



ที่ สธ 0705.3/ว 590

กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000

31 ตุลาคม 2550

เรื่อง ขอส่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2550  
เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 4)

พ.ศ. 2550

จำนวน 1 ฉบับ

2) คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล จำนวน 1 ชุด

3) แบบหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล จำนวน 1 ชุด

กระทรวงสาธารณสุข ขอส่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2550 ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1) ซึ่งระเบียบดังกล่าวนี้ให้สิทธิกับ อสม. ที่ปฏิบัติงานมาแล้วตั้งแต่สิบปีขึ้นไป หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับภาค และระดับชาติ โดยให้หน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ โดยให้เป็นสิทธิช่วยเหลือเฉพาะตัว และเพื่อให้การดำเนินการตามระเบียบดังกล่าวเป็นไปอย่างมีหลักเกณฑ์ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดหลักเกณฑ์การปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

1. ให้จัดทำทะเบียน อสม. ที่ปฏิบัติงานครบสิบปีขึ้นไป และ อสม. ดีเด่น ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับภาค และระดับชาติ
2. อสม. ที่ประสงค์จะใช้สิทธิตามระเบียบนี้ให้ยื่นคำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 2) ต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย และให้ตรวจสอบสิทธิของ อสม. ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์หรือไม่ และหากพบว่าเป็นผู้มีสิทธิตามระเบียบดังกล่าวนี้ ให้ออกหนังสือรับรอง ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 3)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องถือปฏิบัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

โทร 0 2590-1534

โทรสาร 0 2590-1530

## ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔)

พ.ศ. ๒๕๕๐

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๓ เพื่อให้สวัสดิการแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานมาครบ ๑๐ ปีและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้รับคัดเลือกให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดีเด่น ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับภาค และระดับชาติ ได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ โดยให้เป็นสิทธิเฉพาะตัว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความดังต่อไปนี้ เป็น ข้อ ๘ ทวิ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๓

“ข้อ ๘ ทวิ สำหรับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานมาแล้วตั้งแต่สิบปีขึ้นไป หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดีเด่น ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับภาคและระดับชาติ ให้หน่วยบริการยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ โดยให้เป็นสิทธิช่วยเหลือเฉพาะตัว”

ข้อ ๔ ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ และให้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๐

มรกต กรเกษม

รัฐมนตรีช่วยว่าการ ฯ ปฏิบัติราชการแทน

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



ที่ .....

ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ

.....

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการ.....

ด้วย.....อายุ.....เลขที่ประจำตัวประชาชน  
.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....

หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....แจ้งว่าได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยใน  
และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล  
(ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2550 กรณี (ปฏิบัติหน้าที่ อสม. มาตั้งแต่สิบปีขึ้นไป หรือ ได้รับการคัดเลือกให้เป็น  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับ.....ปี.....) จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับ  
การช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

.....

ส่วนราชการ

โทร.....

โทรสาร.....

## คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

1. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....  
 ซอย/ตรอก.....หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอ.....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์.....  
 เลขที่ประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดย  
 ข้าพเจ้ามีสิทธิในกรณี  ปฏิบัติงานหน้าที่ อสม. มาแล้วตั้งแต่ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ. ....  
 เป็น อสม. คีเด่น ระดับ .....ปี พ.ศ. ....

และข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข  
 ชื่อ..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
 ตั้งแต่วันที่ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบ  
 กระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2550

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่ .....เดือน..... พ.ศ. ....

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

2. เสนอ .....

ขอรับรองว่า อสม. ผู้นี้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวง  
 สาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2550 สมควรออกหนังสือรับรองได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....เดือน..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ : เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย