

ที่ สปสช. ๙.๔๐/ว๒๘๘๑

๒๗ เมษายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมแนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

เรียน นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการประชุม

จำนวน ๑ ฉบับ

๒. แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกประกาศ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑ ซึ่งมีผลให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ ลงวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ และประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ โดย ประกาศดังกล่าวได้มีการปรับปรุงหลักเกณฑ์เพื่อให้การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นั้น

เพื่อให้การสนับสนุนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล และกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC.)) ในเขตพื้นที่ จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถบริหารจัดการกองทุนฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ในขณะนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี จึงขอเชิญ ๑.ประธานกองทุนฯ หรือผู้แทน ๒.เลขานุการกองทุนฯ หรือผู้รับผิดชอบการดำเนินงานกองทุนฯ รวมจำนวนกองทุนฯ ละ ๒ ท่าน เข้าร่วมประชุม ในวันที่ ๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุมโรงแรมทวินโลดส์ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช (ตามรายละเอียดที่ส่งมาด้วย ๑) สามารถตอบรับเข้าร่วมประชุมได้ทางโทรสารหมายเลข ๐๗๗-๒๗๔๘๑๘ (รายละเอียดที่ส่งมาด้วย ๒) ภายใน วันที่ ๓ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยเบิกค่าใช้จ่ายจากต้นสังกัด (จากเทศบาล/อบต. หรือกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ งบประมาณที่ ๔ หมวดบริหารจัดการ ๑๕ %)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและแจ้งผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว ข้างต้นด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นางพนิดา จันทรังสิกุล)

รองผู้อำนวยการเขต รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการเขต การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี

กลุ่มภารกิจการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

นายชาวลิต ลิบน้อย โทร ๐๙๘-๒๗๙๗๗๐๖

โทร. ๐ ๗๗๒๗ ๔๘๑๑ ต่อ ๕๑๑๐ โทรสาร ๐ ๗๗๒๗ ๔๘๑๘ E-mail : chaowalit.l@nhso.go.th

กำหนดการ

ประชุมแนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

วันที่ ๖ เดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมโรงแรมทวินโลดส์ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

๘.๓๐ – ๙.๐๐ น.	ลงทะเบียน
๙.๐๐ – ๑๙.๓๐ น.	พิธีเปิดการประชุมและมอบนโยบายการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดย ผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี
๑๙.๓๐ – ๙.๔๕ น.	สถานการณ์และทิศทางการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดย ท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช/หรือผู้แทน
๑๙.๔๕ – ๑๒.๐๐ น.	ระบบการสนับสนุน ติดตามการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่การบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงอื่นๆ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ โดย คุณเชาวลิต ลิขิน้อย สปสช. เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี
๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
๑๓.๐๐ – ๑๕.๓๐ น.	การบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) โดย คุณธีรนนท์ ปราบราย ปลัดเทศบาลตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร
๑๕.๓๐ – ๑๖.๐๐ น.	สรุปประเด็นจากการประชุม/ข้อหารือ/ปัญหาในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงปิดการประชุม

หมายเหตุ : ๑. กำหนดการอาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม

๒. รับประทานอาหารว่างเวลา ๑๐.๓๐ น. และเวลา ๑๔.๓๐ น.

แบบตอบรับการประชุมแนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และระบบ
บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(LTC) ในเขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี
ในสถานการณ์โรคโควิด-๑๙

วันที่ ๖ เดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมโรงแรมทวินโลดส์ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

หน่วยงาน

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....
2. ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....

โปรดตอบกลับ : ภายในวันที่ วันที่ ๓ เดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ทางโทรสาร : หมายเลข 077-274818

ระบุผู้รับเอกสาร : คุณเชาวลิต ลิบน้อย โทรศัพท์ 098-2797706

หรือ ทาง E-mail : Chaowalit.l@nhso.go.th

IDLINE: SSOCHAOW