



**คู่มือ**

**สิทธิสวัสดิการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล**

**(ค่าห้องพิเศษ และค่าอาหารพิเศษ ของ อสม.)**

**สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิเชียรบุรี**

**สิทธิสวัสดิการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล  
(ค่าห้องพิเศษ และค่าอาหารพิเศษ ของ อสม.)**

**คำจำกัดความ**

ค่ารักษาพยาบาล หมายถึง : เงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บในการรักษาพยาบาล ต่อไปนี้

๑. ค่ายา ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำเกลือ หรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่น ๆ ทำนองเดียวกับที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค
๒. ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม
๓. ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค แต่ไม่รวมถึงค่าจ้างผู้พยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษ และค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ
๔. ค่าตรวจสุขภาพประจำปีตามที่กระทรวงการคลังกำหนดให้เบิกได้ตามกฎหมายว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และให้หมายความรวมถึงค่าห้อง และค่าอาหารตลอดเวลาที่เข้ารักษาพยาบาล ยกเว้น ค่าอาหารพิเศษและค่าห้องพิเศษ

**สิทธิประกันสุขภาพ** หมายถึง : บุคคลผู้ได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ ต้องเป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย และไม่มีสิทธิสวัสดิการอื่นใดที่รัฐจัดให้ (สิทธิข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ บุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ ผู้ซึ่งได้รับสวัสดิการการรักษาโดยอาศัยสิทธิของบุคคลอื่น และผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม)

**สถานบริการ** หมายถึง : สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภาวิชาชีพ หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

**หน่วยบริการ** หมายถึง : สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕

**สถานบริการอื่น** หมายถึง : สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภาวิชาชีพ หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม และไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕

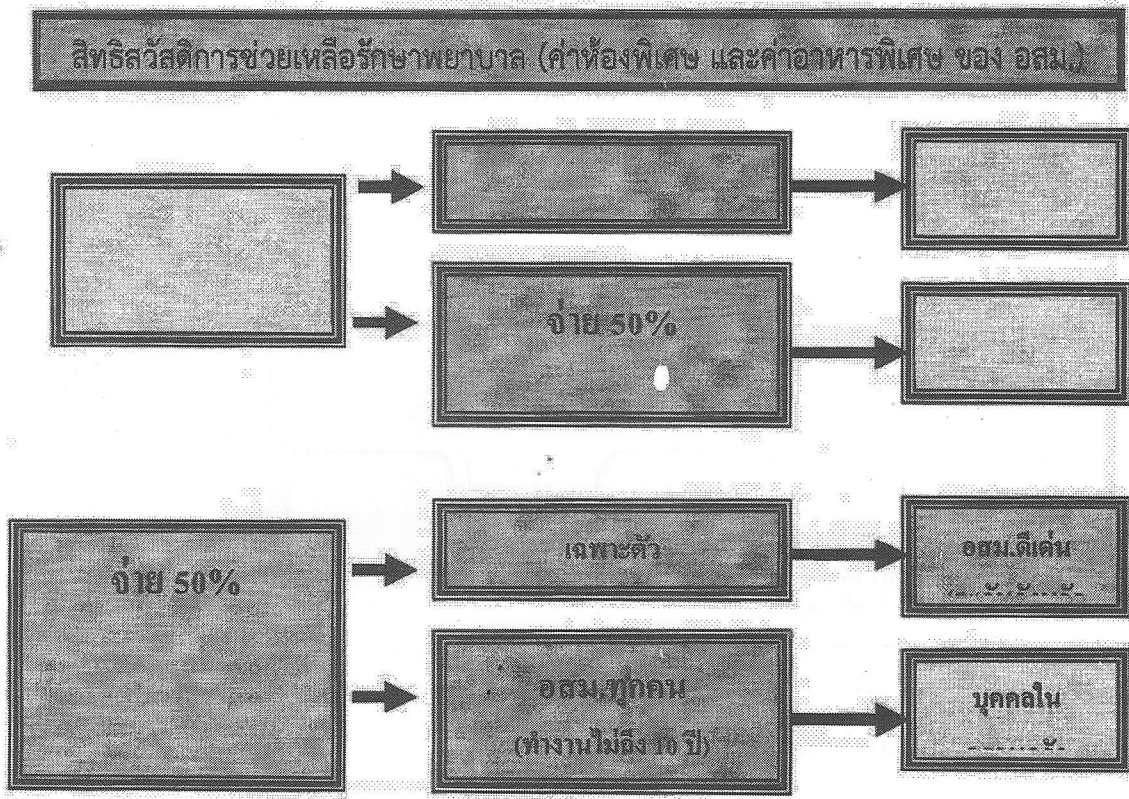
**บุคคลในครอบครัว** หมายถึง :

๑. บุตรชอบด้วยกฎหมายซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นคนไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของบิดาหรือมารดา ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบนี้แต่ ทั้งนี้ ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่นแล้ว

- ๒. คู่สมรสของผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบนี้
- ๓. บิดาหรือมารดาของผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบนี้

**ประเภทของการได้รับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล สำหรับ อสม.**

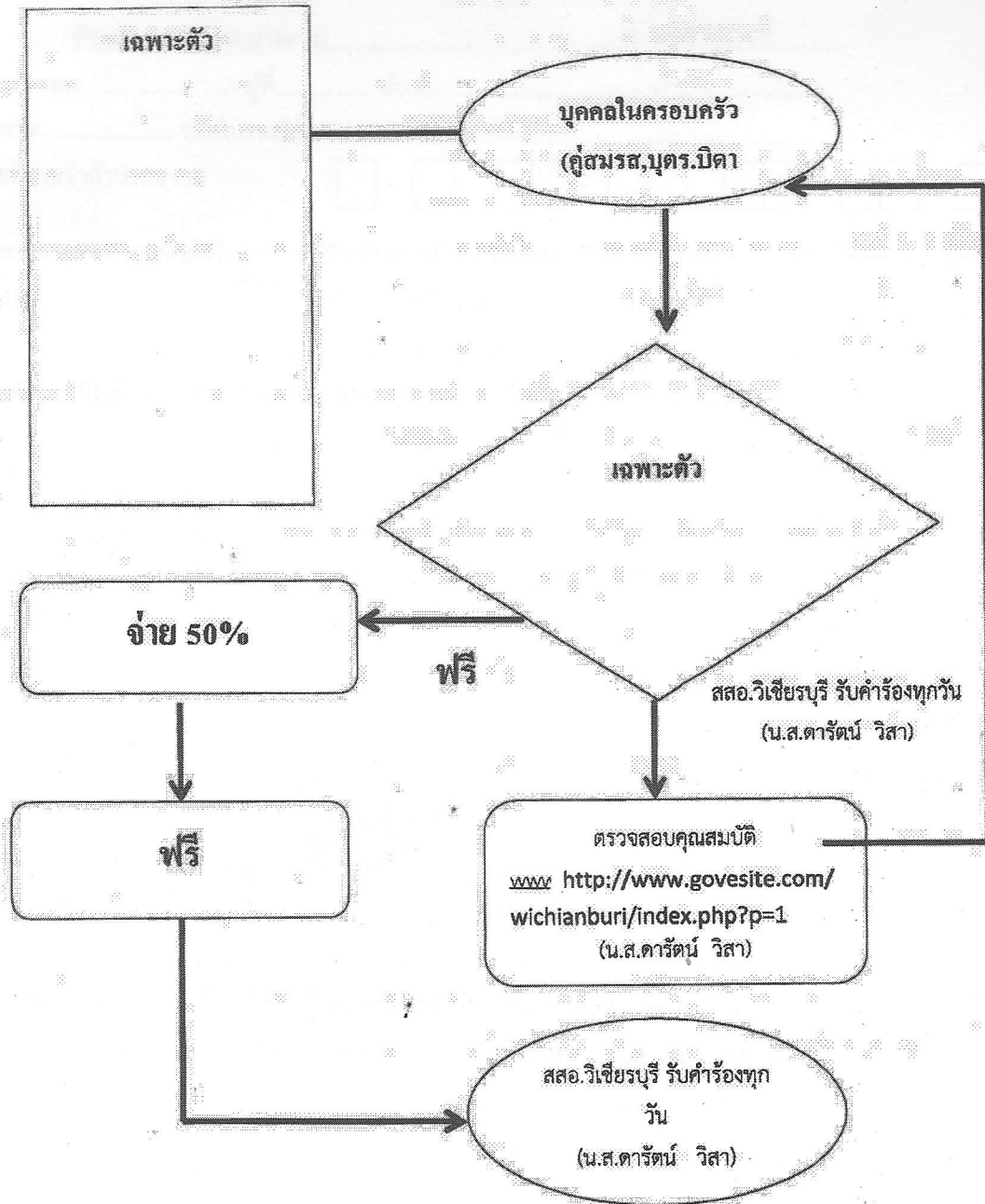
- ๑. อสม. ที่ปฏิบัติงาน ๑๐ ขึ้นไป หรือ อสม. ดีเด่นระดับจังหวัดขึ้นไป ได้รับยกเว้นค่าห้องพิเศษ และค่าอาหารพิเศษ เฉพาะตัว
- ๒. อสม. ที่ปฏิบัติงานต่ำกว่า ๑๐ ปี ได้รับยกเว้นค่าห้องพิเศษ และค่าอาหารพิเศษ ครึ่งราคาของอัตราที่กำหนด
- ๓. บุคคลในครอบครัว อสม. ทุกคนได้รับยกเว้นค่าห้องพิเศษ และค่าอาหารพิเศษ ครึ่งราคาของอัตราที่กำหนด (หนังสือ ที่ สธ ๐๓๐๕.๔/ว.๗๗๗ ลว. ๑๗ ธ.ค. ๒๕๕๓ เรื่อง ขอความร่วมมือช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล



**หมายเหตุ**

1. บุคคลในครอบครัว อสม. หมายถึง คู่สมรส, บิดา, บิดา มารดา ของ อสม. ที่ได้ขึ้นทะเบียนสิทธิบัตรของ สปสช. เป็นสิทธิ บุคคลในครอบครัว อสม. (รหัส ๑)
2. หลักฐานการตรวจสอบ
  - สิทธิเฉพาะตัว ตรวจสอบ บัตรประจำตัว อสม. / ตรวจสอบสิทธิบัตร สปสช. เว็บไซต์ [www.thaiphe.net](http://www.thaiphe.net)
  - สิทธิบุคคลในครอบครัว (คู่สมรส, บิดา, บิดา มารดา) ตรวจสอบ บัตรประจำตัว อสม. / ตรวจสอบ สิทธิบัตรของ สปสช. / หลักฐานการตรวจสำเนาทะเบียนบ้าน / สำเนาสูติบัตร
3. ที่มา - (ฉบับแก้ไขปรับปรุง) ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๐ และแก้ไขเพิ่มเติม ที่ สธ ๐๓๐๕.๔/ว.๗๗๗ ลงวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๕๓

ขั้นตอนการขอใบรับรองสิทธิสวัสดิการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล อสม.  
(ค่าห้องพิเศษ และค่าอาหารพิเศษ)





## คำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

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

มีความประสงค์ขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยข้าพเจ้ามีสิทธิ  
ในกรณี  ปฏิบัติงานหน้าที่ อสม. มาแล้วตั้งแต่ตั้งแต่วันที่.....พ.ศ.....  
 เป็น อสม. ระดับ.....ปี พ.ศ.....

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

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

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตรวจสอบคุณสมบัติ

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

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย



ที่ .....

ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการ.....

ด้วย.....อายุ.....เลขที่ประจำตัวประชาชน  
.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....  
หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รทีสไปรษณีย์.....แจ้งว่าได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยใน  
และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ  
หมู่บ้าน ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 4)  
พ.ศ. 2550 กรณี (ปฏิบัติหน้าที่ อสม. มาตั้งแต่สิบปีขึ้นไป หรือ ได้รับการคัดเลือกให้เป็นอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับ.....ปี.....) จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้น  
ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ส่วนราชการ

โทร.....

โทรสาร.....