



ระเบียบกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ว่าด้วยกองทุน ดร.นพ.อมร นนทสุต
พ.ศ. ๒๕๖๓

โดยที่เป็นการเชิดชูเกียรติ และระลึกถึงปูชนียบุคคลที่มีคุณูปการต่อวงการสาธารณสุขไทย ผู้วางรากฐานการสาธารณสุขมูลฐาน รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงนำทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคมาจัดตั้งกองทุน ดร.นพ.อมร นนทสุต เพื่อช่วยเหลือเยียวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย ทำให้เจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือเสียชีวิตจึงออกระเบียบไว้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกรมสนับสนุนบริการสุขภาพว่าด้วยกองทุน ดร.นพ.อมร นนทสุต พ.ศ. ๒๕๖๓”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก ระเบียบกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ว่าด้วยเงินบริจาคเพื่อช่วยเหลือเยียวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๖๓

บรรดาระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ หรือข้อกำหนดอื่นที่มีบัญญัติไว้แล้วในระเบียบนี้ หรือ ซึ่งขัดหรือแย้งกับระเบียบนี้ ให้ใช้ระเบียบนี้แทน

ข้อ ๔ ในระเบียบนี้

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการบริหารกองทุน ดร.นพ.อมร นนทสุต

“ผู้มีสิทธิ” หมายความว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๔

“กองทุน” หมายความว่า กองทุน ดร.นพ.อมร นนทสุต

ข้อ ๕ วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุน ดร.นพ.อมร นนทสุต เพื่อช่วยเหลือเยียวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย ทำให้เจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือเสียชีวิต ทั้งโดยตรง หรือ ทางอ้อม

ข้อ ๖ ให้มีคณะกรรมการบริหารกองทุน ดร.นพ.อมร นนทสุต ประกอบด้วย

(๑) อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นประธานกรรมการ

(๒) รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ได้รับมอบหมายให้กำกับดูแลกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน เป็นรองประธานกรรมการ

- (๓) ผู้อำนวยการกองกฎหมาย เป็นกรรมการ
- (๔) เลขานุการกรม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นกรรมการ
- (๕) ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน เป็นกรรมการและเลขานุการ
- (๖) ข้าราชการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน ๓ คน เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๗ ให้คณะกรรมการ มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- (๑) กำหนดนโยบาย และหลักเกณฑ์ในการบริหารกองทุนให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์
- (๒) พิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเยียวยาให้กับผู้มีสิทธิ เว้นแต่กรณีเร่งด่วนให้เป็นอำนาจของประธานกรรมการ หรือรองประธานกรรมการ
- (๓) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ คณะทำงาน เพื่อปฏิบัติงานตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ข้อ ๘ ให้กลุ่มคลัง สำนักงานเลขานุการกรม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เปิดบัญชีเงินฝาก ใช้ชื่อบัญชีว่า “กองทุน ดร.นพ.อมร นนทสูต” เพื่อรับทรัพย์สินที่ได้จากการบริจาคโดยมีที่มาของทรัพย์สิน ดังนี้

- (๑) เงิน และทรัพย์สินอื่นที่มีผู้บริจาค
- (๒) ดอกผล และผลประโยชน์ที่เกิดจากทรัพย์สินที่รับบริจาค

ข้อ ๙ การส่งจ่ายเงินช่วยเหลือเยียวยา ให้เป็นอำนาจของประธานกรรมการ หรือรองประธานกรรมการและกรรมการอื่นอีกหนึ่งคน ลงลายมือชื่อร่วมกัน ในการอนุมัติเงินช่วยเหลือเยียวยา ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในระเบียบนี้

ข้อ ๑๐ ผู้มีสิทธิจะได้รับการช่วยเหลือเยียวยา กรณีที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติหน้าที่ตามหลักเกณฑ์ดังนี้

๑๐.๑ อัตราการช่วยเหลือ

- (๑) เสียชีวิต วงเงินช่วยเหลือไม่เกิน ๕๐,๐๐๐ บาท
- (๒) ทูพพลภาพ หรือสูญเสียอวัยวะ วงเงินช่วยเหลือไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท
- (๓) บาดเจ็บสาหัส ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน วงเงินช่วยเหลือไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท

- (๔) ได้รับบาดเจ็บ วงเงินช่วยเหลือไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท
- (๕) อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นสมควรประกาศเพิ่มเติม

๑๐.๒ วิธีการขอรับเงินช่วยเหลือ

(๑) ให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือ ผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับการช่วยเหลือเยียวยา ตามแบบฟอร์ม พร้อมแนบเอกสารหลักฐานที่กำหนด ณ สถานบริการสาธารณสุขที่ส่งผลการปฏิบัติงาน (อสสม. ๑) ภายใน ๑ ปี นับแต่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติหน้าที่

(๒) กรณีผู้มีสิทธิเสียชีวิต หรือทูพพลภาพ จนไม่สามารถดำเนินการได้ให้คู่สมรส บุพการี หรือผู้สืบสันดาน ของผู้มีสิทธิ แล้วแต่กรณีเป็นผู้ดำเนินการ

ข้อ ๑๑ ให้สถานบริการสาธารณสุข ตรวจสอบข้อมูล เอกสาร ข้อเท็จจริง ก่อนรวบรวม และมีหนังสือนำส่งให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใน ๗ วัน นับจากได้รับคำขอ

ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตรวจสอบข้อมูล เอกสาร ข้อเท็จจริง ก่อนรวบรวมและมีหนังสือ นำส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใน ๗ วัน นับจากได้รับคำขอ

ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบข้อมูล เอกสาร ข้อเท็จจริง ก่อนรวบรวมและมีหนังสือ นำส่งให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ภายใน ๗ วัน นับจากได้รับคำขอ

กรณีในเขตกรุงเทพมหานคร ให้ศูนย์บริการสาธารณสุข ตรวจสอบข้อมูล เอกสาร ข้อเท็จจริง ก่อนรวบรวมและมีหนังสือนำส่งให้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ภายใน ๗ วัน นับจากได้รับคำขอ

ให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รวบรวม และตรวจสอบก่อนเสนอคณะกรรมการพิจารณา ภายใน ๑๕ วัน นับจากได้รับคำขอ

ข้อ ๑๒ ให้กลุ่มคลัง สำนักงานเลขาธิการกรม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นผู้ควบคุมดูแล เงินบริจาค โดยถือปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการโดยอนุโลม

ข้อ ๑๓ ให้กลุ่มคลัง สำนักงานเลขาธิการกรม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดทำ รายงานการรับ และการจ่ายเงินบริจาคให้คณะกรรมการทราบ ทุกๆ สิ้นเดือน

ข้อ ๑๔ กรณีผู้มีสิทธิที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติหน้าที่ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๓ ให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือเยียวยาตามที่ระเบียบนี้ด้วยโดยอนุโลม

ข้อ ๑๕ เมื่อเลิกกองทุน ให้คณะกรรมการเป็นผู้พิจารณา และนำทรัพย์สินของกองทุนทั้งหมด บริจาคให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือหน่วยงานที่คณะกรรมการมีมติเห็นชอบ

ข้อ ๑๖ ให้อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ และมีอำนาจ วินิจฉัยชี้ขาดเกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติตามระเบียบนี้

คำวินิจฉัยชี้ขาดของ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายเรศ กริษนัยรวิวงศ์)

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

แบบฟอร์มคำขอรับการช่วยเหลือเยียวยา อสม. ที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติหน้าที่

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุน ดร.นพ.อมร นนทสูต

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
ข้าพเจ้าเป็น อสม. คู่สมรส ผู้บุพการี หรือผู้สืบสันดาน อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....
หมายเลขประจำตัวประชาชน

เป็นบุคคลในครอบครัว ของ อสม. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด..... หมายเลขประจำตัวประชาชน (ข้อมูลของ อสม.
กรณีที่ อสม. เสียชีวิต หรือทุพพลภาพจนไม่สามารถดำเนินการได้)

โดยมีความประสงค์ขอรับการช่วยเหลือเยียวยา ดังนี้

๑. ประเภทขอรับการช่วยเหลือเยียวยา

<input type="checkbox"/> ได้รับความเจ็บ	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บสาหัสต้องเข้ารับการรักษา ในสถานพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพ หรือสูญเสียอวัยวะ	<input type="checkbox"/> เสียชีวิต
โดยมีหลักฐาน ดังนี้ <input type="checkbox"/> ๑. ใบรับรองแพทย์ <input type="checkbox"/> ๒. รูปถ่ายการได้รับ ผลกระทบ (ถ้ามี)	โดยมีหลักฐาน ดังนี้ <input type="checkbox"/> ๑. ใบรับรองแพทย์ <input type="checkbox"/> ๒. รูปถ่ายการได้รับ ผลกระทบ (ถ้ามี)	โดยมีหลักฐาน ดังนี้ <input type="checkbox"/> ๑. ใบรับรองแพทย์ <input type="checkbox"/> ๒. รูปถ่ายการได้รับ ผลกระทบ (ถ้ามี)	โดยมีหลักฐาน ดังนี้ <input type="checkbox"/> ๑. ใบมรณะบัตร

๒. รายละเอียดสาเหตุการได้รับผลกระทบ

.....
.....
.....

(หากมีรายละเอียดเพิ่มเติมให้แนบมาพร้อมแบบฟอร์มคำขอรับการช่วยเหลือเยียวยา)

มีความประสงค์ให้ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.....สาขา.....
ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้ยื่นคำขอ (อสม./ คู่สมรส/ ผู้บุพการีหรือผู้สืบสันดาน)
(.....)

(ลงชื่อ) ประธาน อสม. ระดับตำบล (ลงชื่อ) รพสต.
(.....) (.....)

(ลงชื่อ) สสอ. (ลงชื่อ) สสจ.
(.....) (.....)

หมายเหตุ : ในกรณี อสม.กทม หรือ อสม.อื่น ให้ใช้หน่วยงานในลักษณะเดียวกันโดยเทียบเคียงเป็นผู้รับรองในแต่ละระดับ