

**แบบเสนอแผนสุขภาพชุมชน**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพ..........................................................................รหัส กปท. ..................**

**อำเภอ........................................จังหวัด.....................................................**

วัน/เดือน/ปี

เรื่อง ขอเสนอแผนสุขภาพชุมชนประจำปีงบประมาณ....................

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....................................................

เอกสารแนบ แบบจัดทำแผนสุขภาพชุมชน กปท.4

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ข้อ 6 “ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่” นั้น

บัดนี้ ได้ดำเนินการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนประจำปีงบประมาณ..................เสร็จสิ้นแล้ว ด้วยกระบวนการ และวิธีดำเนินการ ตามเอกสารแนบ สรุปผลได้ ดังนี้

**ประเภทที่ 1 เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข**

**งบประมาณตามแผนการเงินประจำปี จำนวน.................................บาท**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **แผนสุขภาพชุมชน** | **กลุ่มเป้าหมาย** | **แนวทางการดำเนินงาน** | **งบประมาณ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ประเภทที่ 2 เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคขององค์กรหรือกลุ่มประชาชน หรือหน่วยงานอื่น**

**งบประมาณตามแผนการเงินประจำปี จำนวน.................................บาท**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **แผนสุขภาพชุมชน** | **กลุ่มเป้าหมาย** | **แนวทางการดำเนินงาน** | **งบประมาณ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ประเภทที่ 3 เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือศูนย์ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือศูนย์ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน หรือการพัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือคนพิการในชุมชน**

**งบประมาณตามแผนการเงินประจำปี จำนวน.................................บาท**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **แผนสุขภาพชุมชน** | **กลุ่มเป้าหมาย** | **แนวทางการดำเนินงาน** | **งบประมาณ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ประเภทที่ 4 เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ 7 วรรคหนึ่งในแต่ละปีงบประมาณนั้น หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดได้รับเงินเพิ่มตามข้อ 7 วรรคสอง อาจสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมได้อีกไม่เกินร้อยละ 5**

**งบประมาณตามแผนการเงินประจำปี จำนวน.................................บาท**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **แผนสุขภาพชุมชน** | **กลุ่มเป้าหมาย** | **แนวทางการดำเนินงาน** | **งบประมาณ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ประเภทที่ 5 เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ ในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น เหมาะสม และทันต่อสถานการณ์ได้**

**งบประมาณตามแผนการเงินประจำปี จำนวน.................................บาท**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **แผนสุขภาพชุมชน** | **กลุ่มเป้าหมาย** | **แนวทางการดำเนินงาน** | **งบประมาณ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ ผู้บริหารสูงสุดของ อปท. ( )

ตำแหน่ง ............................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. ..................................................