมอบหมาย

๔.๒ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น

๔.๓ เหตุที่และความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามี
บาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว)

.....

.....

.....

๕. ผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย

๕.๑ รายที่ 1. ชื่อ - สกุล

อายุปี

เลขประจำตัวประชาชน

สิทธิหลักการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ

สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพ สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.)

อื่นๆ ระบุ



แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้ให้บริการ กรณีได้รับความเสียหาย
จากการให้บริการสาธารณสุข

การวินิจฉัยโรค

๕.๒ รายที่ 2. ชื่อ - สกุล อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน

สิทธิหลักการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ

สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพ สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.)

อื่นๆ ระบุ

การวินิจฉัยโรค

๖. รายการเอกสาร หรือหลักฐานที่ต้องยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

๖.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ ที่หน่วยงานต้นสังกัดออกให้

๖.๒ สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ และ/หรือใบรับรองแพทย์

๖.๓ รูปถ่ายที่สามารถเห็นบาดแผล/ ความเสียหาย หลังเกิดเหตุชัดเจน (ถ้ามี)

๖.๔ ใบตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ พร้อมสำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ

(ช่วงที่มารักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)

๖.๕ กรณีผู้ให้บริการได้รับเชื้อวัณโรคจากผู้รับบริการ ต้องยื่นเอกสารที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ดังนี้

๖.๕.๑ แบบสรุปคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยของผู้ให้บริการ (กรณีได้รับเชื้อวัณโรคจากผู้รับบริการ)

๖.๕.๒ ประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี, การรักษาโรคประจำตัว และ/หรือการรักษาพยาบาลระยะก่อนได้รับความเสียหาย อย่างน้อย ๑ ปี

๖.๕.๓ ผลการตรวจวินิจฉัย และการรักษา วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น

๖.๕.๔ ประวัติการตรวจรักษา การรักษาอาการข้างเคียง ระหว่างได้รับยาต้านวัณโรค

๖.๕.๕ ประวัติการตรวจติดตามผลการรักษา เมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค



แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้ให้บริการ กรณีได้รับความเสียหาย
จากการให้บริการสาธารณสุข

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ *ผู้ให้บริการสาธารณสุข* ที่ได้รับ ความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข



หลักเกณฑ์การพิจารณา แนวทางการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

1. ผู้ได้รับความเสียหาย ต้องเป็น **ผู้ให้บริการสาธารณสุข** ของหน่วยบริการตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
2. ความเสียหายเกิดจากการ**ให้บริการสาธารณสุข หรือเกิดจากการช่วยเหลือให้บริการสาธารณสุข** ต้องไม่เกิดจากความจงใจ หรือการกระทำที่ไม่เป็นไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง หรือความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงของตนเอง
4. เป็นการให้บริการสาธารณสุขกับ **ผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบ**หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.)
5. วันที่**ยื่นคำร้องอยู่ในระยะเวลาภายใน 1 ปี** นับจากวันที่ทราบความเสียหาย
6. การแจ้งผลการพิจารณา เลขานุการคณะกรรมการฯ จะมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณา ไปยัง "ผู้ร้อง หน่วยงานต้นสังกัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ของหน่วยงานต้นสังกัด พร้อมแจ้งสิทธิในการ**ยื่นอุทธรณ์ ภายใน 30 วัน** นับจากวันที่ได้รับหนังสือแจ้งผลการพิจารณาทางไปรษณีย์ตอบรับ



แนวทางการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการ(ต่อ)

ผู้ให้บริการสาธารณสุข หมายถึง บุคคลที่ให้บริการสาธารณสุข ดังนี้



1. เป็นผู้ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
2. เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยบริการให้ทำหน้าที่บริการสาธารณสุข แม้จะไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการนั้น เช่น พยาบาล part time
3. เป็นผู้ที่หน่วยบริการมอบหมายให้ทำหน้าที่ช่วยเหลือสนับสนุนการให้บริการสาธารณสุข เช่น เวิร์ปเปิล ได้รับมอบหมายให้ช่วยจับคนไข้ขณะฉีดยา



ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ **ผู้ให้บริการ หรือทายาท** ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส ผู้สืบสันดาน (บุตร) พี่น้องร่วมบิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดา พี่น้องร่วมมารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา โดยให้ทายาทคนใดคนหนึ่งยื่นได้โดยไม่จำเป็นต้องยื่นตามลำดับ

สถานที่ยื่นคำร้อง

- ต่างจังหวัด : สสจ. ที่เกิดเหตุ
- กรุงเทพมหานคร : สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร
- ไปรษณีย์ลงทะเบียน โดยถือเอาวันที่ประทับตราเป็นวันที่ยื่นคำร้อง



การพิจารณาประเภทความเสียหาย และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ประเภทความเสียหาย/ผลกระทบต่อผู้ให้บริการ	อัตราจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (บาท)
(1) กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวรหรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต	จ่ายเงินช่วยเหลือได้ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท
(2) กรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต	จ่ายเงินช่วยเหลือได้ตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท
(3) กรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง	จ่ายเงินช่วยเหลือได้ไม่เกิน 100,000 บาท



(3)-1 กรณีติดเชื้อวัณโรค	พิจารณาตามรอยโรค ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการรักษา อาการข้างเคียง/ผลกระทบจากการรักษา
(3)-2 กรณีเข็มตำหรือสัมผัสสารคัดหลั่ง	พิจารณาจากข้อมูลการติดเชื้อของผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย ภาวะแทรกซ้อน อาการข้างเคียง/ผลกระทบจากการรักษา
(3)-3 กรณีได้รับบาดเจ็บจากการให้บริการ	พิจารณาจากความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระยะเวลาที่รักษา

แนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการติดเชื้อไวรัส COVID-19 เขต 7 ขอนแก่น

ความเสียหาย/ผลกระทบ	อัตราจ่าย (บาท)	ขั้นต่ำ	สูงสุด	NOTIC
(1) กรณีเสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวร	ไม่เกิน 400,000 บาท	240,000	400,000	
(2) เสียอวัยวะ หรือพิการ	ไม่เกิน 240,000 บาท	100,000	240,000	
(3) เจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง	ไม่เกิน 100,000 บาท	-	100,000	
3.1) ติดเชื้อ COVID-19 ไม่มีอาการ				
- กรณี HI/CI	5,000			อัตราเหมาจ่าย
- กรณี นอน รพ./ รพ.สนาม	7,000			อัตราเหมาจ่าย
3.2) ผู้ป่วยมีอาการเล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ เป็นต้น	เพิ่มจาก 3.1 = 2,000 บาท	9,000.00		
3.3) อาการปานกลาง ไม่รุนแรง มีปอดอักเสบ	เพิ่มจาก 3.1 = 10,000 - 15,000	17,000.00	22,000.00	
3.4) อาการรุนแรง ต้องใช้ออกซิเจนแรงดันสูง	เพิ่มจาก 3.1 = 15,000 - 30,000	22,000.00	37,000.00	
3.5) อาการรุนแรงมาก ต้องใส่ ETT	เพิ่มจาก 3.1 = 30,000 - 50,000	37,000.00	57,000.00	
3.6) กรณีต้องนอนพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล เกิน 14 วัน	เพิ่มวันละ 1,000 บาท			เริ่มนับวันที่ 15

เอกสารประกอบการยื่นคำร้อง

กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

1. แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนสำเนาเวชระเบียนผู้ให้บริการ/ ผู้รับบริการ(UC)
3. เอกสารแสดงสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ รายที่ทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ให้บริการ
4. สำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเสียหาย
5. สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเมื่อเกิดความเสียหาย, ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)
6. หนังสือนำส่งจากหน่วยบริการ ยื่นผ่าน สสจ. ----> สปสช.เขต
7. เอกสารหรือหลักฐานอื่น ที่มีประโยชน์ต่อการพิจารณา เช่น
 - 7.1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจเสมหะ ผลเอกซเรย์
 - 7.2 รูปถ่าย บาดแผล รอยขีดข่วน ประกอบการพิจารณากรณีถูกทำร้ายร่างกาย
 - 7.3 ตารางเวร ขึ้นปฏิบัติงาน เอกสารการมอบหมายหน้าที่ขณะเกิดความเสียหาย



เอกสารประกอบการยื่นคำร้อง (ต่อ)

7.4 กรณีติดเชื้อวัณโรคปอด

7.4.1 ข้อมูลสุขภาพ/ CXR ย้อนหลัง 1-3 ปี ก่อนทราบความเสียหาย

7.4.2 ข้อมูลผลการตรวจรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค

7.4.3 ข้อมูลการติดตามผลการรักษา การรักษาอาการข้างเคียง หรือภาวะแทรกซ้อน





รายการเอกสารหลักฐานที่ต้องยื่นมาพร้อมกับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้ให้บริการ
กรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

โปรดตรวจสอบความพร้อมของเอกสารก่อนส่งคำร้อง

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ ที่หน่วยงานต้นสังกัดออกให้
๒. สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ และ/หรือใบรับรองแพทย์
๓. รูปถ่ายที่สามารถเห็นบาดแผล/ ความเสียหาย หลังเกิดเหตุชัดเจน (ถ้ามี)
๔. ใบตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ พร้อมสำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ (ช่วงที่มีรักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)
๕. กรณีผู้ให้บริการได้รับเชื้อไวรัสจากผู้รับบริการ ต้องยื่นเอกสารที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ดังนี้
- ๕.๑ แบบสรุปคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยของผู้ให้บริการ (กรณีได้รับเชื้อไวรัสจากผู้รับบริการ)
- ๕.๒ ประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี, การรักษาโรคประจำตัว และ/หรือการรักษาพยาบาล ระยะก่อนได้รับความเสียหาย อย่างน้อย ๑ ปี
- ๕.๓ ผลการตรวจวินิจฉัย และการรักษา วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น
- ๕.๔ ประวัติการตรวจรักษา การรักษาอาการข้างเคียง ระหว่างได้รับยาด้านไวรัสโรค
- ๕.๕ ประวัติการตรวจติดตามผลการรักษา เมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยยาด้านไวรัสโรค
- ๕.๖ ใบรับรองแพทย์
- ๕.๗ CD บันทึกภาพฟิล์มเอกซเรย์ปอด พร้อมผลการอ่านฟิล์มเอกซเรย์ ๔ ระยะ ได้แก่
๑. ก่อนได้รับความเสียหาย อย่างน้อย ๑ ปี
๒. วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น
๓. ระหว่างตรวจติดตามผลการรักษา ด้วยยาด้านไวรัสโรคตามแผนการรักษาของแพทย์
๔. เมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยยาด้านไวรัสโรคตามแผนการรักษาของแพทย์
๖. เอกสารอื่นๆ (ระบุ)
-

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำร้อง ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ
(.....) (.....)

ระบบรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการบริการ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

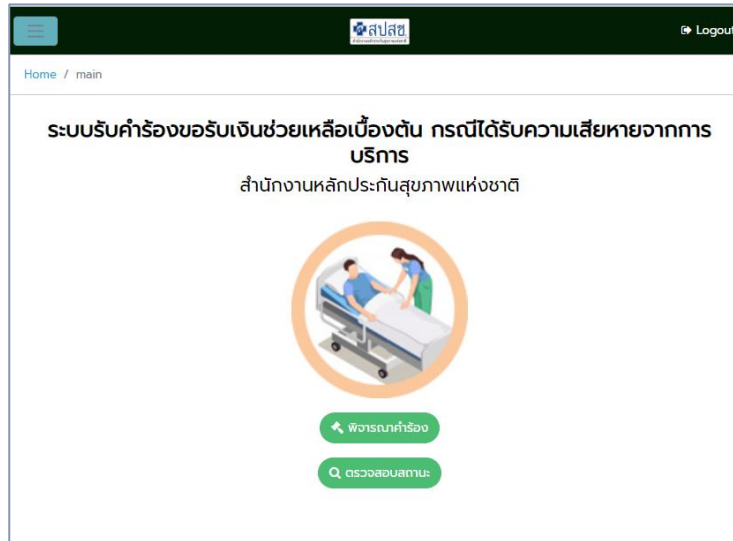
ระบบรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น สปสช.

ความเสียหายจากวัคซีนโควิด19



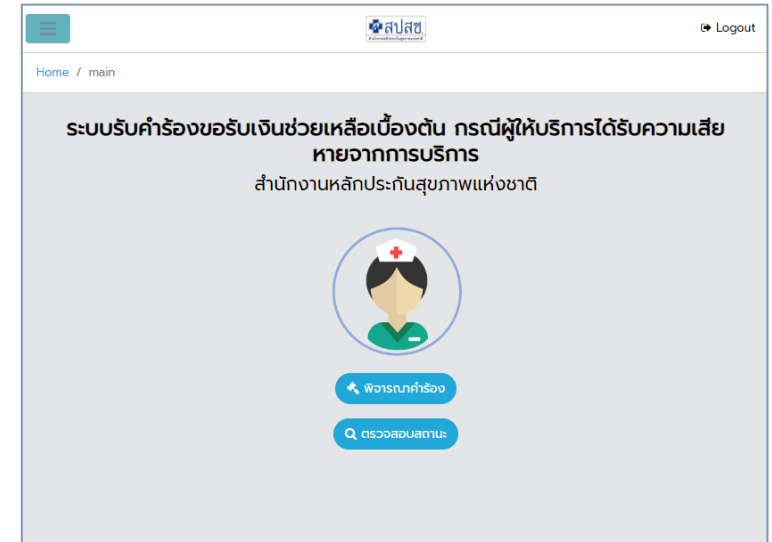
<https://subsidy.nhso.go.th/subsidy>

ผู้รับบริการได้รับความเสียหาย



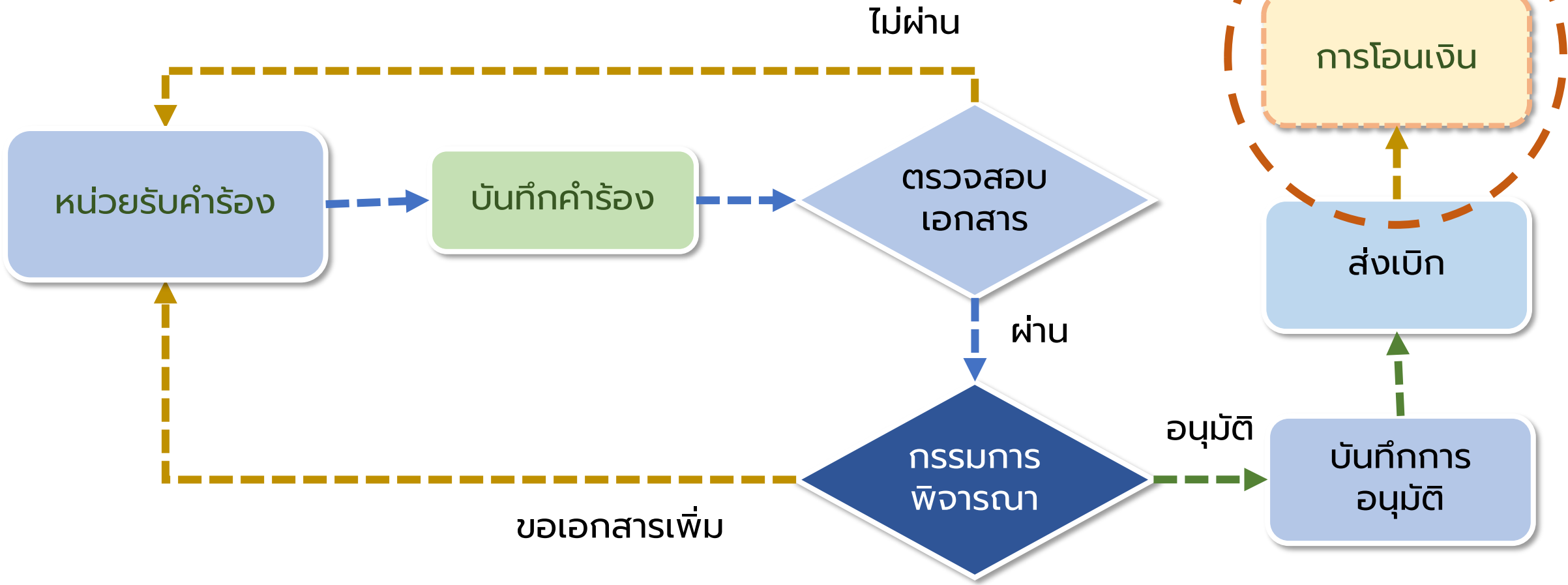
<https://subsidy.nhso.go.th/subsidy41>

ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย



<https://subsidy.nhso.go.th/subsidy18>

ขั้นตอนการทำงาน



ขั้นตอน/บทบาท





ระดับผู้ใช้งาน

หน่วยบริการ

- บันทึกคำร้อง
- ตรวจสอบ สถานะ
- เห็นข้อมูลของหน่วยบริการตนเอง

บทบาท 903

สสจ

- บันทึกคำร้อง
- ตรวจสอบ สถานะ
- เห็นข้อมูลทั้งจังหวัด

บทบาท 898

สปสช.

- บันทึกคำร้อง
- ตรวจสอบเอกสาร
- บันทึกการพิจารณา
- บันทึกการส่งเบิก

บทบาท 900

Data center

กรรมการพิจารณา

พิจารณาลงความเห็น

ออกให้ในโปรแกรม


* กรณีมี user ใช้งานระบบ ม.41 หรือ ความเสียหายวัคซีน สามารถเข้าใช้งานได้เลย

ระบบรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ




ยื่นคำร้อง

User Setting

 **Login**

- ☛ สำหรับหน่วยบริการยื่นคำร้อง
- ☛ สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- ☛ สำหรับกรรมการพิจารณา
- ☛ สำหรับ สปส.เขต และส่วนกลาง



- ☛ สำหรับหน่วยบริการยื่นคำร้อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สปส.เขต ใช้ User ในระบบ Datacenter
- ☛ สำหรับกรรมการพิจารณา สปส.เขต เพิ่มข้อมูลกรรมการในโปรแกรม
- ☛ สำหรับ สปส.ส่วนกลาง ใช้ระบบ Single Sign-on

รหัสบทบาทผู้ใช้งานในระบบ Data Center

898 – ระดับ สสจ.

903 – ระดับหน่วยบริการ

900 – ระดับ สปสช.เขต

ผู้รับผิดชอบ username ของ สปสช.เขต เป็นผู้กำหนดให้

การบันทึกคำร้อง

Home

Dashboard

☆ ยื่นคำร้อง

☆ การตรวจสอบเอกสาร

☆ การพิจารณา


Logout

Home / การส่งคำร้อง

คำแนะนำการยื่นคำร้อง

- ผู้มีสิทธิยื่นคำร้องได้แก่ ผู้รับบริการ หรือ ทายาท ผู้อุปการะ(กรณีไม่มีทายาท) ที่ให้การช่วยเหลือถือกุญแจหรือดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ
- สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่
- ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง **ภายใน 2 ปี** นับตั้งแต่วันที่ทราบความเสียหาย
- หน่วยงานที่แจ้งผลการพิจารณา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่
- เอกสารหลักฐานในการยื่นคำร้อง
 - แบบฟอร์มการยื่นคำร้อง กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน
 - สำเนาบัตรประจำตัว/บัตรประชาชน
 - สำเนาเวชระเบียนของผู้ได้รับความเสียหาย ได้แก่ OPD Card Discharge Summary
 - สำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ
 - ใบรับรองแพทย์ของผู้ได้รับความเสียหาย
 - ใบรายงานการติดเชื้อ/รายงานการเกิดโรค/รายงานอุบัติเหตุจากการทำงาน/รายงานการสอบสวนโรค
 - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / ผล CT Scan / ผล MRI หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
 - ภาพถ่ายแสดงถึงความเสียหาย (ถ้ามี)
- หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถาม

 บันทึกคำร้อง

 พิมพ์แบบคำร้อง

การบันทึกคำร้อง ส่วนที่ 1

✍️ แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการบริการ

◀️ กลับ

หน่วยรับคำร้อง

swr.บ้านดุง



วันรับคำ
ร้อง

07/06/2565



1. ข้อมูลของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย

เลขที่บัตรประชาชน *

1-2312-32132-13-2

ชื่อ - สกุล *

นายทดสอบ สมมติ

อายุ

25

เพศ

ชาย



หน่วยบริการ

11018-sw.หนองหาน จ.อุดรธานี



จังหวัด *

อุดรธานี



ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ

แผนกที่ปฏิบัติงาน

ผู้ป่วยใน

ลักษณะงานที่รับผิดชอบ

ดูแลผู้ป่วยในตาม Order แพทย์

โทรศัพท์ *

1234567890

โทรสาร

042222222

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก *

123

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ *

ต.หมากแข้ง อ.เมืองอุดรธานี



จังหวัด *

อุดรธานี



รหัสไปรษณีย์ *

41000

การบันทึกคำร้อง ส่วนที่ 2,3

2. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ 1 ไม่ต้องกรอก) ผู้เสียหายยื่นเอง ญาติยื่นแทน

ชื่อ - สกุล

เลขที่บัตรประชาชน

ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ

นางสมมติ ยื่นแทน

2-2233-31111-31-3

ภรรยา

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ *

จังหวัด *

รหัสไปรษณีย์ *

123

ต.หนองหาน อ.หนองหาน

อุดรธานี

41130

โทรศัพท์ *

123435355656

3. ข้อมูลความเสียหาย

วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น *

ประเภทผู้ป่วย

จำนวนวัน

เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น พอสั่งเขป *

13/04/2565

IP

5

ต้นเดือน เมย 65 ขึ้นปฏิบัติงานตามคำสั่ง sw เพ็ญ ให้บริการตรวจภายใน ดูแล ให้การพยาบาล ตรวจหน้าท้อง หญิงตั้งครรภ์เตรียมคลอด หลังให้บริการ วันที่ 4 เมย 65 เริ่มมีอาการระคายคอ เจ็บคอ ครั้นเนื้อครั้นตัว วันต่อมาตรวจ RT-PCR ผลบวก

การวินิจฉัยและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

RT-PCR for COVID-19 detected

การรักษาที่ได้รับ

เขาระบบบริการ CI ของโรงพยาบาล







การบันทึกคำร้อง ส่วนที่ 4

เพิ่มชื่อผู้รับบริการ



4. ข้อมูลของผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย

4.1 กรณีที่ระบุผู้รับบริการได้

เลขประชาชน	ชื่อ-สกุล	อายุ	การวินิจฉัยโรค	สิทธิในการบริการ	
2432432432432	นายคนไข้ม ทกทก	56	Covid 19	UC	  
<input type="text" value="2-2222-22222-22-2"/> 	<input type="text" value="นางคน"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="พนักงานส่วนท้องถิ่น"/> 	

4.2 กรณีไม่สามารถระบุผู้รับบริการได้

ผู้บันทึกข้อมูล

ทดสอบ SW.ทดสอบ



 บันทึก

ข้อมูลคำร้อง

✓ บันทึกคำร้องเรียบร้อยแล้ว

เลขที่คำร้อง : 01415

กรุณาจำหมายเลขคำร้องไว้เพื่อการติดต่อประสานงาน

 แบบไฟล์เอกสาร  แบบทนายหลัง

มีข้อสงสัย หรือ มีปัญหาในการแก้ไขรายละเอียดกรุณาติดต่อ

การบันทึกคำร้อง ส่วนที่ 5

5. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ให้และผู้รับบริการ)

5.1 เอกสารใบคำร้องและข้อมูลส่วนตัว (คลิกเลือกเอกสารที่แนบมา)

Choose File No file chosen

เอกสารที่แนบ : [Download](#)

- ใบคำร้อง
- ใบตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการ
- สำเนาบัตรประจำตัว/บัตรประชาชน
- เอกสารอื่นๆ

5.2 เอกสารประกอบการพิจารณา (คลิกเลือกเอกสารที่แนบมา)

- สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ
 - สำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ
 - ใบรับรองแพทย์ของผู้ได้รับความเสียหาย
 - ใบรายงานการติดเชื้อ/รายงานการเกิดโรค/รายงานอุบัติเหตุจากการทำงาน/รายงานการสอบสวนโรค
 - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / ผล CT Scan / ผล MRI หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
 - ภาพถ่ายแสดงถึงความเสียหาย (ถ้ามี)
- Choose File No file chosen
- Choose File No file chosen
- Choose File No file chosen

การแนบไฟล์
ควรเป็นไฟล์ PDF
ขนาดไม่เกิน 20 MB

หน่วยรับโอนเงิน

โรงพยาบาลบางกรวย

รหัส Vendor

10756

ผู้บันทึกข้อมูล

เบอร์ติดต่อ

 บันทึก

การตรวจสอบเอกสารหลักฐาน

- Home
- Dashboard
- ยื่นคำร้อง
- การตรวจสอบเอกสาร**
- การพิจารณา
- Logout

Home / รายการคำร้อง

☰ การตรวจสอบเอกสารคำร้อง

🔍 🗨️ ทั้งหมด 🕒 รอตรวจสอบ ➕ ขอเอกสารเพิ่ม ✅ ผ่านแล้ว 📄 Excel

ประเภท	ตรวจเอกสาร	วันที่ส่งคำร้อง	ชื่อ - สกุล	หน่วยรับคำร้อง	หน่วยบริการของผู้ให้	โทรศัพท์	สถานะ	แก้ไข/ลบ
1	รายใหม่ 01412	25/05/2565		สปสช. เขต 8 อุตรธานี	11025-รพ.เพ็ญ จ.อุตรธานี		🕒 กำลังตรวจสอบ	
2	รายใหม่ 01411	25/05/2565		สปสช. เขต 8 อุตรธานี	11025-รพ.เพ็ญ จ.อุตรธานี		🕒 กำลังตรวจสอบ	
3	รายใหม่ 01410	25/05/2565		สปสช. เขต 8 อุตรธานี	11025-รพ.เพ็ญ จ.อุตรธานี		🕒 กำลังตรวจสอบ	
4	รายใหม่ 01409	25/05/2565		สปสช. เขต 8 อุตรธานี	11025-รพ.เพ็ญ จ.อุตรธานี		🕒 กำลังตรวจสอบ	
5	รายใหม่ 01408	25/05/2565		สปสช. เขต 8 อุตรธานี	11025-รพ.เพ็ญ จ.อุตรธานี		🕒 กำลังตรวจสอบ	
6	รายใหม่ 01407	25/05/2565		สปสช. เขต 8 อุตรธานี	11025-รพ.เพ็ญ จ.อุตรธานี		🕒 กำลังตรวจสอบ	
7	รายใหม่ 01406	25/05/2565		สปสช. เขต 8 อุตรธานี	11025-รพ.เพ็ญ จ.อุตรธานี		🕒 กำลังตรวจสอบ	
8	รายใหม่ 01405	25/05/2565		สปสช. เขต 8 อุตรธานี	11025-รพ.เพ็ญ จ.อุตรธานี		🕒 กำลังตรวจสอบ	

การตรวจสอบเอกสารหลักฐาน

🔍 รายละเอียดการติดตามตรวจสอบเอกสาร

วันที่	ผู้รับผิดชอบ	รายละเอียด	การตรวจสอบ
--------	--------------	------------	------------

🔍 การตรวจสอบ

รายละเอียด

ผลการตรวจสอบเอกสาร

เอกสารผ่าน ขอลเอกสารเพิ่ม อื่นๆ

↩️ บันทึก

เมื่อคลิกเอกสารผ่าน รายการ
จะถูกนำไปรอพิจารณา

การบันทึกผลการพิจารณา

การอนุมัติคำร้อง

ข้อมูลคำร้องเลขที่ : 00888 ชื่อผู้เสียหาย : - - - - -

ประชุมครั้งที่ 2/2565 วาระที่ 3 กลุ่ม

วันที่ 18/05/2565

ลักษณะความเสียหาย

ติดเชื้อไวรัสโคโรนา ติดเชื้อ Covid 19 ถูกผู้ป่วยทำร้าย บาดเจ็บจากการบริการ

ถูกสารคัดหลั่ง อื่น ๆ

ความรุนแรงของอาการ

น้อย

ผลการพิจารณา

รายละเอียดเหตุผล

ผ่านการอนุมัติ ไม่ผ่านการอนุมัติ ขอเอกสารเพิ่ม รอพิจารณา

ประเภท 3 บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง (3,000 - 100,000)

จำนวนเงินอนุมัติ 7000

ยืนยัน ปิด

Dashboard

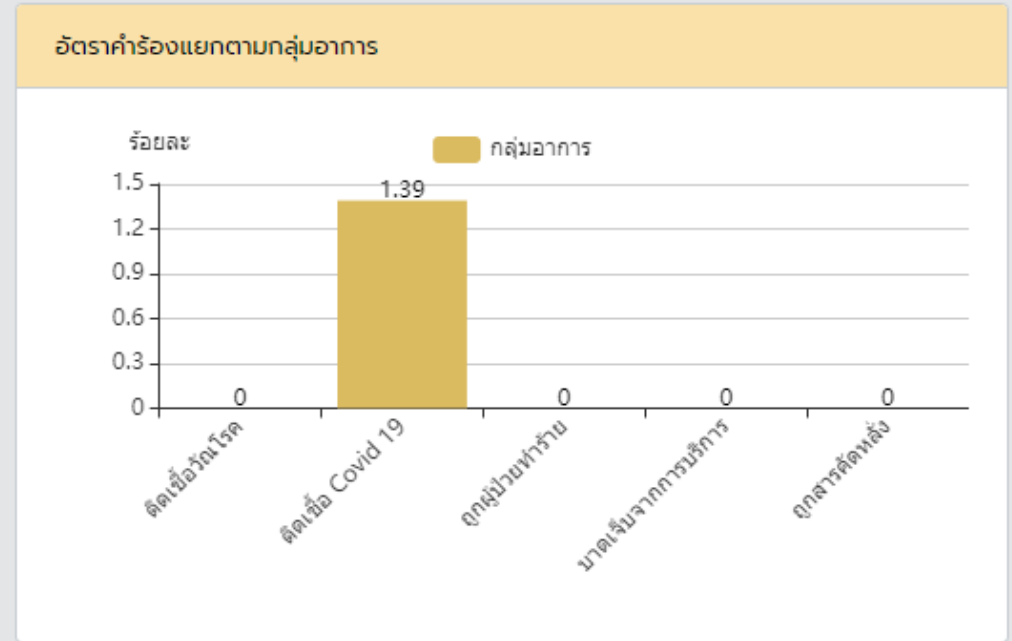
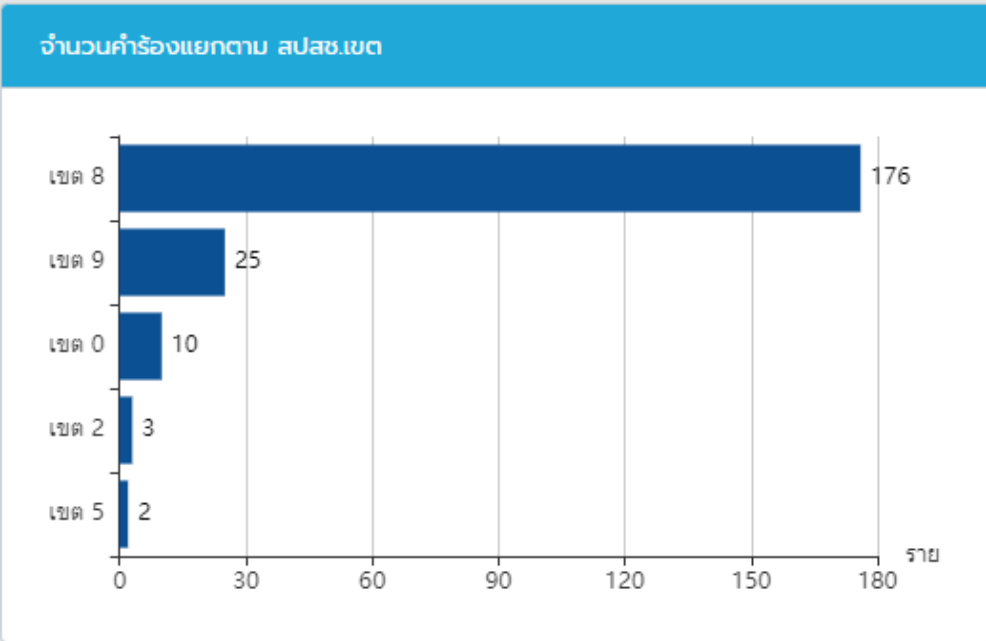


Home

ทดสอบ ทดสอบ Logout

- Home
- Dashboard
- ยื่นคำร้อง
- การตรวจสอบเอกสาร
- การพิจารณา
- Logout

คำร้องทั้งหมด 216	เข้าเกณฑ์ 1.39% 3	ไม่เข้าเกณฑ์ 0.00% 0	รอการพิจารณา 98.61% 213	จำนวนเงินช่วยเหลือทั้งสิ้น 37,000
ชาย 19.44% 42	หญิง 80.56% 174	อายุเฉลี่ย 37.44	อุทธรณ์ 0.00% 0	จำนวนเงินอุทธรณ์ 0



Dashboard



Home

ทดลอง ทดสอบ [Logout](#)

Home

Dashboard

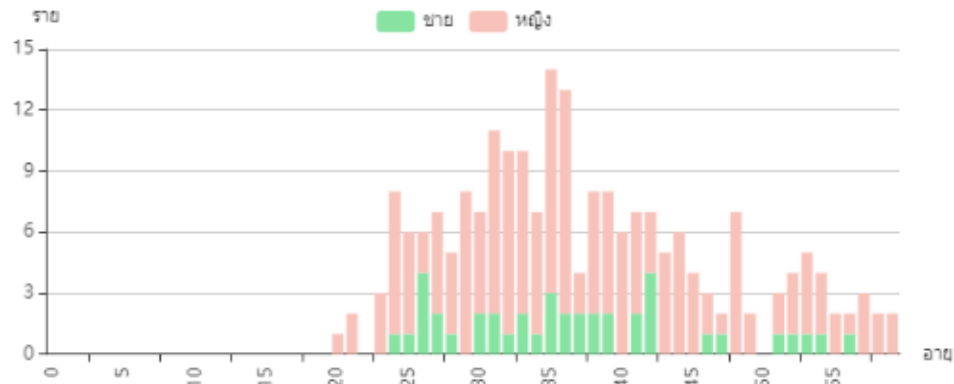
ยื่นคำร้อง

การตรวจสอบเอกสาร

การพิจารณา

Logout

จำนวนคำร้อง แยกตามอายุ

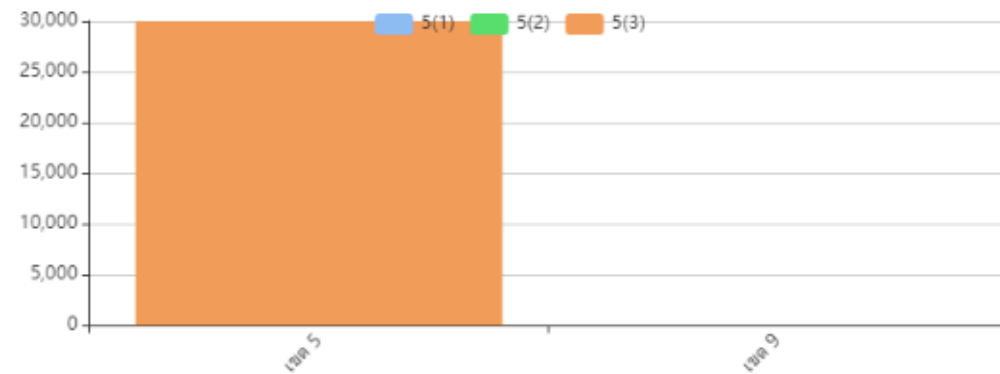


จำนวนวันพิจารณาจากวันที่ยื่นคำร้อง

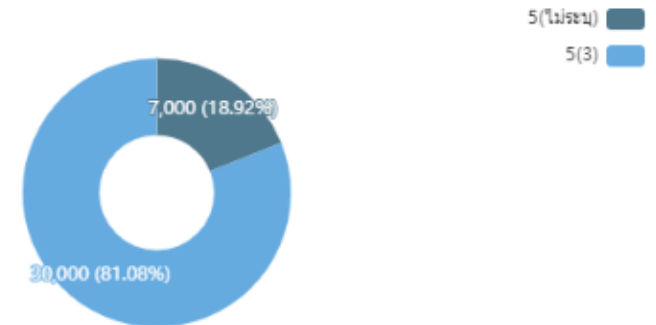


ประเภทการช่วยเหลือแยกตาม สปส.เขต

เงินช่วยเหลือ ราย



สัดส่วนการช่วยเหลือ แยกตามประเภทการจ่าย



Q & A