ที่ ยธ ๐๗๐๕.๔/ ๕๖๐๕

ถึง เรือนจำ / ทัณฑสถาน สถานกักขัง และสถานกักกัน

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ หมวด ๕ ค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ข้อ ๒๕ เงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่จ่ายให้แก่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการเครือข่าย และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ หรือหน่วยบริการที่ปฏิบัติหน้าที่ ทั้งนี้ต้องยื่นคำร้องขอภายใน ๑ ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย โดยในกรณียื่นที่หน่วยบริการในพื้นที่ให้หน่วยบริการดังกล่าว ส่งคำร้องไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่โดยเร็ว นั้น

ในการนี้ กองบริการทางแพทย์พิจารณาแล้ว เพื่อเป็นการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย จากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และบุคลากรทางการแพทย์ สังกัดกรมราชทัณฑ์ โดยให้เจ้าหน้าที่ผู้ที่ได้รับความเสียหายดังกล่าว จัดเตรียมเอกสารและหลักฐานที่เกี่ยวข้องในการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ประกอบด้วย

๑) เวชระเบียน ผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย เฉพาะช่วงเวลาที่เกิดความเสียหาย

๒) ใบตรวจสอบประวัติการใช้สิทธิ ณ ช่วงวันที่ทำให้เกิดความเสียหาย

๓) บัตรประจำตัวประชาชน หรือ บัตรข้าราชการ ของผู้ให้บริการ

๔) ใบรับรองแพทย์ ใบลา ฟิล์มหรือแผ่นซีดีเอกซเรย์ปอด

๕) แบบยื่นคำร้องและกรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วน

ทั้งนี้ ในการดำเนินการดังกล่าว ให้ส่งเอกสารไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่หรือหน่วยบริการที่ปฏิบัติหน้าที่ ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ข่าย หรือสาธารณสุขจังหวัด เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการฯ พิจารณาคำร้อง กรณีพิจารณาแล้วได้รับเงิน เขตจะดำเนินการโอนเงินชดเชยให้โรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) และสามารถดาวน์โหลดแบบการยื่นคำร้องฯ ตาม QR – code ที่แนบมาพร้อมนี้ จึงขอให้เรือนจำและทัณฑสถานรับทราบและปฏิบัติโดยทั่วกัน

กรมราชทัณฑ์
๑๒ เมษายน ๒๕๖๕
กรมราชทัณฑ์

กองบริการทางการแพทย์
โทร. / โทรสาร ๐ ๒๙๖๗ ๓๓๕๑

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข