



ที่ สธ ๐๒๓๙.๐๓/๕๒๕

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๒ มีนาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญสมัครเข้ารับการอบรมระยะสั้นสำหรับแพทย์หลักสูตร “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์
ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” รุ่นที่ ๑๒ - ๑๓

เรียน ผู้อำนวยการสำนักเขตสุขภาพทุกเขต / นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด / ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน

- | | | |
|------------------|---|-------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. หลักสูตรและกำหนดการอบรมระยะสั้นฯ | จำนวน ๑ ชุด |
| | ๒. ใบสมัครเข้ารับการอบรมฯ | จำนวน ๑ ชุด |
| | ๓. แบบฟอร์มยืนยันการอบรมระยะสั้นฯ (เขตสุขภาพ) | จำนวน ๑ ชุด |

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ประกาศนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ “คลินิกหมอครอบครัว”
ภายในปี ๒๕๖๕ จะมีคลินิกดูแลสุขภาพประจำครอบครัวครบ ๑ ล้านครอบครัว ดูแลประชาชน ๖๕ ล้านคน
การดำเนินงานจะทำงานร่วมกันในทุกระดับ ทุกมิติ ด้วยแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับ
ทีมสหสาขาวิชาชีพกว่า ๖,๕๐๐ ทีม โดยในระยะเร่งด่วนและเป็นการนำร่องตามนโยบายฯ จำเป็นต้องมีแพทย์
ที่มีความรู้ด้านเวชปฏิบัติครอบครัว สามารถปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวได้ กระทรวงสาธารณสุข
จึงร่วมมือกับราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยและชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว
ดำเนินโครงการอบรมระยะสั้นเพื่อพัฒนาแพทย์ที่จะปฏิบัติงานที่คลินิกหมอครอบครัวรองรับการพัฒนา
ระบบบริการปฐมภูมิ การอบรมระยะสั้นฯ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ดังนี้

รุ่น	สถานที่	Module ๑	Module ๒	Module ๓	Module ๔
รุ่นที่ ๑๒	โรงแรม อมรินทร์ ลา구나 พิษณุโลก	๑๗ - ๒๐ มี.ย. ๖๒	๓๐ ก.ค. - ๑ ส.ค. ๖๒	๒ - ๕ ก.ย. ๖๒	๗ - ๙ ต.ค. ๖๒
รุ่นที่ ๑๓	โรงแรม อมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพฯ	๒๓ - ๒๖ ก.ค. ๖๒	๒๘ - ๓๐ ส.ค. ๖๒	๒๔ - ๒๗ ก.ย. ๖๒	๒๘ - ๓๐ ต.ค. ๖๒

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

ในการนี้...

ในการนี้ เพื่อให้การสมัครเข้ารับการอบรมในหลักสูตร การฝึกอบรมระยะสั้นสำหรับแพทย์ “เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อสนับสนุนการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว” เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และทันเวลา สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ จึงขอชี้แจงรายละเอียดและขอให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

๑. การคัดเลือกแพทย์ที่จะเข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะสำหรับการปฏิบัติงานใน PCC กำหนดหลักเกณฑ์และคุณสมบัติ ดังนี้

๑.๑ การคัดเลือกแพทย์ที่ประสงค์สมัครเข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ ต้องสอดคล้องกับแผนการจัดตั้ง PCC ของจังหวัดและเขตสุขภาพ

๑.๒ แพทย์ที่จะสมัครได้นั้นจะเป็นแพทย์ทั่วไปที่ปฏิบัติงานเวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์สาขาอื่น ๆ ที่ต้องการเพิ่มความรู้และทักษะเพื่อการปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว (PCC) และเป็นแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๑.๓ ผู้ที่กำลังศึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือมีแผนจะศึกษา แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ๆ ต่อในปี ๒๕๖๒ จะไม่ได้รับสิทธิ์ให้เข้ารับการอบรม

๑.๔ แพทย์ที่มีอายุครบเกษียณในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ที่ประสงค์จะต่ออายุราชการ เพื่อปฏิบัติงานใน PCC สามารถสมัครเข้ารับการอบรมได้

๑.๕ เมื่อผ่านการอบรมมาแล้ว ต้องมี PCC รองรับการทำงานและสามารถปฏิบัติงานใน PCC ได้เต็มเวลา

๒. การดำเนินการคัดเลือกแพทย์เพื่อเข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ ขอให้พิจารณาคุณสมบัติตามที่แจ้งในข้อ ๑

๓. ขอให้แพทย์ที่ได้รับการคัดเลือกให้สมัครเข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ กรอกใบสมัคร (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) โดยสามารถ Download ใบสมัครได้ทาง <https://sites.google.com/site/primarycarecluster2017/> แล้วกรุณาดำเนินการดังนี้

๓.๑ เสนอให้ผู้บังคับบัญชาเบื้องต้นลงนามรับรอง

๓.๒ ส่งใบสมัครไปยังกลุ่มพัฒนากำลังคนด้านปฐมภูมิ ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๓๘ ภายในวันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๒

๓.๓ ส่งใบสมัครไปยังเขตสุขภาพ เพื่อให้เขตสุขภาพดำเนินการตรวจสอบและยืนยันรายชื่อในกรณีที่เขตสุขภาพ/จังหวัดของท่านกำหนดให้ประสานกับผู้รับผิดชอบในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอให้ดำเนินการด้วย

๔. เมื่อเขตสุขภาพได้รับใบสมัครแล้วขอให้ยืนยันรายชื่อและยืนยันสถานที่ปฏิบัติงานในคลินิก หมอครอบครัวของแพทย์ที่สมัครเข้ารับการอบรมระยะสั้นๆ โดยสรุปการคัดเลือกและส่งรายชื่อแพทย์ ที่ประสงค์จะสมัครเข้ารับการอบรมระยะสั้นๆ ตามแบบฟอร์มดังนี้

ยืนยันส่งแพทย์เข้ารับการอบรมระยะสั้นๆ ปี ๒๕๖๒ เขตสุขภาพที่.....					
ผู้ให้ข้อมูล.....					
โทรศัพท์มือถือ..... Email.....					
ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	สถานที่ปฏิบัติงาน	จังหวัด	กำหนดให้ปฏิบัติงาน ณ PCC	รุ่นที่ต้องการ เข้าอบรม

ทั้งนี้เพื่อความรวดเร็วขอให้เขตสุขภาพส่งรายชื่อไปยัง ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : scpcc2017@gmail.com ภายใน วันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๒ และกรอกข้อมูลสมัครเข้ารับการอบรมได้ที่เว็บไซต์ <https://goo.gl/forms/ZWIMouDpXNMIQIEp๒> หากมีข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อ ดร.อลิสา ศิริเวชสุนทร มือถือ ๐๘ ๑๓๔๑ ๒๒๖๘

๕. คณะกรรมการฯ จะดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและคัดเลือกรายชื่อแพทย์ผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมฯ พร้อมทั้งดำเนินการขออนุมัติรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมฯ โดยสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ จะแจ้งรายชื่อแพทย์ที่ได้รับการอนุมัติให้เข้ารับการอบรมระยะสั้นๆ กลับไปยังเขตสุขภาพ เพื่อให้ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

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

- ค่าลงทะเบียน จำนวน ๕๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)

- ค่าเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก ในส่วนที่ไม่เพียงพอในการเบิกจ่าย ให้เบิกจ่าย

จากต้นสังกัดและเป็นไปตามระเบียบ ทั้งนี้ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ จะดำเนินการโอนเงินงบประมาณจำนวนดังกล่าวให้กับหน่วยเบิกจ่ายของผู้ที่ผ่านการคัดเลือกให้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมระยะสั้นๆ สำหรับแพทย์ที่มีใช้ข้าราชการขอให้ใช้งบประมาณจากแหล่งอื่น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ก. พินิจ

(นายโกเมนทร์ ทิวทอง)

รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสำนักสนับสนุน
ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

กลุ่มพัฒนากำลังคนด้านปฐมภูมิ

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๘๐๙ หรือ ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๓๘

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๓๘



หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้นสำหรับแพทย์

“เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อสนับสนุนการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว” ประจำปี ๒๕๖๒

กลุ่มวิชา	รายวิชา	ระยะเวลา
๑.เวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิ (Family medicine and primary care)	<ul style="list-style-type: none"> • หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวและหลักการบริการปฐมภูมิ • เครื่องมือเวชศาสตร์ครอบครัว • นโยบายคลินิกหมอครอบครัว (Primary care Cluster : PCC) และบริการต้นแบบ • บทบาทของแพทย์ในการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว • การทำงานเป็นทีมในบริการปฐมภูมิ 	รุ่นที่ ๑๒ วันที่ ๑๗-๒๐ มิถุนายน รุ่นที่ ๑๓ วันที่ ๒๓-๒๖ กรกฎาคม
๒.การดูแลแบบองค์รวมและการทำงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Holistic care and primary care management)	<ul style="list-style-type: none"> • การดูแลครอบครัว • การสื่อสารกับทีม • Practice management • การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว • การจัดการบริการและการทำงานเป็นทีม 	รุ่นที่ ๑๒ วันที่ ๓๐-๓๑ กรกฎาคม-๓ สิงหาคม รุ่นที่ ๑๓ วันที่ ๒๘-๓๐ สิงหาคม
๓. การดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มและระบบสุขภาพชุมชน (Complex issue in Family Medicine Practice and Community System)	<ul style="list-style-type: none"> • การดูแลสุขภาพประชากร 5 กลุ่มวัย • การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย • การดูแลผู้พิการและครอบครัว • การดูแลผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาว • การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน • การดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด • ทักษะการสื่อสารและการดูแลผู้ป่วยที่ยาก • Community Explore and Management • People center care • การเชื่อมโยงระบบสุขภาพระดับต่างๆ • การวิเคราะห์ระบบสุขภาพในพื้นที่ การจัดทำแผนสุขภาพและโครงการในพื้นที่ 	รุ่นที่ ๑๒ วันที่ ๒-๕ กันยายน รุ่นที่ ๑๓ วันที่ ๒๕-๒๗ กันยายน
๔.การจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care management)	<ul style="list-style-type: none"> • การเปรียบเทียบรูปแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิ • การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ • Five-star doctor: care giver, manager, decision maker, communicator, community leader • ระบบคุณภาพของบริการปฐมภูมิ 	รุ่นที่ ๑๒ วันที่ ๗-๙ ตุลาคม รุ่นที่ ๑๓ วันที่ ๒๘-๓๐ ตุลาคม

ใบสมัครเข้าร่วมการอบรมหลักสูตร “อบรมระยะสั้นเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อปฏิบัติงานใน PCC”

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

วันที่.....ระหว่างวันที่.....เดือน.....ถึงวันที่.....เดือน.....

๑. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นส.)..... (ตัวบรรจง)

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

๓. การศึกษา

แพทยศาสตร์บัณฑิต/ปีที่จบ.....

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขา/ปีที่จบ.....

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขา/ปีที่จบ.....

๔. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... (ตัวบรรจง)

๕. อายุราชการ ปี เดือน..... วัน

๖. ปัจจุบันท่านเกษียณอายุ ใช่ ไม่ใช่

๗. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง

๘. สถานที่ปฏิบัติงาน.....จังหวัด.....

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

E-Mail.....

๙. เมื่อสำเร็จการอบรม ฯ ท่านมี PCC รองรับในการปฏิบัติหน้าที่และสามารถปฏิบัติหน้าที่

ใช่ ไม่ใช่ ณ PCC..... (โปรดระบุชื่อPCC)

๑๐. ท่านจะเกษียณอายุราชการในเดือน กันยายน ๒๕๖๒ ใช่ ไม่ใช่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ และสามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขของการเข้าร่วมการอบรม

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินดีสนับสนุนให้เข้าร่วมการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตร และตามเงื่อนไขต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร โดยสามารถสนับสนุนงบประมาณไว้เป็นค่าใช้จ่ายตลอดการฝึกอบรม

ลงชื่อ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนแล้ว ส่งใบสมัครไปยังสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายในวันที่

๑๐ เมษายน ๒๕๖๒ ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๓๘ หากมีข้อสงสัยติดต่อ ดร.อลิสา ศิริเวชสุนทร

มือถือหมายเลข ๐๙๓ ๓๔๓ ๒๒๖๘ หากสอบถามผลการส่งเอกสารทางโทรสารติดต่อที่หมายเลข ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๓๘

๒. ส่งใบสมัครไปยังเขตสุขภาพเพื่อเขตสุขภาพจะได้ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

๓. กรอกข้อมูลใน Google Drive ตามที่ระบุในหนังสือ

ขอให้ดำเนินการให้ครบทุกขั้นตอน มิเช่นนั้นชื่อจะไม่ถูกนำเสนอเพื่อการคัดกรอง