

## แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ชื่อหน่วยรับคำร้อง.....

วันที่ยื่นคำร้อง.....

### ๑. รายละเอียดของผู้ให้บริการ

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ ปฏิบัติในหน่วยบริการ (ระบุชื่อ).....

๑.๔ ตำแหน่ง.....

ลักษณะงานที่รับผิดชอบ (ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ).....

๑.๕ วันที่ทราบถึงความเสียหาย.....

๑.๖ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....

### ๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ ชื่อ-สกุล.....

๒.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ.....

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....

### ๓. รายละเอียดข้อมูลของผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหายและความเสียหายที่เกิดขึ้น

๓.๑ ชื่อ-สกุล ผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย.....

๓.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๓.๓ สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการ ☐ สิทธิบัตรทอง ☐ สิทธิข้าราชการ อปท.

๓.๔ เหตุที่และความเสียหายที่เกิดขึ้น (ระบุเหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยลำดับเหตุการณ์และรายละเอียดความเสียหายที่ได้รับอย่างชัดเจน กรณีมีบาดแผล ให้ระบุลักษณะบาดแผล พร้อมภาพสีประกอบ เช่น รอยฟกช้ำ ตำแหน่งบาดแผล ระบุวันสัมผัสกับผู้ป่วย และวันที่ยื่นยื่นการติดต่อ ทั้งนี้ Timeline ต้องสอดคล้องกับเวชระเบียนและตารางเวร การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว ภาวะแทรกซ้อน หรือผลข้างเคียงจากยาที่รับประทาน) สามารถพิมพ์หรือเขียนเพิ่มเติมแนบประกอบได้

หมายเหตุ : ข้อความใดที่เป็นเท็จมีความผิดทางกฎหมาย

#### ๔. เอกสารหลักฐานในการยื่นคำร้องกรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

| ลำดับ | รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบคำร้อง                                                                                                                                                                                                                       |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๑     | สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ให้บริการ                                                                                                                                                                                                                |
| ๒     | สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำร้อง/ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย                                                                                                                                                                              |
| ๓     | สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ และสำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ ในช่วงเวลาที่เป็นเหตุให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย ได้แก่ OPD Card และ Discharge Summary และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล CT Scan ผล MRI หรือผลการตรวจอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) |
| ๔     | ใบรับรองแพทย์ของผู้ให้บริการหรือความเห็นของแพทย์ที่ระบุถึงความจำเป็นในการหยุดพักงาน                                                                                                                                                                    |
| ๕     | ใบตรวจสอบสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการ กรณีเป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                                                                                                                                                         |
| ๖     | ใบรายงานการติดเชื้อ/รายงานการเกิดโรค/รายงานอุบัติเหตุจากการทำงาน/รายงานการสอบสวนโรค/บันทึกรายงานเหตุการณ์ แล้วแต่กรณี                                                                                                                                  |
| ๗     | ภาพถ่ายที่แสดงถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น (ถ้ามี)                                                                                                                                                                                                        |
| ๘     | หลักฐานการปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่เกิดเหตุ ได้แก่ ตารางเวร หรือบันทึกรับรองการขึ้นปฏิบัติการ                                                                                                                                                            |
| ๙     | หนังสือคำสั่งจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยบริการ ซึ่งมอบหมายภารกิจหรือหน้าที่ให้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กรณี อสม. เท่านั้น)                                                                                   |
| ๑๐    | หนังสือส่งตัวนักศึกษาจากสถานศึกษาต้นสังกัด เพื่อเข้ารับการฝึกประสบการณ์วิชาชีพหรือฝึกปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กรณีนักศึกษาฝึกงานเท่านั้น)                                                                  |

จึงเรียนมาเพื่อขอรับความช่วยเหลือตามระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข และขอยืนยันว่าข้อมูลทุกประการเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง  
(.....)

#### ๕. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามีการมอบอำนาจ)

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล).....  
ซึ่งเป็น (☐ ผู้รับบริการ ☐ ทายาท) ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ ขอมอบอำนาจให้ (ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ).....เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมาย  
แทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการ  
ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้  
เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

## ๖.รายละเอียดของพยานผู้อยู่ในเหตุการณ์ (ต้องระบุและกรอกด้วยลายมือพยาน)

พยานคนที่ ๑. รายละเอียดของพยานผู้อยู่ในเหตุการณ์

๑. ชื่อ-สกุล.....

๒. ตำแหน่งและหน้าที่รับผิดชอบ.....

๓. ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ (ระบุชื่อ).....

๔. ความเกี่ยวข้องในเหตุการณ์ (บรรยายเหตุการณ์)

.....

.....

.....

.....

.....

๕. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก เลขที่.....หมู่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

๖. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริง

ลงชื่อ .....พยานผู้อยู่ในเหตุการณ์

(.....)

วันที่ ...../...../.....

พยานคนที่ ๒. รายละเอียดของพยานผู้อยู่ในเหตุการณ์

๑. ชื่อ-สกุล.....

๒. ตำแหน่งและหน้าที่รับผิดชอบ.....

๓. ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ (ระบุชื่อ).....

๔. ความเกี่ยวข้องในเหตุการณ์(บรรยายเหตุการณ์)

.....

.....

.....

.....

.....

๕. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก เลขที่.....หมู่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

๖. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริง

ลงชื่อ .....พยานผู้อยู่ในเหตุการณ์

(.....)

วันที่ ...../...../.....

\*\*หมายเหตุ ๑. ควรมีพยานอย่างน้อย ๑ คน

๒. ข้อความใดที่เป็นเท็จมีความผิดทางกฎหมาย

**แนวปฏิบัติการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พื้นที่จังหวัดลำปาง (มาตรา ๑๘) ดังนี้**

๑. กรณีได้รับความเสียหายให้แพทย์ที่ทำการรักษายืนยันว่าการเจ็บป่วยคงที่แล้วหายเป็นปกติหรือสิ้นสุดกระบวนการรักษาแล้ว ให้ดำเนินการยื่นคำร้องฯ ภายในระยะเวลาไม่เกิน ๑ ปี นับจากวันที่รับทราบความเสียหาย

๑.๑ กรณีป่วยเป็นวัณโรค ผู้เสียหายติดเชื้อวัณโรค จากการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง/UC) เท่านั้น โดยต้องรักษาครบ ๖ เดือนก่อน หรือเสร็จสิ้นกระบวนการรักษา หรือ แพทย์ยืนยันอาการคงที่แล้ว ให้ดำเนินการยื่นคำร้อง

๑.๒ กรณีป่วยเป็นโรคโควิด ๑๙ ต้องแนบหลักฐานสำเนาผลการสอบสวนโรคของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส โควิด ๒๐๑๙ ที่เจ้าหน้าที่ทางระบาดวิทยาสอบสวนโรคเสร็จเรียบร้อยแล้ว ต้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมทั้งระบุรายละเอียดข้อมูลการรักษา, ภาพถ่าย X-ray ปอด และความเสียหายที่เกิดขึ้น ยื่นคำร้องเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการรักษาแล้วหรือแพทย์ยืนยันอาการคงที่แล้ว

๑.๓ กรณีพิการหรือสูญเสียอวัยวะ นับจากวันที่หน่วยงานของรัฐออกบัตรคนพิการหรือวันที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญออกเอกสารยืนยันระบุประเภทความพิการให้ผู้เสียหายแล้ว

๑.๔ กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวร นับจากวันที่ผู้เสียหายเสียชีวิตและมีหลักฐานยืนยัน หรือวันที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญออกเอกสารยืนยันระบุเป็นผู้ป่วยทุพพลภาพถาวร

๒. กรณีได้รับความเสียหายจากสาเหตุ การถูกเข็มที่ใช้กับผู้ป่วยตำ ถูกของมีคมในการทำหัตถการผู้ป่วย ถูกผู้ป่วยกัด ทำให้ผู้เสียหายสัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย HIV, HBV ต้องมีผลเลือดของผู้เสียหายยืนยันอย่างน้อย ๓ ครั้ง จึงยื่นคำร้อง เนื่องจากคณะกรรมการต้องการพิทักษ์สิทธิของผู้เสียหายให้ได้รับความเป็นธรรมในการพิจารณาคำร้อง หากมีความเสียหายจากเหตุการณ์เดิมเพิ่มภายหลังจากอนุกรรมการพิจารณาแล้วเสร็จไม่สามารถยื่นคำร้องเพื่อให้อนุกรรมการพิจารณาใหม่ได้

๓. เอกสารการยื่นคำร้องฯ ต้องยื่นพร้อมเอกสารประกอบถูกต้อง ครบถ้วนแล้ว

๓.๑ กรณีเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานตรวจส่งเอกสาร ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบ และรวบรวมส่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ เชียงใหม่

๓.๒ กรณีบุคลากร รพ.สต.ถ่ายโอน ส่งคำร้องที่ กองสาธารณสุขของค์การบริหารส่วนจังหวัด และ ส่งมาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบ และรวบรวมส่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ เชียงใหม่ ขอความร่วมมือผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน ก่อนส่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสิทธิประโยชน์ของผู้เสียหาย

๔. กรณีคำร้องของผู้เสียหายแต่ละรายได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ ระดับเขต มีมติจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์ สปสช.ทำการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของหน่วยบริการ และมีหนังสือแจ้งผู้ได้รับความเสียหาย

๕. กรณีผู้ที่ได้รับความเสียหาย/ทนาย หากไม่พอใจผลการพิจารณาของคณะกรรมการฯ ระดับเขต สามารถยื่นเอกสารขออุทธรณ์ได้ภายใน ๓๐ วันนับตั้งแต่วันที่รับทราบผลการพิจารณา (นับวันที่รับเอกสารจากไปรษณีย์) กรอกข้อมูลส่งมาที่ สปสช. เขต ๑ เชียงใหม่ ดำเนินการส่งเอกสารให้ คณะอนุกรรมการอุทธรณ์ส่วนกลาง ดำเนินการพิจารณาต่อไป

๖. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาคำร้องของผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีผู้รับบริการใช้ สิทธิการรักษาอื่นให้ส่งคำร้องไปที่สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ เสนออนุกลั่นกรอกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

๗. ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ผู้รับผิดชอบงาน: นางจุฑามาศ คำเครื่อง โทรศัพท์ ๐๕๔-๒๓๑๓๖๓