



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลหนองทัพไทย  
เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่ง  
ผู้ทุพพลภาพเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข  
( การจ้างเหมาบริการรถ รับ - ส่ง ผู้ทุพพลภาพ )

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ เพื่อให้บุคคลดังกล่าวสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๐ (๘) แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๗ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่๒) พ.ศ. ๒๕๖๗

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองทัพไทย ได้รับการสนับสนุนงบประมาณให้จัดทำโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ เพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข โดยดำเนินการภายใต้ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ เพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๗ ข้อ ๔ ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพให้จ่ายสำหรับการให้บริการแก่บุคคล ดังต่อไปนี้

๑. คนพิการ ได้แก่ บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การดำรงชีวิต หรือการทํากิจวัตรทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

๒. ผู้สูงอายุ ได้แก่ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ปี ขึ้นไป ที่มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือโดยไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน หรือมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง หรือมีภาวะทุพพลภาพทางร่างกายหรือจิตใจ และขาดผู้ดูแลหรือญาติที่สมควรให้การช่วยเหลือได้

๓. ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการไปรับบริการสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง ได้แก่ บุคคลที่มีข้อจำกัดร่างกาย มีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อเคลื่อนไหวหรือการเดินทาง หรือบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือทุรกันดาร หรือเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะได้ยาก บุคคลที่มีฐานะยากลำบากไม่สามารถจ่ายค่าเดินทางไปสถานพยาบาลได้ ขาดผู้ดูแลหรือญาติที่สามารถพาไปรับบริการแพทย์มีอุปสรรคในการสื่อสารที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ด้วยตนเอง หรือบุคคลที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษระหว่างการเดินทาง หรือมีความกลัวหรือความวิตกกังวลอย่างรุนแรงเกี่ยวกับการออกนอกบ้านหรือการเข้ารับบริการทางการแพทย์

- ระยะเวลา เริ่มให้บริการ ตั้งแต่วันที่ ๒ มิถุนายน - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๙

โดยกำหนดคุณสมบัติและหลักเกณฑ์การพิจารณา การจ้างเหมาบริการรถ-รับส่งยังสถานบริการ สาธารณสุข ดังต่อไปนี้

**๑. คุณสมบัติพาหนะรับ – ส่ง ผู้รับบริการ**

๑. รถยนต์ส่วนบุคคล เช่น เก๋งตอนเดียว เก๋งสองตอน เก๋งสองตอนแวน นั่งสองตอนท้ายบรรทุก (รถกระบะ ๔ ประตู) กระบะบรรทุก(กระบะแคบ) รถสองแถว และรถที่มีสภาพสมบูรณ์ ทั้งเครื่องยนต์ ตัวถัง และยาง ความเหมาะสมในการรับส่งผู้ป่วยที่ต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา
๒. ต้องไม่ขาดการต่อภาษี และ พรบ.รถยนต์
๓. มีใบอนุญาตขับขี่
๔. มีใบรับรองแพทย์

**๒. คุณลักษณะของผู้ให้บริการและพาหนะเข้าร่วมบริการ**

๑. ให้ความพร้อมเสมอในการให้บริการผู้ป่วย
๒. รู้จักเส้นทางในจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นอย่างดี
๓. มีความละเอียดรอบคอบ มีไหวพริบในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า อธิบายดี ตรงต่อเวลา
๔. สุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคหรืออันตรายต่อการขับพาหนะ, ไม่ดื่มสุรา, ไม่เสพยาเสพติด
๕. การรับส่งจะเป็นระบบ วนตามคิวของการลงทะเบียนไว้
๖. ผู้รับจ้างต้องรับผิดชอบในการจัดหาพนักงานขับรถพร้อมน้ำมันเชื้อเพลิง
๗. พนักงานขับรถยนต์ เพศชาย / เพศหญิง อายุ ๒๕ – ๖๕ ปี

**๓. ระยะทางจากองค์การบริหารส่วนตำบล - สถานบริการสาธารณสุขที่ให้บริการ**

- กลุ่มที่ ๑ ระยะทาง ๑๓ กิโลเมตร ( รพ.พนมไพร,รพ.หนองฮี )  
กลุ่มที่ ๒ ระยะทาง ๒๔- ๒๘ กิโลเมตร (รพ.สุวรรณภูมิ,รพ.ยโสธร,รพ.รวมแพทย์ยโสธร)  
กลุ่มที่ ๓ ระยะทาง ๖๕ กิโลเมตร ( รพ.ร้อยเอ็ด )  
กลุ่มที่ ๔ สถานบริการอื่น ๆ

**การพิจารณาให้ความช่วยเหลือในการบริการค่าใช้จ่ายสำหรับบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ  
ของหน่วยงานของรัฐและภาคเอกชน**

กลุ่มที่	เขตอำเภอ	ระยะทางจาก อบต.หนองทัพไทย (กม.)	จ่ายเหมาบริการรายวันใน อัตราไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท ต่อคันต่อวัน
๑.	ไปตามนัดโรงพยาบาลพนมไพร , โรงพยาบาลหนองฮี	ระยะทาง ๑๓ กิโลเมตร	๔๐๐ บาท
๒.	ไปตามนัดโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ	ระยะทาง ๒๔ กิโลเมตร	๖๐๐ บาท
	ไปตามนัดโรงพยาบาลรวมแพทย์ยโสธร	ระยะทาง ๒๖ กิโลเมตร	๗๐๐ บาท
	ไปตามนัดโรงพยาบาลยโสธร	ระยะทาง ๒๘ กิโลเมตร	๗๐๐ บาท
๓.	ไปตามนัดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด	ระยะทาง ๖๕ กิโลเมตร	๑,๐๐๐ บาท
๔.	ไปตามนัด นอกเหนือสถานบริการที่กำหนด (หากค่าบริการเกินที่กำหนด ผู้รับบริการต้องออกจ่ายที่เกิดขึ้นเองตามจริง)		๒,๐๐๐ บาท

**เอกสารที่ต้องใช้ประกอบการดำเนินการ**

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาใบอนุญาตขับรถยนต์ จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาใบคู่มือจดทะเบียนรถยนต์ จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถยนต์ (พรบ.) ของรถยนต์ จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาใบอนุญาตขับขี่รถยนต์ส่วนบุคคล จำนวน ๑ ฉบับ

ติดต่อสอบถาม โทร. ๐๔๓-๕๖๕๑๗๘ หรือติดต่อสอบถามที่งานสาธารณสุข องค์การบริหาร  
ส่วนตำบลหนองทัพไทย อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ในวันและเวลาราชการเท่านั้น

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายสุริยา เสาะสมบูรณ์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองทัพไทย



เลขที่...../๒๕๖๙

แบบลงทะเบียนขอรับการสนับสนุนและส่งเสริม  
การจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ เพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข  
องค์การบริหารส่วนตำบลหนองทัพไทย อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

\*\*\*\*\*

วัน.....เดือน ..... พ.ศ. ๒๕๖.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับบริการ

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ) ..... สกุล.....

๒. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

๓. วัน/เดือน/ปี เกิด ..... อายุ .....ปี เบอร์โทรศัพท์ .....

๔. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบลหนองทัพไทย อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

๕. สถานภาพ  โสด  สมรสอยู่ด้วยกัน  สมรสแยกกันอยู่  หย่าร้าง  หม้าย

๖. ป่วยด้วยโรค/กลุ่มอาการ .....

๖.๑ อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน (ระบุอาการ) .....

๖.๒ ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา .....

๖.๓ ระยะทางในการเดินทางจากที่พักไปยังสถานพยาบาล .....กิโลเมตร

๖.๔ ความถี่ในการเข้ารับการรักษา  ๑-๒ ครั้งต่อเดือน  ๓-๔ ครั้งต่อเดือน อื่นๆระบุ.....

๗. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่พักอาศัยร่วมกันจริงในปัจจุบัน) จำนวน ..... คน

ชื่อ - สกุล	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์	อาชีพ	รายได้ (บาทต่อเดือน)	เบอร์โทรศัพท์	หมายเหตุ
๑.						
๒.						
๓.						
๔.						
๕.						
๖.						
๗.						

รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน ..... บาท

**ส่วนที่ ๒ ปัญหาความเดือดร้อนของผู้ป่วย**

ผู้ป่วยได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้

**กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยพิการ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)**

- ความพิการทางการมองเห็น
- ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย
- ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- ความพิการทางการสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม
- ความพิการทางสติปัญญา การเรียนรู้
- ความพิการทางออทิสติก

**กลุ่มที่ ๒ ผู้สูงอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)**

- ไม่สามารถพึ่งพาตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้
- มีปัญหาสุขภาพที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- มีภาวะทุพพลภาพทางร่างกายหรือจิตใจ
- ขาดผู้ดูแลหรือญาติพี่น้องที่สามารถให้การช่วยเหลือได้

**กลุ่มที่ ๓ ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเอง (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)**

- เป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย/ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้/ ผู้ป่วยติดเตียง
- เป็นบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต
- เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการเดินทาง
- เป็นบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือทุรกันดารหรือเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะได้ยาก
- เป็นบุคคลที่มีฐานะยากจนไม่สามารถจ่ายค่าเดินทางไปสถานพยาบาลได้/ ผู้ป่วยยากไร้
- ผู้ป่วยขาดผู้ดูแลหรือญาติที่สามารถพาไปรับบริการทางการแพทย์/ ผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง/ ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล
- ผู้ป่วยมีอุปสรรคด้านการสื่อสารที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ด้วยตนเอง
- เป็นบุคคลที่ต้องการการดูแลพิเศษระหว่างการเดินทาง
- มีความกลัวหรือวิตกกังวลอย่างรุนแรงเกี่ยวกับการออกนอกบ้านหรือเข้ารับบริการทางการแพทย์

**ส่วนที่ ๓ ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย (กรณีผู้ป่วยยื่นคำขอเองไม่ต้องกรอก)**

๑. ชื่อ (นาย/ นาง/ นางสาว/ อื่นๆ).....สกุล.....
๒. เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
๓. วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี เบอร์มือถือติดต่อ .....
๔. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่ .....ตำบล.....อำเภอ ..... จังหวัด .....
๕. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

**ส่วนที่ ๔** ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย (ถ้ามี)
- สำเนาบัตรนัด/เอกสารแสดงการนัด การเข้ารับรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำร้องแทน (กรณียื่นแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้าไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้องค์การบริหารส่วนตำบลหนองทัพไทยระงับการช่วยเหลือและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ/ผู้ดูแล  
(.....)  
วันที่.....

**ส่วนที่ ๕** ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้ทุพพลภาพ ( ผู้นำชุมชน/ส.อบต./กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน )

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ .....ปี  
ตำแหน่ง ..... บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบลหนองทัพไทย อำเภอพนมไพร  
จังหวัดร้อยเอ็ด โทรศัพท์มือถือ .....

ขอรับรองว่าผู้ยื่นคำขอดังกล่าวเป็นผู้ทุพพลภาพตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์ในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ เพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๗ จริง

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

หมายเหตุ : กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือสมาชิกสภา อบต. เป็นผู้ให้การรับรองผู้ทุพพลภาพที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยผู้ยื่นคำขอและผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

**ความเห็นเจ้าหน้าที่**

เรียน ผู้ตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ .....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... พบว่า

( ) เป็นผู้มีความสมัครใจครบถ้วน

( ) เป็นผู้ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก .....

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ

(.....)

วันที่.....เดือน .....พ.ศ. ....

**คำสั่ง**

( ) ดำเนินการช่วยเหลือตามระเบียบและประกาศฯ

( ) ไม่ให้การช่วยเหลือ เนื่องจาก .....

ลงชื่อ .....

(นายสุรียา เสาะสมบุญ)

ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองทัพไทย

วันที่.....เดือน .....พ.ศ. ....