



ที่ กบ 0037.3/ว ๐๖๒๖

ศาลากลางจังหวัดกระบี่
ถนนอุตรกิจ กบ 81000

๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓

เรื่อง การถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำร้องขอประเมินความพร้อม

จำนวน 1 ชุด

ด้วยจังหวัดกระบี่ได้รับแจ้งจากสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ว่า ขอความร่วมมือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีสถานีอนามัยตั้งอยู่ทราบหลักเกณฑ์การถ่ายโอนสถานีอนามัย และหากอปท.ใดมีความพร้อมและประสงค์จะรับถ่ายโอนสถานีอนามัย ให้จังหวัดรวบรวมรายชื่อส่งให้สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๕๓ นั้น ในการนี้ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีได้รับแจ้งจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งว่า ประสงค์จะขอรับการถ่ายโอนสถานีอนามัยเพิ่มเติม ดังนั้น เพื่อให้การขึ้นความประสงค์ขอรับการถ่ายโอนสถานีอนามัยเป็นไปตามกำหนดเวลาของกระทรวงสาธารณสุข จึงขอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งที่มีสถานีอนามัยตั้งอยู่ทราบอีกครั้งว่า หากมีความพร้อมตามหลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมในการจัดการด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประสงค์จะรับถ่ายโอนสถานีอนามัย ขอให้ดำเนินการ ดังนี้

1. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำเรื่องที่จะขอรับการถ่ายโอนสถานีอนามัยขอรับความเห็นชอบจากสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรอกข้อมูลตามแบบคำร้องตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก่อนวันเริ่มต้นปีงบประมาณ ไม่น้อยกว่า 180 วัน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แล้วให้อำเภอรวบรวมรายชื่อส่งให้จังหวัดทราบ เพื่อจะได้รายงานให้สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีทราบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป สำหรับอำเภอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทราบและดำเนินการด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายชัยเลิศ ภิญญรัตน์โชติ)

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดกระบี่
กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

ผู้ว่าราชการจังหวัดกระบี่

โทร/โทรสาร 0-7561-1899, 0-7562-2437

19/11/53

ที่ นร ๐๑๐๗/๑ ๑๑พ



ศาลากลางจังหวัดกระบี่
...รับ 004455
วันที่ 19 ก.พ. 2553
สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
ทำเนียบรัฐบาล กทม. ๑๐๓๐๐

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓

สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดกระบี่

เลขที่ ๑๒๓

วันที่ 22 ก.พ. 2553

เวลา

เรื่อง การถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด

อ้างถึง หนังสือสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ นร ๐๑๐๗/ว ๔๒๑๔ ลงวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๕๒

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำร้องขอประเมินความพร้อม จำนวน ๑ ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง ขอความร่วมมือจังหวัดแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีสถานีอนามัยตั้งอยู่ทราบหลักเกณฑ์การถ่ายโอนสถานีอนามัย และหาก อปท. ใด มีความพร้อมและประสงค์จะรับถ่ายโอนสถานีอนามัย ให้จังหวัดรวบรวมรายชื่อส่งให้สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๕๒ ซึ่งมีหลายจังหวัดได้แจ้งรายชื่อ อปท. ที่ประสงค์จะรับถ่ายโอนสถานีอนามัย ให้สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีทราบแล้ว นั้น

สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีได้รับแจ้งจาก อปท. หลายแห่งว่า ประสงค์จะขอรับการถ่ายโอนสถานีอนามัยเพิ่มเติม ดังนั้น เพื่อให้การยื่นความประสงค์ขอรับการถ่ายโอนสถานีอนามัย เป็นไปตามกำหนดเวลาของกระทรวงสาธารณสุข จึงขอความกรุณาจังหวัดได้มอบหมายให้ท้องถิ่นจังหวัดแจ้งให้ อปท. ทุกแห่งที่มีสถานีอนามัยตั้งอยู่ทราบอีกครั้งว่า หากมีความพร้อมตามหลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมในการจัดการด้านสาธารณสุขของ อปท. และประสงค์จะรับถ่ายโอนสถานีอนามัย ขอให้ดำเนินการดังนี้

๑. ให้ อปท. นำเรื่องที่จะขอรับการถ่ายโอนสถานีอนามัยขอรับความเห็นชอบจากสภา อปท.

๒. ให้ อปท. กรอกข้อมูลตามแบบคำร้องตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ก่อนวันเริ่มต้นปีงบประมาณไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วัน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และขอความกรุณา จังหวัดรวบรวมรายชื่อส่งให้สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีทราบด้วย

กรณีมีข้อสงสัยประการใด ให้ขอคำแนะนำจากสถานีอนามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือสาธารณสุขจังหวัดแล้วแต่กรณีต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ

(นายธีรภัทร สันติเมทนีดล)

รองปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ปฏิบัติราชการแทน
ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจ

ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๒๒๕๐ ๗๓๔๔ - ๕

ตัวอย่าง
แบบคำร้องขอประเมินความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสาธารณสุข



ที่

(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เจ้าของหนังสือ)

(วัน เดือน ปี)

เรื่อง ขอประเมินความพร้อมเพื่อถ่ายโอนสถานีนามัย

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนารายงานการประชุมสภา.....จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบกรอกข้อมูลประกอบการขอประเมินความพร้อม จำนวน ๑ ชุด
๓. อื่นๆ(ถ้ามี)

ด้วย(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....โดยความเห็น
ชอบของสภา(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....ในคราวประชุมครั้งที่.....เมื่อ
วันที่.....มีมติให้ถ่ายโอนสถานีนามัยตั้งแต่บประมาณ.....
โดยรับโอนสถานีนามัย.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอน
การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ทั้งนี้ ได้พิจารณาเกณฑ์การประเมินความพร้อมแล้ว (ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)
.....อยู่ในเกณฑ์ที่จะจัดการสาธารณสุขได้ และเมื่อได้ผ่านเกณฑ์
การประเมินความพร้อมแล้ว จะได้ดำเนินการตามเงื่อนไขอื่นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

นายก.....

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน
(หมายเลขโทรศัพท์/โทรสาร)

**แบบกรอกข้อมูลประกอบการขอประเมินความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ในการจัดการสาธารณสุข**

ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขอรับการประเมิน.....

๑. สำนักงานตั้งอยู่ที่..... หมู่ที่..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๒. นายก (ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....

ชื่อ-สกุล..... มือถือ.....

E-mail Address :

๓. ข้อมูลพื้นฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓.๑ เขตบริการ ประกอบด้วย.....อำเภอ/ตำบล จำนวนหมู่บ้าน.....หมู่บ้าน มีรายชื่อหมู่บ้านที่รับผิดชอบ คือ

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

๓.๒ ประชากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบัน มีจำนวน.....คน (สำรวจเมื่อวันที่.....)

๔. รายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๔.๑ รายได้ย้อนหลัง ๓ ปีงบประมาณไม่รวมปีที่ประเมินความพร้อม

ปีงบประมาณ	รายได้	เงินอุดหนุนทั่วไป	เงินกู้	รวม
รวมเฉลี่ย				

๔.๒ การใช้รายได้ (ไม่รวมเงินอุดหนุนและเงินกู้เพื่อการสาธารณสุขย้อนหลัง ๓ ปีงบประมาณ โดยไม่นับรวมปีงบประมาณที่จะประเมิน)

ปีงบประมาณ พ.ศ.	รายได้ (บาท)	ใช้จ่ายเพื่อการสาธารณสุข (บาท)
รวม (บาท)		

๔.๓ รายละเอียดการจัดสรรรายได้เพื่อการสาธารณสุข ตามข้อ ๔.๒

จัดสรรเพื่อการใด (ระบุ)	ให้ส่วนราชการหน่วยงานใด (ระบุ)	จำนวนเงิน (บาท)

๕. ประสบการณ์ในการจัดการสาธารณสุขหรือมีส่วนร่วมหรือส่งเสริมสนับสนุนการจัดการสาธารณสุข

๕.๑ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนี้ได้ดำเนินงานจัดการสาธารณสุข

ปีงบประมาณ	กิจกรรมสาธารณสุขที่ อปท. จัด	จำนวนเงิน (บาท)

๕.๒ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนี้มีส่วนร่วมจัดการสาธารณสุข

ปีงบประมาณ	กิจกรรมสาธารณสุขที่ อปท. มีส่วนร่วมจัด	หน่วยงานที่ร่วมจัดกับ อปท.	จำนวนเงิน (บาท)

๕.๓ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนี้ให้การส่งเสริมสนับสนุนการจัดการสาธารณสุข

ปีงบประมาณ	กิจกรรมสาธารณสุขที่ อปท. มีส่วนร่วมจัด	หน่วยงาน อปท. ให้การส่งเสริม/สนับสนุน	จำนวนเงิน (บาท)

๖. รูปแบบวิธีการบริหารจัดการสาธารณสุข เมื่อผ่านการประเมินความพร้อมแล้ว

- จัดด้วยตนเอง
- จัดโดยร่วมมือกับ.....(ระบุชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้รับรองความถูกต้องของข้อมูล