

ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องเสนอเพื่อทราบ

การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย
จากการรับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19



ประกาศฯ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

หน้า ๒๖

เล่ม ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๑๑๐ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

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

พ.ศ. ๒๕๖๔

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

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

สาระสำคัญของประกาศฯ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

“ผู้รับบริการ” : ประชาชนคนไทย (ทุกสิทธิ) ที่รับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19

“ความเสียหาย” : จะต้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการรับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ตามแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรม จากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ภายใน 30 วัน หลังจากได้รับวัคซีน ทั้งนี้ ไม่รวมถึงวัคซีนทางเลือกที่ให้บริการโดยสถานบริการของเอกชน ซึ่งเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ

“เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” : เงินที่จ่ายให้ผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะเพื่อบรรเทาความเดือดร้อน ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 โดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด

ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 5 เมษายน 2564 เป็นต้นไป



ประเภทของความเสียหายและอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

| ประเภท | อัตราการจ่ายเงิน |
|--|---------------------|
| (1) เสียชีวิต หรือ ทูพพลภาพอย่างถาวร หรือ เจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบรุนแรงต่อการดำรงชีวิต | ไม่เกิน 400,000 บาท |
| (2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการที่ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต | ไม่เกิน 240,000 บาท |
| (3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนือง | ไม่เกิน 100,000 บาท |

แนวทางการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

- 1.ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ผู้รับบริการ หรือ ทายาท หรือ ผู้อุปการะ
- 2.สถานที่ยื่นคำร้อง โรงพยาบาลที่รับผิดชอบการฉีดวัคซีน หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ สปส.เขต
- 3.ระยะเวลาการยื่นคำร้อง ภายใน 2 ปี นับจากวันที่ทราบความเสียหาย
- 4.เอกสารประกอบการยื่นคำร้อง

- 1) แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน COVID-19
- 2) สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียหาย
- 3) สำเนาใบมรณบัตรของผู้รับบริการ กรณีที่เสียชีวิต
- 4) สำเนาเอกสารรายงานอาการ การสอบสวนอาการหลังได้รับวัคซีน (AEFI1, AEFI2)
- 5) ความเห็นของแพทย์ผู้ให้การรักษา/ใบรับรองแพทย์ ที่ให้หยุดพักงาน
- 6) สำเนาหน้าสมุดธนาคาร
- 7) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ในการพิจารณาความเสียหาย



แนวทางการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

- 5. การพิจารณาคำร้อง** ผู้ทำหน้าที่พิจารณาคำร้อง คือ คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน COVID-19 ระดับเขต
- 6. ระยะเวลาการพิจารณา** สปสช.เขต จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 5 วันทำการ
- 7. การยื่นอุทธรณ์** ภายใน 30 วัน หลังจากได้รับการแจ้งผลการพิจารณาจาก สปสช.เขต
- 8. การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น** สปสช.เขต จ่ายเงินตามมติคณะกรรมการฯ และโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารที่ส่งมาพร้อมเอกสารประกอบคำร้อง



แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

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 วันที่ ๑ วันที่ ๒

๓.๓ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น

๓.๔ ความเสียหายจากการรับวัคซีน

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมคำร้อง

สำเนาบัตรประชาชน

สำเนาใบมรณบัตรของผู้รับบริการ กรณีที่เสียชีวิต

สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข

ความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา ที่ให้หยุดทำงาน

เอกสารอื่นๆ (ระบุ).....

กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร โดยได้แนบ

หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อธนาคาร)

เลขที่ บัญชี..... ของ (ระบุชื่อ)..... ผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง

มาพร้อมไปด้วยแล้ว

ลงชื่อ

(.....) ผู้ยื่นคำร้อง

แบบรายงานอาการ และแบบสอบสวนอาการภายหลังการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI1 , AEFI2)

AEFI ID Number.....

COVID-19 AEFI Form

แบบรายงานอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI1)

| (1) ข้อมูลผู้ป่วย | | | | | | | | | | | |
|--|---------------|--|-------------------|--|----------------|-------------------------------|-----------|-----------------|--|---------------------------|--|
| เลขที่ผู้ป่วย HN..... AN..... | | ประวัติการฉีดวัคซีน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... | | | | | | | | | |
| และประจำตัวประชาชน 13 หลัก..... | | อาการตั้งแต่วันที่ฉีดครั้งที่เท่าไร <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... | | | | | | | | | |
| *คำนำหน้าชื่อ/สกุล..... | | โรคประจำตัว/การเจ็บป่วยในอดีต <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... | | | | | | | | | |
| เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง *วันเดือนปีเกิด...../...../..... | | เคยป่วยเป็นโรคที่ชื่อไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ระบุเวลาที่ป่วย..... | | | | | | | | | |
| อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน เชื้อชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | | ประวัติการเข้ายารอบ 1 เดือน ก่อนได้รับวัคซีน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... | | | | | | | | | |
| ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก ฝาก..... | | ประวัติทางการแพทย์อื่น ๆ..... | | | | | | | | | |
| *ที่อยู่และเริ่มป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์..... | | | | | | | | | | | |
| (2) ข้อมูลวัคซีน / สถานที่รับวัคซีน (ตามแบบฟอร์ม/คสช.ต้นฉบับบริการสาธารณสุข) | | | | | | | | | | | |
| ชื่อวัคซีน/ชนิดวัคซีน | ปริมาณ ฉีด | วิธี ฉีด | จำนวน/ เข็มที่ | วันที่/ ที่รับ | วันที่/ ฉีด | ชื่อผู้ฉีดวัคซีน | วันที่ฉีด | วันที่รับวัคซีน | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| (3) อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการวินิจฉัย | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Erythema <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Itching <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Angioedema <input type="checkbox"/> Fainting <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Dizziness <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Malaise <input type="checkbox"/> Dyspepsia <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Abdominal pain <input type="checkbox"/> Arthralgia <input type="checkbox"/> Myalgia <input type="checkbox"/> Fever > 38 °C <input type="checkbox"/> บวม/ผื่นขึ้นที่ตามแขน 3 วัน <input type="checkbox"/> บวมตามใบมีเขี้ยวที่โคนลิ้น | | <input type="checkbox"/> Lymphadenopathy <input type="checkbox"/> Lymphadenitis <input type="checkbox"/> Sterile abscess <input type="checkbox"/> Bacterial abscess <input type="checkbox"/> Fibrile convulsion <input type="checkbox"/> Afebrile convulsion <input type="checkbox"/> Encephalopathy/Encephalitis <input type="checkbox"/> Flaccid paralysis <input type="checkbox"/> Spastic paralysis <input type="checkbox"/> Hypotonic Hyporesponsive <input type="checkbox"/> Episode (HHE) <input type="checkbox"/> Persistent inconsolable crying <input type="checkbox"/> Thrombocytopenia | | <input type="checkbox"/> Otitis/Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Toxic shock syndrome <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Anaphylaxis <input type="checkbox"/> Transverse myelitis <input type="checkbox"/> Acute disseminated encephalomyelitis (ADEM) <input type="checkbox"/> Acute myocarditis <input type="checkbox"/> Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS) <input type="checkbox"/> Others..... | | รายละเอียดอาการและตรวจพบ..... | | | | *วินิจฉัยทางการแพทย์..... | |
| บุคคล ที่ปรึกษา..... | | ญาติที่ปรึกษา..... | | บุคคล ที่ปรึกษา..... | | บุคคล ที่ปรึกษา..... | | | | | |

แบบสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI2)

(เฉพาะกรณี AEFI ร้อยละ : เสียชีวิต พิการ ไร้ความสามารถ รับรักษาเป็นผู้ป่วยใน เป็นกลุ่มก้อน ประชาชนสงสัย)

| (1) ข้อมูลผู้ป่วย | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|---|-------------------|---|----------------|------------|------------|--------------------------|--------------------|---------------------------|-------------------|--------------------|------------|
| เลขที่ผู้ป่วย HN..... AN..... | | วันเดือนปีเกิด...../...../..... | | | | | | | | | | | |
| เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก..... | | อายุขณะป่วย ปี..... เดือน..... วัน..... | | | | | | | | | | | |
| คำนำหน้าชื่อ/สกุล..... | | อายุ <input type="checkbox"/> <1 ปี <input type="checkbox"/> 1-5 ปี <input type="checkbox"/> >5 ปี อายุ..... | | | | | | | | | | | |
| เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง เชื้อชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | | ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก | | | | | | | | | | | |
| ที่อยู่และเริ่มป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... | | | | | | | | | | | | | |
| จังหวัด..... โทรศัพท์บ้าน..... | | | | | | | | | | | | | |
| ชื่อผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุ <15 ปี)..... | | | | โทรศัพท์ผู้ปกครอง..... | | | | | | | | | |
| (2) ข้อมูลวัคซีน/สถานที่รับวัคซีน | | | | | | | | | | | | | |
| ชื่อสถานที่รับวัคซีน (รพ./รพ.สต./คลินิก/ศูนย์บริการสาธารณสุข) | | | | | | | | | | ที่อยู่ถนน..... ตำบล..... | | | |
| อำเภอ..... จังหวัด..... | | <input type="checkbox"/> ภาครัฐ <input type="checkbox"/> ภาคเอกชน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> เป็นสถานที่ตั้งถาวร <input type="checkbox"/> เป็นหน่วยเคลื่อนที่ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... | | | | | | | | | | | | | |
| วัคซีนที่ได้รับเป็นกรณี <input type="checkbox"/> กรณีเร่งรัด <input type="checkbox"/> กรณีปกติในรพ. EPI <input type="checkbox"/> กรณีอื่น ๆ (ระบุ)..... | | | | | | | | | | | | | |
| วัคซีน | | | | | | | ตัวทวนอายุ | | | | | | |
| ชื่อวัคซีน | ปริมาณ/ ชนิด | วิธี/ ฉีด | จำนวน/ เข็มที่ | วันที่/ ที่รับ | วันที่/ ฉีด | ชื่อผู้ฉีด | ชื่อผู้ฉีด | จำนวน/ เข็มที่ | วันที่/ ทวนอายุ | ชื่อผู้ฉีด | จำนวน/ เข็มที่ | วันที่/ ทวนอายุ | ชื่อผู้ฉีด |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| (3) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยก่อนได้รับวัคซีน | | | | | | | | | | | | | |
| ข้อมูล | | | | คำตอบ | | | | ถ้าตอบใช่ ระบุรายละเอียด | | | | | |
| เคยมีอาการป่วยในอดีตที่คล้ายคลึงกับอาการป่วยในครั้งนี้หรือไม่ | | | | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | | | | | | | | | |