

ระบบรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการบริการ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

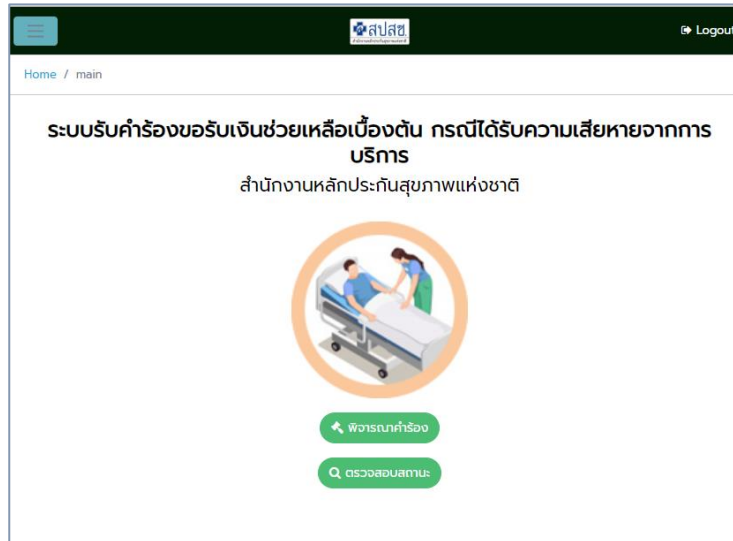
ระบบรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น สปสช.

ความเสียหายจากวัคซีนโควิด19



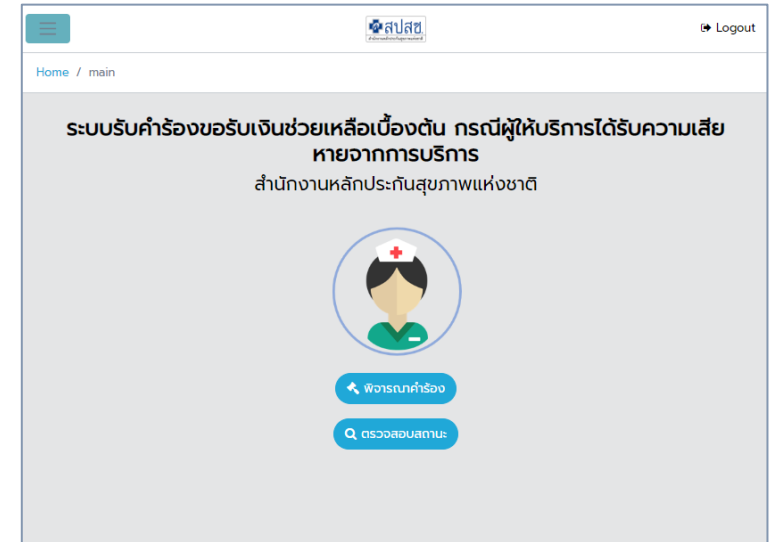
<https://subsidy.nhso.go.th/subsidy>

ผู้รับบริการได้รับความเสียหาย



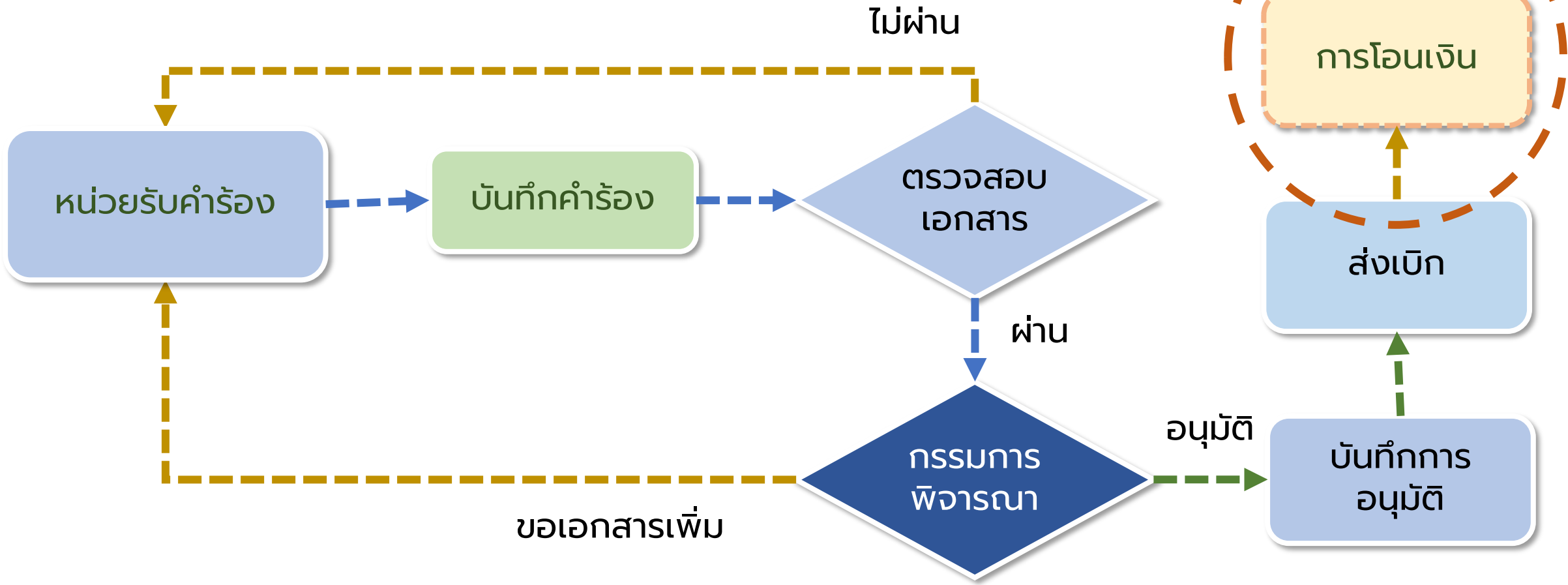
<https://subsidy.nhso.go.th/subsidy41>

ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย



<https://subsidy.nhso.go.th/subsidy18>

ขั้นตอนการทำงาน



ขั้นตอน/บทบาท





ระดับผู้ใช้งาน

หน่วยบริการ

- บันทึกคำร้อง
- ตรวจสอบ สถานะ
- เห็นข้อมูลของหน่วยบริการตนเอง

บทบาท 903

สสจ

- บันทึกคำร้อง
- ตรวจสอบ สถานะ
- เห็นข้อมูลทั้งจังหวัด

บทบาท 898

สปสช.

- บันทึกคำร้อง
- ตรวจสอบเอกสาร
- บันทึกการพิจารณา
- บันทึกการส่งเบิก

บทบาท 900

Data center

กรรมการพิจารณา

พิจารณาลงความเห็น

ออกให้ในโปรแกรม


* กรณีมี user ใช้งานระบบ ม.41 หรือ ความเสียหายวัคซีน สามารถเข้าใช้งานได้เลย

ระบบรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ




ยื่นคำร้อง

User Setting

 Login

- ☛ สำหรับหน่วยบริการยื่นคำร้อง
- ☛ สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- ☛ สำหรับกรรมการพิจารณา
- ☛ สำหรับ สปส.เขต และส่วนกลาง



- ☛ สำหรับหน่วยบริการยื่นคำร้อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สปส.เขต ใช้ User ในระบบ Datacenter
- ☛ สำหรับกรรมการพิจารณา สปส.เขต เพิ่มข้อมูลกรรมการในโปรแกรม
- ☛ สำหรับ สปส.ส่วนกลาง ใช้ระบบ Single Sign-on

รหัสบทบาทผู้ใช้งานในระบบ Data Center

- 898 – ระดับ สสจ.
- 903 – ระดับหน่วยบริการ
- 900 – ระดับ สปสช.เขต


ผู้รับผิดชอบ username ของ สปสช.เขต เป็นผู้กำหนดให้

การบันทึกคำร้อง

คำแนะนำการยื่นคำร้อง

1. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้องได้แก่ ผู้รับบริการ หรือ ทายาท ผู้อุปการะ(กรณีไม่มีทายาท) ที่ให้การช่วยเหลือถือกุญแจหรือดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ
2. สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่
3. ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง **ภายใน 2 ปี** นับตั้งแต่วันที่ทราบความเสียหาย
4. หน่วยงานที่แจ้งผลการพิจารณา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่
5. เอกสารหลักฐานในการยื่นคำร้อง
 - แบบฟอร์มการยื่นคำร้อง กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน
 - สำเนาบัตรประจำตัว/บัตรประชาชน
 - สำเนาเวชระเบียนของผู้ได้รับความเสียหาย ได้แก่ OPD Card Discharge Summary
 - สำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ
 - ใบรับรองแพทย์ของผู้ได้รับความเสียหาย
 - ใบรายงานการติดเชื้อ/รายงานการเกิดโรค/รายงานอุบัติเหตุจากการทำงาน/รายงานการสอบสวนโรค
 - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / ผล CT Scan / ผล MRI หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
 - ภาพถ่ายแสดงถึงความเสียหาย (ถ้ามี)
6. หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถาม

 บันทึกคำร้อง

 พิมพ์แบบคำร้อง

การบันทึกคำร้อง ส่วนที่ 1

✍️ แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการบริการ

◀️ กลับ

หน่วยรับคำร้อง

วันรับคำ
ร้อง

1. ข้อมูลของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย

เลขที่บัตรประชาชน *

ชื่อ - สกุล *

อายุ

เพศ

หน่วยบริการ

จังหวัด *

ตำแหน่ง

แผนกที่ปฏิบัติงาน

ลักษณะงานที่รับผิดชอบ

โทรศัพท์ *

โทรสาร

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก *

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ *

จังหวัด *

รหัสไปรษณีย์ *

การบันทึกคำร้อง ส่วนที่ 2,3

2. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ 1 ไม่ต้องกรอก) ผู้เสียหายยื่นเอง ญาติยื่นแทน

ชื่อ - สกุล

เลขที่บัตรประชาชน

ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ *

จังหวัด *

รหัสไปรษณีย์ *

โทรศัพท์ *

3. ข้อมูลความเสียหาย

วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น *

ประเภทผู้ป่วย

จำนวนวัน

เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น พอสังเขป *

การวินิจฉัยและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การรักษาที่ได้รับ





การบันทึกคำร้อง ส่วนที่ 4

เพิ่มชื่อผู้รับบริการ



4. ข้อมูลของผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย

4.1 กรณีที่ระบุผู้รับบริการได้

เลขประชาชน	ชื่อ-สกุล	อายุ	การวินิจฉัยโรค	สิทธิในการบริการ	
2432432432432	นายคนไข้ม ทกทก	56	Covid 19	UC	  
<input type="text" value="2-2222-22222-22-2"/>	<input type="text" value="นางคน"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="พนักงานส่วนท้องถิ่น"/>	

4.2 กรณีไม่สามารถระบุผู้รับบริการได้

ผู้บันทึกข้อมูล

ทดสอบ SW.ทดสอบ

บันทึก

ข้อมูลคำร้อง

✓ บันทึกคำร้องเรียบร้อยแล้ว

เลขที่คำร้อง : 01415

กรุณาจำหมายเลขคำร้องไว้เพื่อการติดต่อประสานงาน

[แนบไฟล์เอกสาร](#) [แนบภายหลัง](#)

มีข้อสงสัย หรือ มีปัญหาในการแก้ไขรายละเอียดกรุณาติดต่อ

การบันทึกคำร้อง ส่วนที่ 5

5. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ให้และผู้รับบริการ)

5.1 เอกสารใบคำร้องและข้อมูลส่วนตัว (คลิกเลือกเอกสารที่แนบมา)

Choose File No file chosen

เอกสารที่แนบ : [Download](#)

- ใบคำร้อง
- ใบตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการ
- สำเนาบัตรประจำตัว/บัตรประชาชน
- เอกสารอื่นๆ

5.2 เอกสารประกอบการพิจารณา (คลิกเลือกเอกสารที่แนบมา)

- สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ
 - สำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ
 - ใบรับรองแพทย์ของผู้ได้รับความเสียหาย
 - ใบรายงานการติดเชื้อ/รายงานการเกิดโรค/รายงานอุบัติเหตุจากการทำงาน/รายงานการสอบสวนโรค
 - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / ผล CT Scan / ผล MRI หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
 - ภาพถ่ายแสดงถึงความเสียหาย (ถ้ามี)
- Choose File No file chosen
- Choose File No file chosen
- Choose File No file chosen

การแนบไฟล์
ควรเป็นไฟล์ PDF
ขนาดไม่เกิน 20 MB

หน่วยรับโอนเงิน

โรงพยาบาลบางกรวย



รหัส Vendor

10756

ผู้บันทึกข้อมูล

เบอร์ติดต่อ

 บันทึก

การตรวจสอบเอกสารหลักฐาน

Home / รายการคำร้อง

☰ การตรวจสอบเอกสารคำร้อง



🗄️ ทั้งหมด

🕒 รอตรวจสอบ

📄 ขอเอกสารเพิ่ม

✅ ผ่านแล้ว

📄 Excel

ประเภท	ตรวจเอกสาร	วันที่ส่งคำร้อง	ชื่อ - สกุล	หน่วยรับคำร้อง	หน่วยบริการของผู้ให้	โทรศัพท์	สถานะ	แก้ไข/ลบ
1	รายใหม่ 01412	25/05/2565		สปสช. เขต 8 อุตรธานี	11025-รพ.เพ็ญ จ.อุตรธานี		🕒 กำลังตรวจสอบ	
2	รายใหม่ 01411	25/05/2565		สปสช. เขต 8 อุตรธานี	11025-รพ.เพ็ญ จ.อุตรธานี		🕒 กำลังตรวจสอบ	
3	รายใหม่ 01410	25/05/2565		สปสช. เขต 8 อุตรธานี	11025-รพ.เพ็ญ จ.อุตรธานี		🕒 กำลังตรวจสอบ	
4	รายใหม่ 01409	25/05/2565		สปสช. เขต 8 อุตรธานี	11025-รพ.เพ็ญ จ.อุตรธานี		🕒 กำลังตรวจสอบ	
5	รายใหม่ 01408	25/05/2565		สปสช. เขต 8 อุตรธานี	11025-รพ.เพ็ญ จ.อุตรธานี		🕒 กำลังตรวจสอบ	
6	รายใหม่ 01407	25/05/2565		สปสช. เขต 8 อุตรธานี	11025-รพ.เพ็ญ จ.อุตรธานี		🕒 กำลังตรวจสอบ	
7	รายใหม่ 01406	25/05/2565		สปสช. เขต 8 อุตรธานี	11025-รพ.เพ็ญ จ.อุตรธานี		🕒 กำลังตรวจสอบ	
8	รายใหม่ 01405	25/05/2565		สปสช. เขต 8 อุตรธานี	11025-รพ.เพ็ญ จ.อุตรธานี		🕒 กำลังตรวจสอบ	

การตรวจสอบเอกสารหลักฐาน

🔍 รายละเอียดการติดตามตรวจสอบเอกสาร

วันที่	ผู้รับผิดชอบ	รายละเอียด	การตรวจสอบ
--------	--------------	------------	------------

🏠 การตรวจสอบ

รายละเอียด

ผลการตรวจสอบเอกสาร

เอกสารผ่าน ขอลเอกสารเพิ่ม อื่นๆ

↩️ บันทึก


เมื่อคลิกเอกสารผ่าน รายการ จะถูกนำไปรอพิจารณา

การบันทึกผลการพิจารณา

การอนุมัติคำร้อง ✕

ข้อมูลคำร้องเลขที่ : **00888** ชื่อผู้เสียหาย : _____

ประชุมครั้งที่ วาระที่ กลุ่ม

วันที่ 

ลักษณะความเสียหาย

ติดเชื้อไวรัสโรค ติดเชื้อ Covid 19 ถูกผู้ป่วยทำร้าย บาดเจ็บจากการบริการ

ถูกสารคัดหลั่ง

ความรุนแรงของอาการ

ผลการพิจารณา ผ่านการอนุมัติ ไม่ผ่านการอนุมัติ ขอเอกสารเพิ่ม รอพิจารณา

รายละเอียดเหตุผล

ประเภท

จำนวนเงินอนุมัติ

Dashboard



Home

ทดสอบ ทดสอบ Logout

- Home
- Dashboard
- ยื่นคำร้อง
- การตรวจสอบเอกสาร
- การพิจารณา
- Logout

👤 คำร้องทั้งหมด
216

✅ เข้าเกณฑ์
1.39%
3

❌ ไม่เข้าเกณฑ์
0.00%
0

🕒 รอการพิจารณา
98.61%
213

₹ จำนวนเงินช่วยเหลือทั้งสิ้น
37,000

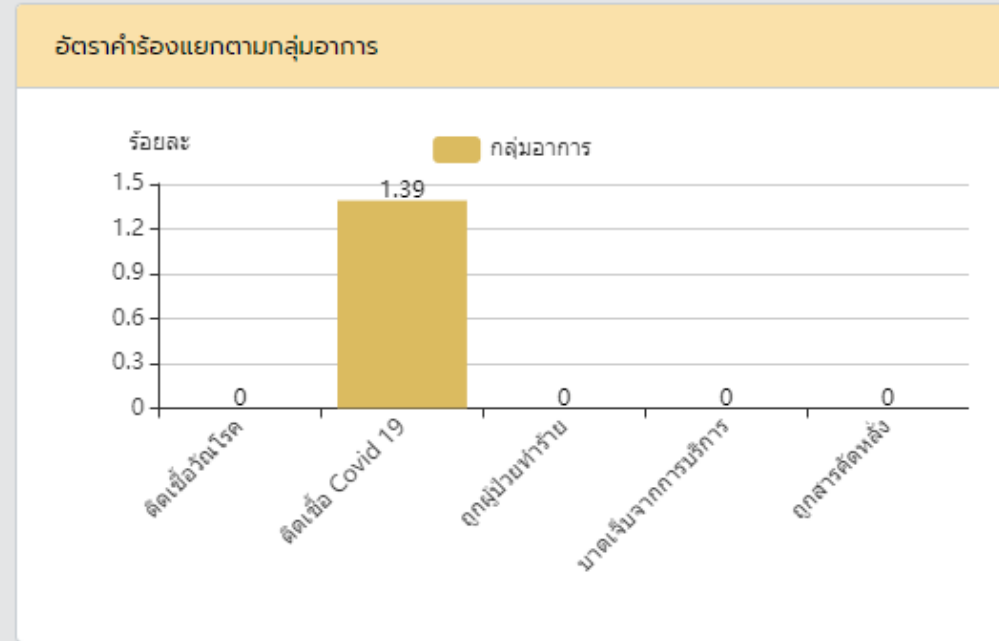
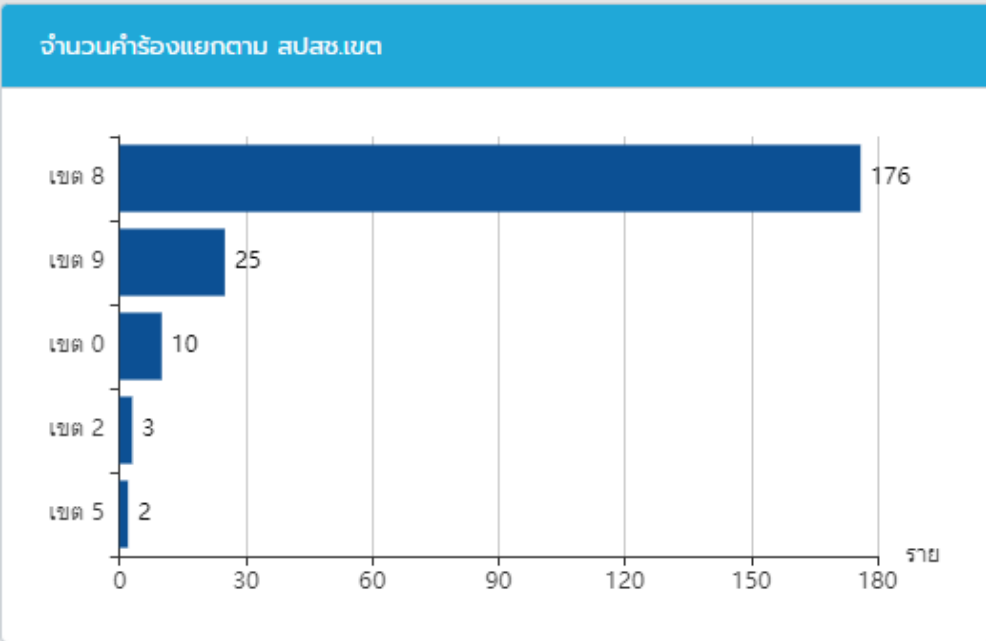
ชาย
19.44%
42

หญิง
80.56%
174

อายุเฉลี่ย
37.44

🔄 อุดหนุน
0.00%
0

🔄 จำนวนเงิน
อุดหนุน
0



Dashboard



Home

ทดลอง ทดสอบ Logout

Home

Dashboard

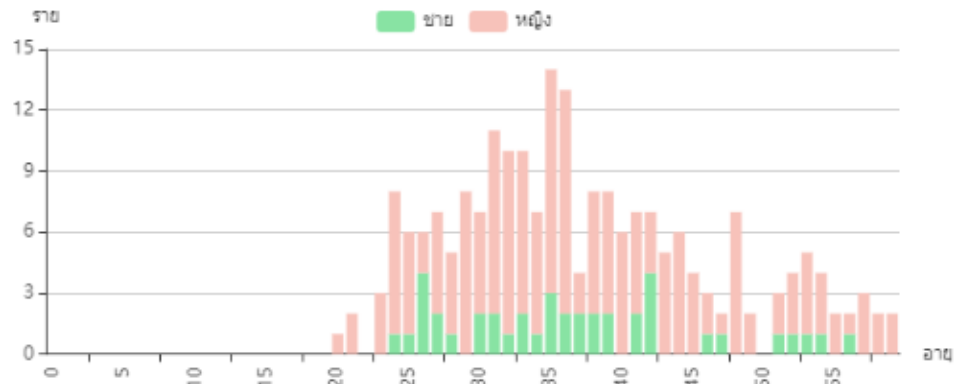
ยื่นคำร้อง

การตรวจสอบเอกสาร

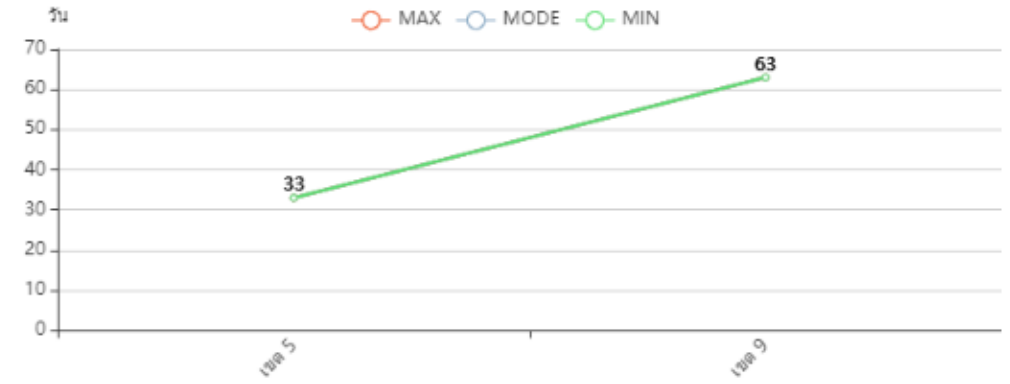
การพิจารณา

Logout

จำนวนคำร้อง แยกตามอายุ

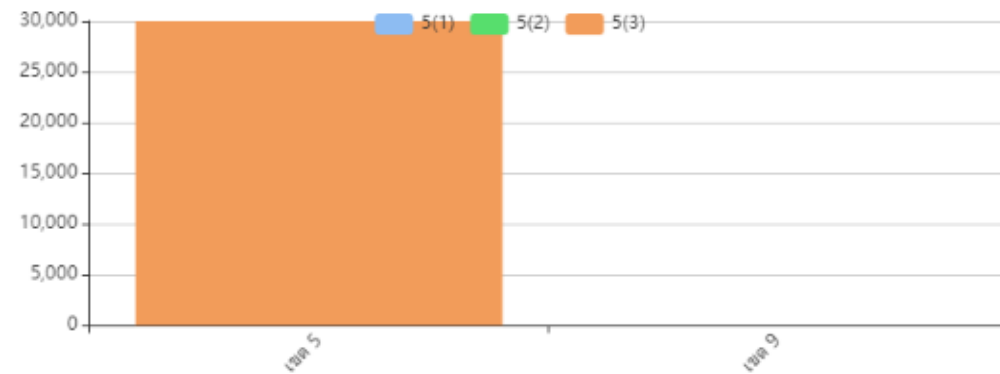


จำนวนวันพิจารณาจากวันที่ยื่นคำร้อง

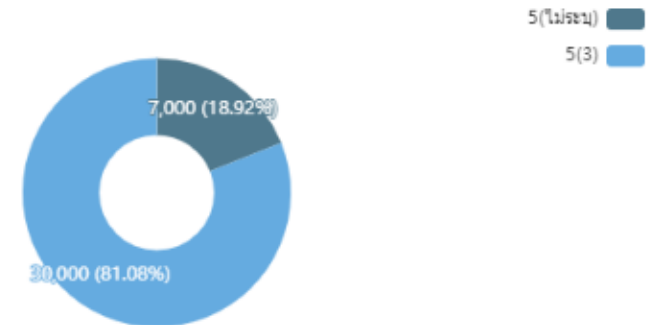


ประเภทการช่วยเหลือแยกตาม สปส.เขต

เงินช่วยเหลือ ราย



สัดส่วนการช่วยเหลือ แยกตามประเภทการจ่าย



Q & A