

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๒๓๙.๐๓ / ๕๖๖



สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๒ มีนาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรอบรมระยะสั้น ๔ เดือน ทันตสาธารณสุข (ทันตกรรมครอบคร้ว)

เรียน ผู้อำนวยการสำนักเขตสุขภาพทุกเขต / นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด / ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หลักสูตรการอบรมระยะสั้น ฯ จำนวน ๑ ชุด
๒. ใบสมัครเข้ารับการอบรม จำนวน ๑ ชุด

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายปฏิรูประบบสาธารณสุข และระบบปฐมภูมิ ด้วยการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ที่มีบุคลากรสหวิชาชีพร่วมกันดำเนินงานโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวหนึ่งในทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ ทันตแพทย์ จะต้องมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์ จนถึงวัยสูงอายุ ทุกสภาวะความเจ็บป่วย ทั้งเฉียบพลัน เรื้อรัง พิการ ทั้งทางกาย และสติปัญญาและอื่น ๆ และยังไม่เพียงแต่สุขภาพช่องปาก แต่รวมถึงสุขภาพองค์รวมของผู้ป่วยแต่ละราย ครอบคร้วและชุมชนด้วยทันตแพทย์และทันตภิบาลในหน่วยบริการระดับต่าง ๆ ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชน ต้องมีบทบาททำงานร่วมกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพ เป็นผู้ให้บริการสุขภาพช่องปากให้คำปรึกษาและออกแบบระบบบริการสุขภาพช่องปาก ด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับหลักทันตกรรมครอบคร้วและทันตกรรมชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี สามารถดูแลตนเองได้ (Self care) อย่างยั่งยืน ดังนี้

ฝึกอบรมเป็นระยะเวลา ๔ ครั้ง ครั้งละ ๕ วัน ดังนี้

Module ๑ ระหว่างวันที่ ๒๙ เมษายน – ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒

Module ๒ ระหว่างวันที่ ๓ – ๗ มิถุนายน ๒๕๖๒

Module ๓ ระหว่างวันที่ ๘ – ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒

Module ๔ ระหว่างวันที่ ๑๙ – ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๒

ในการนี้เพื่อให้การสมัครเข้ารับการอบรมฯ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ จึงขอชี้แจงรายละเอียด และขอให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

๑. คุณสมบัติของทันตแพทย์ที่จะเข้ารับการอบรม มีดังนี้

๑.๑ ทันตแพทย์ที่จะเข้ารับการอบรม ต้องเป็นทันตแพทย์ที่ทำงานมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๑.๒ เป็นทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานหรือจะปฏิบัติงานใน PCC ที่จัดตั้งขึ้นของตามแผนของจังหวัดและเขตสุขภาพ หรือเป็นทันตแพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลระบบสุขภาพช่องปากปฐมภูมิ

๒. การคัดเลือกทันตแพทย์ที่จะเข้ารับการอบรมระยะสั้นให้โควตา เขตสุขภาพละ ๓ คน รวมทั้งสิ้น ๔๐ คน โดยให้จังหวัดร่วมกับเขตสุขภาพเป็นผู้พิจารณาเสนอรายชื่อ และผู้จัดการอบรมจะยึดถือตามรายชื่อที่ผ่านการเสนอจากเขตสุขภาพเท่านั้น

๓. ทันตแพทย์...

๓. ทันตแพทย์ผู้ได้รับการคัดเลือกแล้วให้กรอกใบสมัครโดยให้ผู้บังคับบัญชาลงนาม (สิ่งที่ส่งมาด้วย๒) ส่งไปที่สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๕๙๐ ๑๙๓๘ และส่งใบสมัครไปที่เขตเพื่อการตรวจสอบรายชื่อและยืนยันรายชื่อ ภายในวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๒

๔. เมื่อเขตสุขภาพได้รับใบสมัครแล้วให้ตรวจสอบและยืนยันรายชื่อ แล้วจัดส่งรายชื่อ ไปยังสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายใน ๑๒ เมษายน ๒๕๖๒

๖. ทันตแพทย์ที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้ารับการอบรมฯ และเป็นทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการสนับสนุนค่าลงทะเบียน จำนวน ๓๒,๐๐๐ บาท (สามหมื่นสองพันบาทถ้วน) สำหรับ ค่าพาหนะ ค่าเช่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง เบิกจากงบประมาณต้นสังกัดของผู้เข้าอบรม

ขอแสดงความนับถือ



(นายสุชาติเดช เจริญไชย)

รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสำนักสนับสนุน

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

กลุ่มพัฒนากำลังคนด้านปฐมภูมิ

โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๑๙๓๘

โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๙๓๘

หลักสูตรอบรมระยะสั้น ๔ เดือน ทันตสาธารณสุข (ทันตกรรมครอบครัว)
 ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ระยะเวลา	โมดูล	รายวิชา
๒๙ เม.ย. - ๓ พ.ค. ๒๕๖๒	๑. Family Medicine concept and primary care system	๑. Being a dentist for primary care cluster ๒. Primary care concept and quality primary practice ๓. The Family practice consultation, Communication ,Motivation ๔. Understanding Human behavior and Satir's Model ๕. Inter professional health care, Home visit and Home health care ๖. เครื่องมือเวชศาสตร์ครอบครัว ๗. ระบบสุขภาพชุมชน ระบบปฐมภูมิ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (FCT, PCC, DHS, DHB) และเครือข่ายสุขภาพ ๘. ระบบข้อมูลและการเชื่อมโยงข้อมูลจากระดับพื้นที่สู่ระดับอำเภอ ๙. การพัฒนาเจตคติในการทำงานกับชุมชน
๓ - ๗ มิ.ย. ๒๕๖๒	๒. การดูแลสุขภาพ และสุขภาพช่องปากด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ๑ (Work with family I)	๑. การดูแลผู้ป่วยวัยตั้งครรภ์ วัยเด็ก วัยรุ่น ๒. การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ๓. การเก็บรวบรวมข้อมูล และวินิจฉัยชุมชน ทางทันตสาธารณสุข ๔. Social determinants of health ๕. Coaching and mentoring
๘ - ๑๒ ก.ค. ๒๕๖๒	๓. การดูแลสุขภาพ และสุขภาพช่องปากด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ๒ (Work with family II)	๑. การดูแลผู้ป่วยวัยคุ้มครอง กลางคน และในครอบครัวที่มีความรุนแรง ๒. การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ๓. การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ๔. การดูแลผู้ป่วยพิการ และผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ๕. การเขียนโครงการ และประเมินผลโครงการทางทันตสาธารณสุข ๖. Oral Medicine and Oral Complication management for Family dentist ๗. Motivation interviewing
๑๙ - ๒๓ ส.ค. ๒๕๖๒	๔. Community dentistry and oral health promotion and prevention	๑. การวินิจฉัยชุมชน ๒. ทันตกรรมชุมชน ๓. การออกแบบและประเมินโครงการสุขภาพช่องปาก

คุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรม

๑. จบการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ทำงานมาไม่น้อยกว่า ๑ ปี และปฏิบัติงานหรือจะได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว หรือได้รับมอบหมายให้ดูแลระบบสุขภาพช่องปากปฐมภูมิ

๒. ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือตามที่คุณจัดการอบรมพิจารณา

๓. ได้รับการอนุมัติจากต้นสังกัดอย่างเป็นทางการก่อนการฝึกอบรม

๔. จัดสรรโควตาให้เขตละ ๓ คน

๕. กรณีปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข จะได้รับการสนับสนุนค่าลงทะเบียน ๓๒,๐๐๐ บาท (สามหมื่นสองพันบาทถ้วน) ส่วนค่าที่พัก ค่าเดินทาง ให้เบิกต้นสังกัด

** รายละเอียดวิธีการสมัครติดตามจากหนังสือแจ้งไปยังเขตสุขภาพทุกเขต สสจ. ทุกจังหวัด และ รพศ./รพท. ทุกแห่ง จำนวนรับ ๔๐ คน

สถานที่อบรม

๑. ภาคทฤษฎี -สถาบันทันตกรรม กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

๒. ฝึกภาคสนามการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในพื้นที่ กทม. และนนทบุรี

๓. ฝึกภาคสนามการทำงานกับชุมชน การวินิจฉัยชุมชน ในพื้นที่ต่างจังหวัดตามที่กำหนด

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตร“หลักสูตรอบรมระยะสั้น ๔ เดือน ทันตสาธารณสุข (ทันตกรรมครอบคร้ว)”

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๑. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว (ตัวบรรจง)
๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน.....
๓. การศึกษา
ทันตแพทยศาสตร์บัณฑิต...../ปีที่จบ.....
ทันตแพทย์เชี่ยวชาญสาขา...../ปีที่จบ.....
ทันตแพทย์เชี่ยวชาญสาขา...../ปีที่จบ.....
๔. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....
๕. อายุราชการ.....ปี.....เดือน.....วัน.....
๖. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....
๗. สถานที่ปฏิบัติงาน.....จังหวัด.....
หมายเลขที่โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....มือถือ.....
E-mail
๘. เมื่อสำเร็จการอบรมฯ ท่านมี PCC รองรับในการปฏิบัติหน้าที่และสามารถปฏิบัติหน้าที่
 ใช่ ไม่ใช่ ณ PCC.....(โปรดระบุชื่อPCC)
๙. ท่านเกษียณอายุราชการในเดือน กันยายน ๒๕๖๒ ใช่ ไม่ใช่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ และสามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขของการเข้าการอบรม

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินดีสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตร และตามเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร โดยสามารถสนับสนุนงบประมาณไว้เป็นค่าใช้จ่ายตลอดการฝึกอบรม

ลงชื่อ.....
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

๑. กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนแล้ว ส่งใบสมัครไปยังสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายในวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๒ ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ scpcc2017@gmail.com หากหากมีข้อสงสัยติดต่อ ทพ.ยุทธนา คำนิล มือถือหมายเลข ๐๘๖ ๓๙๗ ๐๓๖๓ หากสอบถามการได้รับเอกสารโทรติดต่อ ๐๒ ๕๙๐ ๑๙๓๘
๒. ส่งใบสมัครไปยังเขตสุขภาพเพื่อเขตสุขภาพได้ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป