

แนวทางการยื่นคำร้องขอรับช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย
จากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19



แนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย จากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โครonavirus 19

ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ประเด็นสำคัญดังนี้

- (1) จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กับ**คนไทยทุกสิทธิ**
- (2) วัคซีนที่ได้รับต้องเป็นวัคซีนตามแผน โครงการ หรือกิจกรรมการป้องกันและขจัดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 **จากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และไม่ใช้วัคซีนทางเลือก**ที่ให้บริการโดยสถานบริการของเอกชนซึ่งเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ
- (3) ยื่นคำร้อง**ภายใน 2 ปี** นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย
- (4) **ผู้รับบริการ หรือทายาท หรือผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการ** มีสิทธิยื่นคำร้อง และยื่นคำร้องได้ที่หน่วยบริการนั้น หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ สปสช.เขตพื้นที่
- (5) กรณีผู้ยื่นคำร้องไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณา **มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ ภายใน 30 วัน** นับแต่วันที่ทราบผล
- (6) คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯระดับเขตพื้นที่ เป็นผู้พิจารณาคำร้อง

ร่างเกณฑ์การพิจารณา

1 เป็นคนไทย ทุกสิทธิ

2 เป็นบุคคลที่**เกิดอาการไม่พึงประสงค์ภายใน 30 วัน** หลังจาก**ได้รับบริการฉีดวัคซีน** ป้องกันโควิด-19 ที่ทางภาครัฐจัดทำให้ โดยมีเอกสารรับรองการฉีด และเอกสารรับรองทางการแพทย์ หรือเอกสารการสอบสวนโรคที่ระบุถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19

3 เป็นอาการไม่พึงประสงค์ชนิดรุนแรง (serious/rare AEFI) หรืออาการไม่พึงประสงค์จากกระบวนการบริหารจัดการวัคซีน (Immunization error-related reaction) หรือ ปฏิกริยาที่ยังไม่มีหลักฐานแน่ชัดว่าเกิดจากวัคซีนแต่อาจพบร่วมได้น้อยมาก (Adverse Events of Special Interest ; AESI หรือ อาการไม่พึงประสงค์แบบชั่วคราวจากการตอบสนองทางระบบประสาท (Immunization stress-related responses ; ISRR)

4 เป็นอาการไม่พึงประสงค์ชนิดปานกลางหรือไม่รุนแรง



ประเภทความเสียหาย และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือ

ประเภทความเสียหาย	(ร่าง)อัตราจ่าย
(1) เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบรุนแรงต่อการดำรงชีวิต	ตั้งแต่ 240,000 - 400,000 บาท
(2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต	ตั้งแต่ 100,000 - 240,000 บาท
(3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากการได้รับวัคซีน (รายละเอียดหน้าถัดไป)	ไม่เกิน 100,000 บาท



หมายเหตุ : กรณีเป็นหัวหน้าครอบครัว หรือผู้หารายได้หลัก กรรมการสามารถนำเรื่องเศรษฐกิจครอบครัวมาพิจารณาให้เพิ่มเติมได้อีกไม่เกิน 20% ของเงินที่เยียวยา (เมื่อรวมทั้งหมดต้องไม่เกินเพดานสูงสุดในแต่ละประเภทความเสียหาย)

ประเภทความเสียหาย และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือ

ประเภทความเสียหาย	(ร่าง)อัตราจ่าย
(3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากการได้รับวัคซีน	ไม่เกิน 100,000 บาท
3.1) เกิดอาการไม่พึงประสงค์ชนิด serious/rare AEFI หรือ Immunization error-related reaction หรือ Adverse Events of Special Interest ; AESI หรือ Immunization stress-related responses ; ISRR	ไม่เกิน 100,000 บาท
3.1.1) อาการไม่พึงประสงค์ หรือเจ็บป่วยเล็กน้อย หรือรักษา* 1-3 วัน	ไม่เกิน 3,000 บาท
3.1.2) อาการไม่พึงประสงค์ หรือเจ็บป่วยปานกลาง หรือ รักษา* 4-7 วัน	ไม่เกิน 7,000 บาท
3.1.3) อาการไม่พึงประสงค์ หรือเจ็บป่วยมาก หรือ รักษา* 8-20 วัน	ไม่เกิน 20,000 บาท
3.1.3) อาการไม่พึงประสงค์ หรือเจ็บป่วยต่อเนื่องรุนแรง หรือ รักษา* เกิน 20 วัน แต่ไม่ถึงพิการ หรือเสียชีวิต	ไม่เกิน 100,000 บาท
3.2) เกิดอาการไม่พึงประสงค์ชนิดพบได้บ่อย/ไม่รุนแรง (Mild/common AEFI) ที่แพทย์ลงความเห็นให้หยุดงาน > 3 วัน	ไม่เกินวันละ 500 บาท



หมายเหตุ รักษา* คือ วันที่ต้องนอนรักษาตัวใน รพ. และนับรวมถึงวันที่แพทย์ระบุให้ลาพักไม่สามารถปฏิบัติงานได้ (สูญเสียรายได้) ทั้งนี้เป็นการพิจารณาตามอาชีพหรือกิจกรรมเป็นองค์ประกอบร่วม เช่น ข้าราชการที่ได้รับเงินเดือนแม่ลาป่วย

แนวทางการขอรับเงินช่วยเหลือ

1. ผู้ยื่นคำร้อง :
 - ผู้รับบริการที่ได้รับ ความเสียหาย / ทายาท / ผู้อุปการะ
 - หน่วยบริการ รายบุคคล/รายกลุ่ม
2. สถานที่ยื่นคำร้อง :
 - 1.โรงพยาบาลที่รับผิดชอบในการฉีด (เป็นหน่วยยื่นคำร้องหลัก)
 - 2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - 3.สปสช. เขต
3. คำร้องที่ยื่นมาแล้ว สปสช.เขต ต้องดำเนินการพิจารณาให้แล้วเสร็จ **ภายใน 5 วัน**
(นับจากวันที่ สปสช.เขต ได้รับคำร้อง)
4. หลังจากพิจารณาเสร็จ สปสช. เขต ดำเนินการเบิกจ่ายให้กับผู้ยื่นคำร้อง
ให้แล้วเสร็จ **ภายใน 5 วัน (สปสช.เขต 2 วัน + สบก.3 วัน)**

เอกสารประกอบการยื่นคำร้อง

1. แบบยื่นคำร้อง กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. สำเนาบัตรประชาชน (ผู้ที่ได้รับความเสียหาย/ผู้ยื่นคำร้อง)
3. สำเนามรณบัตร (กรณีเสียชีวิต)
4. สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข (AEFI/Spot report)
5. ใบแสดงความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา
6. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร
7. เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

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 เข็มที่ ๑เข็มที่ ๒

๓.๓ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น

๓.๔ ความเสียหายจากการรับวัคซีน

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาใบมรณบัตรของผู้รับบริการ กรณีที่เสียชีวิต
- สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข
- ความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา ที่ให้หยุดพักงาน
- เอกสารอื่นๆ (ระบุ).....

กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่าน
ธนาคาร โดยได้แนบ

หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อธนาคาร)

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

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

แบบรายงานอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI1)

(1) ข้อมูลผู้ป่วย												
เลขที่ผู้ป่วย HN..... AN.....			ประวัติการแพ้วัคซีน/ยา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....									
เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก			อาการหลังได้รับวัคซีนครั้งที่แล้ว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....									
*คำนำหน้า/ชื่อ/สกุล.....			โรคประจำตัว/การเจ็บป่วยในอดีต <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....									
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง *วันเดือนปีเกิด...../...../.....			เคยป่วยเป็นโควิดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ระบุเวลาที่.....									
อายุปีเดือนวัน เชื้อชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....			ประวัติการเข้าในรพ 1 เดือน ก่อนได้รับวัคซีน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....									
ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก อาชีพ.....			ประวัติทางการแพทย์อื่น ๆ									
*ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....												
(2) ข้อมูลวัคซีน / สถานที่รับวัคซีน (รพ./รพ.สต./คลินิก/ศูนย์บริการสาธารณสุข).....												
*ชื่อวัคซีน/ชนิดวัคซีน	ปริมาณ ที่ฉีด	วิธี ที่ฉีด	ตำแหน่ง	วันที่	ว/ด/ป ที่ฉีด	เวลาที่ฉีด	ชื่อผู้ฉีดวัคซีน	*เลขที่ฉีด	*วันหมดอายุ			
(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"/> บวมบริเวณที่ฉีดนานเกิน 3 วัน <input type="checkbox"/> บวมลามไปสิ่งของที่ใกล้ที่สุด			<input type="checkbox"/> Lymphadenopathy <input type="checkbox"/> Lymphadenitis <input type="checkbox"/> Sterile abscess <input type="checkbox"/> Bacterial abscess <input type="checkbox"/> Febrile 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 Episode (HHE) <input type="checkbox"/> Persistent inconsolable crying <input type="checkbox"/> Thrombocytopenia			<input type="checkbox"/> Osteitis/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.....			รายละเอียดอาการและการตรวจพบ วินิจฉัยของแพทย์.....			
ว/ด/ป ที่เกิดอาการ.....			เวลาที่เกิดอาการ.....			ว/ด/ป ที่รับรักษา.....			ว/ด/ป ที่จำหน่าย.....			

แบบสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI2)

(เฉพาะกรณี AEFI ร้ายแรง : เสียชีวิต พิการไร้ความสามารถ รับประทานเป็นผู้ป่วยใน เป็นกลุ่มก้อน ประชาชนสงสัย)

(1) ข้อมูลผู้ป่วย													
เลขที่ผู้ป่วย HN..... AN.....			วันเดือนปีเกิด...../...../.....										
เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก			อายุขณะป่วย ปี..... เดือน วัน.....										
คำนำหน้า/ชื่อ/สกุล.....			อายุ <input type="checkbox"/> <1ปี <input type="checkbox"/> 1-5 ปี <input type="checkbox"/> >5 ปี อาชีพ.....										
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										
ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....													
จังหวัด..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....													
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"/> กรณีรณรงค์ <input type="checkbox"/> กรณีปกติในงานEPI <input type="checkbox"/> กรณีอื่น ๆ (ระบุ).....													
วัคซีน					ตัวทำลาย								
ชื่อวัคซีน	ปริมาณที่ฉีด	วิธีที่ฉีด	ตำแหน่ง	วันที่ได้รับ	เวลาที่ฉีด	ชื่อผู้ฉีด	เลขที่ฉีด	วันหมดอายุ	ชื่อหัวหน้า สาย	เลขที่ฉีด	วันหมดอายุ	ว/ด/ป ที่ผสม	เวลาที่ผสม
(3) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยก่อนได้รับวัคซีน													
ข้อมูล				คำตอบ				ถ้าตอบใช่ ระบุรายละเอียด					
เคยมีอาการป่วยในอดีตที่คล้ายคลึงกับอาการป่วยในครั้งนี้หรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ									

ข้อพิจารณา

- ขอให้ทุกหน่วยบริการแจ้งผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ทราบถึงสิทธิในการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ
- ให้หน่วยบริการทุกแห่งเป็นหน่วยรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว **ภายใน 3 วันหลังได้รับคำร้อง**

ดาวนโหลดเอกสาร แนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย
จากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19



<http://team.sko.moph.go.th/content/view/?id=776>