

ที่ สปลช. ๕.๓๘/๑.๒๘๗/๓

๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔

เรื่อง การดำเนินการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

เรียน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สกสนคร นครพนม หนองคาย บึงกาฬ หนองบัวลำภูและเลย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน ๑ ฉบับ

๒.แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหาย จำนวน ๑ ฉบับ

จากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด

19(Coronavirus Disease 2019(COVID-19))

ด้วยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกประกาศฯ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ (ฉบับที่ ๕) พ.ศ.๒๕๖๔ ซึ่งกำหนดให้เพิ่มเติมค่าใช้จ่ายในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งได้รับมาจากพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยาและฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีประชาชนไทยทุกคนได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) พ.ศ. ๒๕๖๔ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ออกประกาศหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) รายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และ ๒

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ



(ทันตแพทย์กวี วีระเศรษฐกุล)

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต ๘ อุดรธานี

กลุ่มงานภารกิจยุทธศาสตร์และประเมินผล

ผู้ประสานงาน : นางสาวสินีนุศ สันติรักษพงษ์

โทร ๐๘๑-๙๖๕๕๔๔๒ E-Mail sineenus.s@nhso.go.th

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง/สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

FM-๔๐๑-๐๔-๐๔๐

ฉบับที่ ๐๕

วันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๓



หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) พ.ศ.2564

อ้างถึง ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) พ.ศ. 2564

การยื่นคำร้อง ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่

1. ผู้รับบริการ ทายาทหรือผู้อุปการะ
2. หน่วยบริการที่ให้บริการ(รวมถึงสถานบริการอื่นที่ให้บริการด้วย)

ระยะเวลายื่นคำร้อง ยื่นภายใน 2 ปีนับแต่วันที่ทราบความเสียหาย

วิธียื่นคำร้อง การยื่นคำร้องทำได้ 3 วิธี คือ

1. ยื่นคำร้องด้วยตนเองที่หน่วยรับคำร้อง
2. ส่งคำร้องทางไปรษณีย์ลงทะเบียน โดยคณะกรรมการจะถือว่าวันที่ประทับตราเป็นวันที่ยื่นคำร้อง
3. Website: <https://Udonthani.nhso.go.th>>>โปรแกรม ม.41 COVID-19

สถานที่ยื่นคำร้อง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในพื้นที่
3. หน่วยบริการหรือสถานบริการที่ให้บริการ

เอกสารหลักฐานในการยื่นคำร้อง

รายละเอียดเอกสาร **เอกสารฉบับสำเนา ต้องเซนต์รับรองสำเนาทุกแผ่น**	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
1. แบบฟอร์มการยื่นคำร้องฯ กรอกรายละเอียดครบทุกช่องอย่างละเอียดเข้าใจง่าย (เอกสารชุดที่ 1)			
2. สำเนาบัตรประชาชนหรือสูติบัตรของผู้ได้รับความเสียหาย			
3. สำเนาบัตรประชาชนหรือสูติบัตรของผู้ยื่นคำร้อง (กรณีผู้ได้รับความเสียหายเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวร)			
4. สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ (กรณีผู้รับบริการเสียชีวิต)			
5. สำเนาใบมรณะบัตร (กรณีผู้รับบริการเสียชีวิต)			
6. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร			
7. สำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย			
8. ใบรับรองแพทย์ของผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย			
9. หลักฐานแสดงการฉีดวัคซีน (ใบนัด/หนังสือรับรองการฉีดวัคซีน/หน้าจอแอปหมอพร้อม หรืออื่นๆที่แสดงวัน เวลา และสถานที่ฉีดวัคซีน)			
10. เอกสารรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI 1หรือAEFI 2)			
11. สำเนาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ผล CT scan/ผล MRI หรืออื่นๆที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)			
12. ภาพถ่ายปรีณสีหรือวิดีโอบันทึกอาการที่แสดงถึงความเสียหายจากการฉีดวัคซีนโควิด-19			

เกณฑ์การพิจารณา

1. พิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดในประกาศ คือ ผู้รับบริการเป็นประชาชนคนไทย ได้รับความเสียหายภายใน 30 วัน หลังจากได้รับบริการฉีดวัคซีน ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมการป้องกันและขจัดโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) จากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
2. พิจารณาถึงประเภทของความเสียหาย
3. พิจารณาถึงความรุนแรงและเศรษฐกิจฐานะของผู้เสียหาย

เกณฑ์การพิจารณาเงินช่วยเหลือ

1. เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ในอัตราไม่เกิน 400,000 บาท
2. สูญเสียอวัยวะหรือพิการที่มีผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ในอัตราไม่เกิน 240,000 บาท
3. บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากการได้รับวัคซีน โดยมีความเห็นของแพทย์ ผู้ตรวจรักษาประกอบด้วย จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ในอัตราไม่เกิน 100,000 บาท

การแจ้งผลการพิจารณา เลขานุการของคณะกรรมการจะมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายหรือทายาททราบพร้อมแจ้งสิทธิในการยื่นอุทธรณ์ หลังได้รับหนังสือแจ้งผลทางไปรษณีย์ตอบรับ

การอุทธรณ์ กรณีผู้ยื่นคำร้องไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการระดับเขตพื้นที่ สามารถยื่นอุทธรณ์ได้ภายหลังจากได้รับแจ้ง ภายใน ๓๐ วันนับแต่วันที่ทราบผลการวินิจฉัย โดยส่งมาที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ผู้ประสานงาน สปสช.เขต 8 อุดรธานี

นส.สินีนุศ สันติรักษ์พงษ์ Mobile : 081-9655492 E-Mail : sineenus.s@nhso.go.th

นส.วรรณภา สระทองหน Mobile : 090-1975221 E-Mail : wannanapa.s@nhso.go.th

แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
หรือโรคโควิด 19(Coronavirus Disease 2019(COVID-19))

ชื่อหน่วยรับคำร้อง

วันที่รับคำร้อง

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ สิทธิรักษาพยาบาล หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม
 ข้าราชการ อื่นๆ

๑.๔ อาชีพ.....รายได้.....ภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ

.....

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ ชื่อ - สกุล

๒.๒ เลขที่บัตรประชาชน

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๓. รายละเอียดเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

๓.๑ สถานที่ฉีดวัคซีนจังหวัด

๓.๒ วันเดือนปีที่ได้รับวัคซีน เข็มที่ ๑ เข็มที่ ๒

๓.๓ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น

๓.๔ ความเสียหายจากการรับวัคซีน

.....

.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

สำเนาบัตรประชาชน

สำเนาใบมรณบัตรของผู้รับบริการ กรณีที่เสียชีวิต

สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข

ความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา ที่ให้หยุดพักงาน

เอกสารอื่นๆ (ระบุ).....

กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่าน
ธนาคาร โดยได้แนบ

หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อธนาคาร)
เลขที่ บัญชี..... ของ (ระบุชื่อ)..... ผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง
มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

คำแนะนำ

1. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือ ทายาท ผู้อุปการะ(กรณีไม่มีทายาท)ที่ให้การช่วยเหลือ
แก่ลูกหรือดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ
2. สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่
3. ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง ภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย
4. หน่วยงานที่แจ้งผลการพิจารณา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่ ที่รับผิดชอบพื้นที่
จังหวัดที่เข้ารับการรักษาตัวขึ้นป้องกันโรคโควิด 19
5. หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
โทรศัพท์ 02 141 4000 เวลาราชการ โทรสาร 02 143 9730-1
หรือติดต่อ สายด่วน สปสช. 1330 เปิดบริการ 24 ชั่วโมง
หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่