




## กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

### เอกสารวิธีการปฏิบัติงาน Work Instruction (WI)

ชื่อเอกสาร	การบริหารจัดการ การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรุงเทพมหานคร	
รหัสเอกสาร	สกส.กทม. ๐๖ - ๐๓ - ๒๕๖๔	
ครั้งที่แก้ไข	-	
วันที่ประกาศใช้	วันที่... เดือน พ.ศ. ๒๕๖๔	
ผู้จัดทำ	นางวรรณ งามประเสริฐ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานมาตรฐานและควบคุมคุณภาพการพยาบาล
	นางสาวจิรารวรรณ นามพันธ์	ตำแหน่ง นักวิชาการพยาบาลชำนาญการ
	นายวงศกร เหมือนใจมา	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
	นางสาววรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
	นางทองพูน เสนา	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
ผู้ตรวจสอบ	นางกาญจนา อนุตริยะ	ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข
ผู้อนุมัติ	นางภาวิณี รุ่งทนต์กิจ	ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

	<b>กองทุนหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร</b>	<b>รหัสเอกสาร</b> สกส.กทม. ๐๖-๐๓- ๒๕๖๔	<b>วันที่มีผลบังคับใช้</b> .../.../ ๒๕๖๔
	<b>วิธีปฏิบัติงาน</b>  <b>เรื่อง การบริหารจัดการ การประชุมคณะอนุกรรมการ สนับสนุนการจัดบริการ ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร</b>	<b>อนุมัติโดย</b> <b>นางภาวิณี รุ่งทนต์กิจ</b>	<b>ฉบับที่: ๑</b>
<b>ลำดับที่</b>	<b>สารบัญ</b>		<b>หน้า</b>
๑	วัตถุประสงค์ (Objective)		๓
๒	ผู้ปฏิบัติงาน (Operator)		๓
๓	เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง (Equipment)		๓
๔	คำศัพท์และคำนิยาม (Term and Definition)		๓
๕	เอกสารอ้างอิง (Reference Document)		๔
๖	แบบฟอร์มที่ใช้ (Forms)		๔
๗	รายละเอียดวิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction)		๔
๘	แผนภูมิ (Flow Chart)		๖
๙	ภาคผนวก (Appendix)		๘

	<b>กองทุนหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร</b>	<b>รหัสเอกสาร</b> สกส.กทม. ๐๖-๐๓- ๒๕๖๔	<b>วันที่มีผลบังคับใช้</b> .../.../ ๒๕๖๔
	<b>วิธีปฏิบัติงาน</b> เรื่องบริหารจัดการ การประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรุงเทพมหานคร	<b>อนุมัติโดย</b> นางภาวิณี รุ่งทนต์กิจ	<b>ฉบับที่: ๑</b>

### ๑. วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับมอบหมายมีแนวทางในการดำเนินงานเพื่อการจัดประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร ให้เป็นไปอย่างถูกต้อง สอดคล้องตาม ประกาศ ระเบียบ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร

### ๒. ผู้ปฏิบัติงาน / ผู้รับผิดชอบ (Responsibility)

ผู้ปฏิบัติงานในกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในการดำเนินงานการจัดประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรุงเทพมหานคร

### ๓. เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง (Equipment)

ไม่มี

### ๔. คำศัพท์และคำนิยาม (Term and Definition)

๔.๑ การบริหารจัดการการประชุม หมายถึง กระบวนการในการกำหนดวัน เวลา สถานที่ ระเบียบวาระการประชุม การนัดหมาย การจัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสรุปการประชุม การจัดทำและจัดส่งรายงานการประชุม การจัดเตรียมเอกสารด้านการเงิน และการแจ้งมติการประชุม

๔.๒ การประสานงาน หมายถึง การติดต่อ สื่อสารอย่างเป็นทางการ หรือไม่เป็นการระหว่างผู้ปฏิบัติงานในกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กับ บุคคล หน่วยงาน องค์กร ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก

## ๕. เอกสารอ้างอิง (Reference Document)

๕.๑ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑

๕.๒ ระเบียบคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๒

๕.๓ ประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เรื่อง คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรุงเทพมหานคร พ.ศ.๒๕๖๒

## ๖. แบบฟอร์มที่ใช้ (Forms)

๖.๑ แบบหนังสือเชิญประชุม

๖.๒ แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม

๖.๓ แบบวาระการประชุม

๖.๔ แบบส่งรายงานการประชุม

๖.๕ บันทึกรายงานเอกสารผลการพิจารณาโครงการฯ

๖.๖ เอกสารแจ้งผลการพิจารณาโครงการฯ (แบบ ค.๒ ส่วนที่ ๒)

๖.๗ แบบบันทึกการจองห้องประชุม

## ๗. รายละเอียดวิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction)

๗.๑ การจัดประชุม

๗.๑.๑ ขึ้นเตรียมการ

๑) เลขานุการคณะอนุกรรมการฯ ประสานงานกับประธานฯ และคณะอนุกรรมการฯ เพื่อกำหนด วัน เวลา สถานที่ในการจัดประชุมและวาระการประชุม

๒) ทำหนังสือจองห้องประชุม

๓) แจ้งคณะอนุกรรมการฯ ถึงกำหนด วัน เวลา และสถานที่ในการจัดประชุม

๔) จัดทำหนังสือเชิญประชุม แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม วาระการประชุม รายงานการประชุมครั้งก่อน หรือเอกสารประกอบการประชุมส่งให้คณะอนุกรรมการฯ ทราบ

๕) จัดเตรียมเอกสาร

๕.๑) ผลการตรวจสอบและกลั่นกรองโครงการที่ขอรับการสนับสนุน ค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากเงินกองทุน หลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อนำเข้าวาระการประชุมโดยจัดทำเป็น Power point รวมทั้ง File ข้อมูลสรุปแผนการดูแลรายบุคคลทุกฉบับในโครงการที่ขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่าย

๕.๒) เอกสารการประชุมอื่นๆ

๗.๑.๒ ชั้นดำเนินการ

๑) จัดเตรียมห้องประชุมพร้อมโสตทัศนูปกรณ์ ทดลองภาพ เสียง ไมโครโฟน แสงไฟ เครื่องปรับอากาศ ในห้องประชุมให้เรียบร้อย

๒) ฝ่ายเลขานุการฯ ดำเนินการประชุมตามวาระการประชุม และสรุปมติที่ประชุมตามระเบียบวาระ

๓) บันทึกรายงานการประชุม ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของอนุกรรมการฯ

๗.๑.๓ ชั้นสรุป

๑) จัดทำรายงานการประชุม และสรุปมติของคณะอนุกรรมการฯ

๒) จัดส่งรายงานการประชุม โดยจัดทำหนังสือส่งรายงานการประชุม และเวียนผ่านทางระบบออนไลน์ (Application Line) E-mail เป็นต้น

๗.๒ การจัดเตรียมเอกสารด้านการเงิน

๗.๒.๑ เตรียมเอกสารประกอบการยืมเงินทราจจ่ายในการจัดประชุม ได้แก่ หนังสือเชิญประชุม แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม และวาระการประชุม พร้อมแจ้งจำนวนคณะอนุกรรมการฯ ที่เข้าร่วมประชุม และรายละเอียดงบประมาณที่ต้องยืมเงิน

๗.๒.๒ เตรียมเอกสารรายชื่อผู้เข้าประชุมประกอบการเบิกค่าใช้จ่าย และค่าตอบแทนการประชุม โดยจัดทำใบเซ็นชื่อผู้เข้าร่วมประชุม นับจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมที่มีแบบตอบรับการประชุม

๗.๒.๓ รวบรวมเอกสารประกอบการเบิกเงิน ได้แก่ เอกสารหลักฐาน ใบเซ็นชื่อผู้เข้าประชุม แบบตอบรับผู้เข้าร่วมประชุม และรายงานการประชุม รวมทั้งเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง แล้วทำฎีกาขอใช้การยืมเงินทราจจ่ายในการจัดประชุม

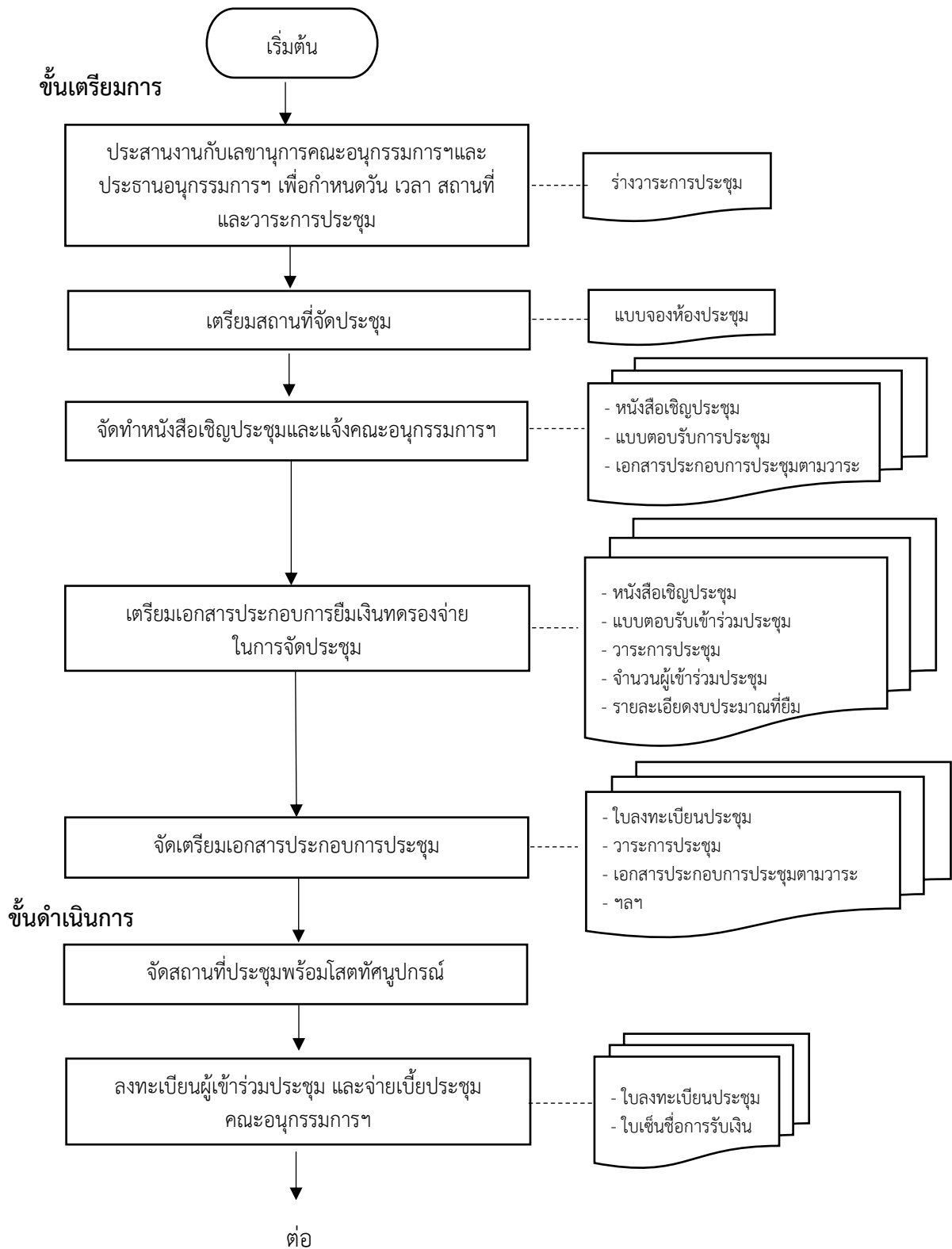
๗.๓ การแจ้งมติการประชุมคณะอนุกรรมการฯ

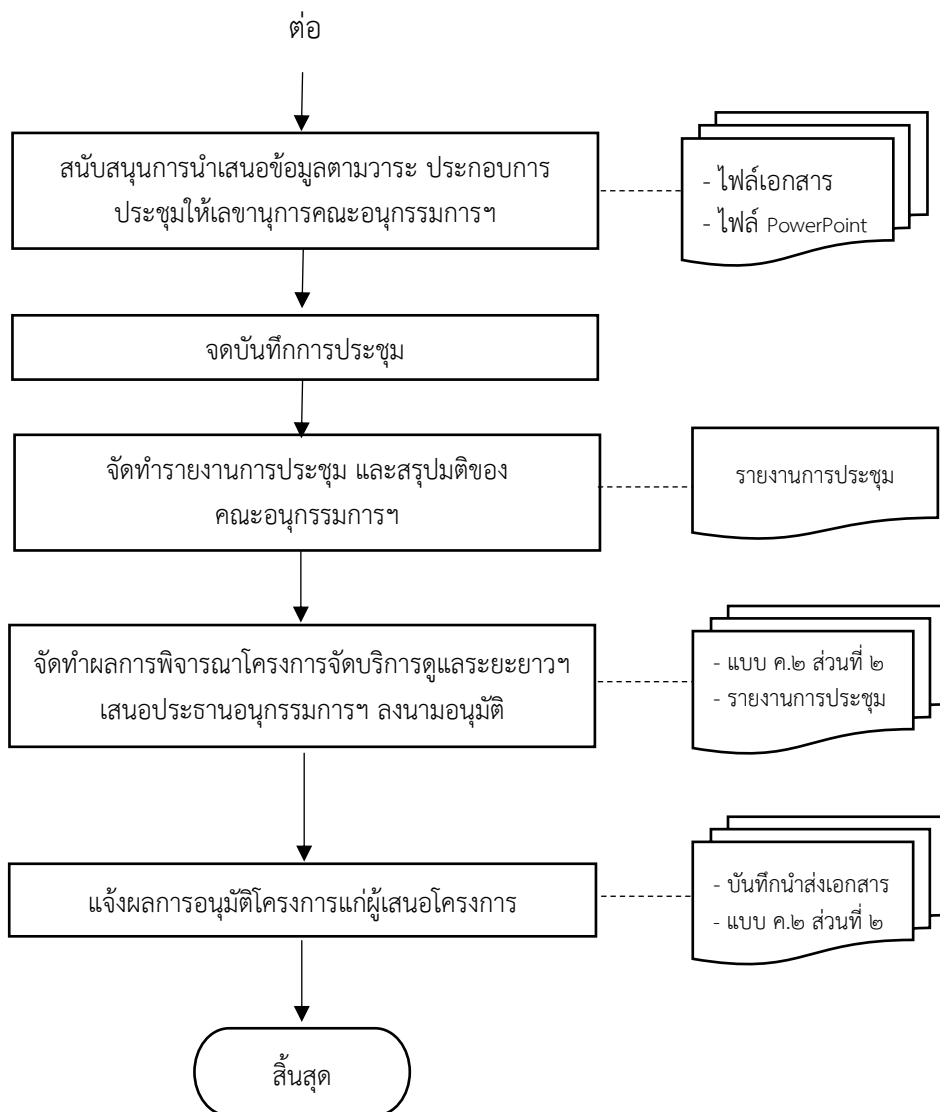
๗.๓.๑ จัดทำเอกสารผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ ของคณะอนุกรรมการฯ (แบบ ค.๒ ส่วนที่ ๒)

๗.๓.๒ ทำหนังสือนำส่งเอกสารแบบ ค.๒ ส่วนที่ ๒ เสนอประธานอนุกรรมการฯ ลงนาม

๗.๓.๓ แจ้งผลการพิจารณาโครงการที่ขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายฯ ให้ผู้ที่เสนอโครงการ (ตามแบบ ค.๒ ส่วนที่ ๒) ทราบภายใน ๑๐ วันทำการ นับแต่วันที่คณะอนุกรรมการฯ พิจารณา

## ๘. แผนภูมิ (Flow Chart)





## ๙. ภาคผนวก (Appendix)

### ๙.๑ แบบฟอร์มเอกสาร (Forms)

#### ๙.๑.๑ แบบหนังสือเชิญประชุม



### สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

๑๘๙ อาคารธานินทร์พรรัตน์ ชั้น ๑๑ ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ ดินแดง ถนนมิตรไมตรี แขวงดินแดง เขต  
ดินแดง กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐ โทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๓ ๒๘๕๓ โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๘๕๑

ที่ .....

วัน เดือน ปี พ.ศ.....

เรื่อง ขอเชิญประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ .../.....

เรียน .....

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ระเบียบวาระการประชุม จำนวน ๑ ฉบับ  
๒. แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
กรุงเทพมหานคร ได้รับการแต่งตั้งเรียบร้อยแล้ว ตามประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
กรุงเทพมหานคร เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ  
พึ่งพิงกรุงเทพมหานคร พ.ศ.๒๕๖๒ ลงวันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๒ โดยคณะกรรมการดังกล่าวมีอำนาจหน้าที่  
ในการอนุมัติแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
กรุงเทพมหานคร ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี  
ภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร จะกำหนดจัดการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว  
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ .../..... เพื่อพิจารณาอนุมัติโครงการจัดบริการดูแล  
ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่หน่วยบริการ (ศูนย์บริการสาธารณสุข) เสนอ สำหรับพิจารณา  
จ่ายเงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในวันที่  
..... เวลา ..... ณ ห้องประชุม .....

ในการนี้ ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้  
สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร จึงขอเรียนเชิญท่านในฐานะ.....คณะกรรมการดังกล่าวเข้าร่วม  
ประชุมตามวัน เวลา สถานที่ที่กำหนด โดยขอความกรุณาส่งแบบตอบรับเข้าร่วมประชุมทาง ..... หรือ  
ทางโทรสาร ..... ภายในวันที่ .....

จึงเรียนมา...



จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

อนุกรรมการและเลขานุการคณะอนุกรรมการสนับสนุน

การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร

กองการพยาบาลสาธารณสุข

.....

โทร. ....

โทรสาร .....

E-mail : [.....](mailto:.....)

๙.๑.๒ แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม

แบบตอบรับเข้าร่วมประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว

สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ .../.....

วันที่ ..... เวลา .....ณ ห้องประชุม.....

๑. ชื่อ - สกุล อนุกรรมการ.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....สังกัด.....

๒. ความประสงค์เข้าร่วมประชุม

สามารถเข้าร่วมประชุม

ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม มอบผู้แทน

๓. ชื่อ - สกุลผู้แทน.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....สังกัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์โทรสาร.....

e-mail.....

๔. หากเอกสารไม่ชัดเจนสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ ชื่อ-สกุล .....

เบอร์โทรศัพท์.....

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับเข้าร่วมประชุมที่ e-mail : .....

หรือโทรสารหมายเลข ..... ภายในวันที่ .....

ผู้ประสานงาน ..... โทรศัพท์ .....

หมายเหตุ ๑. กรณีมอบหมายผู้แทนเข้าร่วมประชุมให้แนบหลักฐานหน้าบันทึกที่มีการลงลายมือมอบหมายอย่างชัดเจน พร้อมกับแบบตอบรับเข้าร่วมประชุม

๒. ในกรณีที่มอบผู้แทนขอให้มอบโดยตรงเพื่อใช้เป็นเอกสารประกอบการเบิกค่าเบี้ยประชุม

๓. ในกรณีที่คณะอนุกรรมการแต่งตั้งระบุชื่อผู้แทนไม่สามารถรับเบี้ยประชุมได้

๙.๑.๓ แบบวาระการประชุม

ระเบียบวาระการประชุม

คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร  
ครั้งที่ .../.....

วันที่ ..... เวลา .....

ณ ห้องประชุม .....

.....

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

.....

มติที่ประชุม

.....

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องการรับรองรายงานการประชุม

ประธานเสนอให้ที่ประชุมพิจารณาร่างรายงานการประชุม ครั้งที่ .../.....

เมื่อวันที่ ..... เวลา .....

มติที่ประชุม

.....

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง

.....

มติที่ประชุม

.....

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องที่เสนอให้ที่ประชุมพิจารณา

.....

มติที่ประชุม

.....

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ (ถ้ามี)

มติที่ประชุม

.....

นัดหมายการประชุมครั้งต่อไป

๙.๑.๔ แบบส่งรายงานการประชุม



สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

๑๘๙ อาคารธานีนพรัตน์ ชั้น ๑๑ ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ ดินแดง ถนนมิตรไมตรี แขวงดินแดง  
เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐ โทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๓ ๒๘๕๓ โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๘๕๑

ที่ กท ๐๗๐๗ (สกส.กทม)/

วันที่ .....

เรื่อง ขอส่งรายงานการประชุม

เรียน .....

ตามที่ ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ  
ที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร ได้ดำเนินการจัดประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะ  
ยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ../.... เมื่อวันที่ ..... เวลา  
..... น. ณ ห้องประชุม ..... นั้น

ฝ่ายเลขานุการได้สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะ  
ยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ../.... เรียบร้อยแล้ว จึงขอส่งรายงานการประชุมฯ  
รายละเอียดตาม QR Code ด้านล่างนี้ หากต้องการปรับแก้ไขประการใด ขอให้แจ้งมาที่ฝ่ายเลขานุการ  
คณะกรรมการฯ โดยรูปแบบหนังสือราชการและทางโทรสารหมายเลข ..... หรือทาง e-mail :  
..... ภายในวันที่ ..... เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

เลขานุการคณะกรรมการสนับสนุน  
การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ  
ที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร

กองการพยาบาลสาธารณสุข

โทร. ....

โทรสาร .....

E-mail : .....



๙.๑.๕ บันทึกนำเสนอเอกสารผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ (แบบ ค.๒ ส่วนที่ ๒)



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองการพยาบาลสาธารณสุข (สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร โทร. ๐ ๒๒๗๖ ๓๙๐๔ )

ที่ กท ๐๗๐๗(สกส.กทม.)/

วันที่

เรื่อง ขอส่งผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการ  
จัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข .....

ตามประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์  
เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ  
กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๗ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ตามข้อ ๔ วรรค ๒ ให้  
ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ  
พึ่งพิง และข้อ ๑๓ (๒) ให้มีคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี  
ภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร มีหน้าที่อนุมัติแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์  
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร (เอกสารแนบ ๑) และตามมติที่ประชุมคณะอนุกรรมการ  
สนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ .....  
วาระที่ ..... เรื่องเพื่อพิจารณาอนุมัติโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
ตามแผนการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ (Care Plan) สำหรับศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย (เอกสารแนบ  
๒) เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานครของ  
ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย ( ..... แห่ง) ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้  
สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์บริการ-สาธารณสุข รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ..... บาท แบ่งตามประเภทของ  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ๔ กลุ่ม จำนวน ..... คน ตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข ทั้งนี้  
ค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลของศูนย์บริการสาธารณสุขรายแห่ง มีรายละเอียดตามผลการพิจารณา  
โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ  
ที่มีภาวะพึ่งพิงที่แนบมาพร้อมนี้ (เอกสารแนบ ๓)

สำนักอนามัย โดยกองการพยาบาลสาธารณสุข พิจารณาแล้วเพื่อให้การดำเนินงานและบริหาร  
จัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง  
สามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน และ  
ให้บริการแก่ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ของศูนย์บริการสาธารณสุข ขอให้ศูนย์บริการสาธารณสุขดำเนินงานตาม  
วัตถุประสงค์ของโครงการฯ ดังกล่าว และจัดทำ ๑) หนังสือขอรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร  
ตามแบบที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด (แบบ ข.๑) โดยระบุจำนวนเงินตามผลการพิจารณาโครงการจัดบริการ  
ดูแลระยะยาวฯ ของศูนย์บริการสาธารณสุขของท่าน ที่แนบมาพร้อมนี้

๒) สำเนา...

๒) สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร ชื่อบัญชี โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ (ชื่อหน่วยงาน) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ๓) สำเนาบัตรประชาชนผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข (ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ๔) สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบฉันทะ จากผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข (กรณีผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขไม่มารับเช็คด้วย ตนเอง) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง และ ๕) หนังสือมอบฉันทะจากผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข (ผู้เสนอ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม) โดยสามารถดาวน์โหลดเอกสาร ๑) และ ๕) ตาม QR CODE ที่แนบมาพร้อมนี้ และส่ง เอกสารฯ ดังกล่าวมายังกลุ่มงานมาตรฐานและควบคุมคุณภาพการพยาบาล กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย เพื่อดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการ



๙.๑.๖ เอกสารผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ ของคณะกรรมการสนับสนุน  
การจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (แบบ ค.๒ ส่วนที่ ๒)

**ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว  
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** (สำหรับเจ้าหน้าที่กรุงเทพมหานครที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

รหัสแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม.....

การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
กรุงเทพมหานคร ครั้งที่.../...เมื่อวันที่...เดือน.....พ.ศ. .... ได้พิจารณาโครงการของ.....เขต  
กรุงเทพมหานคร ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการ  
ดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ  
กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ โดยที่ประชุมมีมติ ดังนี้

**อนุมัติ** โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แผนการดูแลรายบุคคลและ  
ค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ.....จำนวน.....คน เป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน  
บาท (.....) โดยเบิกจากบัญชีเงินฝากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครเพื่อการดูแล  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน.....บาท (.....) รายละเอียดตามตารางดังต่อไปนี้

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข								รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และ อาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่ มีภาวะสับสนทาง สมอง		กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสนทาง สมอง		กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง		กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต			
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)

**ไม่อนุมัติ**

เนื่องจาก.....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ..... (ระบุจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการอนุมัติ)

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ประธานอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว  
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร  
วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ .....

ที่ ..... วันที่ .....

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ใช้สถานที่ในการประชุม .....

เรียน เลขาธิการสำนักการโยธา

สำนักอนามัย มอบหมายกองการพยาบาลสาธารณสุขให้ดำเนินการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยกองการพยาบาลสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการจัดประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ .... / ..... เพื่อดำเนินการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์

ในการนี้ กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย ขอความอนุเคราะห์ใช้สถานที่จัดการประชุมในวันที่ ..... เวลา ..... ณ ห้องประชุม ..... อาคารธานีนพรัตน์ ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้



## ๙.๒ เอกสารอ้างอิง (Reference Document)

๙.๒.๑ ประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑

๙.๒.๒ ระเบียบคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๒

๙.๒.๓ ประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เรื่อง คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๒

สามารถดาวน์โหลดเอกสารภาคผนวกได้ทาง QR Code หรือ URL ด้านล่างนี้



[shorturl.asia/L๖qpC](https://shorturl.asia/L๖qpC)