



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๒-๔ อาคารรัฐประศาสนภักดี "ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐"
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๓๐ โทรศัพท์ ๐๒ ๓๔๓ ๔๐๐๐ โทรสาร ๐๒ ๓๔๓ ๔๗๓๐

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปี่
เลขที่ ๑๔๒๓
วันที่ ๒๖ / ๙.๑ / ๒๕
เวลา ๑๖.๑๐ น.

ด่วน

ที่ สปสข. ๒.๗๓ /ว.๔๔๔๐

วันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๙

เรื่อง แจ้งความประสงค์การจ้างผู้ช่วยเหลือดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver: CG) ตามนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจของรัฐบาล (ต่อเนื่อง) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

เรียน นายกเทศมนตรี (เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล) นายกองค้การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ข้อมูลผู้ช่วยเหลือดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Caregiver: CG) ตามนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจของรัฐบาลปีงบประมาณ ๒๕๖๘

อ้างถึง ๑. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘

๒. หนังสือที่ สปสข. ๒.๗๓ /ว.๖๖๐๖ ลงวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๘

ตามที่อ้างถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสข.) ได้แจ้งแนวทางการสนับสนุนงบประมาณค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และยืนยันการสนับสนุนงบประมาณต่อเนื่องในปีงบประมาณ ๒๕๖๙ แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สำหรับการจ้างงานผู้ช่วยเหลือดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Caregiver: CG) ภายหลังสิ้นสุดระยะเวลาการดำเนินโครงการจ้างงานตามนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจของรัฐบาลปีงบประมาณ ๒๕๖๘ รายละเอียดตามทราบแล้ว นั้น

ในการนี้ เพื่อเป็นการสร้างความต่อเนื่องและความยั่งยืนในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตลอดจนส่งเสริมบทบาทของ อปท.ในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ จึงขอความร่วมมือ อปท. ร่วมกับผู้จัดการการดูแลด้านสาธารณสุข (Care manager : CM) สำรวจผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและความต้องการจ้างงาน CG ภายใต้ันโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจของรัฐบาล (ต่อเนื่อง) พร้อมจัดทำข้อตกลงการจ้างตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย และแจ้งความประสงค์เพื่อรับการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการจ้าง CG ต่อเนื่อง ผ่านระบบโปรแกรม LTC ภายในวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๙

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง จะเป็นพระคุณ



สิ่งที่ส่งมาด้วย (ข้อมูล CG)

หมายเลขใบโทร: 212269(e15b9d2b630306c462b5f911)
เวลาดำเนินการ: 2026-08-17 14:25
เลขหมายโทร: 5688-061-5640

(นายวีระพันธ์ ลีธนะกุล)

รองเลขาธิการปฏิบัติการงานแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โทร ๐๘๔ ๔๓๘๔๘๖๖

ผู้ประสานงาน : นางศศิธร ไชยสิทธิ์พร Email : sasithon.c.nhso.go.th

FM-7.71 04-042

ฉบับที่ 02

วันที่ 1 มีนาคม 2566



บันทึกข้อตกลงการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ข้อตกลงเลขที่...../๒๕๖๙

บันทึกข้อตกลงฉบับนี้ทำขึ้น ณ ที่ทำการสำนักงาน.....
เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ๒๕๖๙ ระหว่างตำแหน่ง
.....(นายกเทศมนตรี/นายกอบต.) อยู่สำนักงาน(อบต./เทศบาล).....
เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด..... ซึ่งต่อไปใน
ข้อตกลงนี้เรียกว่า “ผู้ให้ข้อตกลง” ฝ่ายหนึ่งกับ.....อายุ.....ปี ผู้ถือบัตร
ประจำตัวประชาชนเลขที่ ออกบัตรวันที่ บัตร
หมดอายุวันที่ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... ปรากฏตามสำเนาเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้ ซึ่งต่อไปในบันทึก
ข้อตกลงนี้เรียกว่า “ผู้รับข้อตกลง” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้รับข้อตกลง จะต้องปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นให้กับ.....(อบต./
เทศบาล).....เมื่อผ่านการฝึกอบรมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ตั้งแต่.....ถึงวันที่..... เป็นระยะเวลา ๑๒ เดือน ตามขอบเขต
และเงื่อนไขในการทำหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมีหน้าที่ช่วย.....
(อบต./เทศบาล).....ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การกำกับดูแลของบุคลากรวิชาชีพด้าน
สุขภาพในพื้นที่ ซึ่งได้รับมอบหมายจาก.....(อบต./เทศบาล)..... เพื่อให้บริการดูแลตามแผนการดูแล
รายบุคคล

ข้อ ๒ ผู้ให้ข้อตกลง ตกลงจ่ายเงินค่าตอบแทน เพื่อเป็นค่าป่วยการชดเชยการทำงานหรือเวลาที่
เสียไป ให้แก่ ผู้รับข้อตกลง โดยผู้ให้ข้อตกลงจะจ่ายเงินค่าตอบแทนให้แก่ผู้รับข้อตกลง เมื่อได้ปฏิบัติงานใน
หน้าที่เสร็จเรียบร้อยถูกต้องและครบถ้วน ตามรายละเอียดการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
อย่างน้อยวันละ ๔ คน เว้นแต่กรณีในพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ถึง ๔ คน ให้ดูแลเท่ากับจำนวน
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีอยู่จริงและเป็นไปตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ที่กำหนดไว้ใน
เอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้ และคณะกรรมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Clare Plan) กำกับและควบคุมการ
ปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ที่.....(เทศบาล/อบต.).....แต่งตั้งแล้วกรณี ได้ตรวจ
รับรองผลการปฏิบัติหน้าที่ของผู้รับข้อตกลงที่ส่งมอบผลงานในแต่ละงวดไว้เรียบร้อยแล้ว ซึ่งผู้ให้ข้อตกลงจะ
จ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้รับข้อตกลงเป็นรายเดือน ในอัตราเดือนละ บาท (.....บาทถ้วน) ของ
ทุกเดือน กรณีที่ผู้รับข้อตกลงมาปฏิบัติหน้าที่น้อยกว่า วันต่อเดือน ให้มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทนตาม
สัดส่วนจำนวนวันที่มาปฏิบัติหน้าที่จริงในเดือนนั้นๆ โดยคิดจากอัตราค่าตอบแทน จำนวน บาท
หารด้วยจำนวนวัน..... วัน คิดเป็นวันละ..... บาท ดังนั้น หากผู้รับข้อตกลงไม่มาปฏิบัติหน้าที่ ขาด
งานจะคิดตามสัดส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติหน้าที่ในเดือนนั้นๆ และหากปฏิบัติหน้าที่ไม่ครบ ชั่วโมง แต่ไม่
น้อยกว่า..... ชั่วโมง ให้คิดเป็นครึ่งวัน โดยให้หักเงินค่าตอบแทน จำนวนวันละ บาท โดยแบ่ง
จ่ายให้เป็นรายเดือน จำนวน ๑๒ เดือน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

/การจ่าย.....

การจ่ายเงินตามเงื่อนไขแห่งข้อตกลงนี้ จะโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้รับข้อตกลง
ชื่อธนาคาร ชื่อบัญชี ประเภทบัญชี เลขที่
บัญชี ทั้งนี้ ผู้รับข้อตกลงเป็นผู้รับภาระเงินค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการอื่นใด
เกี่ยวกับการโอนที่ธนาคารเรียกเก็บและยินยอมให้มีการหักเงินดังกล่าวจากจำนวนเงินโอนนั้น

ข้อ ๓ ผู้รับข้อตกลงต้องมาปฏิบัติงานตามข้อตกลงด้วยตนเอง โดยต้องลงลายมือชื่อเวลาที่มา
รับงานตามข้อตกลงในแต่ละวัน และเวลากลับ เมื่อทำงานในวันนั้นๆ เสร็จสิ้นด้วยตนเองทุกครั้ง ณ สถานที่
ปฏิบัติงาน ในกรณีที่ผู้รับข้อตกลงไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ด้วยตนเองได้ในวันใด ผู้รับข้อตกลงจะจัดให้มี
บุคคลอื่นมาทำงานแทนในวันนั้นๆ ไม่ได้ เนื่องจากงานของผู้ให้ข้อตกลงเป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถ
เป็นการเฉพาะตัวและต้องไม่เอางานทั้งหมดหรือส่วนหนึ่งส่วนใดแห่งข้อตกลงนี้ไปจ้างช่วงอีกต่อหนึ่ง

ข้อ ๔ ผู้รับข้อตกลงจะต้องส่งบัญชีลงเวลาการปฏิบัติงานหรือผลงานการดำเนินงาน โดยมี
ผู้รับข้อตกลงเป็นผู้รับรองตนเอง ให้แก่ผู้ให้ข้อตกลง ไม่เกินวันที่ ของเดือน

ข้อ ๕ คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Clare Plan) กำกับและควบคุมการ
ปฏิบัติงานอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น หรือผู้รับบริการของผู้ให้ข้อตกลงมีสิทธิ์ตรวจสอบ ประเมินผลการปฏิบัติ
หน้าที่กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลง และมีอำนาจที่จะสั่งแก้ไข เปลี่ยนแปลง
เพิ่มเติมหรือตัดทอนงานตามข้อตกลงนี้ รวมทั้ง การกำหนดให้ผู้รับข้อตกลงไปทำงานในสถานที่ที่กำหนดหรือ
สถานที่อื่นใด นอกจากที่กำหนดไว้ในนี้ได้

ข้อ ๖ หากผู้รับข้อตกลงปฏิบัติหน้าที่ผิดข้อตกลงข้อหนึ่งข้อใด หรือผู้รับข้อตกลงไม่อยู่ใน
ฐานะที่จะปฏิบัติหน้าที่ตามข้อตกลงต่อไปได้ ผู้ให้ข้อตกลงมีสิทธิ์บอกยกเลิกข้อตกลงนี้ได้ทันที

ข้อ ๗ ตามบันทึกข้อตกลงนี้ไม่ทำให้ผู้รับข้อตกลงมีฐานะเป็นเจ้าหน้าที่ของ.....
(เทศบาล/อบต.)..... หรือมีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นลูกจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน
กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม

บันทึกข้อตกลงนี้ ทำขึ้นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจ
ข้อความ โดยละเอียดตรงกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานและทั้ง
สองฝ่ายต่างยึดถือถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อผู้ให้ข้อตกลง ลงชื่อผู้รับข้อตกลง
(.....) (.....)
นายกเทศมนตรี/นายกอบต..... อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน
(.....) (.....)