

ที่ สปสช. 5.37/ว. ๕๐๔

๑๑ พฤศจิกายน 2562

เรื่อง ทบทวนแนวทางการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และ โรงพยาบาล ทุกแห่ง

|                  |  |       |   |      |
|------------------|--|-------|---|------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | (1) แนวทางปฏิบัติและขั้นตอนการยื่นคำร้องฯ            | จำนวน | 1 | หน้า |
|                  | (2) แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น         | จำนวน | 2 | หน้า |
|                  | (3) ตัวอย่างแบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น | จำนวน | 2 | หน้า |
|                  | (4) แบบยื่นอุทธรณ์การขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น     | จำนวน | 1 | หน้า |
|                  | (5) แนวทางการตรวจสอบเอกสาร                           | จำนวน | 1 | หน้า |

ด้วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี ได้ดำเนินการพิจารณาคำร้องเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศภายใต้คำสั่งหัวหน้ารักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2559 กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน จัดการเก็บรักษาเงิน และรายการค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น โดยหมวดที่ 5 กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ นั้น

ในปัจจุบัน มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบและเกณฑ์ในการพิจารณา อีกทั้งการดำเนินการที่ผ่านมา ยังพบว่าเอกสารที่ยื่นมาไม่เพียงพอ ไม่ถูกต้อง และไม่ครบถ้วน หรือในการนับระยะเวลาและสถานที่ ยังคงคลาดเคลื่อน จึงอาจเป็นเหตุให้มีผลกระทบต่อพิจารณาของคณะกรรมการฯ ในการจ่ายเงิน ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน จึงขอซักซ้อมความเข้าใจ ดังต่อไปนี้

1) สถานที่และระยะเวลาการยื่น

1.1) ยื่นคำร้อง ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี หรือ หน่วยบริการซึ่งผู้ให้บริการปฏิบัติหน้าที่ ภายใน 1 ปีนับจากวันที่ทราบความเสียหาย (นับวันรุ่งขึ้นเป็นวันแรก)

1.2) ยื่นอุทธรณ์ ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใน 30 วันนับจากวันที่ทราบความเสียหาย (นับวันรุ่งขึ้นเป็นวันแรก)

2) ใช้แบบการยื่นคำร้องและแบบยื่นอุทธรณ์คำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ โดยต้องใช้แบบฉบับที่ 6 ปรับปรุงเดือนตุลาคม 2562 เท่านั้น หากใช้เอกสารไม่ถูกต้อง สปสช.เขต 5 ราชบุรี จะขอส่งเอกสารกลับคืนให้แก่ผู้ยื่นคำร้องโดยไม่เสียสิทธิ์ การกรอกข้อมูลในแบบยื่นคำร้องเพื่อความชัดเจนควรใช้การพิมพ์

ทั้งนี้ แนวทางในข้อ 2) เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2562 เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง  
3) สามารถศึกษารายละเอียดและค้นหาเอกสารประกอบการยื่นได้ที่หน้าเว็บไซต์ สปสช.เขต 5  
ราชบุรี ที่ ช่องทาง chrome : <http://ratchaburi.nhso.go.th/> ⇨ บริการข้อมูล ⇨ ชตเซยผู้ให้บริการได้รับ  
ความเสียหาย

4) บทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการต้องดำเนินการ ดังนี้

4.1) สปสช.กลาง จะโอนเงินเข้าบัญชีเงินบำรุงหน่วยบริการ และให้นำเข้าบัญชีเงินรับฝาก  
ของหน่วยบริการ เพื่อรอจ่ายให้ผู้ให้บริการหรือทายาท

4.2) แจ้งผู้ให้บริการหรือทายาทที่ได้รับความเสียหายให้มารับเงินช่วยเหลือ ภายใน 15  
วันทำการ นับแต่วันที่ได้รับหนังสือการโอน จาก สปสช.เขต 5 ราชบุรี

4.3) เก็บหลักฐานการจ่ายเงินไว้ที่หน่วยบริการ เพื่อการตรวจสอบ

4.4) ส่งสำเนาใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.เขต 5 ราชบุรี ภายใน 7 วันทำการนับจากวันที่  
จ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการหรือทายาท

4.5) ภายใน 1 ปีนับแต่วันที่หน่วยบริการมีหนังสือแจ้งผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายฯ  
หากไม่มารับเงิน ให้หน่วยบริการคืนเงินจำนวนดังกล่าวให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายคณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี

กลุ่มภารกิจคุ้มครองสิทธิและการมีส่วนร่วม

โทร 0-3233-2590-2 ต่อ 5406 โทรสาร 0-3233-2593

ผู้รับผิดชอบงาน นางจันทนา พิณทิพย์ มือถือ 084-7512554

E-mail : [juntana.p@nhso.go.th](mailto:juntana.p@nhso.go.th)

ID line : juntana.p

ผู้ให้บริการหรือทายาทยื่นคำร้อง ยื่นได้ 2 ช่องทาง

๑. ยื่นที่โรงพยาบาล

1. รับคำร้อง **ข้อควรระวัง** โรงพยาบาล ต้องรับเรื่องไว้และดำเนินการตามขั้นตอน จนถึงกระบวนการพิจารณา ห้ามปฏิเสธไม่รับคำร้อง
2. ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น ดังนี้
  - 2.1 ระยะเวลายังไม่เกิน 1 ปี นับจากทราบความเสียหาย
  - 2.2 ผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหายเป็นเป็นผู้มีสิทธิบัตรทอง หรือสิทธิพนักงานท้องถิ่น ในช่วงที่มารักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย
  - 2.3 ตรวจสอบความครบถ้วนของการกรอกแบบยื่นคำร้อง (สามารถดูจากตัวอย่าง)
  - 2.4 เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. การตรวจสอบเอกสาร ที่ต้องประกอบการยื่น
  - 3.1 เวชระเบียน ผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย เฉพาะช่วงเวลาที่เกิดความเสียหาย
  - 3.2 บัตรประจำตัวประชาชนและบัตรข้าราชการหรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของผู้ให้บริการ
  - 3.3 ใบตรวจสอบประวัติการใช้สิทธิบัตรทอง ณ ช่วงวันที่ทำให้เกิดความเสียหาย
  - 3.4 เอกสารอื่นที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ยื่น เช่น ใบรับรองแพทย์ พิล์มหรือแผ่นซีดีเอกซเรย์ปอดกรณีติดเชื้อวัณโรค โบล่า เป็นต้น
  - 3.5 ใช้แบบยื่นคำร้องและกรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วน
  - 3.6 เมื่อเอกสารครบถ้วน ดำเนินการส่งคำร้องไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี โดยเร็ว

๑. ยื่นที่ สปสช.เขต 5 ราชบุรี ส่งทางไปรษณีย์

1. ผู้ยื่นตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น ดังนี้
  - 1.1 ระยะเวลายังไม่เกิน 1 ปี นับจากทราบความเสียหาย
  - 1.2 ผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหายเป็นเป็นผู้มีสิทธิบัตรทอง หรือสิทธิพนักงานท้องถิ่น ในช่วงที่มารักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย
  - 1.3 ตรวจสอบความครบถ้วนของการกรอกแบบยื่นคำร้อง (สามารถดูจากตัวอย่าง)
  - 1.4 เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. การตรวจสอบเอกสาร ที่ต้องประกอบการยื่น
  - 2.1 เวชระเบียน ผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย เฉพาะช่วงเวลาที่เกิดความเสียหาย
  - 2.2 บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ ของผู้ให้บริการ
  - 2.3 ใบตรวจสอบประวัติการใช้สิทธิบัตรทอง ณ ช่วงวันที่ทำให้เกิดความเสียหาย
  - 2.4 เอกสารอื่นที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ยื่น เช่น ใบรับรองแพทย์ พิล์มหรือแผ่นซีดีเอกซเรย์ปอดกรณีติดเชื้อวัณโรค โบล่า เป็นต้น
  - 2.5 ใช้แบบยื่นคำร้องและกรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วน
  - 2.6 เมื่อเอกสารครบถ้วน ดำเนินการส่งคำร้องไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี โดยเร็ว

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี ดำเนินการ

1. รับคำร้อง จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ หน่วยบริการ หรือ ผู้ให้บริการโดยตรง
2. ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ความครบถ้วน/ถูกต้อง
  - 2.1 กรณีครบถ้วน/ถูกต้อง ดำเนินการเสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณาคำร้อง
  - 2.2 กรณีไม่ครบ/ไม่ถูกต้อง ส่งเอกสารกลับ เพื่อแก้ไขเพิ่มเติม และนำพิจารณาในเดือนถัดไป (ผู้ให้บริการไม่เสียสิทธิ)
3. เสนอคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณาคำร้อง
4. กรณีพิจารณาแล้วได้รับเงิน เขตดำเนินการโอนเงินชดเชยให้หน่วยบริการที่ผู้ยื่นปฏิบัติงาน (โรงพยาบาล) กรณีผู้ให้บริการที่เสียหายปฏิบัติงานที่ รพ.สต. จะโอนไปที่โรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP)
5. แจ้งผลกลับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยบริการ และผู้ยื่นคำร้อง

หน่วยบริการ(โรงพยาบาลแม่ข่าย) ดำเนินการ

1. สปสช.กลาง จะโอนเงินเข้าบัญชีเงินบำรุงหน่วยบริการ และให้นำเข้าบัญชีเงินรับฝากของหน่วยบริการ เพื่อรอจ่ายให้ผู้ให้บริการหรือทายาท
2. แจ้งผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายภายใน 15 วันทำการ นับแต่วันที่ได้รับหนังสือการโอน จาก สปสช.เขต 5 ราชบุรี
3. เก็บหลักฐานการจ่ายเงินไว้ที่หน่วยบริการ เพื่อการตรวจสอบ
4. ส่งสำเนาใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.เขต 5 ราชบุรี ภายใน 7 วันทำการนับจากวันที่จ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ
5. ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่หน่วยบริการมีหนังสือแจ้งผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายฯ หากไม่มารับเงิน ให้หน่วยบริการคืนเงินจำนวนดังกล่าวให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

# แนวทางการตรวจสอบการยื่นพิจารณาขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

## “กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย”

### 1. แบบยื่นคำร้อง

#### สิ่งที่ต้องตรวจสอบ

1.1 ใช้แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ฉบับที่ 6 ปรับปรุงเดือนตุลาคม 2562

1.2 ตรวจสอบความครบถ้วน : ต้องมีครบทุกข้อ ยกเว้น ข้อ 2 กรณีผู้ยื่นคำร้องเป็นบุคคลเดียวกับผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย ไม่ต้องกรอก

1.3 ตรวจสอบความถูกต้อง : โดยสามารถดูรายละเอียดการกรอกได้จากตัวอย่างการเขียนแบบการยื่นคำร้อง ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการ ในหน้าเว็บไซต์ <https://ratchaburi.nhso.go.th/FrontEnd/index.aspx> → บริการข้อมูล → ขดเซย์ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย → ตัวอย่างการเขียนแบบการยื่นคำร้อง

1.4 ตรวจสอบความชัดเจน : แบบยื่นคำร้องต้องเขียนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

### 2. เอกสารประกอบการยื่นคำร้อง

#### 2.1 ส่วนของผู้ให้บริการ เช่น

- 1) สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ(ช่วงที่ได้รับความเสียหาย)
- 2) สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ให้บริการ เช่น บัตรประชาชน หรือ บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่
- 3) ใบรับรองแพทย์ของผู้ให้บริการ
- 4) แผ่นฟิล์ม หรือ ซีดี ผลการเอกซเรย์ปอด กรณีติดเชื้อวัณโรค
- 5) ใบแจ้งความ : กรณีเกิดอุบัติเหตุ
- 6) ภาพถ่ายบาดแผล : กรณีถูกทำร้าย
- 7) ใบรับรองว่าเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุข : กรณีไม่ใช่เป็นผู้ให้บริการโดยตรง
- 8) เอกสารบรรยายความเสียหาย (กรณีต้องการบรรยายเพิ่มเติมในข้อ ๓.๒)
- 9) เอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารมอบหมายให้ปฏิบัติงาน(ตารางเวร) เป็นต้น
- 10) เอกสารหรือหลักฐานแสดงรายละเอียดข้อมูลที่อาจเป็นประโยชน์ต่อการพิจารณา

#### 2.2 ส่วนของผู้รับบริการ เช่น

- สำเนาเวชระเบียน ในช่วงที่ได้มารับบริการและทำให้ผู้ให้ได้รับความเสียหาย
- ใบตรวจสอบประวัติการเปลี่ยนแปลงสิทธิของผู้รับบริการ

3. สิ่งที่ต้องพิจารณาเพื่อประโยชน์ของผู้ให้บริการ คือ เมื่อเกิดความเสียหาย ควรยื่นหลังจากทราบผลตรวจการรักษาครั้งสุดท้ายหรือจนสิ้นสุดการรักษาพยาบาล แต่ต้องไม่เกิน 1 ปีนับแต่วันที่ทราบความเสียหาย เนื่องจากจะสามารถยื่นคำร้องได้เพียงครั้งเดียวจากการเกิดความเสียหายในคราวเดียวกัน ได้แก่

- กรณีให้บริการผู้ติดเชื้อ HIV
- กรณีให้บริการและติดเชื้อวัณโรค
- กรณีให้บริการและบาดเจ็บ ซึ่งอาจมีภาวะแทรกซ้อนภายหลัง

แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น  
กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย

สถานที่ยื่นคำร้อง.....

วันที่เขียนคำร้อง.....

วันที่ยื่นคำร้อง .....

๑. ข้อมูลของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย

๑.๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๒ ชื่อ - สกุล.....

อายุ ..... ปี เพศ  ชาย  หญิง

๑.๓ ชื่อหน่วยบริการที่ปฏิบัติงาน( รพ.สต./ รพ.)..... จังหวัด.....

๑.๔ ตำแหน่ง.....แผนกที่ปฏิบัติงาน.....

ลักษณะงานที่รับผิดชอบ (ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ) .....

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก .....

.....โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๒. ข้อมูลของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๒.๒ ชื่อ - สกุล.....

อายุ ..... ปี เพศ  ชาย  หญิง

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ  คู่สมรส  บิดา/มารดา  บุตร  อื่นๆ

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก .....

.....โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๓. ข้อมูลความเสียหาย

๓.๑ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น .....

๓.๒ เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์ และความเสียหายต่าง ๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามี บาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล).....

.....

๓.๓ ผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ.....

๓.๔ การวินิจฉัย.....

๓.๕ การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัวหรือระยะเวลาในการรับประทานยา.....

๓.๖ ภาวะหรืออาการแทรกซ้อนจากการรับประทานยา.....

๓.๗ ผลกระทบจากความเสียหาย.....

๔. ข้อมูลของผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย

๔.๑ ความเสียหายเกิดจากผู้รับบริการ ๑ ราย

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ชื่อ - สกุล.....

อายุ ..... ปี เพศ  ชาย  หญิง

การวินิจฉัยโรค.....

สิทธิในการรับบริการ  ประกันสุขภาพ  พนักงานท้องถิ่น  ชำรชากร  อื่นๆ(ระบุ).....

๔.๒ ความเสียหายเกิดจากผู้รับบริการมากกว่า ๑ ราย

รายชื่อ ๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ชื่อ - สกุล.....

อายุ ..... ปี เพศ  ชาย  หญิง

การวินิจฉัยโรค.....

สิทธิในการรับบริการ  ประกันสุขภาพ  พนักงานท้องถิ่น  ชำรชากร  อื่นๆ(ระบุ).....

รายชื่อ ๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ชื่อ - สกุล.....

อายุ ..... ปี เพศ  ชาย  หญิง

การวินิจฉัยโรค.....

สิทธิในการรับบริการ  ประกันสุขภาพ  พนักงานท้องถิ่น  ข้าราชการ  อื่นๆ(ระบุ).....

๕. เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นมาพร้อมกับคำร้อง ส่วนของผู้ให้บริการที่เสียหาย

- ๕.๑ สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ(ช่วงที่ได้รับ ความเสียหาย)
- ๕.๒ สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ให้บริการ เช่น บัตรประชาชน หรือ บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่
- ๕.๓ ใบรับรองแพทย์ของผู้ให้บริการ
- ๕.๔ แผ่นฟิล์ม หรือ ซีดี ผลการเอกซเรย์ปอด กรณีติดเชื้อวัณโรค
- ๕.๕ ใบแจ้งความ : กรณีเกิดอุบัติเหตุ
- ๕.๖ ภาพถ่ายบาดแผล : กรณีถูกทำร้าย
- ๕.๗ ใบรับรองว่าเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุข : กรณีไม่ใช่เป็นผู้ให้บริการโดยตรง
- ๕.๘ เอกสารบรรยายความเสียหาย (กรณีต้องการบรรยายเพิ่มเติมในข้อ ๓.๒)
- ๕.๙ เอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น
  - ๕.๙.๑ เอกสารมอบหมายให้ปฏิบัติงาน(ตารางเวร)
  - ๕.๙.๒ อื่น ๆ (ระบุ).....

๖. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง ส่วนของผู้รับบริการที่มารับบริการและทำให้เสียหาย

- ๖.๑ ใบตรวจสอบประวัติการเปลี่ยนแปลงสิทธิของผู้รับบริการ
- ๖.๒ สำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ (ช่วงที่มารับบริการและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำร้อง  
(.....)

แบบยื่นคำร้องอุทธรณ์ขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น  
กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย

\*\*\*\*\*

ชื่อหน่วยรับคำร้อง .....

วันที่ยื่นคำร้อง.....

วันที่ยื่นคำร้อง .....

๑. รายละเอียดของผู้ให้บริการ

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๓.๑ ชื่อ - สกุล .....

๓.๒ เลขที่บัตรประชาชน

๓.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๓.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๓. เหตุผลในการยื่นคำร้องอุทธรณ์

๒.๑ วันที่ได้รับแจ้งผล .....

๒.๒ เหตุผลในการอุทธรณ์

(บรรยายเหตุผลที่ไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ)

.....

.....

.....

.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้องอุทธรณ์ (ต้องการเสนอเพิ่มเติม)

.....

.....

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำร้องอุทธรณ์

(.....)



“ตัวอย่างการเขียนคำร้อง”  
แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น  
กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย

ชื่อหน่วยรับคำร้อง ...โรงพยาบาลราชบุรี (กรณียื่นที่หน่วยบริการตนเอง)  
วันที่เขียนคำร้อง.1 กค 2552.(ใส่วันที่เขียนซึ่งไม่นับเป็นวันยื่นคำร้อง)...  
วันที่ยื่นคำร้อง ...5 ส.ค.2552...(สปสข.เขต/หน่วยบริการ เป็นผู้ลงวันที่ตาม  
หนังสือรับของงานสารบรรณ หรือหากส่งทางไปรษณีย์ ใช้วันประทับตราทางไปรษณีย์  
พร้อมแนบซอง)

๑. ข้อมูลของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย

๑.๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๒ ชื่อ - สกุลนางสุดสวย สะอาดจัง.....

อายุ . 50..... ปี เพศ  ชาย  หญิง

๑.๓ ชื่อหน่วยบริการที่ปฏิบัติงาน( รพ.สต./ รพ.).....ราชบุรี..... จังหวัด.....ราชบุรี.

๑.๔ ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....แผนกที่ปฏิบัติงาน....อายุรกรรมหญิง.....

ลักษณะงานที่รับผิดชอบ (ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ) คือ ให้บริการซักประวัติผู้รับบริการ ทำหัตถการ  
และ งานด้านอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....(เป็นที่อยู่ที่สามารถส่งจดหมายและมีผู้รับ เนื่องจาก สปสข.เขต จะส่ง  
หนังสือไปเป็นจดหมายตอบรับ หากไม่มีผู้รับจดหมายจะตีกลับทันที).....

.โทรศัพท์...081-570-0000 (ควรใส่มือถือด้วย เพราะอาจต้องสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม) โทรสาร .....

๒. ข้อมูลของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๒.๒ ชื่อ - สกุล.....

อายุ ..... ปี เพศ  ชาย  หญิง

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ  คู่สมรส  บิดา/มารดา  บุตร  อื่นๆ

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก .....

.....โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๓. ข้อมูลความเสียหาย

๓.๑ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น ... (เป็นวันที่รู้ตัวว่าเสียหายจากการให้บริการและต้องมีเอกสารอ้างอิงมีวันที่ตรงกัน เช่น 1. ผลการตรวจ Lab 2.ผลการตรวจปรากฏในประวัติการรักษา 3.อื่น ๆ เป็นต้น).

๓.๒ เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์ และความเสียหายต่าง ๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามี บาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล(บรรยายถึงเหตุการณ์ และความเสียหายต่าง ๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามี บาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัวและ เพื่อความชัดเจนควรเป็นการพิมพ์).....

๓.๓ ผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ.....

๓.๔ การวินิจฉัย.....(วันโรคปอด).....

๓.๕ การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัวหรือระยะเวลาในการรับประชนยา.....  
.....(ใส่ระยะเวลาที่รักษา อาจอยู่ปรากฏในใบรับรองแพทย์).....

๓.๖ ภาวะหรืออาการแทรกซ้อนจากการรับประชนยา.....(บอกเล่าอาการ เช่น เวียนหัว คลื่นไส้ นอนไม่หลับ...มีผื่นตามตัว).....

๓.๗ ผลกระทบจากความเสียหาย...(ทำให้ขาดรายได้จากการอยู่นอกเวลา / เสียค่าเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลใน กทม./ บุตรติดเชื้อวัณโรค เป็นต้น) .....

#### ๔. ข้อมูลของผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย

๔.๑ ความเสียหายเกิดจากผู้รับบริการ ๑ ราย

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ชื่อ - สกุล.....

อายุ ..... ปี เพศ  ชาย  หญิง

การวินิจฉัยโรค.....

สิทธิในการรับบริการ  ประกันสุขภาพ  พนักงานท้องถิ่น  ข้าราชการ  อื่นๆ(ระบุ).....

๔.๒ ความเสียหายเกิดจากผู้รับบริการมากกว่า ๑ ราย

รายชื่อ ๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ชื่อ - สกุล.....

อายุ ..... ปี เพศ  ชาย  หญิง

การวินิจฉัยโรค.....

สิทธิในการรับบริการ  ประกันสุขภาพ  พนักงานท้องถิ่น  ข้าราชการ  อื่นๆ(ระบุ).....

รายชื่อ ๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ชื่อ - สกุล.....

อายุ ..... ปี เพศ  ชาย  หญิง

การวินิจฉัยโรค.....

สิทธิในการรับบริการ  ประกันสุขภาพ  พนักงานท้องถิ่น  ข้าราชการ  อื่นๆ(ระบุ).....

๕. เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นมาพร้อมกับคำร้อง ส่วนของผู้ให้บริการที่เสียหาย

- ๕.๑ สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ(ช่วงที่ได้รับความเสียหาย)
- ๕.๒ สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ให้บริการ เช่น บัตรประชาชน หรือ บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่
- ๕.๓ ใบรับรองแพทย์ของผู้ให้บริการ
- ๕.๔ แผ่นฟิล์ม หรือ ซีดี ผลการเอกซเรย์ปอด กรณีติดเชื้อวัณโรค
- ๕.๕ ใบแจ้งความ : กรณีเกิดอุบัติเหตุ
- ๕.๖ ภาพถ่ายบาดแผล ; กรณีถูกทำร้าย
- ๕.๗ ใบรับรองว่าเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุข ; กรณีไม่ใช่เป็นผู้ให้บริการโดยตรง
- ๕.๘ เอกสารบรรยายความเสียหาย (กรณีต้องการบรรยายเพิ่มเติมในข้อ ๓.๒)
- ๕.๙ เอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น
  - ๕.๙.๑ เอกสารมอบหมายให้ปฏิบัติงาน(ตารางเวร)
  - ๕.๙.๒ อื่น ๆ (ระบุ).....

๖. เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นมาพร้อมกับคำร้อง ส่วนของผู้รับบริการที่มาใช้บริการและทำให้เสียหาย

- ๖.๑ ใบตรวจสอบประวัติการเปลี่ยนแปลงสิทธิของผู้รับบริการ
- ๖.๒ สำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ (ช่วงที่มารักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)