คำสั่งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบล/เทศบาลเมือง/เทศบาลนคร..................................

ที่..........................................

เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

เพื่อให้การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่มีความเหมาะสม ส่งเสริมกระบวนการการมีส่วนร่วมตามความพร้อมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นหรือพื้นที่

อาศัยอำนาจตามในข้อ ๑๘ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๓ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๑ คณะกรรมการกองทุน จึงออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ตามบัญชีรายละเอียดแนบท้ายคำสั่งนี้

ข้อ ๒ ให้คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามข้อ ๑ มีอำนาจหน้าที่ตามในข้อ ๑๙ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๓ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๑

ข้อ ๓ การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ตามข้อ ๑ ให้มีผลตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป เว้นแต่กรณีที่มีการประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ตามอำนาจหน้าที่ก่อนมีคำสั่งนี้ ให้ถือว่าการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ มีผลตั้งแต่วันที่มีการประชุม

สั่ง ณ วันที่ .......... เดือน .................................... พ.ศ. ............

 ………………………………………….

( )

ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

 องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบล/เทศบาลเมือง/เทศบาลนคร...............................

**บัญชีรายชื่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**

**และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง แนบท้ายคำสั่งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่..........................................**

**ที่……..…/๒๕๖๐….... ลงวันที่……………………………..….**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

๑. ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้บริหารอื่นที่ได้รับมอบหมาย เป็นประธานอนุกรรมการ

๒. (ชื่อ-สกุล)................................ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นอนุกรรมการ

๓. (ชื่อ-สกุล)................................ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นอนุกรรมการ

๔. หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่จัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่นหรือผู้แทน เป็นอนุกรรมการ

๕. สาธารณสุขอำเภอหรือผู้แทน........................................................................................ เป็นอนุกรรมการ

๖. หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น ระบุตำแหน่ง เช่น เป็นอนุกรรมการ

 ผู้อำนวยการ รพ.สต. ......................................................................................................

 ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข.............................................................................

๗. (ชื่อ-สกุล)................................ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เป็นอนุกรรมการ

๘. (ชื่อ-สกุล)................................ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นอนุกรรมการ

๙. ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระบุตำแหน่ง เช่น เป็นอนุกรรมการและ

 ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล................................................................................. เลขานุการ

 ปลัดเทศบาล...............................................................................................................

๑๐ เจ้าหน้าที่อื่นที่ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมาย เป็นอนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ