



ที่ สธ ๐๒๓๓.๐๓/๓๗๐๔

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

๔ ถนนอธิปัตย์ จังหวัดอุดรธานี ๔๑๐๐๐

๒๑

ธันวาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญสมัครเข้ารับการอบรมระยะสั้นสำหรับแพทย์หลักสูตร “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” รุ่นที่ ๖ - ๗ - ๘ - ๙

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง
ในเขตสุขภาพที่ ๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือ ที่ สธ ๐๒๓๙.๐๔/ว ๖๐๓ ลงวันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๐ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่อ้างถึง กระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยและชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ดำเนินการอบรมระยะสั้นเพื่อพัฒนาแพทย์ที่จะปฏิบัติงานที่คลินิกหมอครอบครัวรองรับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การอบรมระยะสั้นฯ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว ได้ขอชี้แจงรายละเอียดและขอให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามขั้นตอน และขอให้ส่งใบสมัครไปยังเขตสุขภาพ เพื่อให้เขตสุขภาพดำเนินการตรวจสอบและยืนยันรายชื่อ ภายในวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๑ นั้น

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์มายังท่าน ได้โปรดประชาสัมพันธ์ให้แพทย์ผู้ที่มีความรู้ด้านเวชปฏิบัติครอบครัว และผู้ที่สนใจ สมัครเข้ารับการอบรมดังกล่าว โดยแพทย์ที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าอบรมฯ จะได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการอบรม จำนวน ๕๐,๐๐๐ บาท ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ (ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก ค่าพาหนะ) เบิกจากหน่วยงานต้นสังกัดสังกัด ขอได้โปรดส่งข้อมูลการสมัครเข้ารับอบรมฯ ไปยังกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ Redwaychro@gmail.com ภายในวันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๑ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ดร.อลิสรา ศิริเวชสุนทร โทรศัพท์ ๐๘-๑๓๔๑-๒๒๖๘ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมิต ประสันนาการ)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐-๔๒๒๒-๒๓๕๖ ต่อ ๑๓๓

โทรสาร. ๐-๔๒๒๒-๑๘๗๕



CH20
ก.บริหารทรัพยากรบุคคล
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
เลขรับ 1128
วันที่ 18 ธ.ค. 2560
เวลา

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
เลขรับ 191A
วันที่ ๑๘ ธ.ค. ๒๕๖๐
เวลา 15.30

ที่ สธ ๐๒๓๙.๐๔/๑๖๖๖

สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและ
คลินิกหมอครอบครัว
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญสมัครเข้ารับการอบรมระยะสั้นสำหรับแพทย์หลักสูตร “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์
ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” รุ่นที่ ๖ - ๗ - ๘ - ๙

เรียน ผู้อำนวยการสำนักเขตสุขภาพทุกเขต / นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด / ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หลักสูตรและกำหนดการอบรมระยะสั้นฯ จำนวน ๑ ชุด
๒. ใบสมัครเข้ารับการอบรมฯ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ประกาศนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ “คลินิกหมอครอบครัว” ภายในปี ๒๕๖๙ จะมีคลินิกดูแลสุขภาพประจำครอบครัวครบ ๑ ล้านครอบครัว ดูแลประชาชน ๖๕ ล้านคน การดำเนินงานจะทำงานร่วมกันในทุกระดับ ทุกมิติ ด้วยแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพกว่า ๖,๕๐๐ ทีม โดยในระยะเร่งด่วนและเป็นการนำร่องตามนโยบายฯ จำเป็นต้องมีแพทย์ที่มีความรู้ด้านเวชปฏิบัติครอบครัว สามารถปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวได้ กระทรวงสาธารณสุข จึงร่วมมือกับราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยและชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ดำเนินโครงการอบรมระยะสั้นเพื่อพัฒนาแพทย์ที่จะปฏิบัติงานที่คลินิกหมอครอบครัวรองรับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การอบรมระยะสั้นฯ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ แบ่งเป็น ๔ รุ่นๆละ ๔ ครั้ง ดังนี้

รุ่น	สถานที่	Module ๑	Module ๒	Module ๓	Module ๔
รุ่นที่ ๖	โรงแรมใน กทม.	๒๕ - ๒๗ ม.ค. ๖๑	๑๕ - ๑๗ ก.พ. ๖๑	๑๕ - ๑๗ มี.ค. ๖๑	๑๗ - ๑๙ พ.ค. ๖๑
รุ่นที่ ๗	โรงแรมใน กทม.	๒๙ - ๓๑ ม.ค. ๖๑	๒๒ - ๒๔ ก.พ. ๖๑	๑๙ - ๒๑ เม.ย. ๖๑	๒๑ - ๒๓ มิ.ย. ๖๑
รุ่นที่ ๘	โรงแรมใน กทม.	๘ - ๑๐ มี.ค. ๖๑	๒๖ - ๒๘ เม.ย. ๖๑	๗ - ๙ มิ.ย. ๖๑	๙ - ๑๑ ส.ค. ๖๑
รุ่นที่ ๙	โรงแรมใน กทม.	๒๖ - ๒๘ มี.ค. ๖๑	๑๐ - ๑๒ พ.ค. ๖๑	๒๓ - ๒๕ ก.ค. ๖๑	๒๓ - ๒๕ ส.ค. ๖๑

กระบวนการเรียนการสอนประกอบด้วยภาคทฤษฎี อบรมครั้งละ ๓ วัน จำนวน ๔ ครั้ง และฝึกปฏิบัติในพื้นที่ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ ทั้งนี้ เพื่อเป็นไปตามระเบียบการอบรม/สัมมนาฯ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยจะมีประกาศโครงการรับสมัครผู้สนใจเข้ารับการอบรมฯ ต่อไป

ในการนี้...

ในการนี้ เพื่อให้การสมัครเข้ารับการอบรมในหลักสูตร การฝึกอบรมระยะสั้นสำหรับแพทย์ “เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อสนับสนุนการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว” เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และทันเวลา สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว จึงขอชี้แจงรายละเอียดและขอให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการดังนี้

๑. การคัดเลือกแพทย์ที่จะเข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะสำหรับการปฏิบัติงานใน PCC กำหนดหลักเกณฑ์และคุณสมบัติ ดังนี้

๑.๑ การคัดเลือกแพทย์ที่ประสงค์สมัครเข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ ต้องสอดคล้องกับแผนการจัดตั้ง PCC ของจังหวัดและเขตสุขภาพ

๑.๒ ผู้ที่กำลังศึกษา วว. เวชศาสตร์ครอบครัว หรือมีแผนจะศึกษาต่อในปี ๒๕๖๒ จะไม่ได้รับสิทธิ์ให้เข้ารับการอบรม

๑.๓ แพทย์ที่มีอายุครบเกษียณในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ที่ประสงค์จะต่ออายุราชการเพื่อปฏิบัติงานใน PCC สามารถสมัครเข้ารับการอบรมได้

๑.๔ เมื่อผ่านการอบรมแล้ว ต้องมี PCC รองรับการปฏิบัติงานและสามารถปฏิบัติงานใน PCC ได้เต็มเวลา

๒. การดำเนินการคัดเลือกแพทย์เพื่อเข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ ขอให้พิจารณาคุณสมบัติตามที่แจ้งในข้อ ๑

๓. แพทย์ที่ได้รับการคัดเลือกให้สมัครเข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ กรอกใบสมัคร โดยให้ผู้บังคับบัญชาเบื้องต้นลงนาม (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) แล้วกรุณาดำเนินการดังนี้

๓.๑ ส่งใบสมัครไปยังกลุ่มพัฒนากำลังคนด้านปฐมภูมิ ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๕๙๐ ๑๘๑๗ ภายในวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๑

๓.๒ ส่งใบสมัครไปยังเขตสุขภาพ เพื่อให้เขตสุขภาพดำเนินการตรวจสอบและยืนยันรายชื่อ

๔. เมื่อเขตสุขภาพได้รับใบสมัครแล้วขอให้ยืนยันรายชื่อและยืนยันสถานที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวของแพทย์ที่สมัครเข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ โดยสรุปการคัดเลือกและส่งรายชื่อแพทย์ที่ประสงค์จะสมัครเข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ ตามแบบฟอร์มดังนี้

แผนส่งแพทย์เข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ เขตสุขภาพที่.....					
ผู้ให้ข้อมูล.....					
โทรศัพท์มือถือ.....Email.....					
ที่	ชื่อ - สกุล	สถานที่ปฏิบัติงาน	จังหวัด	กำหนดให้ปฏิบัติงาน ณ PCC	รุ่นที่ต้องการเข้าอบรม

ทั้งนี้เพื่อความรวดเร็วขอให้เขตสุขภาพส่งรายชื่อไปยัง Email scpcc2017@gmail.com ภายในวันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๑ หากมีข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อ ดร.อลิสรา ศิริเวชสุนทร มือถือ ๐๘ ๑๓๔๑ ๒๒๖๘

๕. คณะกรรมการ...

๕. คณะกรรมการฯ จะดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและคัดเลือกรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรมฯ พร้อมทั้งดำเนินการขออนุมัติรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรมฯ โดยสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมนิเทศและคลินิกหมอครอบครัว จะแจ้งรายชื่อแพทย์ที่ได้รับการอนุมัติให้เข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ กลับไปยังเขตสุขภาพ เพื่อให้ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

๖. แพทย์ที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ และเป็นแพทย์ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการอบรมฯ ๕๐,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน) ดังนี้

- ค่าลงทะเบียนจำนวน ๕๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)

- ค่าเดินทาง เบี้ยเลี้ยง ที่พัก ในส่วนที่ไม่เพียงพอในการเบิกจ่าย ให้เบิกจ่ายจากต้นสังกัด และเป็นไปตามระเบียบ ทั้งนี้ สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมนิเทศและคลินิกหมอครอบครัว จะโอนงบประมาณจำนวนดังกล่าวให้กับหน่วยเบิกจ่ายของผู้ที่ผ่านการคัดเลือกให้มีสิทธิเข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ สำหรับแพทย์ที่มีใช้ข้าราชการขอให้ใช้งบประมาณจากแหล่งอื่น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายแพทย์ ธีระการุจน์)

ผู้ตรวจราชการกระทรวง ปฏิบัติหน้าที่

ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบปฐมนิเทศและ

คลินิกหมอครอบครัว

กลุ่มพัฒนากำลังคนด้านปฐมนิเทศ

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๘๐๙ หรือ ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๓๗

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๘๑๗

หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้นสำหรับแพทย์
“เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อสนับสนุนการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว” ประจำปี ๒๕๖๑

กลุ่มวิชา	รายวิชา	ระยะเวลา
๑.เวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิ (Family medicine and primary care)	• หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวและหลักการบริการปฐมภูมิ • เครื่องมือเวชศาสตร์ครอบครัว • นโยบายคลินิกหมอครอบครัว(Primary care Cluster : PCC) และบริการต้นแบบ • บทบาทของแพทย์ในการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว • การทำงานเป็นทีมในบริการปฐมภูมิ	รุ่นที่ ๖ วันที่ ๒๕ - ๒๗ มกราคม รุ่นที่ ๗ วันที่ ๒๙ - ๓๑ มกราคม รุ่นที่ ๘ วันที่ ๘ - ๑๐ มีนาคม รุ่นที่ ๙ วันที่ ๒๖ - ๒๘ มีนาคม
๒.การดูแลแบบองค์รวมประชากรทุกกลุ่มวัย (High quality primary care for all age groups)	• การดูแลสุขภาพประชากร 5 กลุ่มวัย • การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค • การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว • การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Motivational interview และการ empowerment • การส่งต่อและการเชื่อมโยงบริการ	รุ่นที่ ๖ วันที่ ๑๕ - ๑๗ กุมภาพันธ์ รุ่นที่ ๗ วันที่ ๒๒ - ๒๔ กุมภาพันธ์ รุ่นที่ ๘ วันที่ ๒๖ - ๒๘ เมษายน รุ่นที่ ๙ วันที่ ๑๐ - ๑๒ พฤษภาคม
๓.การดูแลภาวะเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน (Complex issues in Family practice)	• การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย • การดูแลผู้พิการและครอบครัว • การดูแลผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาว • การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน • การดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด • ทักษะการสื่อสารและการดูแลผู้ป่วยที่ยาก	รุ่นที่ ๖ วันที่ ๑๕ - ๑๗ มีนาคม รุ่นที่ ๗ วันที่ ๑๙ - ๒๑ เมษายน รุ่นที่ ๘ วันที่ ๗ - ๙ มิถุนายน รุ่นที่ ๙ วันที่ ๒๓ - ๒๕ กรกฎาคม
๔.การจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care management)	• การเปรียบเทียบรูปแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิ • การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ • การวิเคราะห์ระบบสุขภาพในพื้นที่ การจัดทำแผนสุขภาพและโครงการในพื้นที่ • Five-star doctor: care giver, manager, decision maker, communicator, community leader • การเชื่อมโยงระบบสุขภาพระดับต่างๆ • ระบบคุณภาพของบริการปฐมภูมิ	รุ่นที่ ๖ วันที่ ๑๗ - ๑๙ พฤษภาคม รุ่นที่ ๗ วันที่ ๒๑ - ๒๒ มิถุนายน รุ่นที่ ๘ วันที่ ๙ - ๑๑ สิงหาคม รุ่นที่ ๙ วันที่ ๒๓ - ๒๕ สิงหาคม

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตร “อบรมระยะสั้นเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อปฏิบัติงานใน PCC”

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑

รุ่นที่.....ระหว่างวันที่.....เดือน.....ถึงวันที่.....เดือน.....

๑. ชื่อ-นามสกุล (ตัวบรรจง)

๒. เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เดือน.....วัน

๓. การศึกษา

แพทยศาสตรบัณฑิต/ปีที่จบ.....

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขา/ปีที่จบ.....

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขา/ปีที่จบ.....

๔. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

๕. อายุราชการ ปี เดือน..... วัน

๖. ปัจจุบันท่านเกษียณอายุ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

๗. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง

๘. สถานที่ปฏิบัติงาน.....จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....มือถือ.....

E-Mail.....

๙. เมื่อสำเร็จการอบรม ท่านมี PCC รองรับในการปฏิบัติหน้าที่และสามารถปฏิบัติหน้าที่
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ณ PCC..... (โปรดระบุชื่อPCC)

๑๐. ท่านจะเกษียณอายุราชการในเดือน กันยายน ๒๕๖๑ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ และสามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขของการเข้ารับการอบรม

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินดีสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตร และตามเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร โดยสามารถสนับสนุนงบประมาณไว้เป็นค่าใช้จ่ายตลอดการฝึกอบรม

ลงชื่อ
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนแล้ว ส่งใบสมัครไปยังสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิฯ ภายในวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๑ ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๕๙๐ ๑๘๑๗ หากมีข้อสงสัยติดต่อ ดร.อลิสา ศิริเวชสุนทร มือถือหมายเลข ๐๘๑ ๓๔๑ ๒๒๖๘ หากสอบถามการได้รับเอกสารทางโทรสารติดต่อที่หมายเลข ๐ ๒๕๙๐ ๑๘๑๑

๒. ส่งใบสมัครไปยังเขตสุขภาพเพื่อเขตสุขภาพจะได้ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป