สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
เลขรับ 13435
วันที่ ๑๘ มิ.ย. ๒๕๖๐

ที่ สธ ๐๒๓๙.๐๔/๒๓๙๕

สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญสมัครเข้ารับการอบรมระยะสั้นสำหรับแพทย์หลักสูตร "เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว" รุ่นที่ ๖ – ๗ – ๘ – ๙

เรียน ผู้อำนวยการสำนักเขตสุขภาพทุกเขต / นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ 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 ด้วยแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพกว่า ๖,๕๐๐ ทีม โดยในระยะเร่งด่วนและเป็นการนำร่องตามนโยบายฯ จำเป็นต้องมีแพทย์ที่มีความรู้ด้านเวชปฏิบัติครอบครัว สามารถปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงร่วมมือกับราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยและชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 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 มค. ๖๑	๑๕ – ๑๗ กพ ๖๑	๑๕ – ๑๗ มีค.๖๑	๑๗ – ๑๙ พค.๖๑
รุ่นที่ ๗	โรงแรมใน กทม.	๒๙ – ๓๑ มค.๖๑	๒๒ – ๒๔ กพ. ๖๑	๑๙ – ๒๑ เมย๖๑	๒๑ – ๒๓ มิย.๖๑
รุ่นที่ ๘	โรงแรมใน กทม.	๘ – ๑๐ มีค.๖๑	๒๖ – ๒๘ เมย.๖๑	๗ – ๙ มิย. ๖๑	๙ – ๑๑ สค.๖๑
รุ่นที่ ๙	โรงแรมใน กทม.	๒๖ – ๒๘ มีค. ๖๑	๑๐ - ๑๒ พค.๖๑	๒๓ – ๒๕ กค.๖๑	๒๓ – ๒๕ สค.๖๑

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

ในการนี้...

ในการนี้ เพื่อให้การสมัครเข้ารับการอบรมในหลักสูตร การฝึกอบรมระยะสั้นสำหรับแพทย์ “เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อสนับสนุนการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว” เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และทันเวลา สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว จึงขอชี้แจงรายละเอียดและขอให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการดังนี้

๑. การคัดเลือกแพทย์ที่จะเข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะสำหรับการปฏิบัติงานใน PCC กำหนดหลักเกณฑ์และคุณสมบัติ ดังนี้

๑.๑ การคัดเลือกแพทย์ที่ประสงค์สมัครเข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ ต้องสอดคล้องกับแผนการจัดตั้งPCC ของจังหวัดและเขตสุขภาพ

๑.๒ ผู้ที่กำลังศึกษา วว. เวชศาสตร์ครอบครัว หรือมีแผนจะศึกษาต่อในปี ๒๕๖๒ **จะไม่ได้รับสิทธิ์ให้เข้ารับการอบรม**

๑.๓ แพทย์ที่มีอายุครบเกษียณในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ที่ประสงค์จะต่ออายุราชการเพื่อปฏิบัติงานใน PCC สามารถสมัครเข้ารับการอบรมได้

๑.๔ เมื่อผ่านการอบรมฯแล้ว **ต้องมี PCC รองรับการปฏิบัติงาน**และสามารถปฏิบัติงานใน 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 เพื่อให้เขตสุขภาพดำเนินตรวจสอบและยืนยันรายชื่อ

๔. เมื่อเขตสุขภาพได้รับใบสมัครแล้วขอให้ยืนยันรายชื่อและยืนยันสถานที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวของแพทย์ที่สมัครเข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ โดยสรุปการคัดเลือกและส่งรายชื่อแพทย์ที่ประสงค์จะสมัครเข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ ตามแบบฟอร์มดังนี้

แผนส่งแพทย์เข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ เขตสุขภาพที่.....

ผู้ให้ข้อมูล.....

โทรศัพท์มือถือ.....Email.....

ที่	ชื่อ - สกุล	สถานที่ปฏิบัติงาน	จังหวัด	กำหนดให้ปฏิบัติงาน ณ PCC	รุ่นที่ต้องการเข้าอบรม

ทั้งนี้เพื่อความรวดเร็วขอให้เขตสุขภาพส่งรายชื่อไปยังEmail scpcc2017@gmail.com **ภายในวันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๑** หากมีข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อ ดร.อลิสา ศิริเวชสุนทร มือถือ ๐๘ ๑๓๔๑ ๒๒๖๘

๕. คณะกรรมการฯ...

๕. คณะกรรมการฯ จะดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและคัดเลือกรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมฯ พร้อมทั้งดำเนินการขออนุมัติรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมฯ โดยสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว จะแจ้งรายชื่อแพทย์ที่ได้รับการอนุมัติให้เข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ กลับไปยังเขตสุขภาพเพื่อให้ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

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

- ค่าลงทะเบียนจำนวน ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)
- ค่าเดินทาง เบี้ยเลี้ยง ที่พัก ในส่วนที่ไม่เพียงพอในการเบิกจ่าย ให้เบิกจ่ายจากต้นสังกัดและเป็นไปตามระเบียบ ทั้งนี้ สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว จะโอนงบประมาณจำนวนดังกล่าวให้กับหน่วยเบิกจ่ายของผู้ที่ผ่านการคัดเลือกให้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ สำหรับ**แพทย์ที่มิใช่ข้าราชการขอให้ใช้งบประมาณจากแหล่งอื่น**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายบุญชัย ชีระกาญจน์)
ผู้ตรวจราชการกระทรวง ปฏิบัติราชการ
ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและ
คลินิกหมอครอบครัว

กลุ่มพัฒนากำลังคนด้านปฐมภูมิ
โทร.๐ ๒๕๙๐ ๑๘๐๙ หรือ ๐ ๒๕๙๐ ๑๙๓๗
โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๘๑๗

หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้นสำหรับแพทย์

"เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อสนับสนุนการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว" ประจำปี ๒๕๖๑

กลุ่มวิชา	รายวิชา	ระยะเวลา
๑.เวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิ (Family medicine and primary care)	• หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวและหลักการบริการปฐมภูมิ • เครื่องมือเวชศาสตร์ครอบครัว • นโยบายคลินิกหมอครอบครัว(Primary care Cluster : PCC) และบริการต้นแบบ • บทบาทของแพทย์ในการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว • การทำงานเป็นทีมในบริการปฐมภูม	**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)	• การดูแลสุขภาพประชากร5 กลุ่มวัย • การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค • การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว • การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมMotivational interview และการempowerment • 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
แพทยศาสตร์บัณฑิต ...../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 ฯ 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