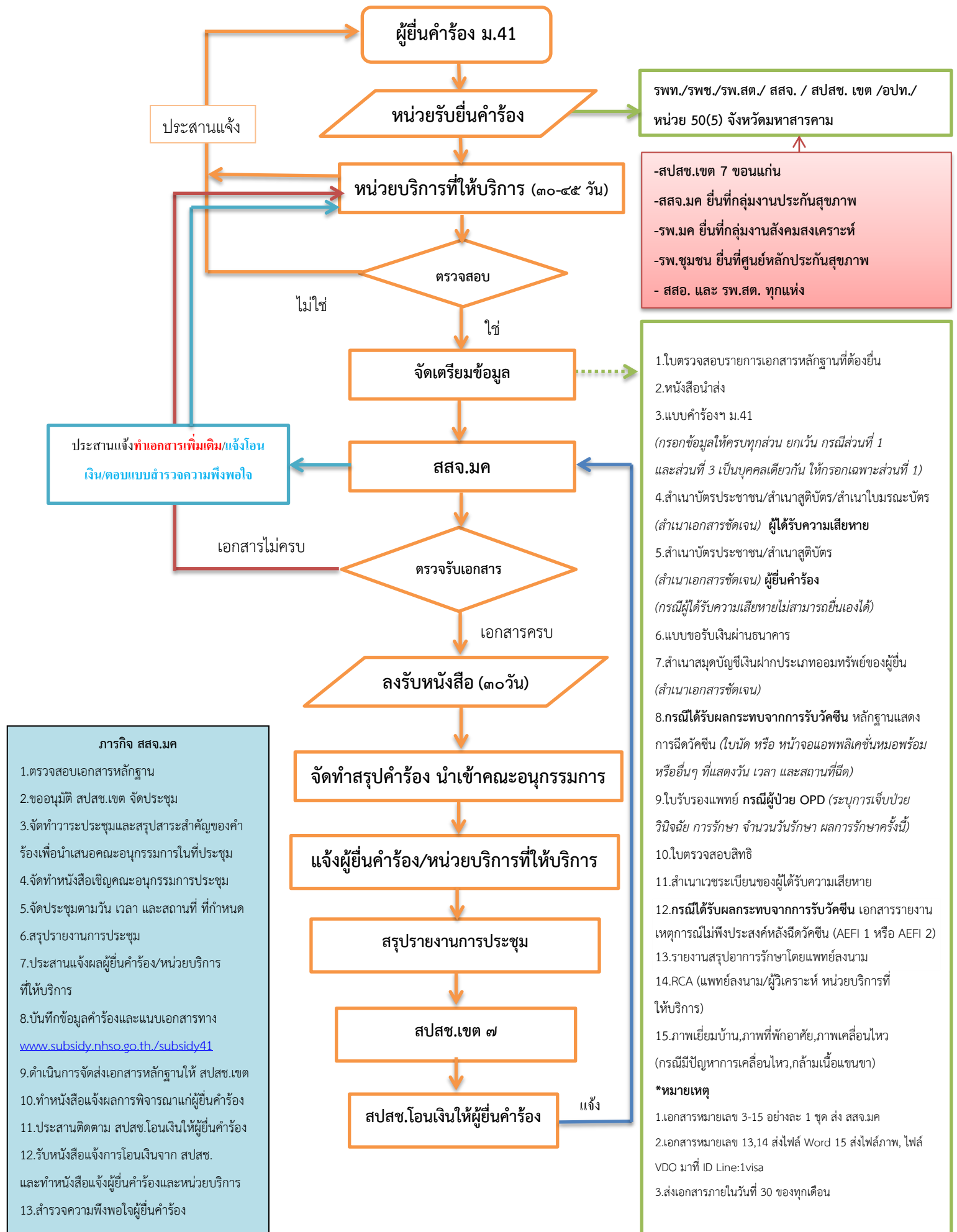


คู่มือการรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

กรณีผู้รับบริการ ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการ ม.41

จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2567

วันที่ 19 ธันวาคม 2567



รพท./รพช./รพ.สต./ สสจ. / สปสข. เขต /อปท./
หน่วย 50(5) จังหวัดมหาสารคาม

-สปสข.เขต 7 ขอนแก่น
-สสจ.มค ยื่นที่กลุ่มงานประกันสุขภาพ
-รพ.มค ยื่นที่กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์
-รพ.ชุมชน ยื่นที่ศูนย์หลักประกันสุขภาพ
- สสอ. และ รพ.สต. ทุกแห่ง

- 1.ใบตรวจสอบรายการเอกสารหลักฐานที่ต้องยื่น
 - 2.หนังสือนำส่ง
 - 3.แบบคำร้องฯ ม.41
(กรอกข้อมูลให้ครบทุกส่วน ยกเว้น กรณีส่วนที่ 1 และส่วนที่ 3 เป็นบุคคลเดียวกัน ให้กรอกเฉพาะส่วนที่ 1)
 - 4.สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาสูติบัตร/สำเนาใบมรณะบัตร (สำเนาเอกสารชัดเจน) ผู้ได้รับความเสียหาย
 - 5.สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาสูติบัตร (สำเนาเอกสารชัดเจน) ผู้ยื่นคำร้อง (กรณีผู้ได้รับความเสียหายไม่สามารถยื่นเองได้)
 - 6.แบบขอรับเงินผ่านธนาคาร
 - 7.สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ของผู้ยื่น (สำเนาเอกสารชัดเจน)
 - 8.กรณีได้รับผลกระทบจากการรับวัคซีน หลักฐานแสดง การฉีดวัคซีน (ใบนัด หรือ หน้าจอแอปพลิเคชันหมอพร้อม หรืออื่นๆ ที่แสดงวัน เวลา และสถานที่ฉีด)
 - 9.ใบรับรองแพทย์ กรณีผู้ป่วย OPD (ระบุการเจ็บป่วย วินิจฉัย การรักษา จำนวนวันรักษา ผลการรักษาครั้งนี้)
 - 10.ใบตรวจสอบสิทธิ
 - 11.สำเนาเวชระเบียนของผู้ได้รับความเสียหาย
 - 12.กรณีได้รับผลกระทบจากการรับวัคซีน เอกสารรายงาน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีน (AEFI 1 หรือ AEFI 2)
 - 13.รายงานสรุปอาการรักษาโดยแพทย์ลงนาม
 - 14.RCA (แพทย์ลงนาม/ผู้วิเคราะห์ หน่วยบริการที่ ให้บริการ)
 - 15.ภาพเยี่ยมบ้าน,ภาพที่พ้ออาศัย,ภาพเคลื่อนไหว (กรณีมีปัญหาการเคลื่อนไหว,กล้ามเนื้อแขนขา)
- *หมายเหตุ**
- 1.เอกสารหมายเลข 3-15 อย่างละ 1 ชุด ส่ง สสจ.มค
 - 2.เอกสารหมายเลข 13,14 ส่งไฟล์ Word 15 ส่งไฟล์ภาพ, ไฟล์ VDO มาที่ ID Line:1visa
 - 3.ส่งเอกสารภายในวันที่ 30 ของทุกเดือน

- ภารกิจ สสจ.มค**
- 1.ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
 - 2.ขออนุมัติ สปสข.เขต จัดประชุม
 - 3.จัดทำวาระประชุมและสรุปสาระสำคัญของคำ ร้องเพื่อนำเสนอคณะกรรมการในที่ประชุม
 - 4.จัดทำหนังสือเชิญคณะกรรมการประชุม
 - 5.จัดประชุมตามวัน เวลา และสถานที่ ที่กำหนด
 - 6.สรุปรายงานการประชุม
 - 7.ประสานแจ้งผลผู้ยื่นคำร้อง/หน่วยบริการ ที่ให้บริการ
 - 8.บันทึกข้อมูลคำร้องและแนบเอกสารทาง www.subsidy.nhso.go.th/subsidy41
 - 9.ดำเนินการจัดส่งเอกสารหลักฐานให้ สปสข.เขต
 - 10.ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาแก่ผู้ยื่นคำร้อง
 - 11.ประสานติดตาม สปสข.โอนเงินให้ผู้ยื่นคำร้อง
 - 12.รับหนังสือแจ้งการโอนเงินจาก สปสข. และทำหนังสือแจ้งผู้ยื่นคำร้องและหน่วยบริการ
 - 13.สำรวจความพึงพอใจผู้ยื่นคำร้อง

ใบตรวจสอบรายการเอกสารหลักฐานที่ต้องยื่นมาพร้อมกับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข (ม.41) ปีงบประมาณ 2567

ชื่อ-สกุล ผู้รับบริการ.....อายุ.....ปี

เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาล..... เมื่อวันที่

ประเภทผู้ป่วย ICU IP ER OP เข้ารับการรักษาจำนวนวัน

ผลกระทบที่ได้รับ.....

อาการ ณ วันที่ยื่น.....

ภาระที่ต้องรับผิดชอบ.....

โปรดตรวจสอบความครบถ้วน และจัดเรียงเอกสารดังนี้ ก่อนส่งคำร้องทุกครั้ง

- 1.ใบตรวจสอบรายการเอกสารหลักฐานที่ต้องยื่น
- 2.หนังสือนำส่ง
- 3.แบบคำร้องขอเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
- 4.สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน/สำเนาสูติบัตร/สำเนาใบมรณะบัตร(สำเนาเอกสารชัดเจน)ผู้ได้รับความเสียหาย
- 5.สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาสูติบัตร (สำเนาเอกสารชัดเจน) ผู้ยื่นคำร้อง
(กรณีผู้ได้รับความเสียหายไม่สามารถยื่นเองได้)
- 6.แบบขอรับเงินผ่านธนาคาร
- 7.สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ของผู้ยื่นคำร้อง
- 8.กรณีได้รับผลกระทบจากการรับวัคซีน หลักฐานแสดงการรับวัคซีน
- 9.ใบรับรองแพทย์
- 10.ใบตรวจสอบสิทธิ (กรณีหมั่นแนบสิทธิ ณ ตอนทำหมั่น) และหลักฐานการเปลี่ยนแปลงสิทธิ
- 11.สำเนาเวชระเบียนของผู้ได้รับความเสียหาย (ทุก รพ.ที่เข้ารับบริการ)
- 12. AEFI กรณีได้รับผลกระทบจากการรับวัคซีน
- 13.รายงานสรุปอาการรักษาโดยแพทย์ลงนาม (รพ.1และ รพ.2) โดยระบุ วัน เวลา ให้ชัดเจน
- 14.วิเคราะห์ Root cause analysis (แพทย์ลงนาม/ผู้วิเคราะห์ หน่วยบริการที่ให้บริการ)
- 15.ภาพเยี่ยมบ้าน สภาพที่อยู่อาศัย,ภาพเคลื่อนไหว(ผู้ป่วยกรณีมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว,กล้ามเนื้อแขนขา)

*หมายเหตุ 1. (1-15 อย่างละ 1 ชุด ส่ง สสจ.)

2. เอกสารหมายเลข 13,14 ส่ง Word หมายเลข 15 ส่งไฟล์ภาพ,ไฟล์ VDO ส่งมาที่ ID Line : 1visa

3. ส่งเอกสารภายในวันที่ 30 ของทุกเดือนเพื่อนำเข้าพิจารณาของเดือนถัดไป

** หากมีข้อสงสัยสอบถามได้ที่ 095-1696893 วรวิสา สุเสนา ผู้รับผิดชอบงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ลงชื่อ.....ผู้รวบรวมเอกสาร
(.....)

ตำแหน่ง.....

เบอร์โทร.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร
(.....)

ตำแหน่งหัวหน้างาน.....

เบอร์โทร.....

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ชื่อหน่วยรับคำร้อง.....

วันที่ยื่นคำร้อง.....

1. รายละเอียดของผู้รับบริการ

1.1 ชื่อ – สกุล.....

1.2 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

1.3 สิทธิการรักษาพยาบาล สิทธิบัตรทอง) สิทธิ อปท. สิทธิ..... ไม่มี

1.4 อาชีพ.....รายได้.....สถานภาพอื่น.....(ระบุให้ทราบถึงภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ (เศรษฐกิจฐานะ)).....

1.5 ที่อยู่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....
.....โทรศัพท์.....

2. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล

2.1 ชื่อหน่วยบริการ.....

2.2 สถานที่ตั้ง.....

2.3 วันที่มีความเสียหายเกิดขึ้นหรือวันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

2.4 เหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล.....

2.5 ความเสียหายที่เกิดขึ้นได้แก่ (บอกเล่าหรือบรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่าง ๆ ที่ได้รับและระบุความต้องการ).....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ 1 ไม่ต้องกรอก)

3.1 ชื่อ – สกุล

3.2 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

3.3 ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

3.4 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....
.....โทรศัพท์.....

A series of 25 horizontal dotted lines for writing.

4. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้รับบริการ)

4.1 สำเนาบัตรประชาชน

4.2 สำเนาทะเบียนบ้าน

4.3 เอกสารทางการแพทย์หรือรายละเอียดข้อมูลอื่น ๆ (ถ้ามี).....

5. กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร โดยได้แนบ

หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อธนาคาร)

เลขที่ บัญชี..... ของ (ระบุชื่อบัญชี).....

ของผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

()

=====

คำแนะนำ

1. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือ ทายาท ผู้อุปการะ(กรณีไม่มีทายาท) ที่ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลหรือดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ
2. สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่
3. ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง ภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย
4. หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
โทรศัพท์ 02 141 4000 เวลาราชการ โทรสาร 02 143 9730-1
หรือติดต่อ สายด่วน สปสช. 1330 เปิดบริการ 24 ชั่วโมง
หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่

5. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามีการมอบอำนาจ)

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....(ระบุชื่อผู้รับบริการหรือทายาท)

ซึ่งเป็นผู้รับบริการหรือทายาทที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของ.....

.....(ชื่อหน่วยบริการ) ขอมอบอำนาจให้.....

เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณี
ได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือ
เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
()

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
()

ลงชื่อ.....พยาน
()

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล/ที่อยู่ภาษาไทย)
อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/
เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
(ชื่อ-นามสกุล/ที่อยู่ภาษาอังกฤษ)
อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
E-mail
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
บัตรประจำตัว.....เลขที่.....
วันที่ออกบัตร.....วันหมดอายุ.....
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร.....โดย.....
ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคลปรากฏตามหนังสือรับรองของสำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท.....
ลงวันที่.....และมีหนังสือมอบอำนาจลงวันที่.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

มีความประสงค์ให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โอนเงิน **ทุกประเภทที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
เข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร เพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา.....
 กรุงเทพฯ สาขา..... กรุงเทพฯ สาขา.....
 ธนาคารอื่นๆ (เฉพาะในเขตกรุงเทพฯ/ปริมณฑล) สาขา.....
ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี

ทั้งนี้ หากมีค่าธรรมเนียมหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดที่ธนาคารเรียกเก็บ ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินดังกล่าวจากเงินที่จะได้รับจากทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และพร้อมที่จะจัดส่งใบเสร็จรับเงินให้ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร

ประทับตรา (ถ้ามี) ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

- หมายเหตุ 1. ผู้ยื่นคำขอต้องเป็นผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัทได้ (ทั้งนี้ไม่รวมถึงผู้รับมอบอำนาจ)
2. แนบหลักฐานสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน และสำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นด้วย
3. กรณีบุคคลธรรมดาให้แนบสำเนาบัตรประชาชน และสำเนาน้ำสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
4. สำเนาน้ำสมุดบัญชีธนาคาร (หน้าที่ชื่อผู้ฝากและเลขบัญชีธนาคาร) (คำแนะนำด้านหลัง)

ขั้นตอนการปฏิบัติในการจ่ายเงินค่าพัสดุ โดยวิธีผ่านธนาคาร

ผู้ประกอบการ (ผู้ขายหรือผู้รับจ้าง)

1. กรอกแบบฟอร์ม “ คำขอรับเงินผ่านธนาคาร ” ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน
2. ธนาคารที่จะขอรับเงิน สำหรับในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ใช้ได้ทุกธนาคาร แต่สำหรับต่างจังหวัดขอให้เปิดบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงเทพ, ธนาคารกรุงไทยหรือธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร เท่านั้น
3. ส่งแบบฟอร์ม “ คำขอรับเงินผ่านทางธนาคาร ” พร้อมใบส่งของใบแจ้งหนี้ ใบกำกับภาษีและใบเสร็จรับเงิน (เอกสารเป็นชุด)
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โอนเงินเข้าบัญชีแล้ว จะมีหนังสือแจ้งให้ผู้ประกอบการทราบ พร้อมทั้งใบรับรองภาษีหัก ณ ที่จ่าย
5. ผู้ประกอบการจัดส่งใบเสร็จรับเงิน (ในกรณีที่ยังไม่ได้ให้ใบเสร็จรับเงิน) ให้ส่ง ภายใน 15 วัน นับจากวันที่นำเงินเข้าธนาคารให้ หากพ้นกำหนด 15 วัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังไม่ได้รับใบเสร็จรับเงิน จะแจ้งให้กรมสรรพากร เพื่อดำเนินการกับผู้ประกอบการต่อไป

แบบยื่นคำร้องอุทธรณ์การขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ชื่อหน่วยรับคำร้อง

วันที่ยื่นคำร้อง

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี ไม่มี

๑.๔ อาชีพ.....รายได้.....

(ระบุให้ทราบถึงภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบเศรษฐกิจ)

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๓.๑ ชื่อ - สกุล

๓.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๓.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๓.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๓. เหตุผลในการยื่นคำร้องอุทธรณ์

๒.๑ วันที่ได้รับแจ้งผลการอุทธรณ์

๒.๒ เหตุผลในการอุทธรณ์

(บรรยายเหตุผลที่ไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาของคณะกรรมการ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้องอุทธรณ์

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาเปลี่ยนชื่อ-สกุล
- สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร
- ใบคำขอโอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้องอุทธรณ์

(.....)

RCA ตาม Timeline นางสาวศศิสุนันท์ บัวใหญ่รักษา

Process	Information	Record
1. Story & Timeline	<p>โรคอะไร เป็นประเด็น</p> <p>ความเสี่ยงอะไร</p> <p>ช่วงเวลาใด หน่วยงานใด</p>	<p>โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</p> <p>ผู้ป่วยเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่ตึกโควิด-19 (Cohort ward) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น</p> <p>วันที่ 11 เม.ย. 2565 ปฏิบัติงานที่ตึกโควิด-19 (Cohort ward) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่เวลา 08.00 - 16.00 น. ซึ่งงานที่ปฏิบัติ ได้แก่ การทำหัตถการกับผู้ป่วยโควิด-19 การเจาะเลือด ฉีดยา วัดสัญญาณชีพ ให้ออกซิเจน ฟันยา เปลี่ยนเสื้อผ้า เปลี่ยนผ้าปูเตียงให้ผู้ป่วย</p> <p>วันที่ 12 เม.ย. 2565 ปฏิบัติงานที่ตึกโควิด-19 (Cohort ward) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่เวลา 00.00 - 08.00 น. และเวลา 16.00 - 00.00 น. ซึ่งงานที่ปฏิบัติ ได้แก่ การทำหัตถการกับผู้ป่วยโควิด-19 การเจาะเลือด ฉีดยา วัดสัญญาณชีพ ให้ออกซิเจน ฟันยา เปลี่ยนเสื้อผ้า เปลี่ยนผ้าปูเตียงให้ผู้ป่วย</p> <p>วันที่ 13 เม.ย. 2565 ปฏิบัติงานที่ตึกโควิด-19 (Cohort ward) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่เวลา 00.00 - 08.00 น. ซึ่งงานที่ปฏิบัติ ได้แก่ การทำหัตถการกับผู้ป่วยโควิด-19 การเจาะเลือด ฉีดยา วัดสัญญาณชีพ ให้ออกซิเจน ฟันยา เปลี่ยนเสื้อผ้า เปลี่ยนผ้าปูเตียงให้ผู้ป่วย</p> <p>วันที่ 14 เม.ย. 2565 ปฏิบัติงานที่ตึกโควิด-19 (Cohort ward) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่เวลา 08.00 - 00.00 น. ซึ่งงานที่ปฏิบัติ ได้แก่ การทำหัตถการกับผู้ป่วยโควิด-19 การเจาะเลือด ฉีดยา วัดสัญญาณชีพ ให้ออกซิเจน ฟันยา เปลี่ยนเสื้อผ้า เปลี่ยนผ้าปูเตียงให้ผู้ป่วย</p> <p>วันที่ 15 เม.ย. 2565 ปฏิบัติงานที่ตึกโควิด-19 (Cohort ward) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่เวลา 08.00 - 00.00 น. ซึ่งงานที่ปฏิบัติ ได้แก่ การทำหัตถการกับผู้ป่วยโควิด-19 การเจาะเลือด ฉีดยา วัดสัญญาณชีพ ให้ออกซิเจน ฟันยา เปลี่ยนเสื้อผ้า เปลี่ยนผ้าปูเตียงให้ผู้ป่วย</p> <p>วันที่ 16 เม.ย. 2565 ปฏิบัติงานที่ตึกโควิด-19 (Cohort ward) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่เวลา 08.00 - 16.00 น. ซึ่งงานที่ปฏิบัติ ได้แก่ การทำหัตถการกับผู้ป่วยโควิด-19 การเจาะเลือด ฉีดยา วัดสัญญาณชีพ ให้ออกซิเจน ฟันยา เปลี่ยนเสื้อผ้า เปลี่ยนผ้าปูเตียงให้ผู้ป่วย</p>

Process	Information	Record
		<p>วันที่ 17 เม.ย. 2565 เวลา 06.00 น. มีไข้ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย มีน้ำมูก เหนื่อยอ่อนเพลียจึงได้ตรวจ ATK ด้วยตนเอง ผลตรวจ Positive เวลา 09.11 น. ได้ Admit ที่ตึกโควิด-19 (Cohort ward)</p> <p>วันที่ 18 เม.ย. 2565 ได้ตรวจยืนยันผล ATK ด้วยวิธี RT-PCR ผลตรวจ Detected แพทย์ให้นอนพักรักษาตัวที่รพ. สิรินคร จ.ขอนแก่น ตั้งแต่วันที่ 17 - 18 เม.ย. 2565 และ Home isolation ต่อที่บ้านตั้งแต่วันที่ 18 - 23 เม.ย. 2565</p>
2. Potential Change	<p>ขั้นตอนสำคัญ : กระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการไหน</p>	<p>ผู้ป่วยเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ปฏิบัติงานที่ตึกโควิด-19 (Cohort ward) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ทำหัตถการกับผู้ป่วย เจาะเลือด ฉีดยาตามแผนการรักษา วัดสัญญาณชีพ ให้ออกซิเจน พ่นยา เปลี่ยนเสื้อผ้า เปลี่ยนผ้าปูเตียงให้ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหอบ และผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ก่อนเข้าไปทำหัตถการกับผู้ป่วยในห้อง Negative Pressure มีการสวมชุด PPE อย่างถูกต้อง และปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาล ในขณะที่เข้าไปทำหัตถการกับผู้ป่วยในห้อง Negative Pressure มีการเปลี่ยนเสื้อผ้า เปลี่ยนผ้าปูเตียงให้ผู้ป่วย ด้วยสภาพอากาศที่ร้อนและการสวมชุด PPE เป็นเวลานาน ทำให้มีเหงื่อออกจำนวนมาก ทำให้พลาสติกที่ใช้ติดหน้ากาก N95 กับผิวหนังเลื่อนหลุด หน้ากาก N95 ไม่แนบสนิทกับจมูก ผู้ป่วยบางรายไม่มีการใส่ Mask ขณะพยาบาลเข้าทำหัตถการ และในผู้ป่วยที่ได้รับการพ่นยา อาจทำให้มีละอองฟุ้งกระจายได้ หลังการทำหัตถการกับผู้ป่วยได้มีการถอดชุด PPE อย่างถูกต้องตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาล และล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้ง</p>
3. Listen to Voice of staff	<p>ความสะดวกอะไรบ้าง สิ่งที่ช่วยตัดสินใจ</p>	<p>บุคลากรการแพทย์มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ ไข้หวัดควรให้หยุดงานทันที และให้ตรวจหาเชื้อ Covid-19 ทุกราย</p>
4. Swiss Cheese	<p>การเปลี่ยนแปลง เชื่อมโยงกับระบบงาน สำคัญอะไร</p>	<p>การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับระบบการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ให้ตรวจหาเชื้อ Covid-19 ทันทีเมื่อพบว่ามีอาการทางระบบทางเดินหายใจ เมื่อทราบว่าติดเชื้อ Covid-19 ให้หยุดพักรักษาตัวและสอบสวนเพิ่มเติมหากกลุ่มเสี่ยงสูงและติดตามอาการ บุคลากรในตึกโควิด-19 (Cohort ward) ควรได้รับการตรวจหาเชื้อ Covid-19 ทุกราย</p>

Process	Information	Record
5. Creative Solution	ออกแบบระบบงานใหม่ อย่างไร จะควบคุมกระบวนการ ประเมินผลอย่างไร	<p>โรงพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> บุคลากรทุกคนในตึกโควิด-19 (Cohort ward) มีการคัดกรองความเสี่ยงก่อนเข้าปฏิบัติงานทุกวันด้วยแอปพลิเคชันไทยชนะ และการตรวจวัดอุณหภูมิ บุคลากรมีการสวม Personal Protective Equipment (PPE) และปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ พร้อมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์ ชุด Personal Protective Equipment (PPE) ให้กับผู้ปฏิบัติงาน สำหรับดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 อย่างเพียงพอ มีการจัดสอนแนวทางการปฏิบัติการควบคุมและการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยหน่วยงานการควบคุมและการป้องกันการติดเชื้อ (IC) ให้บุคลากรทุกคนในตึกโควิด-19 (Cohort ward) สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาในขณะที่ปฏิบัติงาน และล้างมือบ่อยๆ มีการกำกับ ติดตาม บุคลากรไม่ให้รวมกลุ่ม มีการเว้นระยะห่าง ขณะปฏิบัติงาน ขณะพัก และงดรับประทานอาหารร่วมกัน ให้บุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติงานในตึกโควิด-19 (Cohort ward) ตรวจ ATK ทุก 7 วัน บุคลากรที่มีอาการของการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ให้พักจากการปฏิบัติงานและไปรับการตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุโดยเร็ว รวมทั้งตรวจหาการติดเชื้อ Covid-19 ส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-19 ให้ครบถ้วนทุกคน กำหนดให้ผู้ป่วยโควิด-19 ทุกคนสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ยกเว้นผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอช่วยหายใจ และขณะรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ และแปรงฟัน



(นางกาญจนา น้อยสุข)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หลักเกณฑ์การพิจารณาวินิจฉัยความเสียหาย

ตามหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่**ผู้รับบริการ**ได้รับความเสียหาย
จากการเข้ารับบริการสาธารณสุข

- ☑ 1. วันที่ยื่นคำร้องอยู่ในระยะเวลาภายใน 2 ปี* นับจากวันที่ทราบความเสียหาย
- ☑ 2. ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย ต้องเป็นผู้มีสิทธิการรักษาในระบบ UC หรือ LGO
- ☑ 3. เป็นความเสียหายที่เกิดจากการเข้ารับบริการในหน่วยบริการคู่สัญญา
- ☑ 4. ความเสียหายเกิดจากการรักษาพยาบาล

ให้รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล
แต่ไม่รวมความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตาม
พยาธิสภาพหรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไป
ตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว



หลักเกณฑ์การจ่ายเงิน ม.41

1. เป็นการให้ความช่วยเหลือตามความเสียหายที่ไม่ใช่การชดเชย และไม่พิสูจน์ถูกผิด
2. การช่วยเหลือเป็นไปตามประเภทของความเสียหาย ตามระดับความรุนแรง และผลกระทบที่เกี่ยวข้องตามประเภทของความเสียหาย

ประเภท 6 (1) กรณีเสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือได้ตั้งแต่ 240,000 บาท ≤ 400,000 บาท

ประเภท 6 (2) กรณีสูญเสียอวัยวะ หรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการทำงานชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือได้ตั้งแต่ 100,000 บาท ≤ 240,000 บาท

ประเภท 6 (3) กรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือได้ ≤ 100,000 บาท

3. **พิจารณาเพิ่มเศษฐานะ** ไม่เกิน 10 % ของเงินเพดานสูงสุดในแต่ละประเภทความเสียหาย และรวมแล้วไม่เกินวงเงินในแต่ละประเภทของความเสียหาย

หลักเกณฑ์แนวทางการอุทธรณ์ผลการพิจารณาของคณะกรรมการ ม.41

1. กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยของคณะกรรมการ ม.41 จังหวัด ต้องอุทธรณ์ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับทราบผลการพิจารณาวินิจฉัย โดยยื่นเรื่องอุทธรณ์ที่ สสจ. หรือ สปสช.เขต ในพื้นที่
2. คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เป็นผู้วินิจฉัยคำร้องอุทธรณ์ ผลการวินิจฉัยถือเป็นที่สุด แต่ไม่ได้ตัดสิทธิที่จะฟ้องในศาลปกครองต่อไปได้

การอุทธรณ์ สามารถทำได้ 3 ประเด็น ได้แก่

1. โต้แย้งว่าคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือของตน เข้าเกณฑ์ ม.41
2. โต้แย้งขอให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเพิ่มขึ้น
3. ขอให้จ่ายใน “ประเภท” ที่มีอัตราจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ที่สูงกว่า

คำวินิจฉัย มี 2 กรณี ได้แก่

1. ยกคำร้อง (กรณีผู้รับบริการไม่ใช่ผู้มีสิทธิ หรือ ไม่ใช่ ความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการแต่เป็นไปตามพยาธิสภาพของโรค)
2. ให้ช่วยเหลือเป็น เงินที่ไม่น้อย หรือไม่เกินอัตรา หรือเต็มอัตราที่กำหนด ตามประเภทความเสียหาย

หลักเกณฑ์แนวทางการอุทธรณ์ผลการพิจารณาของคณะกรรมการ ม.41 (ต่อ)

การแจ้งผลการพิจารณาอุทธรณ์ สำนักกฎหมาย จะแจ้งผลการพิจารณาอุทธรณ์ ไปยังผู้เกี่ยวข้อง 3 ส่วน ได้แก่

1. สปสช.เขต พื้นที่
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่
3. ผู้ร้องอุทธรณ์

ในท้ายหนังสือแจ้งผลการพิจารณาอุทธรณ์สำหรับผู้ร้อง มีระบุ **หมายเหตุ** ว่า “หากประสงค์จะฟ้องโต้แย้งคำวินิจฉัยอุทธรณ์ ให้ทำคำฟ้องเป็นหนังสือยื่นต่อศาลปกครองชั้นต้น หรือส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียน ไปยังศาลปกครองชั้นต้นภายใน 90 วัน นับแต่วันที่รับแจ้งหรือทราบคำวินิจฉัยอุทธรณ์ ทั้งนี้ ตามมาตรา 49 แห่งพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542”

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



วันที่ 12 เมษายน 2566

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น



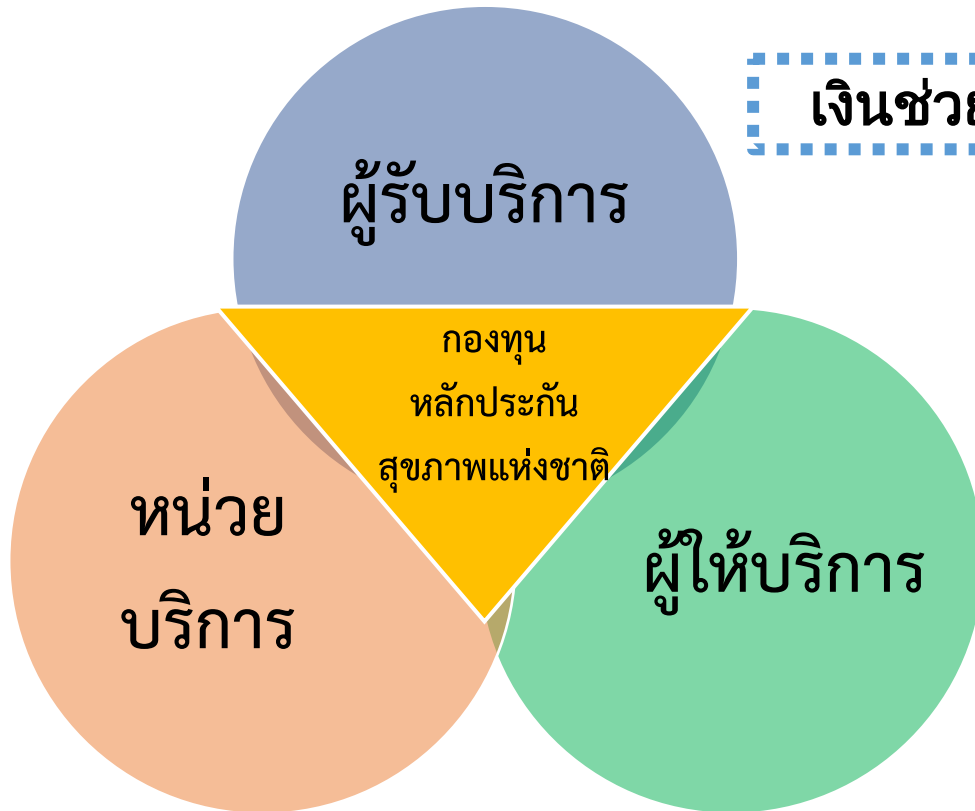
พระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๕๕

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.
ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๕
เป็นปีที่ ๕๗ ในรัชกาลปัจจุบัน

มาตรา ๕๑ ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๕๒ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา ๕๑ เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไปแล้ว สำนักงานมีสิทธิไล่เบี้ยเอาแก่ผู้กระทำผิดได้

เจตนารมณ์ มาตรา 41



เงินช่วยเหลือเบื้องต้น ไม่ใช่ เงินชดเชย

บรรเทาความเดือดร้อน

ลดความขัดแย้ง

ไม่พิสูจน์ถูกผิด

Win Win Win Situation

การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีวัคซีน COVID-19

วัคซีน

- คกก. หลักประกันฯ มีมติให้ สปสช. ออกหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีเสียหายจากวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้แก่ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ โดยใช้จ่ายจากงบตามพรก. กู้เงิน ฯ
- สปสช. ออกประกาศกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีเสียหายจากวัคซีน ฯ โดยคณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่ พิจารณาขั้นต้น
- 13 มี.ค.66 คกก.หลักประกันฯ มีมติให้ใช้งบจากพรก.กู้เงินฯ สิ้นสุดภายในเดือน มี.ค. 66
- การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีเสียหายจากวัคซีนฯ ที่จ่ายจากงบ พรก.กู้เงิน จึงสิ้นสุด ณ วันที่ 31 มี.ค. 66
- 1 เม.ย.66 สปสช. ออกประกาศยกเลิกหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ม.41

1. ข้อบังคับ ตาม ม. 41 กำหนดความหมาย “รักษาพยาบาล” หมายความว่า “บริการสาธารณสุข” ตามมาตรา ๓ ดังนั้น จึงครอบคลุมถึงการฉีดวัคซีน (การป้องกันโรค)

หน้า ๖๗
เล่ม ๑๒๙ ตอนพิเศษ ๑๒๘ ง ราชกิจจานุเบกษา ๒๓ สิงหาคม ๒๕๕๕

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล
พ.ศ. ๒๕๕๕

ข้อ ๔ ในข้อบังคับนี้

“การรักษาพยาบาล” หมายความว่า บริการสาธารณสุขตามมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

มาตรา ๓ ในพระราชบัญญัตินี้

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ



ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล
พ.ศ. ๒๕๕๕



ข้อ ๕ ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ที่จะเป็นเหตุให้ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามข้อบังคับนี้ ให้รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล แต่ไม่ใช่เป็นความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพหรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว

ข้อ ๖ ประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แบ่งเป็น

(๑) เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ ๒๔๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๔๐๐,๐๐๐ บาท

(๒) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๒๔๐,๐๐๐ บาท

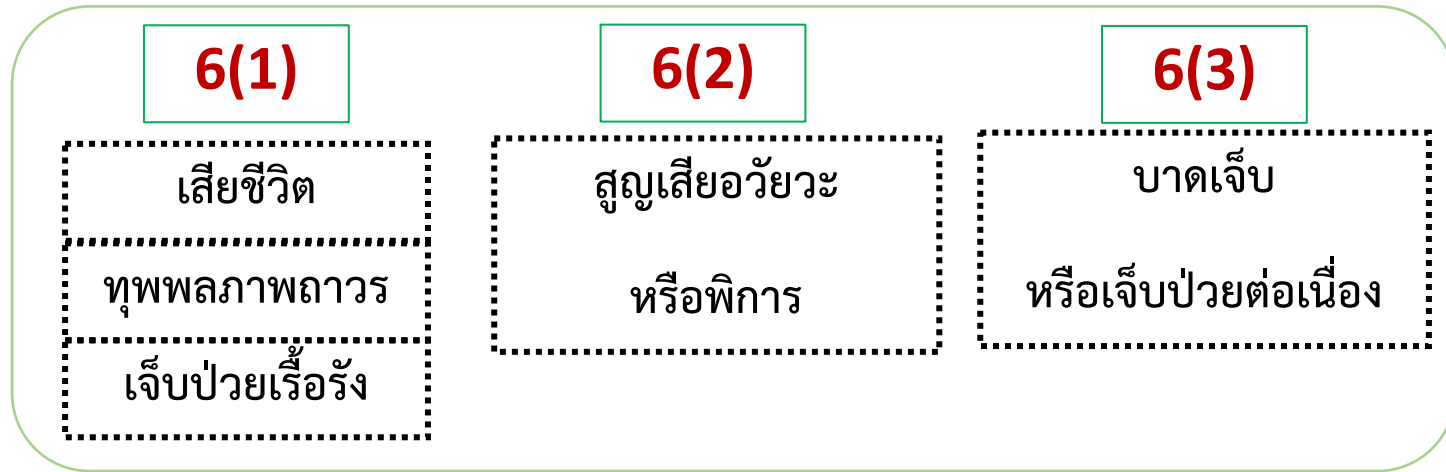
(๓) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

การพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

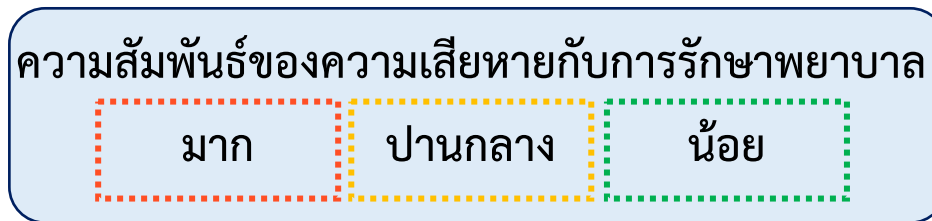
1
พยาธิสภาพ
เหตุแทรกซ้อน



2
ประเภทความเสียหาย



3
ความรุนแรงของ
ความเสียหาย



4
เศรษฐฐานะ

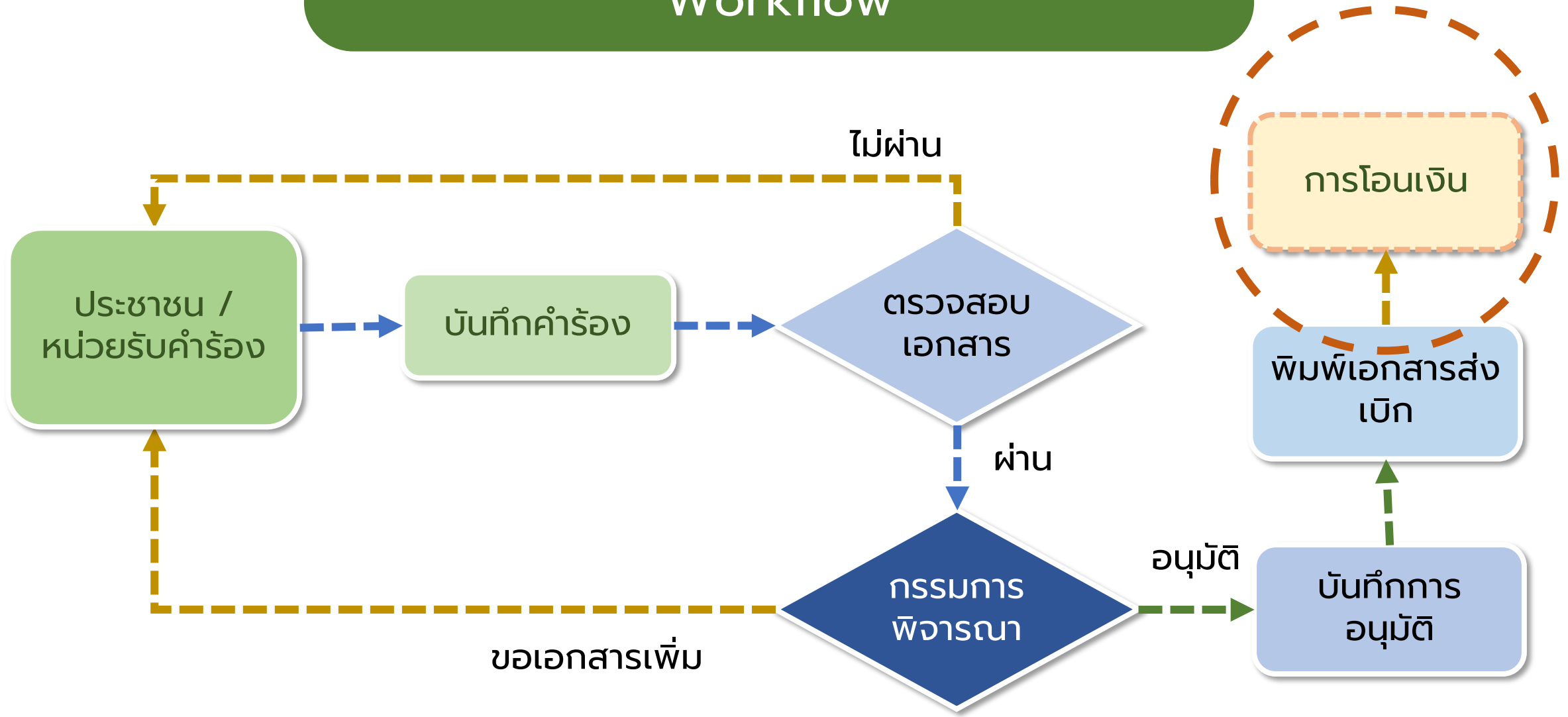
10 % ของเพดานตามประเภทความเสียหาย
รวมแล้วต้องไม่เกินเพดานตามความเสียหายนั้น

ระบบรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับบริการ

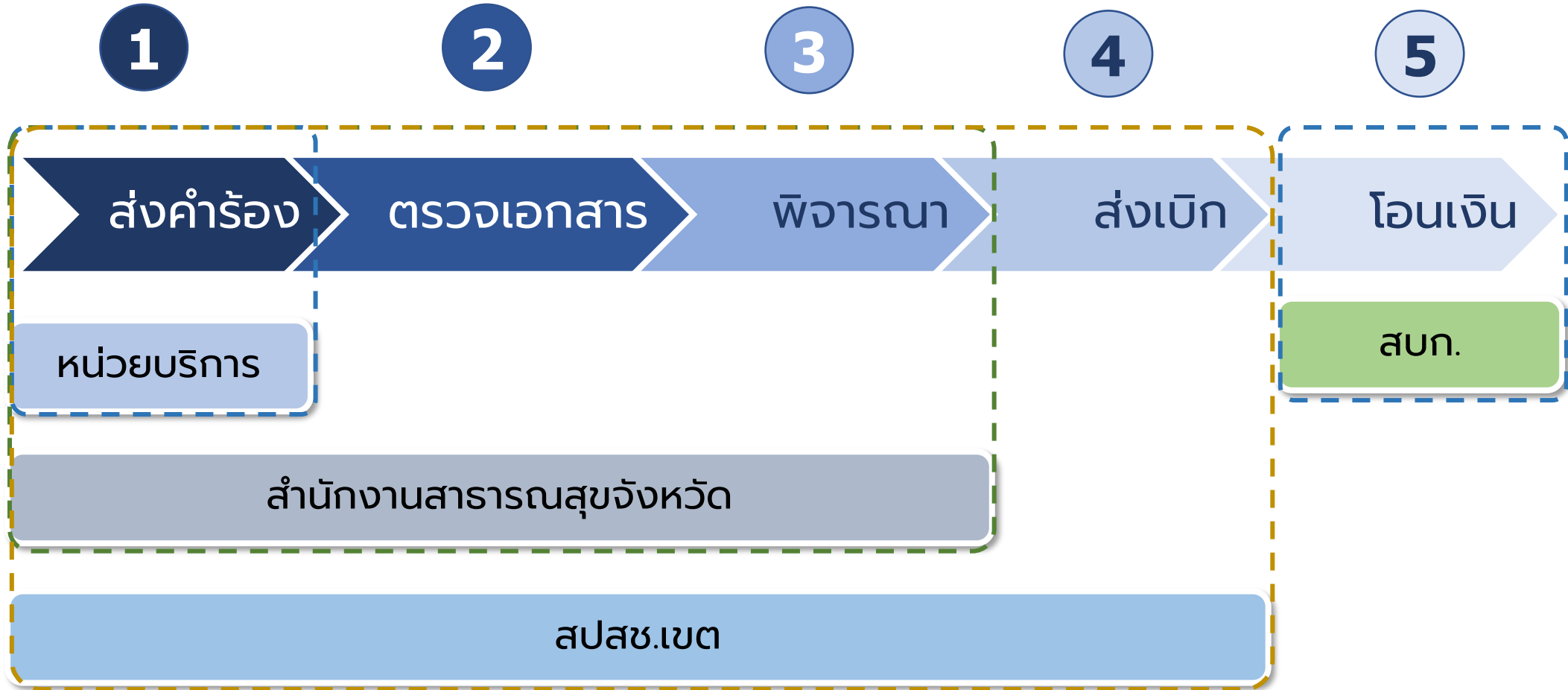


สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Workflow



ขั้นตอน/บทบาท





ระดับผู้ใช้งาน

หน่วยบริการ
สสจ.
สปสช.เขตที่รับผิดชอบงาน

Data center

หน่วยบริการ

- บันทึกคำร้อง
- ตรวจสอบ สถานะ
สสจ.
- ตรวจสอบเอกสาร
- บันทึกการอนุมัติ
สปสช.
- บันทึกการส่งเบิก

กรรมการพิจารณา

ออกใบโปรแกรม

พิจารณาความเห็น

สปสช.ทุกระดับ

Single Sign on

Dashboard

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

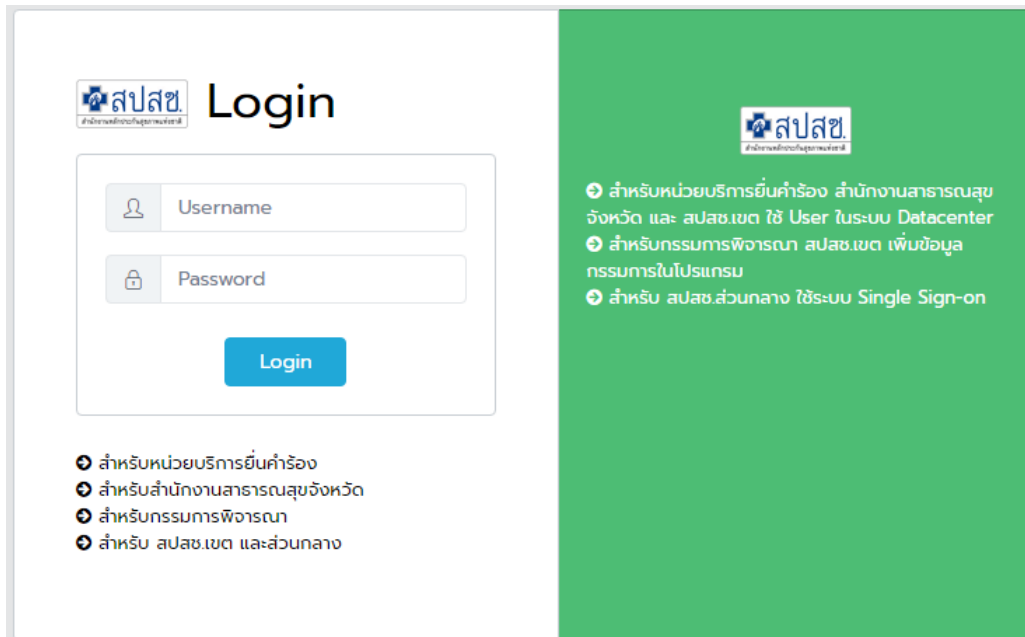
ระบบรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



🔍 ตรวจสอบสถานะ

👤 Login

User Setting



The screenshot shows the SPS Login interface. On the left, there is a white box with the SPS logo and the text "Login". Below this are two input fields: "Username" and "Password", each with a corresponding icon (a person and a lock). A blue "Login" button is positioned below the password field. To the right of the login box is a green panel with the SPS logo and a list of user types. Below the login box, there is a list of user types with circular icons.

สปสช. Login

Username

Password

Login

- สำหรับหน่วยบริการอื่นคำร้อง สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด และ สปส.เขต ใช้ User ในระบบ Datacenter
- สำหรับกรรมการพิจารณา สปส.เขต เพิ่มข้อมูล กรรมการในโปรแกรม
- สำหรับ สปส.ส่วนกลาง ใช้ระบบ Single Sign-on

- สำหรับหน่วยบริการอื่นคำร้อง
- สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- สำหรับกรรมการพิจารณา
- สำหรับ สปส.เขต และส่วนกลาง

รหัสบทบาทผู้ใช้งานในระบบ Data Center


898 – ระดับ สสจ.

903 – ระดับหน่วยบริการ

900 – ระดับ สปสช.เขต

ผู้รับผิดชอบ username ของ สปสช.เขต เป็นผู้กำหนดให้

การบันทึกคำร้อง

Homeสสจ.หนองคาย [Logout](#)

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

คำแนะนำการยื่นคำร้อง

- ผู้มีสิทธิยื่นคำร้องได้แก่ ผู้รับบริการ หรือ กายาก ผู้อุปการะ(กรณีไม่มีกายาก)ที่ให้การช่วยเหลือถือกุญแจหรือดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ
- สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง **ภายใน 2 ปี** นับตั้งแต่วันที่ทราบความเสียหาย
- หน่วยงานที่แจ้งผลการพิจารณา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- เอกสารหลักฐานในการยื่นคำร้อง
 - แบบฟอร์มการยื่นคำร้อง กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน
 - สำเนาบัตรประชาชนหรือสูติบัตรของผู้เสียหาย
 - สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นคำร้อง (กรณีผู้เสียหายเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ)
 - สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ (กรณีผู้เสียหายเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ)
 - สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร
 - สำเนาเวชระเบียนของผู้ได้รับความเสียหาย ได้แก่ OPD Card Discharge Summary
 - ใบรับรองแพทย์ของผู้ได้รับความเสียหาย
 - ภาพถ่ายแสดงถึงความเสียหาย (ถ้ามี)
 - หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี)
- หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถาม
นางวรรณิศา เทตวันดี 084-7512471
นางภคมณ พัทธน์ชนะ 081-9651192
นางนิสสุดา ตะนัดไชย 095-6620494

[บันทึกคำร้อง](#) [พิมพ์แบบคำร้อง](#)

NHSO © 2020 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Version 1.0.02 (30/09/2564) Theme by CoreUI for React

การบันทึกคำร้อง ส่วนที่ 1

✎ แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหาย

◀ กลับ

หน่วยรับคำร้อง

สสจ.หนองคาย

รหัสหน่วย

00030



วันรับคำ
ร้อง

30/09/2564



1. รายละเอียดของผู้รับบริการ

เลขที่บัตรประชาชน *

ชื่อ - สกุล *

อายุ

เพศ

ระบุ ▾

สิทธิการรักษา

อาชีพ

รายได้ (บาท/เดือน)

โทรศัพท์ *

- ▾

- ▾

ภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก *

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ *

จังหวัด *

รหัสไปรษณีย์ *

บ้านเลขที่ หมู่ ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ



หนองคาย ▾

การบันทึกคำร้อง ส่วนที่ 2,3

2. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล

รหัสหน่วย	ชื่อหน่วยบริการ *	จังหวัด *	วันที่ได้รับความเสียหาย *	วันที่ทราบความเสียหาย *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	หนองคาย	30/09/2564	30/09/2564
อาการ ณ วันที่ยื่น	ประเภทผู้ป่วย	จำนวนวัน	ความเสียหายที่เกิดขึ้น *	
-	-		<input type="text"/>	

3. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ 1 ไม่ต้องกรอก) ผู้เสียหายยื่นเอง ญาติยื่นแทน

ชื่อ - สกุล	เลขที่บัตรประชาชน	ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-		
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก	แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ *	จังหวัด *	รหัสไปรษณีย์ *	
บ้านเลขที่ หมู่ ถนน	แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ	ระบุงจังหวัด	<input type="text"/>	
โทรศัพท์ *	<input type="text"/>			

การบันทึกคำร้อง ส่วนที่ 2,3

2. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล

รหัสหน่วย ชื่อหน่วย * จังหวัด * วันที่รับความเสียหาย * วันที่ทราบความเสียหาย *

อาการ ณ วันที่ยื่น ประเภท *

✓ บันทึกคำร้องเรียบร้อยแล้ว

เลขที่คำร้อง : 08867

กรุณาจำหมายเลขคำร้องไว้เพื่อการติดต่อประสานงาน

3. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็น)

ชื่อ - สกุล

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก

บ้านเลขที่ หมู่ ถนน

มีข้อสงสัย หรือ มีปัญหาในการแก้ไขรายละเอียดกรุณาติดต่อ
นางวรรธิตา เกตะवंดี 084-7512471
นางภคมน พัฒน์ชนะ 081-9651192
นางนิสฎา ตะนัดไชย 095-6620494

จังหวัด * รหัสไปรษณีย์ *

ระบุงังหวัด

โทรศัพท์ *

การบันทึกคำร้อง ส่วนที่ 4,5

4. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

4.1 เอกสารใบคำร้องและข้อมูลส่วนตัว (คลิกเลือกเอกสารที่แนบมา)

Choose File No file chosen

- ใบคำร้อง
- สำเนาบัตรประชาชนหรือสูติบัตรของผู้เสียหาย
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นคำร้อง (กรณีผู้เสียหายเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ)
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ (กรณีผู้เสียหายเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ)
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร

4.2 เอกสารประกอบการพิจารณา (คลิกเลือกเอกสารที่แนบมา)

- สำเนาเวชระเบียนของผู้ได้รับความเสียหาย ได้แก่ OPD Card Discharge Summary
- ใบรับรองแพทย์ของผู้ได้รับความเสียหาย
- 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

5. ผู้รับเงิน

ผู้รับเงิน ผู้เสียหาย ผู้ยื่นแทน

ชื่อธนาคาร

กรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ▼

เลขที่บัญชี (ออมทรัพย์เท่านั้น)***

ชื่อบัญชี

1301199915

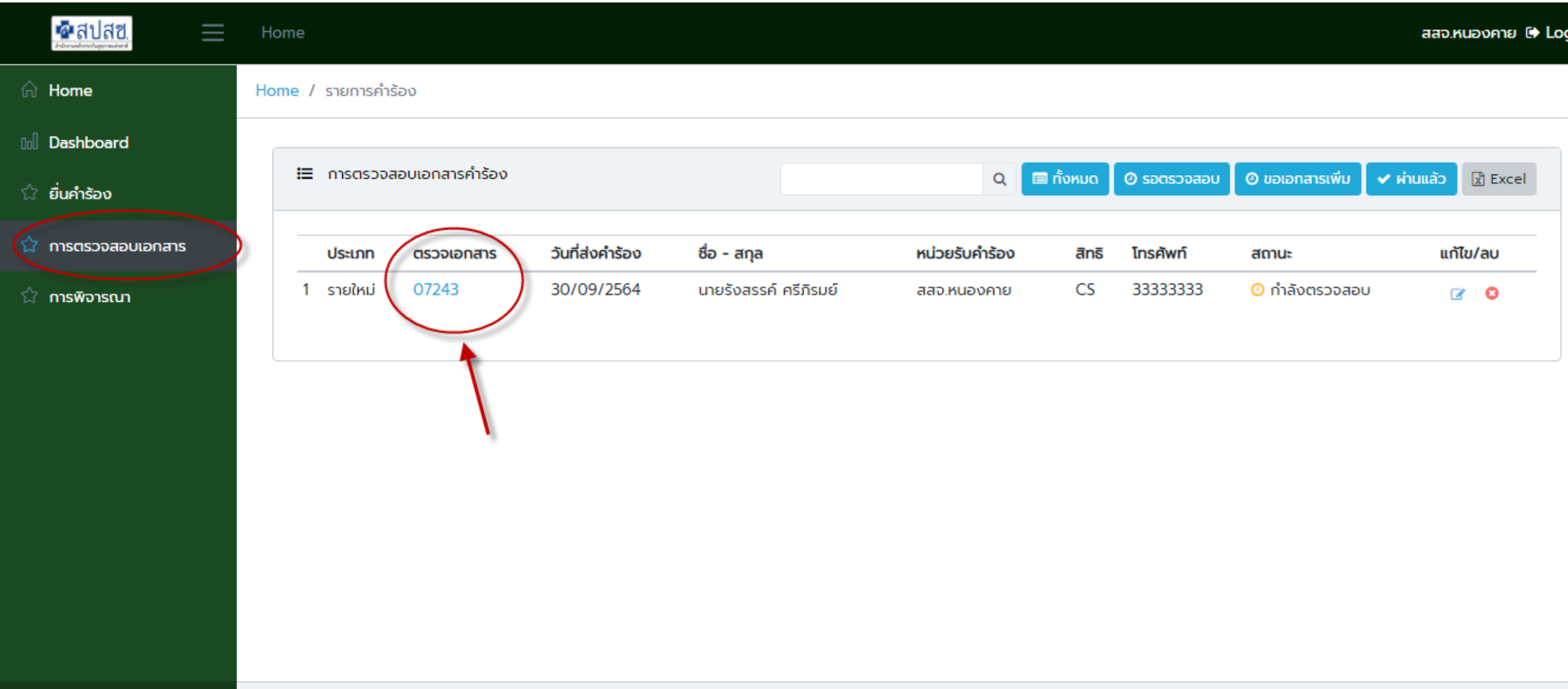
ผู้บันทึกข้อมูล

กมลณ พัฒนัชชนะ



เบอร์ติดต่อ

บันทึก

การตรวจสอบเอกสารหลักฐาน



The screenshot shows the SPS system interface. On the left is a dark green sidebar with navigation items: Home, Dashboard, ยืนยันคำร้อง, การตรวจสอบเอกสาร (highlighted with a red circle), and การพิจารณา. The main content area has a header with the SPS logo, a menu icon, and the text 'Home'. The breadcrumb trail is 'Home / รายการคำร้อง'. The main title is 'การตรวจสอบเอกสารคำร้อง'. Below the title is a search bar and several action buttons: 'ทั้งหมด', 'รอดตรวจสอบ', 'ขอเอกสารเพิ่ม', 'ผ่านแล้ว', and 'Excel'. A table displays a list of requests with columns: ประเภท, ตรวจสอบเอกสาร, วันที่ส่งคำร้อง, ชื่อ - สกุล, หน่วยรับคำร้อง, สิทธิ, โทรศัพท์, สถานะ, and แก้ไข/ลบ. The first row shows a 'รายใหม่' request with ID '07243' (circled in red), dated '30/09/2564', for 'นายรังสรรค์ ศรีภิรมย์' at 'สสจ.หนองคาย'. The status is 'กำลังตรวจสอบ'. The 'แก้ไข/ลบ' column contains edit and delete icons.

ประเภท	ตรวจสอบเอกสาร	วันที่ส่งคำร้อง	ชื่อ - สกุล	หน่วยรับคำร้อง	สิทธิ	โทรศัพท์	สถานะ	แก้ไข/ลบ
1 รายใหม่	07243	30/09/2564	นายรังสรรค์ ศรีภิรมย์	สสจ.หนองคาย	CS	33333333	กำลังตรวจสอบ	 

การตรวจสอบเอกสารหลักฐาน

🔍 รายละเอียดการติดตามตรวจสอบเอกสาร

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

🏠 การตรวจสอบ

รายละเอียด


ผลการตรวจสอบเอกสาร

เอกสารผ่าน ขอลเอกสารเพิ่ม อื่นๆ

↩️ บันทึก

เมื่อคลิกเอกสารผ่าน รายการ จะถูกนำไปรอพิจารณา

การบันทึกผลการพิจารณา


Home

- Home
- Dashboard
- ยื่นคำร้อง
- การตรวจสอบเอกสาร
- การพิจารณา

Home / การพิจารณาคำร้อง

☰ การพิจารณาคำร้อง (แสดงเฉพาะข้อมูลที่เอกสารครบถ้วน)

🕒 รอพิจารณา
✅ รอส่งเบิก
🕒 ไม่อนุมัติ
💰 ส่งเบิกแล้ว
📄 ทั้งหมด

เลขที่คำร้อง	ชื่อ - สกุล	หน่วยรับคำร้อง	สิทธิ	อายุ	ประเภทผู้ป่วย	การพิจารณา	การอนุมัติ (สปสช.)	ผล
07243	นายรังสรรค์ ศรีภิรมย์	สสง.หนองคาย	CS	51	IP	0	↩ ✎	

บันทึกผลการพิจารณา

แก้ไขคำร้อง

NHSO © 2020 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
Version 1.0.2 (30/09/2564) Theme

การบันทึกผลการพิจารณา

การอนุมัติคำร้อง

ข้อมูลคำร้องเลขที่ : 06524

ชื่อผู้เสียหาย : นายรังสรรค์ ศรีภรณ์

ประชุมครั้งที่

1/2565

วาระที่

3

กลุ่ม

วันที่

01/01/2513



สาขาที่เกิดความเสียหาย

สูติกรรม

ความรุนแรงของอาการ

ปานกลาง

ผลการพิจารณา

ผ่านการอนุมัติ ไม่ผ่านการอนุมัติ ขอเอกสารเพิ่ม รอพิจารณา

รายละเอียดเหตุผล

dssdfsdfsdfs

ประเภท

3.2 อาการปานกลาง รักษาไม่เกิน 7 วัน (5,000 - 20,000)

จำนวนเงินอนุมัติ

15000

ชื่อธนาคาร

กรุงไทย จำกัด (มหาชน)

เลขที่บัญชี (ออมทรัพย์เท่านั้น)***

333333

ชื่อบัญชี

sadfsdfsdfs

ยืนยัน




ปิด

การส่งรายงานการประชุม

สปสช. Home สจ.นครพนม Logout

Home / ส่งไฟล์รายงานประชุม

ส่งรายงานการประชุม + ส่งรายงาน << กลับ

ID	จังหวัด	เลขที่หนังสือ	การประชุมครั้งที่	วันที่ประชุม	จำนวนคน	จำนวนเงินอนุมัติ	ไฟล์แนบ
15161	นครพนม	นว 43.67/345	3/2565	15/12/2564	3	345,435	  

เพิ่มใหม่ (points to '+ ส่งรายงาน')

แก้ไข (points to edit icon)

ลบ (points to delete icon)

การส่งรายงานประชุม (circled in sidebar)

การส่งรายงานการประชุม

Home / ส่งไฟล์รายงานประชุม / ส่งไฟล์รายงานประชุม

☰ ส่งรายงานการประชุม ◀ กลับ

ปีประมาณ	จังหวัด *	การประชุมครั้งที่	วันที่	จำนวนราย	จำนวนเงิน
2565	นครพนม	3/2565	15/12/2564	3	345435
เลขที่หนังสือนำส่ง	ผู้ประสาน	มือถือ			
นพ 43.67/345	ทดสอบ ทดสอบ	3453453435			
ไฟล์แนบ	แนบไฟล์รายงานประชุม				
Choose File No file chosen					
15160_document.pdf					
บันทึก	กลับ				

Q&A