

ด่วนที่สุด

ที่ นศ ๐๐๓๒.๐๐๕/ว ๒๕๖๓



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
ถนนเทวบุรี ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๐๐๐

๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔

เรื่อง การยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งสง,
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี ด่วนที่สุด
ที่ สปสช. ๕.๔๐/ว.๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี ด่วนที่สุด
ที่ สปสช. ๕.๔๐/ว.๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ขอความร่วมมือให้จังหวัดประชาสัมพันธ์หน่วย
บริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เรื่องการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขต ๑๑ สุราษฎร์
ธานี ความว่า ด้วยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกประกาศฯ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงาน
และการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ
๒๕๖๔ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ (ฉบับที่ ๕)
พ.ศ.๒๕๖๔ ซึ่งกำหนดให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้รับมาจากพระ
ราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยาและฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับ
ผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ.๒๕๖๓ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับเงินช่วยเหลือ
เบื้องต้นกรณีประชาชนไทยทุกคนได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
พ.ศ.๒๕๖๔ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด รายละเอียด
ตามเอกสารในสิ่งที่ส่งมาด้วย นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จึงขอความร่วมมือมายังหน่วยงาน
ของท่านแจ้งผู้รับผิดชอบงาน เพื่อประชาสัมพันธ์รับเรื่องร้องเรียน พร้อมจัดเตรียมแบบฟอร์มและอำนวยความสะดวก
ในการยื่น คำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกัน
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และให้รวบรวมเอกสารการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ดังกล่าว ส่งมายัง
กลุ่มงานประกันสุขภาพ เพื่อทางจังหวัดจะได้รวบรวมส่งให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๑
สุราษฎร์ธานี นำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการระดับเขตพื้นที่ เพื่อพิจารณาต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายจรัสพงษ์ สุขกรี)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มงานประกันสุขภาพ

โทร. ๐๘๖ - ๔๗๖๕๕๕๔

โทรสาร ๐๗๕ - ๔๖๖๔๐๔



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความปลอด

ที่ สปสช. ๕.๔๐/ว. ๒๕๖๔

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี
เลขที่ ๙๑/๑ ม.๑ ชั้น ๓๐ ถนนกาญจนาภิเษก ต.บางกุ้ง อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๑
โทรศัพท์ ๐-๗๗๒๒๗-๔๘๑๑-๓ โทรสาร ๐-๗๗๒๒๗-๔๘๑๘

งานประกันสุขภาพ
สุราษฎร์ธานี
เลขที่รับ ๒๖๒
วันที่รับ 18/5/๒๕64
เวลา ๙.๐๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
เลขที่รับ ๘๖๖
วันที่ 18 พ.ค. 2564 เวลา 8.๕๙ น.

๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔

เรื่อง การยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโควิด ๑๙ เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง, และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ในพื้นที่ สปสช.เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี

- | | |
|--|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. แบบฟอร์มการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. ทะเบียนตรวจสอบเอกสารการยื่นคำร้อง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. ขั้นตอนการเบิกจ่ายขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกประกาศฯ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพปีงบประมาณ ๒๕๖๔ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ (ฉบับที่ ๕) พ.ศ.๒๕๖๔ ซึ่งกำหนดให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งได้รับมาจากพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยาและฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีประชาชนไทยทุกคนได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease 2019(COVID-19)) พ.ศ.๒๕๖๔ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด รายละเอียดตามเอกสารแนบ โดยมีสาระสำคัญดังนี้

- (๑) การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ไม่ใช่เป็นการดำเนินการตามมาตรา ๔๑ แต่เป็นการดำเนินการจากเงินที่ได้รับตามพระราชกำหนดเงินกู้ สำหรับแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙
- (๒) เป็นการให้สิทธิแก่คนไทยทุกสิทธิที่ได้รับ ความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙
- (๓) วัคซีนที่ได้รับ ต้องเป็นการฉีดวัคซีนตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมการป้องกันและขจัดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และไม่ใช้วัคซีนทางเลือกที่ให้บริการโดยสถานบริการของเอกชนซึ่งเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ

/(๔)ผู้รับบริการ...

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

(๔) ผู้รับบริการ หรือทายาท หรือผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ มีสิทธิยื่นคำร้อง และยื่นได้ทีหน่วยบริการที่รับบริการฉีดวัคซีน หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี โดยยื่นคำร้องภายใน ๒ ปี นับแต่วันที่รับทราบความเสียหาย โดยใช้แบบคำร้องตามเอกสารแนบ(๒) ต้องระบุข้อมูลให้ถูกต้องพร้อมเอกสารแนบให้ครบถ้วน และขอให้หน่วยที่รับคำร้องตรวจสอบและให้คำแนะนำแก่ผู้ยื่นคำร้องเพื่อดำเนินการแก้ไขเพิ่มเติมให้ถูกต้อง ครบถ้วน โดยให้ถือเอาวันที่ยื่นคำร้องครั้งแรกเป็นหลักในการนับระยะเวลายื่นคำร้อง

(๕) เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ระดับเขตพื้นที่ เพื่อทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องว่าเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือไม่ โดยให้พิจารณาความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐกิจของผู้เสียหายประกอบการกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดในแต่ละประเภทความเสียหาย

(๖) คำร้องที่เป็นความเสียหายจากการรับวัคซีนที่ฉีดให้ในพื้นที่ จังหวัดกระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช ระนอง พังงา ภูเก็ตและสุราษฎร์ธานี ให้เป็นอำนาจการพิจารณาการชดเชยการเสียหายของคณะอนุกรรมการฯ เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี

(๗) การพิจารณาวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการฯ ระดับเขตพื้นที่ของเขต ๑๑ สุราษฎร์ธานีเป็นผู้พิจารณาคำร้องโดยเร็ว และเมื่อแล้วเสร็จจะแจ้งผลการวินิจฉัยให้แก่ผู้ยื่นคำร้องทราบ

(๘) กรณีผู้ยื่นคำร้องไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการฯระดับเขต มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อเลขาธิการฯ ภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่รับทราบผลการวินิจฉัย หากเลขาธิการฯไม่เห็นด้วยกับคำอุทธรณ์ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน ก็จะเสนอให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติวินิจฉัยอุทธรณ์อีกชั้นหนึ่ง

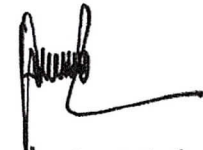
ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี ขอประชาสัมพันธ์การยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease 2019(COVID-19)) เขตพื้นที่ ๑๑ สุราษฎร์ธานี โดยสามารถติดต่อยื่นคำร้องได้ตามสถานที่รายละเอียดในข้อที่ ๔ ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบต่อไปด้วย

เรียน พท.สสจ.พล
ส.ม.ภ. ๒๗๓/๑๑

ขอแสดงความนับถือ

นายก: เอียดกริชหรือกริชขอร่มกิน
ช่วยเหลือเมืองด้วย กรมผู้รับบริการ
ได้คุ้มครองภัยจากพระปรีดาสัน
COVID-19 - เพื่อไม่ตกข (นายอุทัย หนั้นเทียนตีพันธ์)



ทราบ/ดำเนินการ



กลุ่มภารกิจคุ้มครองสิทธิและการมีส่วนร่วม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
นางสาวบุญเรือง ปลัดกัญ โทร ๐๖๒-๖๐๒๐๐๙๐ เขต 11 สุราษฎร์ธานี
โทร. ๐ ๗๗๒๒๗ ๔๘๑๑ ต่อ ๕๑๐๙ โทรสาร ๐ ๗๗๒๒๗ ๔๘๑๘

(นายจรลพงษ์ สุขกิจ)

E-mail : boonrueang.p@nhs.go.th

M-401 04-040

หมื่นกร ขุน,
กลุ่มงานประกันสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราช
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
18พ.ค.๖4.

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ฉบับที่ 05

๑๘ พ.ค. ๒๕๖๔ วันที่ 2 เมษายน 2563



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))
พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้รับบริการที่เป็นประชาชนคนไทยทุกคนได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖ (๑๔) มาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๓.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ และหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๖๔
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))
พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการตามมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และให้หมายความรวมถึงสถานบริการอื่นที่ให้บริการด้วย

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้รับบริการซึ่งเป็นประชาชนคนไทยที่รับวัคซีน
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

“ผู้อุปการะ” หมายความว่า ผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ลูกหรือดูแลผู้รับบริการก่อนเข้ารับวัคซีน
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))
อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร

“เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” หมายความว่า เงินที่จ่ายให้ผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะ
เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรับวัคซีน
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))
โดยไม่ต้องพิสูจน์ผิด

/“คณะอนุกรรมการ” ...

“คณะอนุกรรมการ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ระดับเขตพื้นที่

ข้อ ๔ ความเสียหายที่เกิดจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ที่จะเป็นเหตุให้ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามประกาศนี้ จะต้องเป็นการเข้ารับวัคซีนตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมการป้องกันและขจัดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) จากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และให้รวมถึงความเสียหายที่เกิดจากเหตุสุดวิสัยจากการรับวัคซีนดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ ไม่รวมถึงวัคซีนทางเลือกที่ให้บริการโดยสถานบริการของเอกชนซึ่งเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ

ข้อ ๕ ประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แบ่งเป็น

(๑) เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ในอัตราไม่เกิน ๔๐๐,๐๐๐ บาท

(๒) สูญเสียอวัยวะหรือพิการที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ในอัตราไม่เกิน ๒๕๐,๐๐๐ บาท

(๓) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากการได้รับวัคซีน โดยมีความเห็นของแพทย์ผู้ตรวจรักษาประกอบด้วย จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ในอัตราไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

ข้อ ๖ ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) หรือหายาหรือผู้อุปการะหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ที่หน่วยบริการหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ ทั้งนี้ ต้องยื่นคำร้องภายในสองปีนับแต่วันที่ทราบความเสียหาย

ข้อ ๗ ให้มีคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ระดับเขตพื้นที่ จำนวนไม่เกินห้าคน โดยมีผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ เป็นประธานอนุกรรมการ และอนุกรรมการอย่างน้อยต้องประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อหรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นว่า เข้าเกณฑ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้นตามประกาศนี้หรือไม่ และถ้าควรได้รับควรจะได้ตามคำร้องขอหรือไม่เพียงใด ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐกิจของผู้เสียหายด้วย

คณะอนุกรรมการตามวรรคหนึ่งมีอำนาจอนุมัติจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดในข้อ ๕

การพิจารณาวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการให้กระทำไปแล้วเสร็จโดยเร็ว ทั้งนี้ ผลการวินิจฉัยเมื่อได้แจ้งแก่ผู้ยื่นคำร้องแล้ว ให้รายงานผลต่อเลขาธิการเพื่อทราบ

ข้อ ๘ ในกรณีผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะของบุคคลดังกล่าว ไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการ ให้มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อเลขาธิการภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้ทราบผลการวินิจฉัย ได้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่

ให้เลขาธิการพิจารณาคำอุทธรณ์และแจ้งผู้อุทธรณ์โดยไม่ชักช้า แต่ต้องไม่เกินสามสิบวัน นับแต่วันที่ได้รับอุทธรณ์ ในกรณีที่เห็นด้วยกับคำอุทธรณ์ ก็ให้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงคำสั่งทางปกครอง ตามความเห็นของตนภายในกำหนดเวลาดังกล่าวด้วย

ในการพิจารณาอุทธรณ์ตามวรรคสอง เลขาธิการอาจแต่งตั้งคณะกรรมการกลั่นกรองอุทธรณ์ พิจารณาเสนอความเห็นก่อนก็ได้

หากเลขาธิการไม่เห็นด้วยกับคำอุทธรณ์ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน ก็ให้เร่งรายงานความเห็น พร้อมเหตุผลไปยังคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายในกำหนดเวลาตามวรรคสอง เพื่อพิจารณาอุทธรณ์อีกชั้นหนึ่ง

ข้อ ๙ ให้ผู้รับบริการซึ่งได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ก่อนประกาศนี้ใช้บังคับให้ถือว่าเป็นผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายตามประกาศนี้ด้วย

ข้อ ๑๐ ให้เลขาธิการเป็นผู้รักษาการและมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติ ตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

ชื่อหน่วยรับคำร้อง

วันที่รับคำร้อง

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ สัทธิรักษาพยาบาล 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 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร โดยได้แนบ

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

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

คำแนะนำ

1. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือ ทายาท ผู้อุปการะ(กรณีไม่มีทายาท)ที่ให้การช่วยเหลือ
แก่ผู้ถูกหรือดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ
2. สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่
3. ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง ภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย
4. หน่วยงานที่แจ้งผลการพิจารณา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่ ที่รับผิดชอบพื้นที่
จังหวัดที่เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 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

ทะเบียนตรวจสอบเอกสาร (Check list)

การยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 หรือโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019(COVID-19)) พื้นที่เขต 11 สุราษฎร์ธานี

ชื่อ-สกุล (ผู้เสียหาย)..... เลขที่บัตรประชาชน.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ซอย.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์ตนเอง..... เบอร์โทรศัพท์ของญาติ..... ID Line.....
หน่วยบริการที่ผู้รับบริการเข้ารับการฉีดวัคซีนได้รับความเสียหาย..... วันที่.....
วันที่ เวลา ที่มีอาการแสดงของความเสียหาย วันที่..... เวลา.....

รายละเอียดเอกสาร	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
เอกสารประกอบการยื่นคำร้องเบื้องต้น (เอกสารฉบับสำเนา ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกแผ่น)			
1. แบบฟอร์มการยื่นคำร้องฯ กรอกรายละเอียดครบทุกช่องอย่างละเอียดเข้าใจง่าย (เอกสารชุดที่ 1)			
2. สำเนาบัตรประชาชนหรือสูติบัตรของผู้ได้รับความเสียหาย			
3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นคำร้องแทนผู้ได้รับความเสียหาย (กรณีผู้ได้รับความเสียหายเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวร)			
4. สำเนาแบบสอบถามอาการภายหลังการได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI2)			
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารของผู้เสียหาย			
6. กรณีผู้รับบริการเสียชีวิต			
6.1 สำเนาใบมรณะบัตร			
6.2 สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์			
6.3 สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารของผู้รับผลประโยชน์			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเอกสารที่เขียนคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019(COVID-19)) มีความถูกต้อง ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่ หน่วยบริการ หรือ สสจ. หรือ สปสช.เขต ที่รับคำร้อง เท่านั้น

เอกสารถูกต้อง ครบถ้วน เอกสารไม่ครบ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร
(.....)

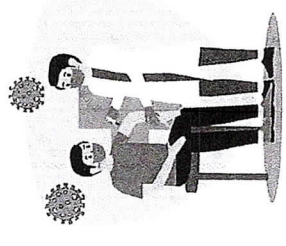
ที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ: กรุณาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนเอกสารประกอบการยื่นคำร้อง เพื่อสิทธิประโยชน์ของผู้เสียหาย

หากมีข้อสงสัยติดต่อ:

- 1.นางสาวบุญเรือง ปลอดภัย โทร 062-6020090 , ID Line : plodpai999 อีเมล boonrueang.p@nhso.go.th
2.นางสาวกฤษณา คงเกล้า โทร 092-2482624 , ID Line : ..nung.. อีเมล kritsana.k@nhso.go.th
3.นางสาวภัทราวดี เฉลิมเริ่ม โทร 098-2797663, ID Line : bhinmnnn, อีเมล pattarawadee.c@nsho.go.th

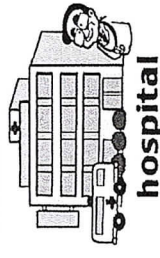
ขั้นตอนการเบิกจ่ายกรณีขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีความเสียหายที่เกิดจากการระบาดขึ้นป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19))



ผู้รับวัคซีนตามแผนงาน โครงการ หรือ กิจกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแล้วได้รับความเสียหาย



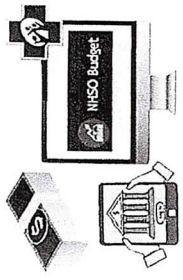
ผู้รับบริการ / ทายาท / ผู้มีอุปการะ / หน่วยงานที่ให้บริการ เขียนคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือตามแบบฟอร์ม พร้อมเอกสารประกอบ



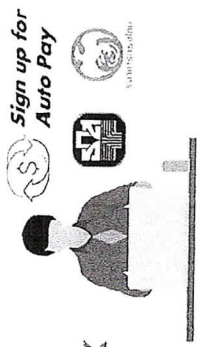
ยื่นหรือส่งคำร้องได้ที่หน่วยบริการ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สสส. สาขาเขตพื้นที่



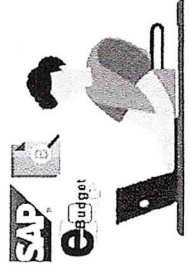
คณะกรรมการระดับเขตพื้นที่ มีมติจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น



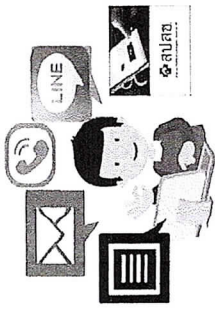
Online Banking
สสส.เขต ดูข้อมูลการโอนเงินผ่าน Website
<https://ucapps1.nhso.go.th/budgetreport/>



ผู้บริการอนุมัติการโอนเงินผ่านระบบธนาคาร Online



สสส.ดำเนินการตรวจสอบเอกสารและบันทึกตัดงบประมาณในระบบ e-Budget บันทึกรายการบัญชีในระบบ SAP ประมวลผลผลการจ่ายเงิน Auto Payment
จัดทำหนังสือขออนุมัติโอนเงินเสนอผู้บริหาร



1. สสส.เขต จัดทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณา วินิจฉัยให้ผู้ยื่นคำร้องทราบ
2. สสส.เขต จัดส่งเอกสารให้ สสส. ดังนี้
1) หนังสือขอเบิกเงินระบบ ชื่อ-สกุลผู้รับเงิน และจำนวนเงินที่ขอเบิก (ไม่ผ่านระบบ e-Form) รหัสงบประมาณ
2) แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
3) รายงานการประชุมคณะกรรมการฯ
4) หลักฐานของผู้รับเงิน ได้แก่ สำเนาบัตร ปชช. สำเนาหนังสือมอบอำนาจ
ทั้งนี้ ให้ส่งเป็น File เอกสารก่อน ทาง LINE หรือ Mail แล้วค่อยส่งฉบับจริงให้ สสส.

ระยะเวลาการโอนเงินภายใน 5 วัน หลังการประชุมของคณะกรรมการฯ (สสส.เขต = 2 วัน / สสส.+ผู้บริหาร+ธนาคาร = 3 วัน)