

คู่มือกระบวนการขอรับเอกสารหนังสือรับรอง
การมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปี ๒๕๖๓



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาง

จังหวัดลำปาง

โทร.๐ ๕๔๒ ๖๑๑๖๗

คำนำ

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๕๘ ให้สิทธิกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมถึงบุคคลในครอบครัว โดยให้หน่วยบริการช่วยเหลือเฉพาะค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษโดยเรียกเก็บเพียงร้อยละ ๕๐ ของอัตราที่กำหนดไว้

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก่งกระจาน ถือได้ว่าเป็นหน่วยบริการระดับอำเภอ ที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนมากอยู่ภายใต้การกำกับดูแล การให้บริการเพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว ยามเจ็บป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือบุคคลในครอบครัว ย่อมเป็นงานบริการหลักที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก่งกระจาน ให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จึงได้จัดทำคู่มือการขอรับเอกสารหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขึ้น เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้การกำกับดูแล ให้เป็นไปด้วยความเป็นระเบียบเรียบร้อย

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่อสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สนใจทั่วไปอีกทั้งยังก่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการปฏิบัติงาน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก่งกระจาน

มกราคม ๒๕๖๓

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

คำนำ

สารบัญ

กระบวนการขอรับเอกสารหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือ
ในการรักษาพยาบาลของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

๑-๕

ภาคผนวก

**กระบวนการขอรับเอกสารหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล
ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาง จังหวัดลำปาง**

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๕๘ ให้สิทธิกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมถึงบุคคลในครอบครัว โดยให้หน่วยบริการช่วยเหลือเฉพาะค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษโดยเรียกเก็บเพียงร้อยละ ๕๐ ของอัตราที่กำหนดไว้

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาง ถือได้ว่าเป็นหน่วยบริการระดับอำเภอ ที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนมากอยู่ภายใต้การกำกับดูแล การให้บริการเพื่อให้เกิดความสะดวกสูงสุด ยามเจ็บป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือบุคคลในครอบครัว ย่อมเป็นงานบริการหลักที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาง ให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จึงได้จัดทำคู่มือการขอรับหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขึ้น เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้การกำกับดูแล ให้เป็นไปด้วยความเป็นระเบียบเรียบร้อย

ขั้นตอนการขอรับหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด สามารถขอรับหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ ๑ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ที่ประสงค์จะขอรับเอกสารหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ยื่นเอกสารคำขออนุญาตหนังสือรับรองการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลและบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขฯ (ฉบับจริง) ณ สถานพยาบาลที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น มีชื่ออยู่ในเขตพื้นที่นั้น รายละเอียด ดังนี้

๑. ตำบลบ้านหวด (หมู่ที่ ๑,๒,๓,๔,๕,๖)
 - ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหวด อำเภอจาง จังหวัดลำปาง
๒. ตำบลบ้านอ้อน (หมู่ที่ ๕)
 - ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหก อำเภอจาง จังหวัดลำปาง
๓. ตำบลบ้านอ้อน (หมู่ที่ ๑,๒,๓,๔)
 - ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอ้อนเหนือ อำเภอจาง จังหวัดลำปาง
๔. ตำบลบ้านโป่ง (หมู่ที่ ๑,๒,๓,๔,๕,๖,๗,๘,๙,๑๐,๑๑,๑๒)
 - ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบพลึง อำเภอจาง จังหวัดลำปาง
๕. ตำบลหลวงใต้ (หมู่ที่ ๑,๒,๓,๔,๕,๖,๗,๘,๙,๑๐,๑๑,๑๒)
 - ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำจ้ำ อำเภอจาง จังหวัดลำปาง
๖. ตำบลบ้านแหง (หมู่ที่ ๔,๕,๖,๗)
 - ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อห้อย อำเภอจาง จังหวัดลำปาง

- ๗. ตำบลบ้านแหง (หมู่ที่ ๑,๒,๓,๗,๘)
 - ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง
- ๘. ตำบลบ้านร้อง (หมู่ที่ ๑,๒,๓,๔,๙,๑๐,๑๑,๑๒)
 - ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบป้อน อำเภองาว จังหวัดลำปาง
- ๙. ตำบลบ้านร้อง (หมู่ที่ ๕,๖,๗,๘,๑๓,)
 - ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่พัฒนา อำเภองาว จังหวัดลำปาง
- ๑๐. ตำบลแม่ตีบ (หมู่ที่ ๑,๒,๓,๔,๕)
 - ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอกคำใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง
- ๑๑. ตำบลปงเตา (หมู่ที่ ๑,๒,๓,๔,๕,๖,๗,๘,๙,๑๐,๑๑,๑๒,๑๓)
 - ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภองาว จังหวัดลำปาง
- ๑๒. ตำบลนาแก (หมู่ที่ ๑,๒,๓,๔,๕,๖)
 - ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่แป้น อำเภองาว จังหวัดลำปาง
- ๑๓. ตำบลหลวงเหนือ (หมู่ที่ ๑,๒,๓,๔,๕,๖,)
 - ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลงาว อำเภองาว จังหวัดลำปาง

โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรอกรายละเอียดในส่วนที่ ๑ ให้เรียบร้อย ก่อนยื่นแก่สถานพยาบาล

ขั้นตอนที่ ๒ สถานบริการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของเอกสารคำขออนุญาต รับผิดชอบต่อกรณีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล เมื่อพบว่าเอกสารมีความถูกต้อง ให้หัวหน้าสถานพยาบาลแห่งนั้นกรอกรายละเอียดในส่วนที่ ๒ และลงลายมือชื่อเป็นผู้รับรองว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๕๘

ขั้นตอนที่ ๓ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยื่นเอกสารคำขออนุญาตรับผิดชอบต่อกรณีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาล ที่ได้รับการรับรองจากสถานพยาบาลในเขตที่ตนอาศัยอยู่นั้นแก่เจ้าหน้าที่การเงินของสำนักงานสาธารณสุขอำเภองาว เพื่อตรวจสอบเอกสารและออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

ขั้นตอนที่ ๔ เจ้าหน้าที่การเงินของสำนักงานสาธารณสุขอำเภองาว ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารคำขออนุญาตรับผิดชอบต่อกรณีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล เมื่อพบว่าถูกต้อง ครบถ้วนแล้วให้ออกหนังสือแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หากพบว่าเอกสารไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน ให้ส่งคืนเอกสารกลับไปแก้ไขแล้วนำมายื่นใหม่อีกครั้ง

ขั้นตอนที่ ๕ กรณีเอกสารยื่นคำขอมีความถูกต้อง ครบถ้วน ให้เจ้าหน้าที่การเงิน สำนักงานสาธารณสุขอำเภองาว ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และให้สาธารณสุขอำเภองาว เป็นผู้ลงนาม

**หมายเหตุ หนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาล มีอายุใช้งาน
๑ เดือนนับจากวันออกหนังสือ



**กระบวนการขอรับหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล
สำนักงานสาธารณสุขอำเภออำเภอางาว จังหวัดลำปาง**

ลำดับที่	กระบวนการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑	<p>อสม.ยื่นเอกสารคำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ณ สถานบริการ</p> <p>สถานบริการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของเอกสารและบัตรประจำตัว อสม.</p> <p>ไม่ต้อง ครบถ้วน</p> <p>ไม่ต้อง ไม่ครบถ้วน</p>	๕ นาที ๑๐ นาที	อสม. เจ้าหน้าที่สถานบริการ
๒	<p>หัวหน้าสถานพยาบาลลงนามรับรองเอกสาร</p>	๕ นาที	หัวหน้าสถานพยาบาล
๓	<p>เจ้าหน้าที่การเงิน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอางาว ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารยื่นคำร้องฯ</p> <p>ไม่ต้อง ครบถ้วน</p> <p>ไม่ต้อง ไม่ครบถ้วน</p>	๑๐ นาที	เจ้าหน้าที่การเงิน สสอ.างาว
๔	<p>เจ้าหน้าที่การเงิน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอางาว ออกไปรับรองสิทธิฯ</p>	๑๐ นาที	เจ้าหน้าที่การเงิน สสอ.างาว
๕	<p>สาธารณสุขอำเภอางาว ลงนามในเอกสารรับรองสิทธิฯ</p>	๕ นาที	สาธารณสุขอำเภอางาว

ภาคผนวก



ที่ ชม ๐๓๓๒/.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
ตำบลนาแก อำเภอเมือง ลป ๕๒๑๑๐

วันที่.....

เรื่องรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

อายุ.....ปี ซึ่งอาศัยสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่.....ตำบล.....อำเภอเมือง
จังหวัดลำปาง ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ที่โรงพยาบาล.....ที่ตั้ง เลขที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัดเชียงใหม่ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือใน
การรักษาพยาบาล

จึงขอรับรองว่า..... เลขประจำตัวประชาชน อายุ

ปี ซึ่งอาศัยสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง ลำปาง เป็น
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือใน
การรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๖) พ.ศ.๒๕๕๘ ข้อ ๘ เป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหาร
พิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุทธิศักดิ์ ธีระเชื้อ)

สาธารณสุขอำเภอเมือง

งานสุขภาพภาคประชาชน

กลุ่มงานพัฒนาวิชาการและคุณภาพบริการ

โทร ๐ ๕๔ ๒๖๑๑๖๗

คำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความ

๑. เสนอ สาธารณสุขอำเภอ

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชนตำแหน่ง
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่.....ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดเชียงใหม่ มีความประสงค์จะขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล สำหรับการ
รักษาพยาบาลของ

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ข้าพเจ้า | <input type="checkbox"/> คู่สมรส |
| <input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ..... | <input type="checkbox"/> มารดา |
| <input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ..... | |
| <input type="checkbox"/> เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่(มารดา)..... | |
| <input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ | |

เป็นบุตรไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดู

ซึ่งมีเลขบัตรประชาชน.....ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล โรงพยาบาล
.....ที่ตั้ง.....อำเภอ.....จังหวัดลำปางตั้งแต่วันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้มีคุณสมบัติตาม
ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๖) พ.ศ.๒๕๕๘ ข้อ ๘ จึงเป็นผู้มี
สิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

(ลงชื่อ).....
(.....)
วันที่.....

ส่วนที่ ๒ สำหรับเจ้าหน้าที่

๒.เสนอสาธารณสุขอำเภอแม่แจ่ม

ขอรับรองว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นี้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือใน
การรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๖) พ.ศ.
๒๕๕๘ ข้อ ๘ สมควรออกหนังสือรับรองได้

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน.....