



เทศบาลตำบลนาป่าแซง	
เลขที่รับ	168
วันที่	25 ม.ค. 2566 เวลา 14.30 น.
<input checked="" type="radio"/> สำนักปลัดเทศบาล	<input type="radio"/> กองคลัง
<input type="radio"/> กองช่าง	<input type="radio"/> กองการศึกษา
<input type="radio"/> กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม	

ที่ อจ ๕๑๐๐๖/ว ๒๐๗

องค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ

ถนนชยางกูร อจ ๓๗๐๐๐

๑๙ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การให้บริการในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลนาป่าแซง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ข้อมูลการให้บริการใน สอน. และ รพ.สต. ในสังกัด อบจ.อำนาจเจริญ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สิทธิสวัสดิการพนักงานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง ๗๑ แห่ง ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ ตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชน ใกล้ชิดกับประชาชน ซึ่งให้บริการด้านสุขภาพ ดังต่อไปนี้

๑. บริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น
๒. บริการวางแผนครอบครัว
๓. บริการฝากครรภ์
๔. บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันในเด็ก ๐-๕ ปี (คลินิก EPI)
๕. งานอนามัยโรงเรียน ตรวจสุขภาพและฉีดวัคซีนป้องกันโรค
๖. บริการตรวจและให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (คลินิก NCD)
๗. บริการทันตกรรม (ในหน่วยบริการที่มีบุคลากรและจัดให้บริการแบบเครือข่าย รพ.สต.ใกล้เคียง)
๘. บริการแพทย์แผนไทย (นวด อบ ประคบสมุนไพร)
๙. ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต/ยาเสพติด
๑๐. บริการเยี่ยมบ้าน
๑๑. บริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน (ออกนอกพื้นที่)

เพื่อเป็นการส่งเสริม สนับสนุนการให้บริการสุขภาพของ สอน. และ รพ.สต. ในสังกัด อบจ.อำนาจเจริญ จึงขอประชาสัมพันธ์การให้บริการด้านสุขภาพของ สอน. และ รพ.สต. มายังท่าน เพื่อพิจารณา รับบริการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาววันเพ็ญ ตั้งสกุล)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ

บันทึกความร่วมมือ

เรื่อง การให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน

ระหว่าง องค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญและ สำนักงานประกันสังคมจังหวัดอำนาจเจริญ

บันทึกความร่วมมือนี้ จัดทำขึ้น ณ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด.....อำนาจเจริญ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....-.....ตำบล.....โนนหนามแท่ง.....อำเภอ.....เมือง.....จังหวัด.....อำนาจเจริญ.....เมื่อวันที่...๑๓...
เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.๒๕๖๖..... ระหว่างสำนักงานประกันสังคมจังหวัด.....อำนาจเจริญ.....
โดย นาย/นาง/นางสาว.....อินทกานต์ ทองเกิน.....ประกันสังคมจังหวัดปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัด
.....อำนาจเจริญ...ฝ่ายหนึ่ง กับ องค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ โดย นาย/นาง/นางสาว.....วันเพ็ญ ตั้งสกุล..
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ อีกฝ่ายหนึ่ง โดยทั้งสองฝ่ายได้ตกลงร่วมกันจัดทำบันทึกความร่วมมือ
การให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ตามประกาศคณะกรรมการการกระจาย
อำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระ
เกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ลงวันที่ ๕
ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ซึ่งมีเจตจำนงที่จะสร้างการมีส่วนร่วม ในการพัฒนาระบบการให้บริการทางการแพทย์
กรณีทันตกรรม จึงได้ร่วมมือกัน เพื่อให้สถานพยาบาลในสังกัดหน่วยงานดังกล่าว เข้าร่วมเป็นสถานพยาบาล
ที่ให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์ตาม
พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ กำหนด อันจะเป็นการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ประกันตน ในการเข้ารับบริการ
ทางการแพทย์กรณีทันตกรรม จึงได้ตกลงร่วมกันในการให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ บทนิยาม

ในบันทึกความร่วมมือนี้

“ผู้ประกันตน” หมายความว่า ผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ บุคคลตามมาตรา ๓๘ วรรคสอง
ผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๙ และบุคคลตามมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ที่มีสิทธิ
ได้รับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ มาตรา ๖๒

“สำนักงานประกันสังคม” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม
จังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา

“บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม” หมายความว่า การถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน
และผ่าตัดฟันคุด

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม
ที่อยู่ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ

ข้อ ๒ เอกสารอันเป็นส่วนหนึ่งของบันทึกความร่วมมือ

เอกสารแนบท้ายบันทึกความร่วมมือดังต่อไปนี้ ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของบันทึก
ความร่วมมือนี้

๒.๑ ผนวก ๑ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
ลงวันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

๒.๒ ผนวก ๒ แนวปฏิบัติในการขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม

๒.๓ ผนวก ๓ แนวปฏิบัติการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลที่ยื่นขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม และแบบแสดงการใช้สิทธิบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมสำหรับผู้ประกันตน

๒.๔ ผนวก ๔ บัญชีรายชื่อสถานพยาบาลในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ ที่เข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน

ข้อ ๓ ข้อตกลงการดำเนินการ

๓.๑ สถานพยาบาลตกลงให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน โดยสถานพยาบาลมีหน้าที่ ดังนี้

(๑) ให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตนที่มีสิทธิเช่นเดียวกันกับการให้บริการทางการแพทย์แก่คนไข้อื่นในการดำเนินการปกติของสถานพยาบาลตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ในผนวก ๑ โดยสถานพยาบาลจะไม่เรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตน ยกเว้น ค่าบริการทางการแพทย์ เฉพาะส่วนที่เกินจากอัตราที่ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับ

(๒) ก่อนการให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน สถานพยาบาล ต้องดำเนินการตรวจสอบสิทธิของผู้ประกันตนจากเลขประจำตัวประชาชนหรือเลขบัตรประกันสังคมของผู้ประกันตนต่างตัวกับระบบการจ่ายประโยชน์ทดแทนทางอิเล็กทรอนิกส์ในเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม โดยให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนด และสถานพยาบาลมีสิทธิเรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์ส่วนที่เกินจากผู้ประกันตน

ทั้งนี้ สถานพยาบาลจะต้องแจ้งให้ผู้ประกันตนทราบก่อนการให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมในส่วนของเงินค่าบริการทางการแพทย์ส่วนที่เกินสิทธิโดยละเอียด และต้องได้รับความยินยอมโดยชัดแจ้งจากผู้ประกันตนด้วยตามแบบที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในผนวก ๓

(๓) แจ้งและประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกันตนทราบว่าได้เข้าร่วมเป็นสถานพยาบาล เพื่อให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน

(๔) ดำเนินการอื่นๆ ตามแนวปฏิบัติในการขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม ตามที่กำหนดไว้ในผนวก ๒

(๕) ต้องจัดส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมและค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนที่มีสิทธิตามข้อ ๓.๑ (๒) ให้แก่สำนักงานประกันสังคมผ่านระบบเว็บไซต์การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมในเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคมเป็นรายวัน เพื่อการเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์

ในกรณีที่สถานพยาบาลไม่สามารถจัดส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม และค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนที่มีสิทธิให้แก่สำนักงานประกันสังคมผ่านระบบเว็บไซต์การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมในเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม ให้สถานพยาบาลดำเนินการแจ้งให้สำนักงานประกันสังคมทราบโดยเร็ว

(๖) จะต้องไม่โอนสิทธิประโยชน์หรือสิทธิเรียกร้องใดๆ ตามบันทึกความร่วมมือนี้ ให้แก่ผู้อื่น เว้นแต่ได้รับความยินยอมโดยชัดแจ้งจากสำนักงานประกันสังคม

๓.๒ สำนักงานประกันสังคมมีหน้าที่ดำเนินการ ดังนี้

(๑) แจ้งและประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกันตนทราบถึงหลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ สิทธิที่มี รวมทั้งผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินส่วนที่เกินจากสิทธิที่มี

(๒) จัดระบบเว็บไซต์ให้รองรับการใช้งานของสถานพยาบาล

(๓) พิจารณาวินิจฉัยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมตามข้อ ๓.๑ (๕) โดยพิจารณาวินิจฉัยตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ในผนวก ๑ และจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรมตามเงื่อนไขและภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในผนวก ๒ และ ๓

(๔) มีสิทธิมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคมเข้าไปดำเนินการตรวจสอบสถานพยาบาลหรือบริการต่างๆ ที่สถานพยาบาลให้บริการทางการแพทย์ทันตกรรมแก่ผู้ประกันตนโดยสถานพยาบาลจะต้องอำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือในการนั้นตามสมควร

ข้อ ๔ กำหนดระยะเวลาให้บริการทางการแพทย์ทันตกรรม

๔.๑ ระบบการตรวจสอบสิทธิของผู้ประกันตนและระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ในเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคมมีความพร้อมในการดำเนินการตั้งแต่วันที่.....๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔.....เป็นต้นไป

๔.๒ สถานพยาบาลรับดำเนินการให้บริการทางการแพทย์ทันตกรรมแก่ผู้ประกันตนตั้งแต่วันที่.....๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔.....เป็นต้นไป

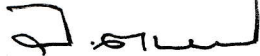
ข้อ ๕ การปรับปรุง เปลี่ยนแปลง แก้ไข และการยกเลิกความร่วมมือ

๕.๑ การปรับปรุง เปลี่ยนแปลง แก้ไข และ/หรือ เพิ่มเติมบันทึกความร่วมมือจะต้องได้รับความยินยอมจากทั้งสองฝ่าย โดยจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรและลงนามโดยผู้แทนของหน่วยงานทั้งสองฝ่าย แนบท้ายบันทึกความร่วมมือนี้ และให้ถือว่าการแก้ไขเพิ่มเติมดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของบันทึกความร่วมมือนี้

๕.๒ บันทึกความร่วมมือนี้ หากฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดประสงค์จะยกเลิก ให้เป็นเอกสิทธิ์ของแต่ละฝ่าย โดยให้แจ้งอีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าเป็นหนังสือไม่น้อยกว่า ๖๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้ง ซึ่งบรรดาความตกลงใดๆ ที่แนบท้ายบันทึกความร่วมมือฉบับนี้ให้มีผลสิ้นสุดลงตามไปด้วย

บันทึกความร่วมมือนี้จัดทำขึ้น ๒ ฉบับ โดยมีข้อความถูกต้องตรงกันทุกประการ เมื่อสำนักงานประกันสังคมจังหวัดอำนาจเจริญ และ องค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยละเอียดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ และต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ



(นางสาววันเพ็ญ ตั้งสกุล)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ

ลงชื่อ



(นางสาวอินทกานต์ ทองเกิน)

ประกันสังคมจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดอำนาจเจริญ

ลงชื่อ



(นางสาวทัศนีย์ งามหลอด)

พยาน

ลงชื่อ



(นางสาวอลิษา พูพวก)

พยาน