

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

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. ดีเด่น ระดับปี พ.ศ.

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

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

(ลงชื่อ).....
 (.....)
 วันที่เดือน.....พ.ศ.

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

2. เสนอ

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

(ลงชื่อ).....
 (.....)
 ตำแหน่ง

วันที่เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ : เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย



ที่

ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ

.....

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการ.....

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

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

รหัสไปรษณีย์.....แจ้งว่าได้เข้ารับการักษาพยาบาล 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.....