**ข้อตกลงการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่**

ข้อตกลงเลขที่............

**ระหว่าง**

**สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑๒ สงขลา กับ องค์กรปกครองท้องถิ่น...................................................**

**กรณีเข้าร่วมดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่และ บุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง**

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑๒)

 ด้วย (ระบุชื่อ อบต./เทศบาล)....................อำเภอ....................................จังหวัด..............................................มีความประสงค์เข้าร่วมดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ หากได้รับการอนุมัติจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วจะดำเนินการ ดังนี้

1. ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อย่างต่อเนื่องโดยเน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่บูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคม ที่มีการดำเนินการอยู่ในพื้นที่แล้ว
2. ร่วมกับทีมหมอครอบครัวของหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง) และจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต่อไป
3. ประสานงานกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
4. ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับหน่วยบริการ สถานบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความยั่งยืนและต่อเนื่องในพื้นที่ต่อไป
5. ปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ มติ คำสั่ง หรือ แนวปฏิบัติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ถือว่าข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ มติ คำสั่ง หรือแนวปฏิบัติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดขึ้นหรือแก้ไขเพิ่มเติมก่อนหรือระหว่างที่ข้อตกลงนี้มีผลบังคับใช้ เป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงนี้
6. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มดำเนินการตามข้อตกลงนี้ ตั้งแต่วันที่ ........ เดือน ............ พ.ศ. .............. จนสิ้นสุดวันที่ ........ เดือน .................... พ.ศ. ..............

 กำหนดเวลาสิ้นสุดข้อตกลงตามวรรคหนึ่ง ถ้าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มิได้บอกเลิกข้อตกลง ให้ถือว่าเวลาดำเนินงานตามข้อตกลงนี้ขยายออกไปอีกทุกๆหนึ่งปีงบประมาณ เว้นแต่กรณีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นสมควรยกเลิกข้อตกลงนี้ ให้ข้อตกลงนี้สิ้นสุดในวันสิ้นปีงบประมาณนั้น

ลงชื่อ................................................................องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(...........................................................................)

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

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

ลงชื่อ.................................................................... สำนักงาน

(...........................................................................)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๒ สงขลา

ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

**อนุมัติ**