

## หลักการและเหตุผล

การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุในระยะแรก สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและเกิดความสูญเสียน้อยที่สุด ช่วยลดภาระและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล แต่ปัจจุบันผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ยังมีน้อยมาก ที่มีอยู่ก็มีภาระงานมาก บางคนประสบอุบัติเหตุต้องสูญเสียอวัยวะ หรือเสียชีวิตระหว่างการปฏิบัติงาน ในขณะที่งบประมาณสนับสนุนกลับลดลง ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานขาดขวัญและกำลังใจ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) จึงจัดทำโครงการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแก่ผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (โดยสมัครใจ) ขึ้น

## วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติการ และสร้างความอุ่นใจให้ครอบครัวผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

## กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
  - เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่ปฏิบัติหน้าที่ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
  - เจ้าหน้าที่มูลนิธิที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
  - อาสาสมัครที่ปฏิบัติหน้าที่ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2. บุคคลที่ช่วยปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือเลขาธิการ สพฉ. หรือ นพ. สสจ. หรือ ผอ. รพ. เห็นควรได้รับการทำประกันชีวิต

3. ญาติสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่ น้อง

**วิธีดำเนินการ**  
สพฉ. ทำบันทึกข้อตกลงกับบริษัทที่พยายประกันภัย จำกัด

## ทุนประกันและความคุ้มครอง

เบี้ยประกัน 120 บาท/คน/ปี ทุนประกันภัย 200,000 บาท/คน/ปี **ให้ความคุ้มครองตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก** (ไม่ใช่เฉพาะขณะปฏิบัติหน้าที่เท่านั้น) สำหรับความสูญเสียหรือเสียหายอันเกิดจากการบาดเจ็บซึ่งเกิดจากปัจจัยภายนอก ร่างกายของผู้เอาประกันภัยโดยอุบัติเหตุและทำให้เกิดผลดังต่อไปนี้

1. การเสียชีวิต
2. การสูญเสียอวัยวะ ตามที่ระบุไว้ใน อบ. 2
3. ทูพพลภาพถาวร

**และขยายความคุ้มครองเพิ่มเติมแก่ผู้เอาประกันทุกคน คือ**

1. การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (50%จากทุนประกัน)
2. การถูกฆ่าหรือถูกทำร้ายร่างกาย (200,000 บาท)
3. การจลาจล การนัดหยุดงาน (200,000 บาท)
4. ขณะกำลังขึ้น – ลง หรือขณะโดยสารในอากาศยานที่มีได้จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสารและมีได้ประกอบการโดยสายการบินพาณิชย์ (200,000 บาท)
5. ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพกรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ 10,000บาท (สำหรับผู้ปฏิบัติงานเท่านั้น)

## ขั้นตอนดำเนินการ

ผู้รับผิดชอบการทำประกันภัย สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักการแพทย์ กทม.

1. แจ้งเรื่องการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแก่ผู้ปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (โดยสมัครใจ) ถึงหน่วยปฏิบัติการแม่ข่ายและลูกข่ายEMS./ แจ้งต้นสังกัด/หัวหน้าชุดปฏิบัติการEMS.ในพื้นที่ /อบท./มูลนิธิ
2. หน่วยปฏิบัติการต้นสังกัดสอบถามผู้ปฏิบัติการที่สมัครใจทำประกันภัย/กรอกใบสมัครพร้อมแนบหลักฐาน(สำเนาบัตรประชาชน)
3. หน่วยปฏิบัติการต้นสังกัด รวบรวมใบสมัคร/หลักฐานการสมัคร/เงินค่าสมัคร และจัดทำรายชื่อผู้สมัคร โดยจัดทำหนังสือส่งเอกสารการสมัครจากหัวหน้าหน่วยงาน (เพื่อเป็นการยืนยันว่าบุคคลที่ส่งใบสมัครนั้นเป็นผู้ปฏิบัติงานและครอบครัวของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน) ต่อ สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักการแพทย์ กทม.
4. สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักการแพทย์ กทม. จัดทำรายชื่อผู้สมัครของจังหวัด เป็น excel file โดยตั้งชื่อดังนี้ จังหวัดวันเดือนปี ที่คุ้มครอง ตัวอย่าง นนทบุรี01102560 (วันที่เริ่มคุ้มครอง 1 ตุลาคม 2560)
5. ส่งข้อมูลรายชื่อผู้สมัครทำประกันชีวิต (excel file) พร้อมสำเนาใบการโอนเงิน ไปยัง mail: [sukanyas@dhipaya.co.th](mailto:sukanyas@dhipaya.co.th) และ [Kongkhwan.c@niems.go.th](mailto:Kongkhwan.c@niems.go.th) (ภายในวันที่ 30 กันยายน 2560 ) พร้อมสำเนาการโอนเงินชำระค่าเบี้ยประกัน

6. บริษัททพิยประกันภัย จำกัด ตรวจสอบข้อมูลและออกกรมกรรมค้ำคุ้มครองส่งให้สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด

#### การยื่นขอสินไหมทดแทน กรณีผู้เอาประกันเสียชีวิต

ผู้รับผลประโยชน์ หรือญาติ ยื่นแบบคำขอสินไหมทดแทน พร้อมเอกสาร:- กรอกแบบเรียกร้อง ใบมรณบัตร ใบขึ้นสูตรพลิกศพหรือหนังสือรับรองการตาย บันทึกประจำวันจากตำรวจ ทะเบียนบ้าน บัตรประชาชนของผู้เสียชีวิตและผู้รับประโยชน์ ใบรับรองแพทย์ ที่บริษัททพิยประกันภัยจำกัด (มหาชน)

ผู้ประสานสำนักงานใหญ่

1. คุณสุกัญญา สิทธิชอบธรรม โทร. 02-239-2931, 081-839-4063 โทรสาร 02-239-2049 ต่อ 2931 Email: sukanyas@dhipaya.co.th

2. คุณสุวรรณา ตันจรรณู โทร.02-239-2168, 081-837-5293 โทรสาร 02-239-2049 ต่อ 2168 Email: suwannat@dhipaya.co.th

บริษัททพิยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ฝ่ายธุรกิจภาครัฐและรัฐวิสาหกิจ ที่ตั้ง 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

#### เอกสารประกอบการสมัคร

- ใบสมัคร ลงนาม 1 ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชน (รับรองสำเนา) 1 ฉบับ
- เงินค่าสมัคร
- สำเนาทะเบียนบ้าน (กรณีญาติ)

#### ค่าเบี้ยประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม

- อายุ 5-60 ปี ค่าเบี้ยประกันภัย 120 บาท
- อายุ มากกว่า 60- 70 ปี ค่าเบี้ยประกันภัย 320 บาท
- ญาติ อายุ 5-60 ปี จ่าย 200 บาท/คน/ปี
- ญาติ อายุมากกว่า 60 -70 ปี จ่าย 320 บาท/คน/ปี

#### ผู้ประสานบริษัททพิยประกันภัย จำกัด(มหาชน)

คุณกฤตยา สัจจงพงศธร ที่ปรึกษาโครงการ  
โทร. 0811713100 E-mail : [E21mon@yahoo.com](mailto:E21mon@yahoo.com)

คุณสุกัญญา สิทธิชอบธรรม โทร. 02-239-2931,  
081-839-4063 โทรสาร 02-239-2049 ต่อ 2931  
Email: sukanyas@dhipaya.co.th

#### ระยะเวลาดำเนินการ

รอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 20 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2560  
รอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2561

#### ระยะเวลาการคุ้มครอง 1 ปี

รอบที่ 1 เริ่มคุ้มครอง 1 ตุลาคม 2560  
รอบที่ 2 เริ่มคุ้มครอง 1 มีนาคม 2561

ดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ [www.niems.go.th](http://www.niems.go.th)

#### ผู้รับผิดชอบโครงการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

นางสาวคงขวัญ จันทร์แก้ว  
โทร. 087 0991669  
E-mail : kongkhwan.c@niems.go.th



โครงการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม  
ผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน  
และเครือข่าย สพฉ. ปีที่ 9

โดย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ  
ร่วมกับ  
บริษัททพิยประกันภัย จำกัด(มหาชน)

