

ระเบียบคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร
ว่าด้วยการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน
พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เพื่อประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๒ (๓) แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ประกอบกับมติที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๗/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๒ และมติที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๘/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๒ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร จึงออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครว่าด้วยการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน พ.ศ. ๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

“คณะกรรมการกองทุน” หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

“ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” หมายความว่า ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

“ผู้มีอำนาจสั่งจ่ายเงินกองทุน” หมายความว่า ผู้สั่งจ่ายตามที่ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

“สำนักงานกองทุน” หมายความว่า สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

“หน่วยการคลังกองทุน” หมายความว่า หน่วยที่ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีกองทุน

“ผู้จ่ายเงินกองทุน” หมายความว่า หัวหน้าหน่วยการคลังกองทุน และให้หมายความรวมถึงบุคคลในหน่วยการคลังกองทุนที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๔ ให้ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครรักษาการตามระเบียบนี้ และให้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

ในกรณีที่มีเหตุพิเศษสมควรปฏิบัติเป็นอย่างอื่น หรือที่ไม่ได้กำหนดไว้ในระเบียบนี้ ให้เสนอคณะกรรมการกองทุนพิจารณาเป็นกรณี ๆ ไป

หมวดที่ ๑
สำนักงานกองทุน

ข้อ ๕ ให้มีสำนักงานกองทุน
โครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของสำนักงานกองทุน ให้เป็นไปตามที่ประกาศคณะกรรมการ
กองทุนกำหนด

หมวดที่ ๒
การดำเนินงานและการบริหารกองทุน

ส่วนที่ ๑
การจัดสรรกรอบวงเงิน

ข้อ ๖ ให้คณะกรรมการกองทุนดำเนินการจัดสรรกรอบวงเงินให้แก่แต่ละสำนักงานเขตตาม
ความเหมาะสม

เมื่อคณะกรรมการกองทุนจัดสรรกรอบวงเงินแล้ว ให้สำนักงานกองทุน ดำเนินการแจ้งให้
แต่ละสำนักงานเขตทราบ ภายในสิบห้าวันทำการนับแต่วันที่คณะกรรมการกองทุนได้มีมติเห็นชอบกรอบวงเงิน
ตามวรรคหนึ่ง

ส่วนที่ ๒
การเสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม

ข้อ ๗ หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่นของรัฐ ศูนย์เด็กเล็ก
หรือศูนย์ชื้ออื่นที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุและคนพิการหรือศูนย์ชื้ออื่นที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
และคนพิการในชุมชน องค์กรหรือกลุ่มประชาชนใด ประสงค์จะขอรับการสนับสนุนเงินกองทุน เพื่อเป็น
ค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสาธารณสุข การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเท่าที่จำเป็นต่อสุขภาพและ
การดำรงชีวิต กิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ และ
การจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แล้วแต่กรณี ให้ดำเนินการ
ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ตามแบบที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๑
แนบท้ายระเบียบนี้

(๒) แผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมที่เป็นการการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้เสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร

(๓) นอกจาก (๒) แล้ว แผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมที่มีสถานที่ดำเนินการภายในเขตพื้นที่ใด ให้เสนอต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตภายในเขตพื้นที่นั้น ยกเว้นแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมที่มีสถานที่ดำเนินการหลายเขตพื้นที่ หรือขอรับการสนับสนุนเงินกองทุนเกินกว่าหนึ่งล้านบาท ให้เสนอต่อคณะกรรมการกองทุน

ระยะเวลาในการเสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ระยะเวลาในการพิจารณาแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม และระยะเวลาในการเบิกจ่ายเงินกองทุน ให้เป็นตามที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด

ข้อ ๘ แผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมใด มีความจำเป็นต้องจัดหาพัสดุที่เป็นครุภัณฑ์ ให้คณะกรรมการกองทุน หรือคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต หรือคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานครพิจารณาสนับสนุนได้ตามความจำเป็น ยกเว้นแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมที่องค์กรหรือกลุ่มประชาชนหรือหน่วยงานอื่นของรัฐเป็นผู้เสนอ ให้สนับสนุนได้ในวงเงินไม่เกินสองหมื่นบาท

ให้ครุภัณฑ์ที่จัดหาได้เป็นทรัพย์สินของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่นของรัฐ องค์กรหรือกลุ่มประชาชนที่ขอสนับสนุน

ส่วนที่ ๓

การอนุมัติแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม

ข้อ ๙ ให้คณะกรรมการกองทุน คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตและคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานครดำเนินการประชุม เพื่อพิจารณาอนุมัติแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม

ข้อ ๑๐ เมื่อแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุนแล้ว ให้สำนักงานกองทุน ดำเนินการแจ้งให้ผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมทราบ ภายในสิบวันทำการ นับแต่วันที่คณะกรรมการกองทุนได้อนุมัติแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม และทำการบันทึกแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมในระบบสารสนเทศตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดโดยเร็ว หากแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมไม่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน ให้แจ้งผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมทราบถึงเหตุผลในการไม่อนุมัติ ภายในสิบวันทำการ นับแต่วันที่คณะกรรมการกองทุนไม่อนุมัติแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม

ในกรณีแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมใด เสนอต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต ให้สำนักงานเขต ดำเนินการตามที่กำหนดไว้ในวรรคหนึ่ง

ในกรณีแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมใด เสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร ให้อนุกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการดังกล่าว ดำเนินการตามที่กำหนดไว้ในวรรคหนึ่ง

ข้อ ๑๑ ให้ผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมได้รับค่าใช้จ่าย ตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการกองทุน หรือคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต หรือคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร อนุมัติ

ข้อ ๑๒ ในการรับเงินค่าใช้จ่ายตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ให้ผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ดำเนินการเปิดบัญชีกับธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ โดยใช้ชื่อบัญชีตามชื่อแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ยกเว้นผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมที่เป็นหน่วยบริการสถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ ให้เปิดบัญชีเงินฝากกับธนาคารกรุงไทย เป็นการเฉพาะแยกจากบัญชีทั่วไป โดยอาจใช้ชื่อบัญชีตามชื่อหน่วยงานนั้น ๆ หรือตามชื่อแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมก็ได้

ส่วนที่ ๔

บันทึกข้อตกลง

ข้อ ๑๓ ให้สำนักงานกองทุนหรือสำนักงานเขต จัดทำบันทึกข้อตกลง ตามแบบที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายระเบียบนี้ เพื่อเสนอผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครหรือบุคคลที่ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครมอบหมายและผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมลงนาม ยกเว้นผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมเป็นหน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานครไม่ต้องทำบันทึกข้อตกลง

บันทึกข้อตกลงตามวรรคหนึ่ง ต้องมีข้อตกลงว่าเมื่อได้ดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมแล้วเสร็จหรือสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมแล้ว หากมีเงินคงเหลืออยู่ในบัญชีตามข้อ ๑๒ รวมถึงดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร ให้สำนักงานกองทุนหรือสำนักงานเขตแจ้งผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม เพื่อโอนเงินจากบัญชีดังกล่าวคืนแก่กองทุน หากผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมไม่ดำเนินการโอนเงินดังกล่าวคืน ให้สำนักงานกองทุนหรือสำนักงานเขต แล้วแต่กรณีแจ้งธนาคารเพื่อยกเลิกการใช้บัญชีดังกล่าวได้

ให้จัดทำบันทึกข้อตกลงขึ้นสองฉบับ ฉบับหนึ่งเก็บไว้ที่สำนักงานกองทุน อีกฉบับให้ผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมยึดถือไว้

ส่วนที่ ๕
การเบิกเงิน

ข้อ ๑๔ เมื่อได้รับแจ้งตามข้อ ๑๐ แล้ว ให้ผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม เป็นผู้ขอเบิก โดยดำเนินการจัดทำหนังสือขอเบิกเงิน ตามแบบที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายระเบียบนี้ พร้อมแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ส่งไปยังหน่วยการคลังกองทุน

ข้อ ๑๕ เมื่อหน่วยการคลังกองทุนได้รับหนังสือขอเบิกเงิน แผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม และบันทึกข้อตกลงแล้ว ให้ดำเนินการตรวจสอบ หากเห็นว่าถูกต้องแล้ว ให้หน่วยการคลังกองทุนจัดทำฎีกาเบิกเงิน ตามแบบที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายระเบียบนี้ เสนอผู้มีอำนาจส่งจ่ายเงินกองทุน เพื่ออนุมัติส่งจ่าย

กรณีเป็นการเสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมต่อคณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพเขต เมื่อหน่วยการคลังกองทุนได้ดำเนินการตามวรรคหนึ่งแล้ว ให้สำนักงานเขตรวบรวมเอกสารดังกล่าว ส่งสำนักงานกองทุน เพื่อดำเนินการตรวจสอบและเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๗ ให้แก่สำนักงานเขตไว้สำหรับเบิกจ่ายให้แก่ผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมต่อไป สำหรับการเบิกจ่ายเงินตามวรรคนี้ ให้สำนักงานเขตจัดทำฎีกาเบิกเงิน ตามแบบที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายระเบียบนี้ โดยอาจจะรวบรวมแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมเพื่อเบิกจ่ายในครั้งเดียวกันก็ได้ เมื่อหน่วยการคลังกองทุนได้รับเอกสารดังกล่าวแล้ว ให้ดำเนินการตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ต่อไป ยกเว้นการออกเช็คตามข้อ ๒๐ ให้ออกเป็นเช็คส่งจ่ายในนามตามชื่อบัญชีที่กำหนดไว้ในข้อ ๑๖ เท่านั้น และให้ผู้อำนวยการเขตเป็นผู้รับเงิน หากไม่สามารถมารับเงินได้ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้รับเงินแทนก็ได้

หากตรวจสอบแล้ว เห็นว่าไม่ถูกต้อง ให้หน่วยการคลังกองทุนแจ้งข้อทักท้วงเป็นหนังสือให้ผู้ขอเบิกทราบ เพื่อปฏิบัติตามข้อทักท้วง

ข้อ ๑๖ ในการรับเงินกองทุนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับเบิกจ่ายให้แก่ผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมในแต่ละเขต ให้สำนักงานเขตดำเนินการเปิดบัญชีกับธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ โดยใช้ชื่อบัญชีว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เขต...” แยกจากบัญชีของกรุงเทพมหานครโดยทั่วไป และเปิดบัญชีกับธนาคารกรุงไทย ประเภทกระแสรายวัน เป็นบัญชีคู่จ่าย ใช้ชื่อบัญชีว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เขต...”

ให้เงินที่อยู่ในบัญชีตามวรรคหนึ่ง เป็นเงินกองทุน

กรณีมีเงินในบัญชีตามที่ระบุไว้ในวรรคหนึ่ง คงเหลือเมื่อสิ้นปีงบประมาณให้นำเงินที่เหลือรวมถึงดอกเบี้ยเงินฝากธนาคารส่งคืนกองทุน ภายในระยะเวลาหกสิบวันนับถัดจากวันสิ้นปีงบประมาณ

ส่วนที่ ๖
การจ่ายเงิน

ข้อ ๑๗ การเบิกจ่ายเงินตามระเบียบนี้ ให้กระทำได้แต่เฉพาะตามแผนงานหรือโครงการ หรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน หรือคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต หรือคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร และได้ลงนามในบันทึกข้อตกลงตามข้อ ๑๓ แล้ว โดยห้ามเบิกจ่ายเกินวงเงินที่ได้รับอนุมัติ

ข้อ ๑๘ การอนุมัติสั่งจ่ายเงินให้เป็นอำนาจของผู้มีอำนาจสั่งจ่ายเงินกองทุน กรณีที่เห็นสมควร ผู้มีอำนาจสั่งจ่ายเงินกองทุนจะอนุมัติสั่งจ่ายเงินเป็นงวดก็ได้ตามที่กำหนดไว้ในบันทึกข้อตกลง

ข้อ ๑๙ เมื่อผู้มีอำนาจสั่งจ่ายเงินกองทุนได้อนุมัติสั่งจ่ายเงินแล้ว ให้หน่วยการคลังกองทุน ดำเนินการจัดทำเช็ค เพื่อเสนอผู้มีอำนาจลงนามลงลายมือชื่อสั่งจ่ายในเช็ค

ข้อ ๒๐ ภายใต้บังคับข้อ ๑๕ วรรคสอง การจ่ายเงินจากบัญชีเงินกองทุน ให้ดำเนินการโดยวิธี สั่งจ่ายเป็นเช็คขีดคร่อมเท่านั้น โดยให้ออกเป็นเช็คสั่งจ่ายในนามตามชื่อบัญชีที่กำหนดไว้ในข้อ ๑๒ พร้อมระบุ เลขที่บัญชีธนาคาร และขีดฆ่าคำว่า “หรือตามคำสั่ง” หรือ “หรือผู้ถือ” ออก และขีดคร่อมทั่วไป โดยระบุข้อความ ห้ามเปลี่ยนมือว่า “A/C Payee Only”

การเขียนหรือพิมพ์จำนวนเงินในเช็คที่เป็นตัวเลขและตัวอักษรให้เขียนหรือพิมพ์ให้ชัดเจน และขีดคำว่า “บาท” หรือขีดเส้นหน้าจำนวนเงินทั้งตัวเลขและตัวอักษรให้มีช่องว่างที่จะเขียนหรือพิมพ์ จำนวนเงินเพิ่มเติมได้ และให้ขีดเส้นตรงหลังชื่อผู้รับเงินจนขีดคำว่า “หรือผู้ถือ” โดยมีให้มีการเขียนหรือพิมพ์ ชื่อบุคคลอื่นเพิ่มเติมได้

ห้ามลงลายมือชื่อสั่งจ่ายในเช็คไว้ล่วงหน้า โดยยังมีได้มีการเขียนหรือพิมพ์ชื่อผู้รับเงิน วัน เดือน ปี ที่ออกเช็ค และจำนวนเงินที่สั่งจ่าย

ข้อ ๒๑ ในการรับเงิน ให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) กรณีหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ เป็นผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ให้หัวหน้าหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่นของรัฐนั้น เป็นผู้รับเงิน หากไม่สามารถมารับเงินได้ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อื่น เป็นผู้รับเงินแทนก็ได้

(๒) กรณีองค์กรหรือกลุ่มประชาชนเป็นผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ให้ผู้แทน ที่ได้รับมอบหมายจากองค์กรหรือกลุ่มประชาชน ไม่น้อยกว่าสองคนขึ้นไป เป็นผู้รับเงิน

โดยผู้รับเงินจะต้องนำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นที่ทางราชการออกให้ที่ได้ ลงนามรับรองสำเนาแล้ว มาแสดงต่อผู้จ่ายเงินกองทุน หากมีการมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้รับเงินแทน ตาม (๑) ผู้รับมอบอำนาจจะต้องมีหลักฐานที่แสดงถึงการได้รับมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือ

หลักฐานอื่นที่ทางราชการออกให้ที่ได้ลงนามรับรองสำเนาแล้วของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจมาแสดงด้วย ให้ผู้จ่ายเงินกองทุนตรวจสอบและจัดเก็บหลักฐานดังกล่าวไว้กับฎีกาเบิกเงิน ก่อนมีการจ่ายเงินทุกครั้ง

ข้อ ๒๒ เมื่อมีการจ่ายเงิน ให้ผู้รับเงินลงลายมือชื่อ พร้อมวัน เดือน ปีที่รับเงินในหลักฐาน การจ่ายเงินท้ายฎีกาเบิกเงินและใบสำคัญรับเงิน และให้ผู้จ่ายเงินกองทุนตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง แล้วจึงลงลายมือชื่อ พร้อมวัน เดือน ปีที่จ่ายเงิน

ใบสำคัญรับเงิน ตามวรรคหนึ่ง ให้ใช้แบบตามที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายระเบียบนี้

ส่วนที่ ๗

การจัดซื้อจัดจ้าง

ข้อ ๒๓ การจัดซื้อจัดจ้างตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) กรณีหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ เป็นผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ให้ถือปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหาร พัสดุภาครัฐ และระเบียบที่เกี่ยวข้อง เว้นแต่กรณีมีความจำเป็นให้ใช้ราคาตลาดโดยทั่วไปในขณะจัดซื้อจัดจ้าง

(๒) กรณีองค์กรหรือกลุ่มประชาชนเป็นผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ให้ถือราคากลาง ตามระเบียบของทางราชการหรือราคาตลาดทั่วไป ในขณะจัดซื้อจัดจ้าง และให้มีรายละเอียดการจัดซื้อจัดจ้าง การตรวจรับ และหลักฐานแห่งหนึ่ง

ส่วนที่ ๘

การบันทึกบัญชีและการรายงาน

ข้อ ๒๔ การบันทึกบัญชี ให้บันทึกตามรูปแบบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยแยกจากการบันทึกบัญชีโดยปกติของกรุงเทพมหานคร

ข้อ ๒๕ ให้หน่วยการคลังกองทุนจัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับ การจ่าย และ เงินคงเหลือประจำเดือน ตามแบบที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด ส่งให้กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการกองทุน ภายในวันที่สิบของทุกเดือน เพื่อเก็บไว้ตรวจสอบและรายงานให้คณะกรรมการกองทุนทราบ

หมวดที่ ๓

การกำกับติดตามเงินกองทุน

ข้อ ๒๖ เมื่อได้รับเงินกองทุน ให้เบิกจ่ายตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ภายใต้แผนงานหรือ โครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติเท่านั้น ทั้งนี้ การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน ของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ ให้เป็นไปตามกฎหมายที่หน่วยงานนั้น ๆ ถือปฏิบัติ

ข้อ ๒๗ ให้ผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม เก็บหลักฐานการจ่ายเงินตามข้อ ๒๖ ไว้เพื่อตรวจสอบ

ข้อ ๒๘ ให้ผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม จัดทำรายงานผลการดำเนินการรายงานการจ่ายเงิน ตามแบบที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด ส่งให้กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการกองทุน หรืออนุกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต หรืออนุกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร ภายในสามสิบวันนับแต่เมื่อได้ดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมแล้วเสร็จหรือเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินการ เพื่อเก็บไว้ตรวจสอบและรายงานให้คณะกรรมการกองทุน หรือคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต หรือคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณีทราบ

กรณีมีเงินเหลือจากการดำเนินงานรวมถึงดอกเบี้ยเงินฝากธนาคารให้นำเงินดังกล่าวส่งคืนกองทุน ภายในระยะเวลาหกสิบวันนับถัดจากวันสิ้นสุดแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม

หมวดที่ ๔

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๒๙ ในระหว่างที่ยังไม่มีประกาศคณะกรรมการกองทุนเกี่ยวกับสำนักงานกองทุน ให้สำนักอนามัยมีอำนาจหน้าที่เช่นเดียวกับสำนักงานกองทุน

บรรดาเรื่องที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ตามวรรคหนึ่ง ซึ่งค้างพิจารณาอยู่ในสำนักอนามัย ให้สำนักอนามัยดำเนินการให้แล้วเสร็จ

ข้อ ๓๐ ในระหว่างที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังไม่ได้กำหนดรูปแบบการบันทึกบัญชีตามข้อ ๒๔ นั้น ให้หน่วยการคลังกองทุน ดำเนินการจัดทำรายงานการรับการจ่าย ตามแบบที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด และให้รวบรวมเอกสารหลักฐานไว้ที่หน่วยการคลังกองทุน เพื่อเก็บไว้ตรวจสอบ

ประกาศ ณ วันที่ ๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒

พลตำรวจเอก

อัครวิทย์, อ.

(อัครวิทย์ ขวัญเมือง)

ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร

ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายระเบียบคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร
ว่าด้วยการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน พ.ศ. ๒๕๖๒
ลงวันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) มีความประสงค์
จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
ในปีงบประมาณ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร
เป็นเงิน บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

ส่วนที่ ๑ : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)

๑. หลักการและเหตุผล (ระบุที่มาของการทำโครงการ)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

๒. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๑.
๒.
๓.

๓. วิธีดำเนินการ

๑.
๒.
๓.
๔.
๕.

๔. ระยะเวลาดำเนินการ

.....

๕. สถานที่ดำเนินการ

.....

๖. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

จำนวน บาท รายละเอียด ดังนี้

- ค่า..... เป็นเงิน บาท
- ค่า..... เป็นเงิน บาท
- ค่า..... เป็นเงิน บาท

๗. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑.
- ๒.
- ๓.

๘. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง ๑ รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับการใช้ในการ
จำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)

๘.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๖)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน

- ๘.๑.๑ หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข
- ๘.๑.๒ หน่วยงานสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร
- ๘.๑.๓ หน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ
- ๘.๑.๔ หน่วยงานอื่นๆ ของรัฐ เช่น สำนักงานเขต โรงเรียน สถาบันการศึกษา วัด
- ๘.๑.๕ องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ตั้งแต่ ๕ คนขึ้นไป

ชื่อองค์กร.....

กลุ่มคน (ระบุ ๕ คน) ชื่อ - นามสกุล ดังนี้

- ๑..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน
- ๒..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน
- ๓..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน
- ๔..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน
- ๕..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน

๘.๒ ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๖)

- ๘.๒.๑ สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๖(๑)]
- ๘.๒.๒ สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๖(๒)]
- ๘.๒.๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ ๖(๓)]
- ๘.๒.๔ สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๖(๔)]
- ๘.๒.๕ สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๖(๕)]

๘.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. ๒๕๕๗)

- ๘.๓.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
- ๘.๓.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

- ๘.๓.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
- ๘.๓.๔ กลุ่มวัยทำงาน
- ๘.๓.๕.๑ กลุ่มผู้สูงอายุ
- ๘.๓.๕.๒ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ๘.๓.๖ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
- ๘.๓.๗ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
- ๘.๓.๘ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๖(๔)]

๘.๔ กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

- ๘.๔.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
 - ๘.๔.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - ๘.๔.๑.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - ๘.๔.๑.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
 - ๘.๔.๑.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - ๘.๔.๑.๕ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - ๘.๔.๑.๖ การคัดกรองและดูแลรักษาแม่เรื้อรังปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
 - ๘.๔.๑.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
 - ๘.๔.๑.๘ อื่นๆ (ระบุ)
- ๘.๔.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
 - ๘.๔.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - ๘.๔.๒.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - ๘.๔.๒.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - ๘.๔.๒.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - ๘.๔.๒.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
 - ๘.๔.๒.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
 - ๘.๔.๒.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
 - ๘.๔.๒.๘ อื่นๆ (ระบุ)
- ๘.๔.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
 - ๘.๔.๓.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - ๘.๔.๓.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - ๘.๔.๓.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - ๘.๔.๓.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - ๘.๔.๓.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
 - ๘.๔.๓.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
 - ๘.๔.๓.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
 - ๘.๔.๓.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - ๘.๔.๓.๙ อื่นๆ (ระบุ)

๘.๔.๔ กลุ่มวัยทำงาน

- ๘.๔.๔.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๘.๔.๔.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๘.๔.๔.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๘.๔.๔.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๘.๔.๔.๕ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
- ๘.๔.๔.๖ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน
- ๘.๔.๔.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- ๘.๔.๔.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๘.๔.๔.๙ อื่นๆ (ระบุ)

๘.๔.๕.๑ กลุ่มผู้สูงอายุ

- ๘.๔.๕.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๘.๔.๕.๑.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๘.๔.๕.๑.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๘.๔.๕.๑.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๘.๔.๕.๑.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- ๘.๔.๕.๑.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- ๘.๔.๕.๑.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ๘.๔.๕.๑.๘ อื่นๆ (ระบุ)

๘.๔.๕.๒ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

- ๘.๔.๕.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๘.๔.๕.๒.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๘.๔.๕.๒.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๘.๔.๕.๒.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๘.๔.๕.๒.๕ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- ๘.๔.๕.๒.๖ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
- ๘.๔.๕.๒.๗ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ๘.๔.๕.๒.๘ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- ๘.๔.๕.๒.๙ อื่นๆ (ระบุ)

๘.๔.๖ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

- ๘.๔.๖.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๘.๔.๖.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๘.๔.๖.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๘.๔.๖.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๘.๔.๖.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- ๘.๔.๖.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- ๘.๔.๖.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ๘.๔.๖.๘ อื่นๆ (ระบุ)

๘.๔.๗ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

- ๘.๔.๗.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๘.๔.๗.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๘.๔.๗.๓ การเฝ้าติดตามดูแลสุขภาพ
- ๘.๔.๗.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๘.๔.๗.๕ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- ๘.๔.๗.๖ อื่นๆ (ระบุ)

๘.๔.๘ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๖(๔)]

- ๘.๔.๘.๑ อื่นๆ (ระบุ)

ลงชื่อ ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร
ครั้งที่ / ๒๕..... เมื่อวันที่ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
ดังนี้

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน บาท
เพราะ

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
เพราะ

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ ๓) ภายในวันที่

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน
หลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อ
เสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

๑. ผลการดำเนินงาน

.....
.....
.....

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง บาท คิดเป็นร้อยละ

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ บาท คิดเป็นร้อยละ

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

.....

ลงชื่อ ผู้รายงาน

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ปฏิทินการดำเนินงาน

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....

กิจกรรม	วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม	สถานที่/เวลา	ผลผลิต (out put)	ผลลัพธ์ (out come)	ผู้รับผิดชอบ

แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เรียน ประธานอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เขต.....

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) มีความประสงค์
จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ในงบประมาณ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร
เป็นเงิน บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

ส่วนที่ ๑ : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)

๑. หลักการและเหตุผล (ระบุที่มาของการทำโครงการ)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

๒. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

- ๑.
- ๒.
- ๓.

๓. วิธีดำเนินการ

- ๑.
- ๒.
- ๓.
- ๔.
- ๕.

๔. ระยะเวลาดำเนินการ

.....

๕. สถานที่ดำเนินการ

.....

๖. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

จำนวน บาท รายละเอียด ดังนี้

- ค่า..... เป็นเงิน บาท
- ค่า..... เป็นเงิน บาท
- ค่า..... เป็นเงิน บาท

๗. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑.
- ๒.
- ๓.

๘. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง ๑ รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับการใช้ในการ
จำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)

๘.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๖)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน

- ๘.๑.๑ หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข
- ๘.๑.๒ หน่วยงานสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร
- ๘.๑.๓ หน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ
- ๘.๑.๔ หน่วยงานอื่นๆ ของรัฐ เช่น สำนักงานเขต โรงเรียน สถาบันการศึกษา วัด
- ๘.๑.๕ องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ตั้งแต่ ๕ คนขึ้นไป

ชื่อองค์กร.....

กลุ่มคน (ระบุ ๕ คน) ชื่อ - นามสกุล ดังนี้

- ๑..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน
- ๒..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน
- ๓..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน
- ๔..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน
- ๕..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน

๘.๒ ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๖)

- ๘.๒.๑ สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๖(๑)]
- ๘.๒.๒ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๖(๒)]
- ๘.๒.๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ ๖(๓)]
- ๘.๒.๔ สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๖(๔)]
- ๘.๒.๕ สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๖(๕)]

๘.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. ๒๕๕๗)

- ๘.๓.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
- ๘.๓.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
- ๘.๓.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

- ๘.๓.๔ กลุ่มวัยทำงาน
- ๘.๓.๕.๑ กลุ่มผู้สูงอายุ
- ๘.๓.๕.๒ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ๘.๓.๖ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
- ๘.๓.๗ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
- ๘.๓.๘ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๖(๔)]

๘.๔ กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

- ๘.๔.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
 - ๘.๔.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - ๘.๔.๑.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - ๘.๔.๑.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
 - ๘.๔.๑.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - ๘.๔.๑.๕ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - ๘.๔.๑.๖ การคัดกรองและดูแลรักษาแม่เรื้อรังปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
 - ๘.๔.๑.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
 - ๘.๔.๑.๘ อื่นๆ (ระบุ)
- ๘.๔.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
 - ๘.๔.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - ๘.๔.๒.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - ๘.๔.๒.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - ๘.๔.๒.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - ๘.๔.๒.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
 - ๘.๔.๒.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
 - ๘.๔.๒.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
 - ๘.๔.๒.๘ อื่นๆ (ระบุ)
- ๘.๔.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
 - ๘.๔.๓.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - ๘.๔.๓.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - ๘.๔.๓.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - ๘.๔.๓.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - ๘.๔.๓.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
 - ๘.๔.๓.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
 - ๘.๔.๓.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
 - ๘.๔.๓.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - ๘.๔.๓.๙ อื่นๆ (ระบุ)

๘.๔.๔ กลุ่มวัยทำงาน

- ๘.๔.๔.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๘.๔.๔.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๘.๔.๔.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๘.๔.๔.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๘.๔.๔.๕ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
- ๘.๔.๔.๖ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน
- ๘.๔.๔.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- ๘.๔.๔.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๘.๔.๔.๙ อื่นๆ (ระบุ)

๘.๔.๕.๑ กลุ่มผู้สูงอายุ

- ๘.๔.๕.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๘.๔.๕.๑.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๘.๔.๕.๑.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๘.๔.๕.๑.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๘.๔.๕.๑.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- ๘.๔.๕.๑.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- ๘.๔.๕.๑.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ๘.๔.๕.๑.๘ อื่นๆ (ระบุ)

๘.๔.๕.๒ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

- ๘.๔.๕.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๘.๔.๕.๒.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๘.๔.๕.๒.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๘.๔.๕.๒.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๘.๔.๕.๒.๕ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- ๘.๔.๕.๒.๖ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
- ๘.๔.๕.๒.๗ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ๘.๔.๕.๒.๘ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- ๘.๔.๕.๒.๙ อื่นๆ (ระบุ)

๘.๔.๖ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

- ๘.๔.๖.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๘.๔.๖.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๘.๔.๖.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๘.๔.๖.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๘.๔.๖.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- ๘.๔.๖.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

๘.๔.๖.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

๘.๔.๖.๘ อื่นๆ (ระบุ)

๘.๔.๗ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

๘.๔.๗.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๘.๔.๗.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๘.๔.๗.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

๘.๔.๗.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

๘.๔.๗.๕ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

๘.๔.๗.๖ อื่นๆ (ระบุ)

๘.๔.๘ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๖(๔)]

๘.๔.๘.๑ อื่นๆ (ระบุ)

ลงชื่อ ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร
ครั้งที่ / ๒๕..... เมื่อวันที่ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
ดังนี้

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน บาท
เพราะ

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
เพราะ

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ ๓) ภายในวันที่

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน
หลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อ
เสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

๑. ผลการดำเนินงาน

.....
.....
.....

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง บาท คิดเป็นร้อยละ

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ บาท คิดเป็นร้อยละ

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

.....
.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

.....
.....

ลงชื่อ ผู้รายงาน

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ปฏิทินการดำเนินงาน

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....

กิจกรรม	วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม	สถานที่/เวลา	ผลผลิต (out put)	ผลลัพธ์ (out come)	ผู้รับผิดชอบ



แบบเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ ๑ : โครงการ

เรียน ประธานอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร

ด้วย..... เขต..... กรุงเทพมหานคร

มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ เป็นค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี จำนวน คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) รายละเอียด มีดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข								รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มี ภาวะสับสนทางสมอง		กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสนทาง สมอง		กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมี อาการเจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ในระยะ ท้ายของชีวิต		จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร พิจารณาสันนิษฐานค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ระยะเวลาดำเนินการ

(ระบุตามวันเริ่มต้น และสิ้นสุดการให้บริการตามแผนการดูแลรายบุคคล)

(ลงชื่อ) ผู้เสนอโครงการ

(.....)

วัน เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ ๒ : สรุปแผนการดูแลสุขภาพบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาว (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี

แผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและผู้สูงอายุ (Care Plan) โรค..... มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่..... เลขประจำตัวประชาชน..... เลขที่ HHC..... วัน เดือน ปี ที่จัดทำ.....

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี ที่อยู่..... เบอร์ติดต่อ..... เลขที่ HHC.....

กาย (Physical)	จิตใจ (Psychology)	สังคม (Social)	จิตวิญญาณ (Spiritual)
<p>๑. ประเมินสัญญาณชีพ (V/S)</p> <p><input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ</p> <p>๒. ประเมินสภาพร่างกาย</p> <p><input type="checkbox"/> ความสะดวกร่างกาย ผิวหนัง ปาก ฟัน</p> <p><input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> ไม่สะอาด</p> <p><input type="checkbox"/> โภชนาการ</p> <p><input type="checkbox"/> กินได้เอง <input type="checkbox"/> ใส่สาย <input type="checkbox"/> BMI <input type="checkbox"/> สด</p> <p><input type="checkbox"/> การได้รับยา</p> <p><input type="checkbox"/> ยากิน <input type="checkbox"/> ยาฉีด <input type="checkbox"/> ยาพ่น <input type="checkbox"/> ยาทา</p> <p><input type="checkbox"/> การขับถ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> อุจจาระ <input type="checkbox"/> ถ่ายปกติ <input type="checkbox"/> Colostomy</p> <p><input type="checkbox"/> ปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ถ่ายปกติ <input type="checkbox"/> F/C <input type="checkbox"/> Cystostomy</p> <p>๓. ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่</p> <p><input type="checkbox"/> ผลกดทับ (Pressure sore) <input type="checkbox"/> ปอดบวม (Pneumonia)</p> <p><input type="checkbox"/> ภาวะติดเชื้อ (Infection) <input type="checkbox"/> ท้องผูก</p> <p><input type="checkbox"/> ปากแห้ง ตาแห้ง <input type="checkbox"/> ข้อติด ยึด</p> <p>๔. ประเมินสภาพแวดล้อม</p> <p><input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> สงบ <input type="checkbox"/> แสงพอเหมาะ</p> <p>๕. ประเมินความสามารถและระดับความเจ็บป่วย</p> <p><input type="checkbox"/> ADL..... <input type="checkbox"/> TAI..... <input type="checkbox"/> PPSV2..... <input type="checkbox"/> GFR.....</p> <p><input type="checkbox"/> Pain scale..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....</p>	<p>๑. ประเมินภาวะสุขภาพจิต</p> <p><input type="checkbox"/> แบบประเมินความเครียด(STS).....</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินภาวะซึมเศร้า(2Q).....</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q).....</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q).....</p> <p>๒. ประเมินภาวะสมองเสื่อม</p> <p><input type="checkbox"/> Mini Cog.....</p> <p><input type="checkbox"/> TAI.....</p>	<p>๑. ภาวะจิตใจผิดปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> สิทธิ ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> สิทธิว่าง</p> <p>๒. ความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว</p> <p><input type="checkbox"/> เครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแล</p> <p><input type="checkbox"/> ถูกมีส่วนร่วมในการดูแล</p> <p><input type="checkbox"/> การสนับสนุนอุปการะทางการแพทย์</p> <p><input type="checkbox"/> ระบบการส่งต่อ</p> <p><input type="checkbox"/> แหล่งประโยชน์และการติดต่อฉุกเฉิน</p> <p><input type="checkbox"/> การฝึกอบรม ส่งเสริมรายได้</p> <p><input type="checkbox"/> บุคลากร/ผู้เชี่ยวชาญ</p> <p><input type="checkbox"/> เบื้องชีพร</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....</p> <p>๓. ภาวะร่วมกิจกรรมในชุมชน</p> <p><input type="checkbox"/> เข้าร่วม</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เข้าร่วม</p>	<p>ประเมินความต้องการของผู้ป่วย ตามความถี่และความคาดหวังต่าง ๆ และตอบสนองอย่างเหมาะสมตามความต้องการด้านจิตวิญญาณ</p> <p><input type="checkbox"/> นับถือศาสนา (ระบุ).....</p> <p><input type="checkbox"/> มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (ระบุ).....</p> <p><input type="checkbox"/> วัฒนธรรมไม่ครอบครั้ว เช่น การรับพรทานอาหารพร้อมกัน การตัดสินใจในครอบครัว</p> <p>สัมพันธ์ภาพ ความผูกพัน เป็นต้น</p>
<p>ขอวินิจฉัยทางการแพทย์</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>ขอวินิจฉัยทางการแพทย์</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>ขอวินิจฉัยทางการแพทย์</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>ขอวินิจฉัยทางการแพทย์</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

ชื่อ-สกุล..... เลขที่ HHC..... วัน เดือน ปี ที่จัดทำ..... (ต่อ)

เป้าหมายการดูแล

ระยะสั้น.....

ระยะยาว.....

กาย (Physical)	จิตใจ (Psychology)	สังคม (Social)	จิตวิญญาณ (Spiritual)
<p>การดูแล</p> <p>๑. ให้ความรู้ คำแนะนำ การดูแลตนเองที่ผิดปกติ/แนะนำเรื่องโภชนาการ/ยา</p> <p>๒. ให้การดูแลและแนะนำในเรื่องความสุขสบายของร่างกาย เช่น Complete bed bath, back rub, shampooing เป็นต้น</p> <p>๓. ให้การดูแลและแนะนำการดูแลผู้ป่วยที่มีอุปสรรคทางการแพทย์ที่ดีตัว</p> <p>๔. การจัดท่านอน การพลิกตะแคงตัว</p> <p>กายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เคาเซอร์</p> <p>๕. แนะนำการจัดการสภาพแวดล้อมให้เป็นระเบียบ พร้อมส่งเสริมให้กำลังใจ (Empowerment)</p> <p>๖. บรรเทาความเจ็บปวดและ ลดความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ</p> <p>๖.๑ ใช้ Cold/ hot pack</p> <p>๖.๒ ใช้เทคนิคลดปวดแบบไม่ใช้ยาบรรเทาอาการปวดให้ผู้ป่วย เช่น</p> <p><input type="checkbox"/> การหายใจแบบผ่อนคลาย <input type="checkbox"/> การฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT</p> <p><input type="checkbox"/> สุนัขบำบัด (Arcoma Therapy) <input type="checkbox"/> ดนตรีบำบัด (Music Therapy)</p> <p><input type="checkbox"/> การนวดแบบผ่อนคลาย (Massage) <input type="checkbox"/> เทคนิคการสัมผัส (Touch)</p> <p><input type="checkbox"/> การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย สดชื่น</p> <p>๖.๓ การใช้อุปกรณ์ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>๘. ให้การพยาบาลตามแผนการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุขั้นสูง (Advance Care Plan)</p> <p>๙. ในรายที่พบปัญหาที่ไม่ได้หรือมีมากขึ้นติดต่อสหวิชาชีพ</p>	<p>การดูแล</p> <p>๑. ให้ความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล (ญาติ, ผู้รับจ้าง) รวมถึง Nurse aid caregiver</p> <p>๒. หากิจกรรมทางเลือก เช่น ดนตรีบำบัด การนวดบำบัด</p> <p>๓. ประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยซ้ำ</p> <p>๔. ประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล</p> <p>๕. ในรายที่พบปัญหาด้านสุขภาพจิตที่แก้ไขไม่ได้หรือมีมากขึ้นต้องส่งต่อนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์</p>	<p>การดูแล</p> <p>๑. ให้ความรู้ คำแนะนำในเรื่องสิทธิการรักษา</p> <p>๒. ส่งเสริมให้เครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>๓. สนับสนุนแหล่งอุปการะทางการแพทย์</p> <p>๔. ความสะอาดและระบบการส่งต่อ</p> <p>๕. แทรกประเมินและกระตุ้นการติดต่อ</p> <p>๖. จัดหาแหล่งประโยชน์ การฝึกอบรม ส่งเสริมรายได้ ให้ผู้ป่วยและญาติ</p> <p>๗. ประสานการส่งต่อ</p>	<p>การดูแล</p> <p>๑. มีทักษะการตั้งเป้าหมายจิตวิญญาณ เช่น</p> <p><input type="checkbox"/> ทักษะสมาธิบำบัด (SKT)</p> <p><input type="checkbox"/> อานาปานสติ</p> <p><input type="checkbox"/> การละหมาด</p> <p><input type="checkbox"/> การสวดอ้อนวอน</p> <p>๒. ช่วยเหลือด้านสื่ออุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น เทปธรรมะ บทสวดมนต์ ดนตรีบำบัด หนังสือ และสิ่งที่มีผู้ป่วยต้องการตามความเหมาะสม</p> <p>๓. การทำ Family counseling</p> <p>๔. กระตุ้นการดูแลโดยการสร้างสัมพันธ์ภาพ</p> <p>๕. ประสานการส่งต่อ</p>
<p>ขอตรวจระวังในการให้บริการ.....</p> <p>ขอรับการสนับสนุนค่าบริการดูแลระยะยาว(เพิ่มจาก)ของคุณต่อปี เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....บาทถ้วน)</p>			

(ลงชื่อ)

(.....)

Caregiver

(ลงชื่อ)

(.....)

Care Manager

ส่วนที่ ๓ : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (สำหรับเจ้าหน้าที่กรุงเทพมหานครที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ /..... เมื่อวันที่ เดือน..... พ.ศ. ได้พิจารณาโครงการของ เขต..... กรุงเทพมหานคร ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานคร ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ โดยที่ประชุมมีมติ ดังนี้

อนุมัติ โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แผนการดูแลรายบุคคล และค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ จำนวน คน เป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) โดยเบิกจากบัญชีเงินฝากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) รายละเอียดตามตารางดังต่อไปนี้

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข								รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มี ภาวะสับสนทางสมอง		กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสนทาง สมอง		กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมี อาการเจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ในระยะ ท้ายของชีวิต		จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
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)
(.....)

ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร
วัน เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ แจงผลการพิจารณาเพื่อ กรุงเทพมหานครทำการเบิกจ่ายต่อไป

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายระเบียบคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร
ว่าด้วยการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน พ.ศ. ๒๕๖๒
ลงวันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๒



บันทึกข้อตกลง

ขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

ระหว่าง กรุงเทพมหานคร กับ

เลขที่/.....

บันทึกข้อตกลงนี้จัดทำขึ้น ณ

เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ระหว่าง

ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้ เรียกว่า “ผู้สนับสนุนงบประมาณ” ฝ่ายหนึ่ง กับ

ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้ เรียกว่า “ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกัน
มีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ รายละเอียดการสนับสนุนงบประมาณ

ผู้สนับสนุนงบประมาณตกลงสนับสนุนงบประมาณจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ
กรุงเทพมหานครแก่ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
จากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครหรือคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกัน
สุขภาพเขต..... แนบท้ายบันทึกข้อตกลงนี้ และผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณตกลงรับการสนับสนุน
งบประมาณ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑.๑ ชื่อโครงการ.....

๑.๒ กลุ่มเป้าหมาย.....

๑.๓ กิจกรรม/วิธีการดำเนินการ.....

๑.๔ งบประมาณ..... บาท (.....บาทถ้วน)

โดยแบ่งจ่ายเป็น.....งวด ดังนี้

งวดที่ ๑ เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....บาทถ้วน) เมื่อ.....

งวดที่ ๒ เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....บาทถ้วน) เมื่อ.....

งวดที่ ๓ เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....บาทถ้วน) เมื่อ.....

งวดที่ ๔ เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....บาทถ้วน) เมื่อ.....

๑.๕ ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่วันที่..... เดือน พ.ศ.

ถึงวันที่..... เดือน พ.ศ.

ข้อ ๒ ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ตกลงจะปฏิบัติภายใต้เงื่อนไขดังนี้

๒.๑ เมื่อได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจะดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมตามข้อ ๑ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมายและแผนการดำเนินงานของแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ และจะถือปฏิบัติตามระเบียบ ประกาศ คำสั่งของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่เกี่ยวข้องโดยเคร่งครัด

๒.๒ หากผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณไม่ดำเนินการแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมตามข้อ ๑ หรือดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม แต่ไม่เป็นไปตามข้อ ๒.๑ เว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการ แต่ไม่เป็นไปตามข้อ ๒.๑ นั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัย พันวิสัย หรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งมิได้เกิดจากการกระทำของผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณยินยอมรับผิดชอบชำระหนี้ที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว ให้แก่ผู้สนับสนุนงบประมาณ โดยผู้สนับสนุนงบประมาณมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

๒.๓ ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จะรายงานผลการดำเนินการ รายงานการจ่ายเงินภายในสามสิบวันนับแต่เมื่อได้ดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมแล้วเสร็จหรือเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินการ กรณีมีเงินเหลือจากการดำเนินงานรวมถึงดอกเบี้ยเงินฝากธนาคารให้นำเงินดังกล่าวส่งคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ภายในระยะเวลาหกสิบวันนับถัดจากวันสิ้นสุดแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม

๒.๔ หากผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ไม่นำเงินตามข้อ ๒.๓ ส่งคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณยินยอมให้สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครหรือสำนักงานเขต แล้วแต่กรณี แจ้งธนาคารเพื่ออายัดการใช้จ่ายเงินได้

บันทึกข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยละเอียดตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และทั้งสองฝ่ายต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

ผู้สนับสนุนงบประมาณ

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

พยาน

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

พยาน



บันทึกข้อตกลง

การจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ระหว่าง กรุงเทพมหานคร กับ

เลขที่/.....

บันทึกข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณ

เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ระหว่าง

ระหว่าง กรุงเทพมหานคร โดย.....

ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้ เรียกว่า “กรุงเทพมหานคร” ฝ่ายหนึ่ง

ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้ เรียกว่า “หน่วยจัดบริการ” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกัน โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ การดำเนินงาน

ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ในเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

ข้อ ๒ การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายบันทึกข้อตกลงนี้

ข้อ ๓ กรุงเทพมหานครตกลงสนับสนุนเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร (ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) จำนวนทั้งสิ้นไม่เกิน บาท (.....บาทถ้วน) ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่น ๆ และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว

ข้อ ๔ หน่วยจัดบริการเริ่มดำเนินงานตามบันทึกข้อตกลง ตั้งแต่วันที่..... เดือน พ.ศ. ถึงวันที่..... เดือน พ.ศ. โดยเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามข้อตกลงให้หน่วยจัดบริการรายงานผลการดำเนินในโปรแกรม LTC และรายงานผลการดำเนินการ รายงานการจ่ายเงิน ภายในสามสิบวันนับแต่เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินการ

ข้อ ๕...

ข้อ ๕ กรณีหน่วยจัดบริการไม่ปฏิบัติตามบันทึกข้อตกลงทำให้เกิดความล่าช้าหรือความเสียหาย กรุงเทพมหานครมีสิทธิยกเลิกบันทึกข้อตกลงและระงับการจ่ายเงินสนับสนุนโดยผู้จัดบริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขยินยอมให้กรุงเทพมหานครเรียกเงินสนับสนุนที่จ่ายไปแล้ว รวมถึงดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร คืนทั้งหมดหรือบางส่วนได้

หากหน่วยจัดบริการไม่นำเงินตามวรรคแรก ส่งคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร หน่วยจัดบริการยินยอมให้สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร หรือสำนักงานเขต แล้วแต่กรณี แจ้งธนาคาร เพื่อยกเลิกการใช้บัญชีได้

บันทึกข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจ ข้อความโดยละเอียดตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และ ทั้งสองฝ่ายต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

(ลงชื่อ) กรุงเทพมหานคร
(.....)

(ลงชื่อ) หน่วยจัดบริการ
(.....)

(ลงชื่อ) พยาน
(.....)

(ลงชื่อ) พยาน
(.....)

เอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายระเบียบคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร
ว่าด้วยการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน พ.ศ. ๒๕๖๒
ลงวันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๒



หนังสือขอเบิกเงิน

ตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ
จากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

สถานที่

วันที่

เรื่อง ขอเบิกเงินเพื่อดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม

เรียน ผู้อำนวยการสำนักอนามัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม จำนวน ๑ ชุด

ตามที่.....ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก
กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เพื่อดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม.....
..... จำนวนเงิน.....บาท
(.....บาทถ้วน) นั้น

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์ของแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม
..... จึงขอเบิกเงินเพื่อดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม
.....จำนวนเงิน.....บาท (.....บาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....



หนังสือขอเบิกเงิน
ตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ
จากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

สถานที่

วันที่

เรื่อง ขอเบิกเงินเพื่อดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม

เรียน ผู้อำนวยการเขต.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม จำนวน ๑ ชุด

ตามที่.....ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก
กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ผ่านคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต.....
เพื่อดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม.....
จำนวนเงิน.....บาท (.....บาทถ้วน) นั้น

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์ของแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม
..... จึงขอเบิกเงินเพื่อดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม
.....จำนวนเงิน.....บาท (.....บาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....



ฎีกาเบิกเงิน
กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

เลขที่
วันที่จัดทำ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักอนามัย

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
ให้แก่

จำนวน บาท (.....บาทถ้วน)

ในการนี้ มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน จำนวน บาท
(.....บาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ
เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ).....
..... จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ผู้ขอเบิก (ผู้ที่ได้รับมอบหมาย)
(.....)

ตำแหน่ง

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และได้ตรวจสอบแล้ว มีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ (.....) ตำแหน่ง วันที่	เรียน รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) ลงชื่อ (.....) เลขานุการสำนักอนามัย วันที่
เรียน ผู้อำนวยการสำนักอนามัย เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) ลงชื่อ (.....) รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย วันที่	อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) ลงชื่อ (.....) ผู้อำนวยการสำนักอนามัย ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร วันที่
จ่ายเป็น Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคัต Δ ทางธนาคาร ธนาคาร บัญชีเลขที่ เลขที่เช็ค ลงวันที่ จำนวนเงิน..... บาท (.....บาทถ้วน) จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน)	ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม (.....) ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม (.....)
หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน	
ได้รับเงิน จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) ลงชื่อ ผู้รับเงิน (.....) ตำแหน่ง วันที่	ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน (.....) ตำแหน่ง วันที่

หมายเหตุ ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงิน/ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ



ฎีกาเบิกเงิน
กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

เลขที่
วันที่จัดทำ

เรียน ผู้อำนวยการเขต

ตามที่คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

จำนวน บาท (.....บาทถ้วน)

ในการนี้ มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบเอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ)..... จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ผู้ขอเบิก (ผู้ที่ได้รับมอบหมาย)
(.....)

ตำแหน่ง

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และได้ตรวจสอบแล้ว มีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ (.....) ตำแหน่ง วันที่	เรียน ผู้ช่วยผู้อำนวยการเขต เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) ลงชื่อ (.....) หัวหน้าฝ่ายการคลัง วันที่
เรียน ผู้อำนวยการเขต เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) ลงชื่อ (.....) ผู้ช่วยผู้อำนวยการเขต วันที่	อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) ลงชื่อ (.....) ผู้อำนวยการเขต ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร วันที่
จ่ายเป็น Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคา Δ ทางธนาคาร ธนาคาร บัญชีเลขที่ เลขที่เช็ค ลงวันที่ จำนวนเงิน บาท (.....บาทถ้วน) จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน)	ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม (.....) ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม (.....)
หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน	
ได้รับเงิน จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) ลงชื่อ ผู้รับเงิน (.....) ตำแหน่ง วันที่	ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน (.....) ตำแหน่ง วันที่

หมายเหตุ ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงิน/ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ



ฎีกาเบิกเงิน
กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

เลขที่
วันที่จัดทำ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักอนามัย

ตามที่คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร ได้อนุมัติ
โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้แก่

จำนวน บาท (.....บาทถ้วน)

ในการนี้ มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน จำนวน บาท
(.....บาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน
ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ).....
..... จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ผู้ขอเบิก (ผู้ที่ได้รับมอบหมาย)
(.....)

ตำแหน่ง

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และได้ตรวจสอบแล้ว มีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ (.....) ตำแหน่ง วันที่	เรียน รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) ลงชื่อ (.....) เลขานุการสำนักอนามัย วันที่
เรียน ผู้อำนวยการสำนักอนามัย เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) ลงชื่อ (.....) รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย วันที่	อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) ลงชื่อ (.....) ผู้อำนวยการสำนักอนามัย ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร วันที่
จ่ายเป็น Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคา Δ ทงธนาคาร ธนาคาร บัญชีเลขที่ เลขที่เช็ค ลงวันที่ จำนวนเงิน..... บาท (.....บาทถ้วน) จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน)	ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม (.....) ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม (.....)
หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน	
ได้รับเงิน จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) ลงชื่อ ผู้รับเงิน (.....) ตำแหน่ง วันที่	ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน บาท (.....บาทถ้วน) ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน (.....) ตำแหน่ง วันที่

หมายเหตุ ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงิน/ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ



ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า

ที่อยู่/ที่ตั้ง

ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม เป็นเงิน	
รวมทั้งสิ้น	

จำนวนเงิน (.....)

(ตัวอักษร)

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน
(.....)

ตำแหน่ง