สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 06782
วันที่ ๒ ก.ค. ๒๕๖๑
เวลา

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ ระยอง
เลขที่ ๑๑๕ อาคารสตาร์พลาซ่า ชั้น ๒ ซอยศูนย์การค้า สาย ๔ ถนนสุขุมวิท ตำบลเชิงเนิน อำเภอเมือง จังหวัดระยอง ๒๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐ - ๓๘๘๖ - ๔๓๑๓ - ๑๘ โทรสาร ๐ - ๓๘๘๖ - ๔๓๒๐ http://ryg.nhso.go.th

ที่ สปสช.๕.๓๖/ว.๒๘๔

๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญเสนอชื่อเพื่อรับการคัดเลือกตัวแทนระดับเขตเข้ารับรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๑

เรียน ผอ.รพศ./รพท./รพช./รพ.รัฐนอกสังกัด สป.สธ./รพ.เอกชนในเขตสุขภาพที่ ๖ ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.เกณฑ์การคัดเลือกรางวัลมิตรภาพบำบัด จำนวน ๑ ชุด
๒.แบบฟอร์มสมัครรับการคัดเลือก จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วยมูลนิธิมิตรภาพบำบัด(กองทุน นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์) จัดให้มีกิจกรรมมอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นประจำทุกปี และตามมติที่ประชุมวิสามัญของคณะกรรมการมูลนิธิมิตรภาพบำบัดครั้งที่ ๒/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๑ เห็นชอบให้มีการมอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๑ ในงานครบรอบ ๑๑ ปี การจากไปของ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เลขาธิการคนแรกของ สปสช. ผู้มีบทบาทสำคัญในการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทย ซึ่งงานดังกล่าวจะจัดขึ้นประมาณวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๒ เพื่อเป็นการส่งเสริมสร้างคุณงามความดีของบุคคลต่างๆอันเป็นแบบอย่างที่ดีต่อสาธารณะ และสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคคลและองค์กรที่ปฏิบัติงานด้านมิตรภาพบำบัดดีเด่น จำนวน ๒ ประเภท ได้แก่ ๑)ประเภทผู้ป่วย/ทีมอาสาสมัคร ๒)เจ้าหน้าที่และผู้ให้บริการ ๓)หน่วยงาน/องค์กรสนับสนุน ๔)สื่อสนับสนุน โดยจัดให้มีการมอบรางวัลในโอกาสที่เหมาะสมและเป็นตัวแทนประกวดรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่นระดับประเทศต่อไป ซึ่งงานดังกล่าวจะจัดขึ้นประมาณวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๒

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ ระยอง ขอความร่วมมือมายังท่านในการเสนอชื่อ ๑)บุคคล/ทีมอาสาสมัคร ๒)เจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ ๓)หน่วยงาน/องค์กรสนับสนุน ๔)สื่อมวลชนสนับสนุนเผยแพร่แนวคิดมิตรภาพบำบัดที่มีผลงาน/นวัตกรรมที่โดดเด่นสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อเข้ารับการคัดเลือกพิจารณาให้รับรางวัลดังกล่าว โดยกรอกข้อมูล รายละเอียดลงในแบบฟอร์มเสนอชื่อ(ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) และจัดส่งไปยังกลุ่มงานการมีส่วนร่วมของภาคีและประชาสัมพันธ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ ระยอง ก่อนวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑ เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาคัดเลือกเพื่อรับรางวัลและเป็นตัวแทนระดับเขตต่อไป

จึงเรียนมา/...

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป และขอขอบคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางแก้วใจ ทิพยรัตน์สุนทร)
ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต ๖ ระยอง

กลุ่มงานการมีส่วนร่วมของภาคีและประชาสัมพันธ์
โทร ๐ ๓๘๘๖ ๔๓๑๓-๑๙ ต่อ ๕๔๙๐
โทรสาร ๐ ๓๘๘๖ ๔๓๒๐
ผู้ประสานงาน : นายศิริศักดิ์ เผือกวัฒนะ อีเมล์ sirisak.p@nhso.go.th
สำเนาเรียน : นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๖ ทุกแห่ง



หลักเกณฑ์การคัดเลือกและมอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น
นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ประจำปี ๒๕๖๑

เพื่อเป็นการรำลึกถึงนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และเพื่อเป็นการยกย่องเชิดชูเกียรติผู้ป่วย/อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ หน่วยงาน/องค์กรที่ปฏิบัติงานมิตรภาพบำบัดทั้งภาครัฐ/เอกชน และสื่อมวลชน มูลนิธิมิตรภาพบำบัด (กองทุนนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์) จึงได้จัดกิจกรรม มอบรางวัลผลการดำเนินงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๑ ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

๑. สนับสนุนการดำเนินงานมิตรภาพบำบัดในระบบบริการสุขภาพ ตามหลัก Humanized Health Care ให้กว้างขวางครอบคลุมในหน่วยบริการทุกระดับยิ่งขึ้น
๒. สร้างเสริมขวัญกำลังใจและมอบรางวัล "นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์" ประจำปี ๒๕๖๑ ให้แก่บุคคลและองค์กรที่มีผลงานด้านมิตรภาพบำบัดที่ดีเด่น เหมาะสมตามหลักเกณฑ์
๓. เพื่อส่งเสริมคุณค่าด้านจิตอาสา-จิตสาธารณะ และการทำประโยชน์แก่สังคมให้เป็นที่ประจักษ์ เกิดการยอมรับ และร่วมมือปฏิบัติให้เกิดขึ้นในสังคมไทยอย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น

ประเภทรางวัล มี ๔ ประเภท คือ

๑. **ผู้ป่วย อาสาสมัคร** ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาให้หายหรือดีขึ้นแล้ว อาสาสมัคร ผู้ดูแลที่ดำเนินงานมิตรภาพบำบัด

๒. **เจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการ** ได้แก่ เจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการที่ดำเนินงานด้านมิตรภาพบำบัดในและนอกหน่วยบริการ

๓. **หน่วยงาน /องค์กร/ทีมงานสนับสนุน** ได้แก่ หน่วยบริการ หน่วยงาน องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนที่สนับสนุน การดำเนินงานมิตรภาพบำบัด รวมทั้ง กลุ่มบุคคลที่ดำเนินงานมิตรภาพบำบัดในลักษณะเป็นทีมงานร่วมปฏิบัติงาน

๔. **สื่อสนับสนุน** ได้แก่ บุคลากร องค์กรด้านสื่อ หรือรายการโทรทัศน์/วิทยุ/สิ่งพิมพ์ ที่สื่อสารเนื้อหาสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัด

หลักเกณฑ์การคัดเลือก "ผู้ป่วย-อาสาสมัคร"มิตรภาพบำบัดดีเด่น

๑. กรณีผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้มีความมุ่งมั่นในการดูแลรักษากาย ใจให้เข้มแข็งจนสามารถผ่านวิกฤติได้ด้วยทัศนคติที่ดีต่อชีวิต
๒. เป็นแบบอย่างการต่อสู้รักษาชีวิต จิตใจของตนเอง ของผู้อยู่รอบข้างได้ดี และสามารถเป็นกำลังใจแก่ผู้อื่น

๓. มีกิจกรรมอาสาสมัครมิตรภาพบำบัด ช่วยเหลือผู้ป่วยอื่นและชุมชน/สังคมอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า ๑ ปี และยั่งยืน

๔. สามารถทำงานร่วมกับคน ชุมชน ท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข และผู้อื่นได้เป็นอย่างดี

หลักเกณฑ์การคัดเลือก "เจ้าหน้าที่และผู้ให้บริการ" งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

๑. เป็นแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการที่ดำเนินงานมิตรภาพบำบัดในและนอกหน่วยบริการที่เป็นแบบอย่างที่ดีให้บุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคมทั่วไป มีเมตตาต่อผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ร่วมงาน

๒. มีผลการดำเนินงานด้านมิตรภาพบำบัดในและนอกหน่วยบริการอย่างเด่นชัดและต่อเนื่องไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๓. มีการพัฒนาระบบบริการ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ มีการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ

๔. ปฏิบัติงานด้วยความสุจริต โปร่งใส มีคุณธรรม

๕. สามารถปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข เจ้าหน้าที่อื่นๆ ชุมชน ท้องถิ่น ผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี

๖. มีการขยายเครือข่ายการดำเนินงานอย่างเห็นเป็นรูปธรรม

หลักเกณฑ์การคัดเลือก "หน่วยงาน /องค์กรและทีมงานสนับสนุน" งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

๑. เป็นหน่วยงาน/องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศ หรือเป็นกลุ่มบุคคลที่ไม่แสวงหากำไร ร่วมมือกันปฏิบัติงาน ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานมิตรภาพบำบัด

๒. มีกิจกรรมหรือผลงานที่สนับสนุน ส่งเสริม และพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้ดำเนินงานมิตรภาพบำบัดได้อย่างโดดเด่นเป็นที่ประจักษ์และยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม

๓. มีการสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า ๑ ปี เช่น งบประมาณ บุคลากร ทรัพยากรต่างๆ โดยไม่หวังผลตอบแทน

๔. มีการปฏิบัติงานเป็นทีมงานที่ดี เป็นระบบการบริหารจัดการที่ดี มีการแบ่งบทบาทหน้าที่กันชัดเจน และสามารถสร้างความร่วมมือกับทีมงานอื่นๆ ได้

๕. มีการพัฒนาบุคลากรและเปิดโอกาสให้ทีมงาน ทั้งอาสาสมัคร ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และสามารถบริหารจัดการหน่วยงานให้ดำเนินงานมิตรภาพบำบัดได้อย่างยั่งยืน

หลักเกณฑ์การคัดเลือก "สื่อสนับสนุน"งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

๑. เป็นองค์กรภาครัฐ เอกชนหรือบุคคลที่ผลิตสื่อต่างๆ เช่น สิ่งพิมพ์ วีดิทัศน์ ภาพยนตร์ เป็นต้น

๒. ได้ให้การสนับสนุนด้านการผลิต เผยแพร่สื่อต่างๆ แก่งานมิตรภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๓. มีผลงานที่สร้างสรรค์ เป็นสื่อสาธารณะที่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อบุคคลหรือองค์กรใดๆ

การมอบรางวัล

๑. มอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น ๔ ประเภท โดยมูลนิธิมิตรภาพบำบัด ในงานมิตรภาพบำบัด การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

๒. รางวัล ประกอบด้วย โล่รางวัล และเงินรางวัล จำแนกไว้ดังนี้

๒.๑ ประเภท **"ผู้ป่วย อาสาสมัคร" มิตรภาพบำบัดดีเด่น**

จำนวน ๑ รางวัลๆ ละ ๑๐,๐๐๐ บาท พร้อมโล่รางวัล

๒.๒ ประเภท **"เจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการ" งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น**

จำนวน ๑ รางวัลๆละ ๑๐,๐๐๐ บาท พร้อมโล่รางวัล

๒.๓ ประเภท **"หน่วยงาน/องค์กรและทีมงานสนับสนุน" งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น**

จำนวน ๑ รางวัลๆละ ๑๐,๐๐๐ บาท พร้อมโล่รางวัล

๒.๔ ประเภท **"สื่อสนับสนุน" งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น**

จำนวน ๑ รางวัลๆละ ๑๐,๐๐๐ บาท พร้อมโล่รางวัล

สำหรับเจ้าหน้าที่ ประเภท (๑)

แบบฟอร์มเสนอชื่อรับการคัดเลือก "ผู้ป่วย อาสาสมัคร" งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น
เพื่อรับรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้อมูลผู้ป่วย อาสาสมัคร งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

๑. ชื่อ.....
เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....
ซอย.....ถนน.....แขวง.....
เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....โทรสาร.....
Email.....

๒. ประวัติย่อการสนับสนุนการดำเนินงานด้านมิตรภาพบำบัด (สามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมได้)
.....
.....

๓. ผลงานดีเด่นโดยสังเขป (สามารถแนบรายละเอียดผลงานเพิ่มเติมได้)
๑) แนวทางการสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัด และระบบบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
๒) ผลงานเด่นในการสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัด กิจกรรมที่ดำเนินการ
๓) นวัตกรรมการทำงานด้านมิตรภาพบำบัด และระบบบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
๔) ผลงานดีเด่นอื่นๆ
.....
.....

<u>ข้อมูลผู้เสนอหน่วยงาน/องค์กรสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น</u>
ชื่อ-นามสกุล.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน/องค์กร/ชมรม/(โปรดระบุชื่อ).....
ที่อยู่สามารถติดต่อได้.....
.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....email.....
ลงชื่อ.....
วันที่เสนอ...../...../๒๕๖๑

สำหรับเจ้าหน้าที่	ประเภท (๒)

แบบฟอร์มเสนอชื่อรับการคัดเลือก "เจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการ" งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น
เพื่อรับรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้อมูลเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการ งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

๑. ชื่อ.....

เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....

ซอย.....ถนน.....แขวง.....

เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....โทรสาร.....

Email.....

๒. ประวัติย่อการสนับสนุนการดำเนินงานด้านมิตรภาพบำบัด (สามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมได้)

.....

.....

๓. ผลงานดีเด่นโดยสังเขป (สามารถแนบรายละเอียดผลงานเพิ่มเติมได้)

๑) เป็นแพทย์ พยาบาลเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการที่ดำเนินงานมิตรภาพบำบัดในและนอกหน่วยบริการที่เป็นแบบอย่างที่ดีให้บุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคมทั่วไป

๒) มีผลการดำเนินงานด้านมิตรภาพบำบัดในและนอกหน่วยบริการอย่างเด่นชัด

๓) มีการพัฒนาระบบบริการ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ มีการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ

๔) มีการขยายเครือข่ายการดำเนินงานอย่างเห็นเป็นรูปธรรม

.....

.....

<u>ข้อมูลผู้เสนอหน่วยงาน/องค์กรสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น</u>

ชื่อ-นามสกุล.....**ตำแหน่ง**.....

หน่วยงาน/องค์กร/ชมรม/(โปรดระบุชื่อ).....

ที่อยู่สามารถติดต่อได้.....

.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....email.....

ลงชื่อ.....

วันที่เสนอ...../...../๒๕๖๑

สำหรับเจ้าหน้าที่	ประเภท (๓)

แบบฟอร์มเสนอชื่อรับการคัดเลือก "หน่วยงาน/องค์กรสนับสนุน" งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น
เพื่อรับรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้อมูลหน่วยงาน/องค์กรและทีมงานสนับสนุน งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

๑. ชื่อหน่วยงาน/องค์กร.....
เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....
ซอย.....ถนน.....แขวง.....
เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....โทรสาร.....
Email.....

๒. ประวัติย่อการสนับสนุนการดำเนินงานด้านมิตรภาพบำบัด (สามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมได้)
.....
.....

๓. ผลงานดีเด่นโดยสังเขป (สามารถแนบรายละเอียดผลงานเพิ่มเติมได้)
๑) นโยบายและแนวทางการสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัด และระบบบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
๒) ผลงานเด่นในการสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัด กิจกรรมที่ดำเนินการ
๓) นวัตกรรมของหน่วยงาน/องค์กรด้านมิตรภาพบำบัด และระบบบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
๔) ผลงานดีเด่นอื่นๆ
.....
.....

<u>ข้อมูลผู้เสนอหน่วยงาน/องค์กรสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น</u>
ชื่อ-นามสกุล.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน/องค์กร/ชมรม/(โปรดระบุชื่อ).....
ที่อยู่สามารถติดต่อได้.....
.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....email.....
ลงชื่อ.....
วันที่เสนอ...../...../๒๕๖๑

สำหรับเจ้าหน้าที่ ประเภท (๔)

แบบฟอร์มเสนอชื่อรับการคัดเลือก "สื่อสนับสนุน" งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น
เพื่อรับรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้อมูลสื่อสนับสนุน งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

๑. ชื่อหน่วยงาน/องค์กร.....
เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....
ซอย.....ถนน.....แขวง.....
เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....โทรสาร.....
Email.....

๒. ประวัติย่อการสนับสนุนการดำเนินงานด้านมิตรภาพบำบัด (สามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมได้)
.....
.....

๓. ผลงานดีเด่นโดยสังเขป่ (สามารถแนบรายละเอียดผลงานเพิ่มเติมได้)
๑) มีสิ่งพิมพ์ วีดิทัศน์ ภาพยนตร์เผยแพร่สนับสนุนแก่งานมิตรภาพบำบัด
๒) มีผลงานที่สร้างสรรค์ เป็นสื่อสาธารณะที่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อบุคคลหรือองค์กรณ์ใดๆ
.....
.....

<u>ข้อมูลผู้เสนอหน่วยงาน/องค์กรสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น</u>
ชื่อ-นามสกุล.....**ตำแหน่ง**.....
หน่วยงาน/องค์กร/ชมรม/(โปรดระบุชื่อ).....
ที่อยู่สามารถติดต่อได้.....
.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....email.....
ลงชื่อ.....
วันที่เสนอ...../...../๒๕๖๑