

สวัสดิการสำหรับ อสม.

1. สวัสดิการค่าห้องพิเศษ และค่าอาหารพิเศษ สำหรับ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2562

กำหนดให้ อสม. ทุกคน มีสวัสดิการที่เหมาะสม และเป็นมาตรฐานเดียวกัน เมื่อพักรักษาตัวในสถานบริการของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่งทั่วประเทศประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2563 และมีผลบังคับใช้ในวันถัดจากวันที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา (8 มกราคม 2563) เป็นต้นไป

โดยกำหนดไว้ดังนี้

1) อสม. ทุกคนให้ได้รับการยกเว้นค่าห้องพิเศษ และค่าอาหารพิเศษโดยให้เป็นสิทธิเฉพาะตัวของบุคคล ทั้งนี้ อสม. ที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลจากส่วนราชการ ให้เรียกเก็บตามสิทธิก่อน ส่วนที่เหลือให้ได้รับการยกเว้น

2) บุคคลในครอบครัวของ อสม. ได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษ และค่าอาหารพิเศษ ร้อยละ 50 ของอัตราที่กำหนดไว้ ทั้งนี้บุคคลในครอบครัว อสม. ที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลจากส่วนราชการให้เรียกเก็บตามสิทธิก่อน ส่วนที่เกินให้เรียกเก็บร้อยละ 50

2. มูลนิธิ อสม. แห่งประเทศไทย

ด้วยหลักเกณฑ์การขอรับการช่วยเหลือของ อสม. ผู้ประสบภัยมีหลายประเภท และเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในทางปฏิบัติ จึงกำหนดหลักเกณฑ์ และให้แจ้งเวียนมติไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

กรณีประสบอุบัติเหตุจากการปฏิบัติหน้าที่

มีหนังสือรับรองจากประธานชมรมระดับตำบล, ผอ. รพสต., สสอ., สสจ. เป็นผู้รับรองตามลำดับ พร้อมแนบหลักฐานดังนี้ 1) ใบรับรองแพทย์ 2) ใบมรณบัตร 3) รูปถ่าย

วงเงินช่วยเหลือ ดังนี้

- เสียชีวิต เป็นเงิน 5,000 บาท
- ทุพพลภาพ เป็นเงิน 3,000 บาท
- เยียวยา เป็นเงิน 1,000 - 2,000 บาท

3. สิทธิการเป็นสมาชิก ผกส. อสม. ครอบครัวจะได้รับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

3.1 ค่าพวงหรีดและค่าพิธีกรรมทางศาสนา จำนวน 2,000 บาท

3.2 ค่าสงเคราะห์แก่ทายาทผู้มีสิทธิ (ปัจจุบันมีสมาชิก 770,000 คน เงินสงเคราะห์ จำนวน 385,000 บาท

ข้อมูล ณ วันที่ 5 พ.ย. 63)

4. การช่วยเหลือเบื้องต้น สำหรับแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

บุคลากรสาธารณสุข ที่ได้รับความเสียหายจากกรณีโรคโควิด 19 ทาง สปสช. มีประกาศให้จ่ายเงินชดเชย ซึ่งมติคณะรัฐมนตรี (ครม.) เห็นชอบ ให้ปรับอัตราช่วยเหลือกรณีติดโรคโควิด 19 จำนวน 2 เท่า จากอัตราเดิมใน 3 กรณีประกอบด้วย

1. กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายช่วยเหลือได้ตั้งแต่ 480,000-800,000 บาท

2. กรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตจ่ายเงินช่วยเหลือได้ตั้งแต่ 200,000-480,000 บาท

3. กรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 200,000 บาท ทั้งนี้ สามารถยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่ สปสช. สาขาเขตพื้นที่ภายใน 1 ปี นับตั้งแต่วันที่ได้รับความเสียหาย โดยจะมีคณะกรรมการเป็นผู้พิจารณาต่อไป

ทั้งนี้ ผู้ให้บริการสาธารณสุข ได้กำหนดความไว้ในข้อ 25 ของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 ให้หมายความว่า บุคคลซึ่งให้บริการสาธารณสุข และให้หมายความรวมถึงบุคคลที่ให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุนการให้บริการสาธารณสุขไม่ว่าจะมีหน้าที่โดยตรงหรือไม่ ซึ่งหมายความรวมถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้วย โดยได้รับการแต่งตั้งจากหน่วยงาน หรือสถานบริการของรัฐให้ปฏิบัติงานในพื้นที่

5. กองทุนสนับสนุนและเยียวยา อสม. (คุณศิริ กาญจนพาสณ์) กรณีได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน

วงเงินช่วยเหลือกรณี ต่อไปนี้

5.1 เสียชีวิต 500,000 บาท

5.2 เจ็บป่วย/ติดเชื้อโควิด 19 10,000 บาท

อสม. สามารถยื่นคำขอได้ที่หน่วยงานต้นสังกัด อสม. ยื่นคำขอมายัง กรม สบส. เพื่อเสนอ กกก. พิจารณา

6. กองทุน ดร.นพ.อมร นนทสูต

เพื่อช่วยเหลือเยียวยาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติหน้าที่ ทั้งโดยตรง และทางอ้อม

วงเงินช่วยเหลือกรณี ต่อไปนี้

6.1 เสียชีวิต วงเงินไม่เกิน 50,000 บาท

6.2 ทุพพลภาพ หรือสูญเสียอวัยวะ วงเงินไม่เกิน 20,000 บาท

6.3 บาดเจ็บสาหัส วงเงินไม่เกิน 10,000 บาท

6.4 ได้รับบาดเจ็บ วงเงินไม่เกิน 5,000 บาท

อสม. สามารถยื่นคำขอได้ที่หน่วยงานต้นสังกัด และส่งคำขอมายัง กรม สบส. เพื่อเสนอ กกก. พิจารณา

7. เงินบริจาคบัญชี “สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีเพื่อช่วยเหลือแก่เจ้าหน้าที่ที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติหน้าที่ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019”

ให้การช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ ซึ่งหมายความรวมถึง อสม. ที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติหน้าที่กรณีโรคโควิด 19

7.1 เสียชีวิต เงินทุนเลี้ยงชีพสำหรับครอบครัว 100,000 บาท

7.2 ทุพพลภาพหรือพิการ เงินทุนเลี้ยงชีพ 80,000 บาท

7.3 บาดเจ็บสาหัส/เจ็บป่วยรุนแรง เงินช่วยเหลือ 40,000 บาท

7.4 ป่วยหรือบาดเจ็บและรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน เงินช่วยเหลือ 30,000 บาท

โดย อสม. สามารถยื่นคำขอได้ที่หน่วยงานต้นสังกัด และส่งคำขอมายัง กรม สบส. เพื่อเสนอ กกก. พิจารณา

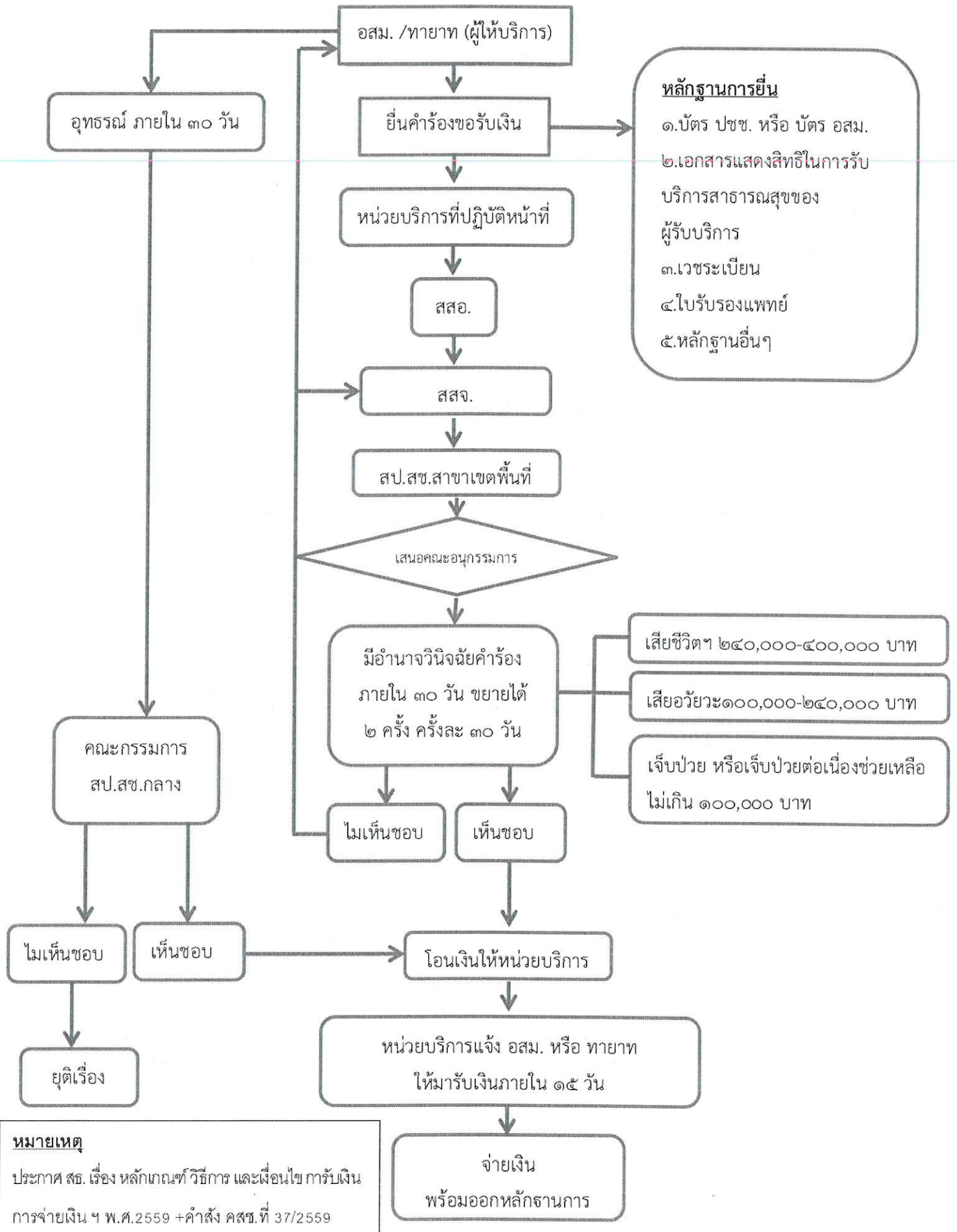
8. ค่าตอบแทน เยียวยา ชดเชย และเลี้ยงภัย สำหรับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

8.1 ค่าตอบแทน เยียวยา ชดเชย และเลี้ยงภัย แก่ อสม. เดือนละ 500 บาท เป็นเวลา 7 เดือน ตั้งแต่เดือนมีนาคม – กันยายน 2563 งวดที่ 2 ตั้งแต่เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2563 และงวดที่ 3 ตั้งแต่เดือนมกราคม – มีนาคม 2564

4. การช่วยเหลือเบื้องต้น สำหรับแพทย์ พยาบาลและ
บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตามกฎหมายว่า
ด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

คำร้องขอรับเงินช่วยเหลือ (อสม.)

กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข



แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย

สถานที่ยื่นคำร้อง.....

วันที่ยื่นคำร้อง.....

วันที่ยื่นคำร้อง

๑. ข้อมูลของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย

๑.๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๒ ชื่อ - สกุล.....

อายุ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

๑.๓ ชื่อหน่วยบริการที่ปฏิบัติงาน(รพ.สต./ รพ.)..... จังหวัด.....

๑.๔ ตำแหน่ง.....แผนกที่ปฏิบัติงาน.....

ลักษณะงานที่รับผิดชอบ (ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ)

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก

.....โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๒. ข้อมูลของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๒.๒ ชื่อ - สกุล.....

อายุ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ☐ คู่สมรส ☐ บิดา/มารดา ☐ บุตร ☐ อื่นๆ

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก

.....โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๓. ข้อมูลความเสียหาย

๓.๑ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น

๓.๒ เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์ และความเสียหายต่าง ๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน
ถ้ามี ภาءแผลให้บอกลักษณะบาดแผล).....

.....
๓.๓ ผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ.....
.....

๓.๔ การวินิจฉัย.....
.....

๓.๕ การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัวหรือระยะเวลาในการรับประทานยา.....
.....

๓.๖ ภาวะหรืออาการแทรกซ้อนจากการรับประทานยา.....
.....

๓.๗ ผลกระทบจากความเสียหาย.....
.....
.....

๔. ข้อมูลของผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย

☐ ๔.๑ ความเสียหายเกิดจากผู้รับบริการ ๑ ราย

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ชื่อ - สกุล.....

อายุ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

การวินิจฉัยโรค.....

สิทธิในการรับบริการ ☐ ประกันสุขภาพ ☐ พนักงานท้องถิ่น ☐ ข้าราชการ ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

☐ ๔.๒ ความเสียหายเกิดจากผู้รับบริการมากกว่า ๑ ราย

รายชื่อ ๑ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ชื่อ - สกุล.....

อายุ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

การวินิจฉัยโรค.....

สิทธิในการรับบริการ ☐ ประกันสุขภาพ ☐ พนักงานท้องถิ่น ☐ ข้าราชการ ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

รายชื่อ ๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ชื่อ - สกุล.....

อายุ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

การวินิจฉัยโรค.....

สิทธิในการรับบริการ ☐ ประกันสุขภาพ ☐ พนักงานท้องถิ่น ☐ ข้าราชการ ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

๕. เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นมาพร้อมกับคำร้อง ส่วนของผู้ให้บริการที่เสียหาย

- ☐ ๕.๑ สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ(ช่วงที่ได้รับความเสียหาย)
- ☐ ๕.๒ สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ให้บริการ เช่น บัตรประชาชน หรือ บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่
- ☐ ๕.๓ ใบรับรองแพทย์ของผู้ให้บริการ
- ☐ ๕.๔ แผ่นฟิล์ม หรือ ซีดี ผลการเอกซเรย์ปอด กรณีติดเชื้อวัณโรค
- ☐ ๕.๕ ใบแจ้งความ : กรณีเกิดอุบัติเหตุ
- ☐ ๕.๖ ภาพถ่ายบาดแผล : กรณีถูกทำร้าย
- ☐ ๕.๗ ใบรับรองว่าเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุข : กรณีไม่ใช่เป็นผู้ให้บริการโดยตรง
- ☐ ๕.๘ เอกสารบรรยายความเสียหาย (กรณีต้องการบรรยายเพิ่มเติมในข้อ ๓.๒)
- ☐ ๕.๙ เอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น
 - ☐ ๕.๙.๑ เอกสารมอบหมายให้ปฏิบัติงาน(ตารางเวร)
 - ☐ ๕.๙.๒ อื่น ๆ (ระบุ).....

๖. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง ส่วนของผู้รับบริการที่มารับบริการและทำให้เสียหาย

- ☐ ๖.๑ ใบตรวจสอบประวัติการเปลี่ยนแปลงสิทธิของผู้รับบริการ
- ☐ ๖.๒ สำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ (ช่วงที่มารักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้อง
(.....)



เลขที่.....

(ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ)

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่านาย / นาง / นางสาว.....
เป็น เจ้าหน้าที่ ตำแหน่ง.....หน่วยงาน
(..... ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติ
หน้าที่.....
.....
.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.ถึงวันที่เดือน.....พ.ศ.
.....

ให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง).....

(ผู้ลงนาม : ผู้อำนวยการหรือผู้รักษาราชการแทนหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ)