



ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๗/ว ๒๕๖๒

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๖๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง แนวทางการดำเนินการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.๒๕๖๒)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง

อ้างถึง หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๗/ว ๓๓๘๗ ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางการดำเนินการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ (ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.๒๕๖๒) จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง ได้แจ้งแนวทางในการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ โดยคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เป็นผู้ทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยข้อเท็จจริงและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข จะพึงมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามระเบียบฯ หรือไม่ และพิจารณาจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่ควรได้รับ ซึ่งปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ดังกล่าวแล้ว ตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๓๐๔๗/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๔ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๑ และโดยที่คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๑ ภาระยะหนึ่ง ปรากฏว่ายังมีปัญหาอุปสรรค ในการวินิจฉัยบางประเด็น คณะกรรมการฯ จึงขอปรับปรุงแนวทางให้มีความชัดเจนและเป็นมาตรฐานมากขึ้นตามสิ่งที่ส่งมาด้วย นั้น

เพื่อให้การดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น มีความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้องตามเจตนารมณ์ของระเบียบฯ จึงมีการปรับลดขั้นตอนให้มีความกระชับมากขึ้น ตามแนวทางการดำเนินการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ (ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.๒๕๖๒) โดยให้ยกเลิกหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๗/ว ๓๓๘๗ ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๑ และใช้บังคับตามหนังสือฉบับนี้แทน ดังนี้

๑. การรายงานแจ้งเหตุ ให้รายงานต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น ไปยังหัวหน้าหน่วยบริการเมื่อหัวหน้าหน่วยบริการได้รับรายงาน ต้องรายงานต่อไปจนถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เนื่องจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดรับมอบอำนาจการปฏิบัติหน้าที่แทนปลัดกระทรวงสาธารณสุขในการรับรายงานแจ้งเหตุแล้วภายใน ๗ วัน กรณีติดเชื่อนับแต่วันที่ทราบผลการตรวจร่างกายและหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีนอกจากการติดเชื่อนับแต่วันที่ได้รับรายงานจากผู้ยื่นรายงานตามแต่กรณี

๒. การยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ให้ยื่นต่อหัวหน้าหน่วยบริการ ณ ที่เกิดเหตุภายใน ๑ ปี นับแต่วันที่ได้รับความเสียหาย ผ่านไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเมื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้พิจารณา ให้ความเห็นตามแบบฟอร์มที่กำหนดแล้ว ให้ส่งถึงสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรียนปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะส่งให้คณะกรรมการฯ พิจารณาวินิจฉัยต่อไป ทั้งนี้ คำร้องต้องส่งถึงปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่หัวหน้าหน่วยบริการได้รับคำร้อง

/๓. เพื่อไม่ให้...

๓. เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) ให้ยื่นขอรับความช่วยเหลือไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ส่วนสิทธิข้าราชการ ประกันสังคม หรือสิทธิอื่น เช่น ต่างด้าว ให้ยื่นไปยังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๔. ช่องทางการยื่นคำร้อง กำหนดไว้ดังนี้

- จัดส่งไฟล์สแกนเอกสารหนังสือพร้อมหลักฐานที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ได้ที่ moph.help@gmail.com

- จัดส่งต้นฉบับ (Paper) จดหมายลงทะเบียน (EMS) เรียบปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๕. กรณีคำร้องฯ ที่เอกสารหลักฐานข้อเท็จจริงไม่เพียงพอ หากไม่ได้รับความร่วมมือในการจัดส่งให้คณะกรรมการฯ พิจารณาวินิจฉัยได้ทัน จนเป็นเหตุให้เกินกำหนดระยะเวลาที่ระเบียบกำหนด คณะกรรมการฯ จะพิจารณาตามข้อเท็จจริงเท่าที่มี ซึ่งอาจส่งผลให้การพิจารณาทำให้ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายเสียหายสิทธิที่พึงจะได้รับ

จากสถิติการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องฯ ที่ผ่านมา มีข้อเสนอแนะแก่หน่วยบริการ ให้เพิ่มความตระหนักในการดูแลบุคลากรให้ปฏิบัติงานตามมาตรการป้องกันความเสี่ยง และมาตรฐานของการทำงานเป็นอันดับแรก โดยเฉพาะบุคลากรที่มีโอกาสเสี่ยงได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน แต่ไม่อาจได้รับความช่วยเหลือได้ตามระเบียบที่กำหนด เพื่อแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ ส่งผลต่อความปลอดภัยของบุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้สถิติการเกิดความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขลดลงได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องถือปฏิบัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายณรงค์ สายวงศ์)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติราชการแทน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๑๖

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๑๓

**แนวทางการดำเนินการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
แก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ
สาธารณสุข ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
(ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.2562)**

ตามที่คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ.2561 มาระยะหนึ่ง ปรากฏว่ายังมีปัญหาอุปสรรคในการวินิจฉัยบางประเด็น คณะกรรมการฯ จึงขอปรับปรุงแนวทางให้มีความชัดเจนและเป็นมาตรฐานมากขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนการดำเนินการให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ประกอบด้วย 2 ส่วน ที่สำคัญ ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การรายงานแจ้งเหตุต่อผู้บังคับบัญชาหรืออาจารย์ผู้ควบคุม

ขั้นตอนที่ 2 การยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ

การจัดส่งรายงานแจ้งเหตุฯ และการยื่นแบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ

1. รายงานแจ้งเหตุให้รายงานเป็นหนังสือต่อผู้บังคับบัญชาหรืออาจารย์ผู้ควบคุม แล้วแต่กรณี เพื่อให้ทราบเหตุ ความเสียหายที่เกิดขึ้น ทราบข้อเท็จจริงหรือพฤติการณ์แห่งความเสียหายนั้น โดยผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย เป็นผู้รายงานเหตุดังกล่าวด้วยตนเอง หากไม่สามารถยื่นรายงานเองได้ ให้คู่สมรส บุพการี หรือผู้สืบสันดาน แล้วแต่กรณี ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น เป็นผู้ยื่นรายงานดังกล่าวแทนได้ โดยใช้แบบรายงาน ความเสียหายต่อผู้บังคับบัญชา ซึ่งมี 2 แบบ คือ 1)กรณียื่นด้วยตนเอง และ 2)กรณียื่นแทน (*เอกสารแนบ 1*) ตามขั้นตอนที่ 1.1 และ 1.2 ในภาคผนวกแนบท้าย ตามแต่กรณี ทั้งนี้รายงานแจ้งเหตุที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขรับทราบเหตุแล้ว (นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดรับมอบอำนาจการปฏิบัติหน้าที่แทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ให้การรายงานดังกล่าวสมบูรณ์เมื่อยื่น รายงานไปถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดรับทราบ และให้เก็บรายงานฉบับสมบูรณ์ไว้ประกอบการยื่นคำร้องฯ ต่อไป

การรายงานแจ้งเหตุที่ไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่ระเบียบกำหนด อาจส่งผลให้คำร้องฯ ไม่ได้รับการพิจารณา เว้นแต่ คณะกรรมการเห็นว่าการยื่นรายงานนั้นมีเหตุจำเป็นอื่นโดยคณะกรรมการเห็นเอง หรือผู้ให้บริการสาธารณสุข มีคำขอ คณะกรรมการจะรับไว้พิจารณาก็ได้ ดังนั้น หากการยื่นคำร้องรายใด ไม่เป็นไปตามระยะเวลาการรายงานที่ระเบียบกำหนด จะต้อง มีคำขอ แสดงเหตุผลความจำเป็นแห่งการยื่นรายงานล่าช้านั้น ต่อคณะกรรมการ ทั้งนี้ การพิจารณาเหตุผลความจำเป็นของ คณะกรรมการถือเป็นที่สุด

2. การยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ให้ยื่นต่อหัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุข ณ ที่เกิดเหตุ ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ได้รับความเสียหาย โดยผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายเป็นผู้ยื่นคำร้องดังกล่าวด้วยตนเอง หรือหาก ไม่สามารถยื่นเองได้ ให้คู่สมรส บุพการี หรือผู้สืบสันดาน แล้วแต่กรณี ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น เป็นผู้ยื่นคำร้องดังกล่าวแทนได้ (*เอกสารแนบ 2*) ซึ่งต้องแนบเอกสารตามข้อ 1 (*เอกสารแนบ 1*) และแบบสรุปข้อเท็จจริง (*เอกสารแนบ 3*) พร้อมเอกสารหลักฐานตามที่กำหนดให้ครบถ้วนด้วย โดยการกรอกข้อมูลทุกแบบฟอร์มให้ใช้การพิมพ์ หรือหาก จำเป็นต้องเขียนด้วยลายมือจะต้องเป็นลายมือที่ชัดเจน อ่านง่าย เท่านั้น เนื่องจาก เป็นข้อมูลทางการแพทย์ อาจทำให้คำศัพท์ บางคำ คลาดเคลื่อน อาจเกิดปัญหาในการนำเสนอคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัย

เอกสารหลักฐานที่ครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว สามารถส่งไฟล์เอกสารสแกนทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ moph.help@gmail.com ภายในระยะเวลาที่กำหนด และให้ส่งเอกสารต้นฉบับทางไปรษณีย์ (EMS) หากไฟล์เอกสารสแกนครบถ้วนสมบูรณ์จะนับวันที่ส่งไฟล์เอกสารเป็นวันที่รับคำร้อง แต่หากไม่สมบูรณ์จะนับวันที่เอกสารต้นฉบับที่ส่งทางไปรษณีย์ถึงสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นวันที่รับคำร้อง ซึ่งอาจทำให้บางคำร้องที่ส่งไม่สมบูรณ์ล่าช้าเกินกำหนดระยะเวลาตามระเบียบ ดังนั้นจึงควรจัดส่งเอกสารให้ครบถ้วนในครั้งแรก

เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนของการขอรับความช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) ให้ยื่นขอรับความช่วยเหลือไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ส่วนสิทธิอื่นให้ยื่นไปยังปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ.2561

ให้หน่วยบริการดำเนินการตามหนังสือสั่งการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและแนวทางการดำเนินการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.2562) ตามรายละเอียดข้างต้น ทั้งนี้ตามที่ระเบียบกำหนด หากมีข้อสงสัยในการดำเนินการ ให้ประสานฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการฯ (กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ก่อนดำเนินการ เพื่อลดปัญหาความผิดพลาด รายละเอียดตามภาคผนวกแนบท้ายนี้

ภาคผนวก

ขั้นตอนที่ 1 การรายงานเป็นหนังสือแจ้งเหตุถึงผู้บังคับบัญชาหรืออาจารย์ผู้ควบคุม

1.1 การรายงาน (กรณีติดเชื้อ)

ผู้ยื่นรายงาน

STEP 1

ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย/คู่สมรส/บุพการี หรือผู้สืบสันดาน/ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้นเป็นผู้ยื่นรายงาน โดยรายงานเป็นหนังสือ ภายใน 72 ชั่วโมง นับแต่วันทราบเหตุหรือทราบความเสียหาย หากมีเหตุผลความจำเป็นที่ไม่สามารถรายงานเป็นหนังสือได้ทันที ให้รายงานโดยวาจาไปก่อน แล้วบันทึกการรายงานนั้นลงในหนังสือว่าได้รายงานใครไปเมื่อใด

- ผู้บังคับบัญชา
- ผู้ควบคุม

STEP 2

เมื่อผู้ควบคุมได้รับรายงานแล้ว รายงานต่อไปยังหัวหน้าหน่วยบริการ ภายใน 48 ชั่วโมง นับแต่ได้รับรายงาน

หัวหน้า
หน่วยบริการ

STEP 3

- 1.จัดให้มีการตรวจร่างกาย/ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทันที หรืออย่างช้า ภายใน 72 ชั่วโมง นับแต่ได้รับรายงาน
- 2.หากพบว่าติดเชื้อ ให้รายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น จนถึงปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ทราบผลการตรวจร่างกาย และหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการ

นายแพทย์
สาธารณสุข
จังหวัด

STEP 4

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รับรายงานแจ้งเหตุฯ

(นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รับมอบอำนาจการปฏิบัติหน้าที่แทนปลัดกระทรวง

สาธารณสุขในการรับรายงานแจ้งเหตุ) รายงานแจ้งเหตุที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขรับทราบเหตุแล้ว

ให้ถือว่าการรายงานดังกล่าวสมบูรณ์เมื่อยื่นรายงานไปถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดรับทราบ และให้ส่งต้นฉบับคืนหน่วยบริการเพื่อแนบประกอบการยื่นคำร้องฯ ต่อไป หาก สสจ. ประสงค์เก็บ ให้สำเนาไว้ได้

ขั้นตอนที่ 1 การรายงานเป็นหนังสือแจ้งเหตุถึงผู้บังคับบัญชาหรืออาจารย์ผู้ควบคุม

1.2 การรายงาน (กรณีนอกจากการติดเชื่อ)

ผู้ยื่นรายงาน

STEP 1

ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย/คู่สมรส/บุพการี หรือผู้สืบสันดาน/ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้นเป็นผู้ยื่นรายงาน โดยรายงานเป็นหนังสือ ภายใน 72 ชั่วโมง นับแต่วันทราบเหตุหรือทราบความเสียหาย หากมีเหตุผลความจำเป็นที่ไม่สามารถรายงานเป็นหนังสือได้ทันที ให้รายงานโดยวาจาไปก่อน แล้วบันทึกการรายงานนั้นลงในหนังสือว่าได้รายงานใครไปเมื่อใด

- ผู้บังคับบัญชา
- ผู้ควบคุม

STEP 2

เมื่อผู้ควบคุมได้รับรายงานแล้ว รายงานต่อไปยังหัวหน้าหน่วยบริการ ภายใน 48 ชั่วโมง นับแต่ได้รับรายงาน

หัวหน้า
หน่วยบริการ

STEP 3

หัวหน้าหน่วยบริการ รายงานข้อเท็จจริงหรือพฤติกรรมเกี่ยวกับการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุขต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น จนถึงปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับรายงาน

นายแพทย์
สาธารณสุข
จังหวัด

STEP 4

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รับรายงานแจ้งเหตุฯ

(นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รับมอบอำนาจการปฏิบัติหน้าที่แทนปลัดกระทรวงสาธารณสุขในการรับรายงานแจ้งเหตุฯ) รายงานแจ้งเหตุที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขรับทราบเหตุแล้ว ให้ถือว่ากรารายงานดังกล่าวสมบูรณ์เมื่อยื่นรายงานไปถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดรับทราบ และให้ส่งต้นฉบับคืนหน่วยบริการเพื่อแนบประกอบการยื่นคำร้องฯ ต่อไป หาก สสจ. ประสงค์เก็บ ให้สำเนาไว้ได้

ขั้นตอนที่ 2 การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ทั้ง 2 กรณี

(กรณีติดเชื้อ และ กรณีนอกจากการติดเชื้อ)

การยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ กรณีติดเชื้อ และกรณีนอกจากการติดเชื้อ ให้ยื่นคำร้องฯ ต่อหัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุข ณ ที่เกิดเหตุ ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ได้รับความเสียหาย โดยใช้แบบฟอร์มตามที่ระเบียบกำหนด (เอกสารแนบ 2) ซึ่งมี 3 แบบ แยกตามประเภทผู้ยื่นคำร้อง คือ

แบบที่ 1 ผู้ได้รับความเสียหาย เป็นผู้ยื่นเอง

แบบที่ 2 คู่สมรส, บุพการี, ผู้สืบสันดาน เป็นผู้ยื่นแทน และ

แบบที่ 3 ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น เป็นผู้ยื่นแทน

(เลือกใช้เพียงแบบเดียว ให้ตรงตามความจำเป็นในการยื่น โดยพิจารณาตามลำดับ เช่น หากเจ้าตัวยื่นเองได้ ให้พิจารณาเป็นอันดับแรก)

ผู้ยื่น

คำร้อง

1



ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย/คู่สมรส/บุพการี หรือผู้สืบสันดาน/ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น เป็นผู้ยื่นคำร้องฯ โดยกรอกแบบฟอร์มพร้อมแนบหลักฐานยื่นต่อหัวหน้าหน่วยบริการ ณ ที่เกิดเหตุ ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ได้รับความเสียหาย

หัวหน้า
หน่วย
บริการ

2



1. ตรวจสอบคุณสมบัติผู้ยื่น ตามแบบรายงานฯ แบบการยื่นคำร้องฯ แบบสรุปข้อเท็จจริง และหลักฐานต่างๆ ตามที่กำหนด หากไม่ครบถ้วนให้ทักท้วงไปยังผู้ยื่นคำร้องโดยเร็ว เพื่อให้จัดส่งทันระยะเวลาของระเบียบฯ
2. จัดส่งคำร้องพร้อมหลักฐานต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใน 15 วัน นับแต่ได้รับเรื่องโดยยื่นผ่าน สสจ. ที่สังกัดอยู่
3. แบบสรุปข้อเท็จจริง ให้มีการระบุสาเหตุ การระบุสิทธิของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความเสียหาย การแจ้งข้อมูลความรุนแรงที่ได้รับอาการหรือผลหลังการได้รับการรักษา และข้อมูลสำคัญอื่นๆ เพื่อสรุปสาระสำคัญประกอบการพิจารณาวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ ต่อไป ทั้งนี้ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด

นายแพทย์
สาธารณสุข

จังหวัด

3



สสจ.พิจารณาคำร้องฯ ให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับระยะเวลาการรายงานแจ้งเหตุ ระยะเวลาการยื่นคำร้องฯ การระบุสาเหตุ การระบุสิทธิของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความเสียหาย การแจ้งข้อมูลความรุนแรงที่ได้รับ ความเสียหาย เพื่อให้ความเห็นต่อคณะกรรมการฯ ว่ากรณีที่ยื่นคำร้องเข้ามานั้น สมควรได้รับการพิจารณา วินิจฉัยต่อไปตามอำนาจของคณะกรรมการฯ และเป็นไปตามระเบียบหรือไม่

ปลัด
กระทรวง
สาธารณสุข

4



ปลัดกระทรวงสาธารณสุขรับคำร้องจากหัวหน้าหน่วยบริการ แล้วส่งเรื่อง ให้คณะกรรมการฯ ภายใน 15 วัน เพื่อดำเนินการต่อไป (หนังสือที่ สธ 0208.07/12566 ลงวันที่ 20 พฤศจิกายน 2561 (มอบอำนาจให้ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล สป. รับคำร้องฯ แทนปลัดฯ เพื่อส่งให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัย ตามระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดต่อไป)

หลักฐานประกอบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือ(ทั้งกรณีติดเชื้อ และนอกเหนือจากการติดเชื้อ)

หลักฐานสำคัญที่ต้องยื่นประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการฯ

- 1.แบบรายงานความเสียหายฉบับสมบูรณ์
- 2.แบบคำร้องฯ
- 3.แบบสรุปข้อเท็จจริง
- 4.ใบตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการ
- 5.สำเนาเวชระเบียนผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย
- 6.สำเนาเวชระเบียนผู้รับบริการ(กรณีที่เกี่ยวข้อง)
- 7.ใบรับรองแพทย์ สรุปความเห็นแพทย์ผู้รักษา
- 8.สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน (ตามแต่กรณี)
- 9.ทะเบียนสมรส ใบมรณะบัตร (ตามแต่กรณี)
- 10.แบบรายงานข้อเท็จจริงหรือพฤติกรรม (ตามแต่กรณี)
- 11.ไฟล์หลักฐาน เช่น ภาพถ่ายฟิล์ม X-Ray ภาพถ่ายบาดแผล ภาพถ่ายแสดงถึงความเสียหาย หรือภาพถ่ายบันทึกเหตุการณ์ (ตามแต่กรณี)
- 12.แนวทางปฏิบัติงานของหน่วยบริการ

เอกสารแนบ 1

แบบรายงานความเสียหายต่อผู้บังคับบัญชา มี 2 แบบ คือ

แบบที่ 1 กรณียื่นด้วยตนเอง

- ผู้ได้รับความเสียหายเป็นผู้ยื่นด้วยตนเอง

แบบที่ 2 กรณียื่นแทน

- คู่สมรส เป็นผู้ยื่นรายงานแทน
- บุพการี หรือผู้สืบสันดาน เป็นผู้ยื่นรายงานแทน
- ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
จากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น เป็นผู้ยื่นรายงานแทน

แบบรายงานความเสียหายต่อผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....

1. เรียน (ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น / อาจารย์ผู้ควบคุม).....

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ประเภทการจ้าง.....สังกัด/แผนกที่ปฏิบัติงาน.....

.....ลักษณะงานที่รับผิดชอบ (ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ).....

ขอรายงานแจ้งเหตุ การได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ดังนี้ (อธิบายเหตุการณ์โดยสรุป บรรยายถึงเหตุการณ์ หรือการวินิจฉัยและผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามีบาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ในการให้บริการสาธารณสุขที่ทำให้ได้รับความเสียหายเป็นการให้บริการผู้ป่วยประเภท...

- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม
- ไม่สามารถระบุได้แน่ชัด สิทธิอื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้า

- ไม่มี การยื่นขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นในลักษณะที่คล้ายกัน
- มี การยื่นขอความช่วยเหลือจาก.....

ยื่นเมื่อ.....

ผลการพิจารณาของการยื่นดังกล่าว ปรากฏว่า

- ได้รับการช่วยเหลือเยียวยา จำนวน.....บาท
- อยู่ระหว่างพิจารณา
- ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือ เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เบอร์ติดต่อที่สามารถติดต่อได้รวดเร็วที่สุด

ลงชื่อ.....

.....

(.....)

อีเมล.....

2. ความเห็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- เห็นชอบ นำเรียนหัวหน้าหน่วยบริการต่อไป
- ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก...(ระบุ)

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

3. ความเห็นหัวหน้าหน่วยบริการ

- เห็นชอบ นำเรียนปลัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบ ดังนี้
 - กรณีติดเชื้อ

แนบ ผลการตรวจร่างกายหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ที่แสดงวัน/เดือน/ปี ที่ทราบความเสียหายว่าติดเชื้อ โดยมีแพทย์
เป็นผู้รับรองข้อมูล หรือเป็นผู้ให้ความเห็น

- กรณีนอกเหนือจากการติดเชื้อ

แนบ รายงานข้อเท็จจริงหรือพฤติกรรม ที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะ
ความเสียหาย รวมถึงสาเหตุ และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นโดยสรุป

- ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก...(ระบุ)

.....

.....

.....

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปฏิบัติราชการแทน)

- เพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยบริการ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ทราบ ลงนามแล้ว ส่งรายงานฉบับนี้ คืนให้แก่หน่วยบริการของผู้ได้รับความเสียหาย เพื่อประกอบการยื่นคำร้อง
ขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ต่อไป โดยเร็ว ทั้งนี้ต้องไม่เกิน 1 ปี ตามที่ระเบียบฯ กำหนด

.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....

แบบรายงานความเสียหายต่อผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....

1. เรียน (ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น / อาจารย์ผู้ควบคุม).....

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง(ถ้ามี).....

ขอรายงานแจ้งเหตุ แทน(นาย/นาง/นางสาว).....ในฐานะ

คู่สมรส

บุพการี หรือผู้สืบสันดาน

ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

ซึ่งผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ดังนี้ (อธิบายเหตุการณ์โดยสรุป บรรยายถึง เหตุการณ์ หรือการวินิจฉัยและผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามีบาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ในการให้บริการ...

ในการให้บริการสาธารณสุขที่ทำให้ได้รับความเสียหายดังกล่าว เป็นการให้บริการผู้ป่วยประเภท...

- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม
 ไม่สามารถระบุได้แน่ชัด สิทธิอื่นๆ (ระบุ).....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

เบอร์ติดต่อที่สามารถติดต่อได้รวดเร็วที่สุด
.....
อีเมล.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นรายงาน
(.....)

2. ความเห็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- เห็นชอบ นำเรียนหัวหน้าหน่วยบริการต่อไป ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก...(ระบุ)

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

3. ความเห็นหัวหน้าหน่วยบริการ

- เห็นชอบ นำเรียนปลัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบ ดังนี้

กรณีติดเชื้อ แนบ ผลการตรวจร่างกายหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ที่แสดงวัน/เดือน/ปี ที่ทราบความเสียหายว่าติดเชื้อ โดยมีแพทย์
เป็นผู้รับรองข้อมูล หรือผู้ให้ความเห็น

กรณีนอกเหนือจากการติดเชื้อ แนบ รายงานข้อเท็จจริงหรือพฤติกรรม ที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะ
ความเสียหาย รวมถึงสาเหตุ และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น

- ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก...(ระบุ)

.....
.....
.....

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปฏิบัติราชการแทน)

เพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยบริการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ทราบ ลงนามแล้ว ส่งรายงานฉบับนี้ คืนให้แก่หน่วยบริการของผู้ได้รับความเสียหาย เพื่อประกอบการยื่นคำร้อง
ขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ต่อไป โดยเร็ว ทั้งนี้ต้องไม่เกิน 1 ปี ตามที่ระเบียบฯ กำหนด

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....

เอกสารแนบ 2

แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น มี 3 กรณี คือ

- 1) กรณียื่นด้วยตนเอง
- 2) กรณีคู่สมรส บุพการี หรือผู้สืบสันดาน ยื่นแทน
- 3) กรณี ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย จากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น เป็นผู้ยื่นแทน

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน.....(หัวหน้าหน่วยบริการ)

1. ประเภทความเสียหาย

กรณีติดเชื้อ

กรณีนอกจากการติดเชื้อ

2. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ผู้ได้รับความเสียหาย)

(1) ชื่อ - สกุล

(2) เลขบัตรประจำตัวประชาชน □□ - □□□□ - □□□□□ - □□

(3) ตำแหน่ง.....

(4) ลักษณะงานที่รับผิดชอบ (ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ).....

.....

.....

(5) ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

(6) วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น

(7) เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์ความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับ).....

.....

.....

3. เอกสารหรือหลักฐานประกอบการยื่นคำร้อง

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่รัฐออกให้

สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ได้รับความเสียหาย

จึงเรียนมาเพื่อขอรับความช่วยเหลือตามระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเงินเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการ ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

สำหรับหน่วยบริการหรือหน่วยงานที่รับคำร้อง

- ชื่อหน่วยงานที่รับคำร้อง.....

- วันที่รับคำร้อง.....

- เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง ชื่อ - สกุล.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน.....(หัวหน้าหน่วยบริการ)

1. ประเภทความเสียหาย

- กรณีติดเชื้อ
- กรณีนอกจากการติดเชื้อ

2. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (คู่สมรส, บุพการี, ผู้สืบสันดาน)

(1) ชื่อ - สกุล

(2) เลขบัตรประจำตัวประชาชน □□ - □□□□ - □□□□□ - □□

(3) ตำแหน่ง.....

(4) ความสัมพันธ์กับผู้ได้รับความเสียหาย

- คู่สมรส บุพการี ผู้สืบสันดาน

(5) ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

โทรศัพท์.....

(6) วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น

(7) เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์ความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับ).....

3. เอกสารหรือหลักฐานประกอบการยื่นคำร้อง

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่รัฐออกให้ ใบมรณะบัตรผู้ได้รับความเสียหาย
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ได้รับความเสียหาย ใบทะเบียนสมรส
- สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส บุพการี ผู้สืบสันดาน

จึงเรียนมาเพื่อขอรับความช่วยเหลือตามระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการ ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

สำหรับหน่วยบริการหรือหน่วยงานที่รับคำร้อง

- ชื่อหน่วยงานที่รับคำร้อง.....

- วันที่รับคำร้อง.....

- เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง ชื่อ - สกุล.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน.....(หัวหน้าหน่วยบริการ)

1. ประเภทความเสียหาย

กรณีติดเชื้อ

กรณีนอกจากการติดเชื้อ

2. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น)

(1) ชื่อ - สกุล.....

(2) เลขบัตรประจำตัวประชาชน □□ - □□□□ - □□□□□ - □□

(3) ตำแหน่ง.....

(4) ความสัมพันธ์กับผู้ได้รับความเสียหาย

เป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

(5) ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

(6) วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

(7) เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์ความเสียหายต่างๆ ที่ทราบ).....

3. เอกสารหรือหลักฐานประกอบการยื่นคำร้อง

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่รัฐออกให้

สำเนาทะเบียนบ้านของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชา

จึงเรียนมาเพื่อขอรับความช่วยเหลือตามระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการ ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

สำหรับหน่วยบริการหรือหน่วยงานที่รับคำร้อง

- ชื่อหน่วยงานที่รับคำร้อง.....

- วันที่รับคำร้อง.....

- เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง ชื่อ - สกุล.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เอกสารแนบ 3

แบบสรุปข้อเท็จจริง

แบบสรุปข้อเท็จจริง

(ใช้แนบท้าย แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ)

1. ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับความเสียหาย.....อายุ.....
2. ตำแหน่ง-ระดับ.....
3. ประเภทการจ้าง.....
4. สังกัด.....
5. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในส่วน/แผนก ที่เกิดเหตุ.....ปี.....เดือน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ.....ปี.....เดือน
6. ลักษณะงานที่ปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมายให้บริการสาธารณสุข(อธิบายโดยสรุป).....

7. ลำดับเหตุการณ์ช่วงเวลาที่เริ่มรู้สึกว่าร่ากายไม่ปกติ เริ่มเข้าพบแพทย์เพื่อรับการรักษาอาการป่วย ตั้งแต่ยังไม่ทราบผลว่าติดเชื้อ (ระบุช่วงเวลา หรือวัน เดือน ปี ที่รักษาจริง เฉพาะกรณีติดเชื้อ เช่น ก่อนเข้าทำงาน ณ หน่วยงานปัจจุบัน สุขภาพปกติ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ หลังจากทำงานเป็นระยะเวลาหนึ่ง เริ่มมีอาการผิดปกติ และได้ไปพบแพทย์ จนถึงวันที่แพทย์แจ้งผลการตรวจว่าติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อ เป็นต้น ส่วนกรณีนอกจากการติดเชื้อ ให้ลำดับเหตุการณ์ตามข้อเท็จจริง เช่น กรณีอุบัติเหตุ ให้ลำดับเหตุการณ์ว่า เกิดอะไรขึ้น ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร เป็นต้น

8. วันที่ได้รับความเสียหาย/วันที่ทราบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

8.1 ทราบผลว่าติดเชื้อ เมื่อ.....

8.2 ทราบผลความเสียหายนอกจากการติดเชื้อ (อุบัติเหตุ ถูกทำร้าย ฯลฯ) เมื่อ.....

9. กรณีของการได้รับความเสียหาย หากมีข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องให้อธิบายเพิ่มเติมโดยสรุป

9.1 กรณีติดเชื้อ ติดเชื้อ จาก...

- บุคคล ซึ่งระบุได้แน่ชัด ตามเอกสารการตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการ ที่แนบมาพร้อมนี้
- กลุ่มบุคคล ซึ่งไม่สามารถระบุได้แน่ชัด ตามเอกสารสิทธิผู้รับบริการที่เข้าข่ายเป็นกลุ่มบุคคล ที่อาจทำให้ ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ที่แนบมาพร้อมนี้

9.2 กรณีนอกจากการติดเชื้อ

- (เกิดอุบัติเหตุ / ถูกทำร้าย) จากบุคคล ซึ่งระบุได้แน่ชัด ตามเอกสารการตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการ ที่แนบมาพร้อมนี้
- (เกิดอุบัติเหตุ / ถูกทำร้าย) จากกลุ่มบุคคล ซึ่งไม่สามารถระบุได้แน่ชัด ตามเอกสารหลักฐานที่แสดงถึงจำนวนกลุ่มบุคคล แสดงถึงสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ เช่น สำเนาการสืบสวนสอบสวน ที่แนบมาพร้อมนี้ เป็นต้น

9.3 กรณีความเสียหายอื่นๆ(ระบุ)

อื่นๆ จาก.....

10. ผู้ได้รับความเสียหายตาม ข้อ 1 ให้บริการแก่ผู้ป่วยประเภท...

- สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม
- ไม่สามารถระบุได้แน่ชัด สิทธิอื่นๆ (ระบุ).....
- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ยื่นคำร้องไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

11. ลักษณะความเสียหายที่เกิดขึ้น (อธิบายโดยสรุป ถึงผลการวินิจฉัยและผลการตรวจในห้องปฏิบัติการที่แพทย์ให้ความเห็น รวมถึงแผนการรักษา ระยะเวลาที่ต้องรักษา และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามีบาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผลด้วย โดยลำดับเป็นช่วงเวลา จนถึงปัจจุบัน หากอยู่ระหว่างรอผลการตรวจติดตามให้ระบุด้วยว่าเมื่อไหร่จะทราบผลดังกล่าว)

ระบุโดยสังเขป.....

12. ปัจจุบันผู้ได้รับความเสียหายเป็นอย่างไร (เช่น แพทย์ให้หยุดทำงานเป็นเวลาที่วัน กลับมาทำงานได้หรือไม่ เมื่อใด อาการปัจจุบันหลังจากให้การรักษาดีขึ้นหรือทรุดลงอย่างไร ผลกระทบอื่นๆเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตเป็นอย่างไร เช่น การประกอบกิจวัตรประจำวัน ผลกระทบเกี่ยวกับครอบครัว สถานที่ทำงาน เป็นต้น)

ระบุโดยสังเขป.....

13. การยื่นขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นในลักษณะที่คล้ายกัน

13.1 ไม่มี

13.2 มี (ระบุชื่อหน่วยงานที่ขอ).....

13.2.1 ยื่นเมื่อ.....

13.2.2 ผลการพิจารณาของการยื่นดังกล่าว ปรากฏว่า

ได้รับการช่วยเหลือเยียวยา จำนวน.....บาท

ไม่ได้รับความช่วยเหลือ เนื่องจาก.....

อยู่ระหว่างพิจารณา และคาดว่าจะทราบผลประมาณ เดือน.....พ.ศ.....

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน

หมายเลขโทรศัพท์สำหรับการติดต่อกรณีเร่งด่วน

.....

อีเมล.....

ชื่อ - สกุล.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ความเห็นหัวหน้าหน่วยบริการ

ความเสียหายที่ได้รับ จัดอยู่ในประเภท...

ติดเชื้อ อุบัติเหตุ ถูกทำร้าย อื่นๆ

ความเห็น

เห็นควรให้ขอรับความช่วยเหลือตามระเบียบฯ ต่อไป

ไม่เป็นไปตามระเบียบฯ

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยบริการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ : 1.ผู้ให้ข้อมูลต้องเป็นเจ้าหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหน่วยบริการ มิใช่เจ้าตัว

2.เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน อาจเป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้ข้อมูลก็ได้

ช่องทางการติดตามข่าวสารและการติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม



เว็บไซต์กองบริหารทรัพยากรบุคคล

<https://hr.moph.go.th>



หมายเลขโทรศัพท์

0 2590 1416 , 0 2590 1411



กรุ๊ปไลน์ (เงินช่วยเหลือฯ 2561)

bit.ly/helplinemoph

