



ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ ว 1305

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ถนนครราชาลีมา เขตดุสิต กรุงฯ ๑๐๓๐๐

๙ มกราคม ๒๕๕๓

เรื่อง โครงการให้ทุนแพทย์ชนบทคืนถิ่น “แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว”

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการให้ทุนแพทย์ชนบทคืนถิ่น “แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว”

ด้วยกระทรวงมหาดไทยแจ้งว่า มูลนิธิเด็กโรคหัวใจ ได้จัดทำโครงการให้ทุนแพทย์ชนบทคืนถิ่น “แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” เพื่อไปปฏิบัติงานในท้องถิ่นทุรกันดาร โดยขณะนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการจาก ท่านผู้หญิง ทัศนาวาลัย ศรรงค์ราม จำนวน ๒๐ ล้านบาท และจากกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จำนวน ๒๐ ล้านบาท ยังขาดงบประมาณอีก ๒๐ ล้านบาท ก็จะสามารถผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๓ รุ่น ๆ ละ ๒๐ คน ได้ จึงขอความอนุเคราะห์พิจารณาสนับสนุนเงินงบประมาณเพื่อสมทบโครงการดังกล่าว รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นพิจารณาแล้วเห็นว่า มูลนิธิเด็กโรคหัวใจ ได้จัดทำโครงการให้ทุนแพทย์ชนบทคืนถิ่น “แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” เพื่อไปปฏิบัติงานในท้องถิ่นทุรกันดาร ซึ่งโครงการดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนที่อยู่ในท้องถิ่นห่างไกล จึงขอความร่วมมือจังหวัดแจ้งประชาสัมพันธ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบ และหากมีความประสงค์จะตั้งงบประมาณอุดหนุนโครงการดังกล่าวก็ให้ประสานกับมูลนิธิเด็กโรคหัวใจได้โดยตรง และให้พิจารณาดำเนินการให้เป็นไปตามหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนมาก ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว ๗๙ ลงวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๕๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายไพรัตน์ ศากลพันธุ์)
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

สำนักบริหารการคลังท้องถิ่น

ส่วนการจัดสรรเงินอุดหนุนและพัฒนาระบบงบประมาณ

โทร. ๐-๒๒๔๔-๙๐๔๙, ๐-๒๒๔๔-๙๐๐๐ ต่อ ๑๕๒๖

โทรสาร ๐-๒๒๔๔-๙๙๗๒



บูลนิธิเด็กโรคหัวใจ
ในพระอุปถัมภ์ของ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา
กรมหลวงนราธิ瓦สราชนครินทร์

The Cardiac Children Foundation of Thailand
Under the Royal Patronage of H.R.H. Princess Galyani Vadhana
Krom Luang Naradhiwas Rajanagarindra

วันที่ มีนาคม 2553

กระทรวงมหาดไทย
กองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวง
รับที่ 26 มี.ค. 2553
เลขที่ 11524

เรื่อง โครงการให้ทุนแพทย์ชนบทคืนถิน "แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว"

เรียน ปลัดกระทรวงมหาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารประกอบ

เอกสารที่ได้รับจากปลัดกระทรวงฯ

วันที่ 26 มี.ค. 2553
เลขที่ 1457

เวลา.....

ตามที่ผู้แทนบูลนิธิเด็กโรคหัวใจ โดยการนำของ ศ.นพ.บุญชูบ พงษ์พาณิชย์
ประธานบูลนิธิฯ และคุณบุญเรือน รักย์มณี รองประธานบูลนิธิฯ ได้เข้าสำรวจท่านปลัดกระทรวงฯ
ที่กระทรวงมหาดไทย เมื่อวันศุกร์ที่ 19 กุมภาพันธ์ 2553 และได้นำเรียนการดำเนินงานของบูลนิธิ
โดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะนี้บูลนิธิได้รับความกรุณา จากท่านผู้หญิงทศนารถัย ศรัสดาราม ให้การ
สนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อไปให้บริการในท้องถิ่นทุรกันดาร เป็นจำนวน
20 ล้านบาท (กระทรวงสาธารณสุข โดย) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
สนับสนุนอีก 20 ล้านบาท ยังขาดเงินอีก 20 ล้านบาทสามารถผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้
20 คน ในเวลา 3 ปี โครงการดังกล่าวในนี้จะดำเนินการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี
สำนักงานเลขานุการกิจ ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้การสนับสนุนเงินเพื่อสมทบ "โครงการแพทย์เวช
ศาสตร์ครอบครัวคืนถิน" โดยร่วมกับกองทุนสมเด็จฯและทุน กว. จำนวน 20 ล้านบาท ตาม
เอกสารแนบด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายมนต์)

(ศ.นพ.บุญชูบ พงษ์พาณิชย์)

ประธานบูลนิธิเด็กโรคหัวใจ

(นางบุญเรือน รักย์มณี)

รองประธานบูลนิธิเด็กโรคหัวใจ

โครงการให้ทุนแพทย์ชนบทคืนถิ่น "แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว"

1. หลักการและเหตุผล

บริการปฐมภูมิ มีความสำคัญ ได้รับความสนใจจากหลายฝ่าย และมีการพิสูจน์ด้วยหลักฐานทางวิชาการ แล้วว่าการมีบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็งจะก่อให้เกิดระบบสุขภาพของประเทศที่แข็งแรงและส่งผลให้เกิดการให้บริการที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืนทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น ลดการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นลง และทำให้ประชาชนไม่ต้องประสบภาวะล้มละลายจากการเจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ โดยรวมของประเทศ นอกจากนี้ยังช่วยให้เกิดความเสมอภาคในระบบสุขภาพ จากการกระจายทรัพยากรที่เหมาะสมมากขึ้น และผู้ด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้มากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ของประเทศนั้นๆ อีกด้วย¹ รายงานประจำปี 2552 องค์การอนามัยโลก เสนอให้ประเทศไทยใช้ 4 ทิศทางหลัก เชิงนโยบายที่สะท้อนหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นเครื่องขับเคลื่อนการสร้างระบบสุขภาพและการตัดสินใจในการพัฒนาสาธารณสุข ได้แก่ หลักความครอบคลุมของบริการ หลักการจัดบริการที่มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง หลักนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และหลักการภาวะผู้นำ โดยแนวคิดทั้งหมดนี้ แปลงสู่การปฏิบัติผ่านบริการปฐมภูมิ² ซึ่งเป็นส่วนของระบบบริการที่ดำเนินงานโดยใช้องค์ความรู้เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหลัก

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นแพทย์ที่มีหน้าที่รับผิดชอบการให้บริการที่ผสมผสานแก่นบุคคล ทุกคนที่มาใช้บริการ คุ้มครองสุขภาพรายบุคคล ในบริบทของครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ เวชศาสตร์ครอบครัวยังเป็นแนวคิดที่สืบทอดคุณภาพที่ดีของบริการปฐมภูมิ จากการศึกษาของคารินและเคลโล พนวจแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีความแน่ด้านการดูแลที่ดีต่อเนื่องสูงเมื่อเทียบกับแพทย์ทั่วไปและแพทย์ประจำบ้าน³ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนับเป็นปัจจัยหลักในการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย

แม้ว่าปัจจุบันมีโครงการต่าง ๆ ที่สนับสนุนการผลิตแพทย์เพิ่ม เข่น โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อ ชาวชนบท และมีกลยุทธ์ในการผลิตแพทย์เพื่อให้กลับไปปฏิบัติงานในชนบทหรือบ้านเกิดของตนเอง แต่ พนวจแพทย์จำนวนน้อยที่เข้ามาศึกษาต่อในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ในปี 2542 มีเพียง 216 คนจาก

¹ Starfield B., Shi L. & Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005; 83(3): 457-502.

² World Health Organization. *World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*. Geneva: WHO; 2008.

³ Jaturapatporn D. & Dellow A. Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC Family Practice*, 2007; 8: 14-20.

⁴ Williams R., Henley E., Prueksaritanond S. & Aramrattana A. Family Practice in Thailand: Will It Work? *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2002; 73-76.

แพทย์ประจำบ้านสาขาวิชาสตรีครอบครัวเพียง 16 คนจากโครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด 138 คน ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานการจัดบริการปฐมภูมิให้แพทย์ดูแลประชาชนในอัตราส่วน 1:10,000 ซึ่งหากคำนวณจากสัดส่วนแพทย์ต่อประชากร 1:10,000 ควรมีแพทย์สาขาวิชาสตรีครอบครัวนี้ถึง 6,400 คน แต่จำนวนแพทย์ที่เลือกเรียนต่อสาขานี้กลับลดลงมาก ทำให้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลซึ่งอยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกล ปัญหาการขาดแคลนแพทย์สาขานี้ยังคงความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ดังนั้นในปี 2552 กระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีความร่วมมือกันและริเริ่มน้ำร่องโครงการแพทย์ปฏิบัติงานเพื่อการสอนวัสดุบัตรฯ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานปฏิบัติงาน(สถานบันสนเทศ) และร่วมผลิตกับสถาบันหลักที่สนับสนุนทางวิชาการ แพทย์ผู้เรียนใช้เวลาส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานที่ปฏิบัติงาน(สถานบันสนเทศ) โดยไม่ต้องลาศึกษา ภายใต้อาจารย์แพทย์(พี่เลี้ยง)ที่เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้คุ้มครองปี 2552 มีแพทย์เข้าร่วมโครงการนี้จำนวนเพียง 13 คน ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายของโครงการมาก

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาการดำเนินงานผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งจะต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการพัฒนาบริการปฐมภูมิของประเทศไทย เพื่อให้บรรลุถึงคุณภาพมาตรฐานของบริการระดับปฐมภูมิ และความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประเทศไทย ตั้งแต่ผลให้ประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในชนบทห่างไกลนับถ้วนสามารถเข้าถึงบริการแพทย์และสาธารณสุขได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเป็นธรรม ซึ่งจะส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นของประชาชน เพื่อให้เกิดทุนทางสังคมและทุนมนุษย์ที่จะได้ร่วมกันในการพัฒนาประเทศไทยให้มีความเจริญทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และการพัฒนาประเทศ โดยรวมต่อไปในอนาคตต่อไป

แนวคิดในเรื่องของการพัฒนาชนบทโดยทำให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมทั่วถึงอย่างเป็นธรรม เป็นแนวคิดซึ่งสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีได้ทรงมีพระราชดำริและได้แสดงให้เห็นเป็นที่ประจักษ์แก่ประชาชนโลกในทางปฏิบัติ โดยได้ทรงมีพระกรุณาธิคุณอย่างใหญ่หลวงต่อประชาชนชาวไทยในการเสด็จพระราชดำเนินพร้อมด้วยคณะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการนำบัคทุกชั้นรุ่งสุขให้แก่ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ในชนบทโดยเนพะอย่างยิ่งพื้นที่ในดินทุรกันดารซึ่งพระองค์ได้ทรงปฏิบัติตามโดยตลอดพระชนม์ริพ แนวคิดและพระจริยารัตน์ดังนั้น才่ถูกสืบทอดมาขึ้นพระบรมวงศุนวงศ์ทุกพระองค์โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงราชรัชดาภิเษก ได้ทรงสถาณต่อปณิธานของพระองค์ท่าน โดยทรงปฏิบัติเช่นเดียวกันกับสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จนได้รับการเหตุดทุนจากประชาชนชาวไทยว่า พระองค์เป็น สมเด็จเจ้าฟ้าสาธารณสุขของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รู้สึกซาบซึ้งในพระมหากรุณาธิคุณของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงราชรัชดาภิเษก ที่พระองค์ได้ทรงมีต่อประชาชนและประเทศ และต้องการที่จะสืบทอดปณิธานของ

พระองค์ท่านทั้งสองพระองค์ในการพัฒนาบริการสุขภาพมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ทำให้ประชาชนที่อยู่ห่างไกลสามารถเข้าถึงบริการดังกล่าวอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมอย่างเป็นธรรม โดยการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสู่ชนบทที่ห่างไกลถูกวิจัยเป็นพระราชกุศล

2. วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. สนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเป็นระบบ เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบทห่างไกล
2. สนับสนุนให้เกิดการดำรงรักษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้สามารถปฏิบัติและคงอยู่ในระบบบริการปฐมภูมิได้อย่างยาวนาน และเป็นฐานหลักที่จะให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ได้มีมาตรฐานที่ดีอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
3. สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคบริการสุขภาพ ภาคการการศึกษา และ ภาคการจัดสรรงบประมาณด้านการบริการสุขภาพ
4. ให้เกิดการพัฒนาความรู้และความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ของ การมีและการใช้บริการปฐมภูมิรวมถึงเข้าใจบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เพียงประสงค์และการทำประโยชน์ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต่อการพัฒนาสุขภาพของ ประชาชน

3. เป้าหมาย

ผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อไปปฏิบัติงานในพื้นที่ทุรกันดาร จำนวน 3 รุ่น (1 รุ่นใช้ระยะเวลาเรียน 3 ปี) รุ่นละ 20 คน รวม 60 คน

4. พื้นที่เป้าหมายของโครงการ

โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ทุรกันดาร ที่ได้รับการพิจารณาให้แพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมและได้รับวุฒินิตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวไปปฏิบัติงานชดใช้ทุนตามโครงการนี้ ซึ่งกำหนดจากคณะกรรมการที่มีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอที่เป็นพื้นที่ทุรกันดาร ระดับ 2 และระดับ 1 ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข และกำหนดให้พื้นที่ทุรกันดารระดับ 2 เป็นลำดับความสำคัญแรก

5. การดำเนินงาน

การดำเนินงานยึดแนวคิดการดำรงรักษาภารกิจทางการแพทย์โดยการบูรณาการแนวตั้ง (Vertical integration) ซึ่งประกอบด้วย การสรรหาและการคัดเลือก การผลิต และการดำรงรักษา โดยทุกกระบวนการจะต้องมีเป้าหมายเดียวกัน คือเพื่อให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีจิตวิญญาณ มีความรู้ ทักษะ ที่จะ

ให้บริการในระดับปฐมภูมิแก่ชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทที่ขาดแคลนแพทย์ และสามารถก่อให้เกิด การชั่งรักษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้อย่างยั่งยืน โดยมีรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนดังนี้

5.1 จัดตั้งสำนักงานโครงการ ให้มีบุคลากรปฏิบัติงานประจำ โดยมีสำนักงานตั้งอยู่ที่สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อประสานการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการบริหาร จัดการ ประสานงาน จัดหาทุน ประชาสัมพันธ์ ตลอดจนติดตาม กำกับ และประเมินการดำเนินงาน โครงการ อย่างต่อเนื่อง ภายใต้การอำนวยและดำเนินการของคณะกรรมการดำเนินโครงการที่มีส่วนร่วมจาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.2 ดำเนินการสร้างและ การคัดเลือกผู้เข้าฝึกอบรม

5.2.1 คุณสมบัติของแพทย์ที่จะเข้าร่วมโครงการ มีดังนี้

(1) เป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต และผ่านการเพิ่มพูนทักษะอย่างน้อย 1 ปี

(2) เป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับหนังสืออนุญาตบัตร หรือ วุฒิบัตรฯ ผู้เชี่ยวชาญสาขาใดๆมาก่อน

(3) สามารถปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ที่ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แห่งประเทศไทยรับรองให้เป็นสถานที่ปฏิบัติงาน (สถาบันสมทบ) ตลอดระยะเวลาฝึกอบรม 3 ปี

(4) ต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชน ที่เป็นพื้นที่เป้าหมายของโครงการ หลังจากที่สำเร็จจากการฝึกอบรมและได้รับวุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปี

(5) เป็นผู้อุทิศตนให้ทางราชการ

(6) เป็นผู้ที่มีเจตนาดีในการปฏิบัติงานตามหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว

(7) ได้รับความเห็นชอบจากหน่วยงานด้านสังกัด ให้เข้าฝึกอบรม

5.2.2 กำหนดแนวทาง/ขั้นตอนการสร้างและ การคัดเลือกแพทย์เข้าร่วมโครงการ โดย ประสานงาน ประชาสัมพันธ์ รับสมัคร และเข้าสู่กระบวนการคัดเลือกจากทำงานที่ได้รับมอบหมาย

5.2.3 การประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้แพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ จัดทำสัญญาการเข้าร่วมโครงการ และได้รับการศึกษาฝึกอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด

5.3 หลักสูตรและระบบการฝึกอบรม

หลักสูตร ให้เป็นไปตามมาตรฐานและแนวทางของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย โดยใช้หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรฯ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2548 หรือตามที่ราชวิทยาลัยฯ ประกาศฉบับแก้ไขต่อไป และตามโครงการ การปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตรฯ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (In-service training) โดยแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการฯ ปฏิบัติงานและฝึกอบรมในสถานที่ปฏิบัติงาน(สถาบันสมทบ)ที่ได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ ภายใต้การดูแลด้านวิชาการจากสถาบันฝึกอบรมหลัก ใช้ระยะเวลาในการฝึกอบรม 3 ปี โดยไม่ต้องลาศึกษา

ระบบการฝึกอบรม ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตรฯ ทั้งนี้ 医師ผู้เรียนจะได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะให้พร้อมในการปฏิบัติงานเวชศาสตร์ครอบครัว และฝึกปฏิบัติงานในพื้นที่ที่เป็นด้านแบบด้านเวชศาสตร์ครอบครัวทั้งในประเทศและต่างประเทศ นอกจากนี้ยังมี

ระบบการเรียนการสอนทางไกลผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ระหว่างสถาบันฝึกอบรมที่สนับสนุนทางวิชาการ กับสถานที่ปฏิบัติงาน(สถาบันสมทบ)ด้วย

5.4 การสนับสนุนทุนฝึกอบรม

- (1) สนับสนุนเป็นทุนฝึกอบรมสำหรับแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการ รวมทั้งการศึกษาวิจัยด้านเวชศาสตร์ครอบครัว หรือด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้
- ปีที่หนึ่ง ไม่เกินรายละ 120,000 บาท
 - ปีที่สอง ไม่เกินรายละ 240,000 บาท
 - ปีที่สาม ไม่เกินรายละ 360,000 บาท

(2) สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการฝึกปฏิบัติงานในพื้นที่ต้นแบบด้านเวชศาสตร์ครอบครัวทั้งในประเทศและต่างประเทศ

โดยแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ ยังคงได้รับประโยชน์ตามสิทธิของระบอบข้าราชการ

5.5 การสำรองรักษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

5.5.1 ส่งเสริม บทบาท ความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ และระบบค่าตอบแทน ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ ใกล้เคียงกับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น โดยกระทรวงสาธารณสุข

5.5.2 การศึกษาต่อเนื่อง โดยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดระบบสนับสนุนให้มีการศึกษา/ฝึกอบรมและพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างต่อเนื่องให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เช่น มีการจัดการศึกษา/ฝึกอบรมทางไกลผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (Distance Education through Modern Information Technology) พัฒนาโปรแกรมการศึกษา/ฝึกอบรมต่อเนื่อง โดยให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีส่วนร่วมในการออกแบบโปรแกรมการศึกษา/ฝึกอบรม รวมถึงการจัดให้มีหลักสูตรการศึกษา/ฝึกอบรม หลังปริญญาในมหาวิทยาลัยผ่านระบบการศึกษา/ฝึกอบรมทางไกล ให้เรียนที่สถานที่ทำงานของตนเอง โดยผู้เรียนไม่ต้องเดินทางมารายริบ

5.5.3 ด้านสังคม กระตุ้นและสนับสนุนให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีเกียรติ ศักดิ์ศรีเป็นที่ยอมรับ และสนับสนุนการพัฒนาบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม

5.6 การพัฒนาอาชารย์แพทย์และสถาบันฝึกอบรม

5.6.1 โครงการฯ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาสถาบันฝึกอบรมและอาชารย์(พี่เลี้ยง)แพทย์สาขาวิชาสตร์ครอบครัวทั้งสถาบันหลักที่สนับสนุนทางวิชาการ และสถานที่ปฏิบัติงาน(สถาบันสมทบ)ในโครงการให้มีคุณภาพมาตรฐาน ตามมาตรฐานของแพทย์สภาราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

5.6.2 สถาบันหลักที่สนับสนุนทางวิชาการและสถานที่ปฏิบัติงาน(สถาบันสมทบ)ที่เข้าร่วมโครงการ จะได้รับงบดำเนินการ และทุนสนับสนุนการวิจัยสำหรับอาชารย์แพทย์ จากกองทุนของโครงการฯ

5.6.3 การพัฒนาระบบการเรียนการสอนทางไกล ระหว่างสถาบันหลักที่สนับสนุนทางวิชาการ และสถานที่ปฏิบัติงาน(สถาบันสมมท)เพื่อคุณภาพการศึกษา รวมทั้งระบบการศึกษาทางไกลเพื่อการการศึกษา/ฝึกอบรมต่อเนื่องของแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการในระหว่าง-หลังการชดใช้ทุนในพื้นที่เป้าหมายโครงการ

6. งบประมาณ เป็นงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน องค์กร และภาคส่วนต่างๆ โดยนำมาจัดตั้งเป็นกองทุนสำหรับโครงการนี้ โดยมีทุนดังด้านในปีแรก ดังนี้

6.1 เงินขวัญถุงของโครงการ จากทุนการกุศลสมเด็จฯ และ ทุนการกุศล กว. จำนวน 20,000,000 บาท

6.2 งบกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 20,400,000 บาท

6.3 ขอสนับสนุนจากมูลนิธิทุนท่านท้าวมหาพรหม โรงเรียนเอราวัณ จำนวน 20,000,000 บาท
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 60,400,000 บาท (หกสิบล้านสี่แสนบาทถ้วน)

โดยมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ รายละเอียดตามภาคผนวก 2

7. ระยะเวลาดำเนินโครงการ ระยะเวลาดำเนินการ 5 ปี เดือนธันวาคม 2552 – พฤษภาคม 2558 โดย มีกิจกรรมและระยะเวลาดำเนินโครงการภาคผนวก 3

8. เงื่อนไขสัญญาและการชดใช้ทุน

8.1. 医师ที่จะเข้าร่วมโครงการแพทย์ชนบทคืนดิน “แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” จะต้องผ่านการคัดเลือกจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่มีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และต้องทำสัญญาการรับทุน กับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ว่าเมื่อผ่านการฝึกอบรมในสถาบันสมมท(สถาบันปฏิบัติงาน) ในโครงการครบ 3 ปีแล้ว จะต้องไปชดใช้ทุนในพื้นที่เป้าหมายโครงการที่กำหนดเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปี หากไม่ทำตามสัญญา 医师ที่เข้าร่วมโครงการจะต้องชำระค่าปรับโดยคืนเงินทุนฝึกอบรมที่ได้รับขณะเข้าร่วมโครงการพร้อมคอกเบี้ย นับตั้งแต่วันผิดสัญญา

8.2 ดำเนินการจัดทำสัญญาเข้าร่วมโครงการ ตามแบบฟอร์มสัญญาที่กำหนด

9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

9.1 เพิ่มจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับปฐมภูมิโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทห่างไกล

9.2 มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้บริการแก่ประชาชนในชนบท โดยมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ดังนี้

9.2.1 สามารถให้การดูแลแบบองค์รวมที่ผสมผสานมิติทางด้านสังคมและจิตใจเข้าไปในบริการทางการแพทย์

9.2.2 สามารถดูแลสุขภาพเชิงรุกแก่กลุ่มประชากร เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ

9.2.3 มีทักษะในการให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

9.2.4 สามารถให้บริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการพื้นฟูสมรรถภาพ โดยเลือกใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม

9.3 จะมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบบริการปฐมภูมิ และเป็นฐานหลักที่จะให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ได้นำเสนอระบบ ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

9.4 ประชาชนนิยมความรู้ความเข้าใจถึงประโยชน์ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพต่อการพัฒนาสุขภาพของครอบครัวและชุมชน

(นายแพทย์นิวัฒน์ จิตจิราศ)

ผู้จัดการอาวุโสกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

(นายแพทย์สมควร หาญพัฒนารักษ์)

ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

(นายแพทย์วีระวัฒน์ พันธ์ครุฑ)

รองเลขานุการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ

(นายแพทย์ยุทธิชัย ชูปัญญา)

ผู้เห็นชอบโครงการ

ผู้เห็นชอบโครงการ

(นายแพทย์ไพบูลย์ วรเชษฐ์)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้อนุมัติโครงการ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญชูอบ พงษ์พานิช)

ประธานคณะกรรมการอำนวยการ โครงการฯ

ภาคผนวก 1
พื้นที่เป้าหมายโครงการให้ทุนแพทย์ชนบทกืนอิน "แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว"

จังหวัด	โรงพยาบาลพื้นที่ทุรกันดาร ระดับ 2	โรงพยาบาลพื้นที่ทุรกันดาร ระดับ 1
เชียงใหม่	รพช.แม่แจ่ม รพช.อมกอย และรพช.เวียงแหง	รพช.แม่อาย, รพช.ดอยเต่า และรพช.วัดขันทร์เนลิม พระเกี้ยรดี
ลำพูน	รพช.ทุ่งหัวช้าง	รพช.ลี
ลำปาง		รพช.แม่พริก, รพช.เมืองปาน, และรพช.วังเหนือ
น่าน	รพช.บ้านหลวง รพช.นาหมื่น รพช.บ่อเกลือ รพช.สองแคว และรพช.เฉลิมพระเกี้ยรดี	รพช.แม่จริม, รพช.นาเมือง, รพช.สันติสุข และรพช.ทุ่ง ช้าง
พะเยา	รพช.เชียงม่วน	รพช.ปง
เชียงราย	รพช.เวียงแก่น และรพช.แม่ฟ้าหลวง	รพช.ขุนตาล และรพช.เชียงของ
แม่ฮ่องสอน	รพช.บุญยาวน รพช.ปาย รพช.แม่สะเรียง รพช. แม่ลาน้อย รพช.สันเนย และรพช.ปางมะผ้า	
แพรฯ		รพช.วังชิณ
อุดรธานี	รพช.บ้านโภก	รพช.น้ำป่าด แและรพช.ฟากท่า
ตาก	รพช.แม่ระมาด รพช.ท่าสองยาง รพช.พบพระ ^๑ และรพช.อุ่นยาง	
พิษณุโลก	รพช.ชาติธรรมการ	รพช.นครไหยา
เพชรบูรณ์	รพช.น้ำหนาว	รพช.วังโถป่า และรพช.เขาค้อ
นครศรีธรรมราช		รพช.แม่วงศ์
อุทัยธานี		รพช.หัวบทด
กำแพงเพชร		รพช.ปางศิลาทอง และรพช.บึงสามัคคี
กาญจนบุรี	รพช.สังขละบุรี	รพช.สนเดชพระปิยมหาราช รพช.ทองคำภูมิ รพช. สถานพระบารมี และรพช.ศุกร์ศิริศรีสวัสดิ์
ราชบุรี		รพช.สวนสีสัน
ตราด	รพช.เกาะกูด	รพช.บ่อไร่ และ รพช.เกาะช้าง
สระแก้ว	รพช.ดาวพระยา	รพช.คลองหาด
ฉะเชิงเทรา		รพช.ท่าตะเกียบ
อุตรธานี	รพช.นาယง	รพช.ทุ่งฝน รพช.น้ำโสม รพช.สร้างคอม และรพช. พิบูลย์รักษ์
เลย	รพช.นาแห้ว	รพช.ปากชุม รพช.ท่าลี รพช.ด่านชัย รพช.ภูหลวง และรพช.พาขาว
หนองบัวลำภู		รพช.สุวรรณคูหา

ทั้งหมด	โรงพยาบาลพื้นที่ทุรกันดาร ระดับ 2	โรงพยาบาลพื้นที่ทุรกันดาร ระดับ 1
หนองคาย	รพช.สังคม รพช.เชка รพช.บึงโขงหลง และ รพช.บุ่งคล้า	รพช.ศรีวิไล
มหาสารคาม		รพช.นาคูน และรพช.ย่างสีสุราษ
ร้อยเอ็ด		รพช.เมียวดี
กาฬสินธุ์		รพช.ขาวง รพช.คำม่วง รพช.ท่าคันโภ และรพช.หนองกุงศรี
นครพนม	รพช.นาหม	รพช.ป่าปากร รพช.บ้านแพง รพช.นาแกะ รพช.ศรีสังครام และรพช.นาหว้า
สกลนคร		รพช.นิคมนำอุน รพช.ส่องดาว และ รพช.โพธินา แก้ว
มุกดาหาร		รพช.ค่อนดาล รพช.คงหลวง รพช.คำชะอี และรพช.หนองสูง
ศรีสะเกษ	รพช.ภูสิงห์	รพช.ยางชุมน้อข รพช.ปรางค์กู่ รพช.บึงบูรพ์ รพช.หัวยงกับกัน รพช.โนนคูณ รพช.ศรีรัตน์ รพช.นำ้เกลี้ยง รพช.เมืองจันทร์ และรพช.เมลูญลักษ์
อุบลราชธานี	รพช.นาจะหลวย	รพช.นำ้ยิน รพช.บุญมาศิริก รพช.โพธ์ไทร และ รพช.ศรีนิชร
บุรีรัมย์		รพช.ไทยเจริญ
อำนาจเจริญ		รพช.ชานมาน รพช.ปทุมราชวงศ์ รพช.พนา รพช.เสนาณิค และรพช.หัวตะพาบ
นครราชสีมา		รพช.เมืองยาง และรพช.ลัทธเมນซับ
บุรีรัมย์		รพช.ละหานทราย รพช.บ้านกรวด รพช.โนนคินแดง
สุรินทร์		รพช.กานเชิง รพช.บัวเขต และรพช.พนมคงรัก
ชัยภูมิ		รพช.ค่อนสาร และรพช.ภักดีชุมพล
นครศรีธรรมราช		รพช.พีปุน รพช.บางขัน และรพช.ถ้ำพรพรรณ
สุราษฎร์ธานี		รพช.เกาะพังัน รพช.ศรีรัฐนิค รพช.พนม รพช.ชัยบุรี และรพช.วิภาวดี
ฉะเชิงเทรา		รพช.พระโศะ
ระนอง		รพช.ละอุ่น และรพช.สุขสำราญ
กรุงเทพมหานคร	รพช.เกาะลันตา	รพช.ล้าทับ
พัทลุง	รพช.เกาะยาว	รพช.คุระบุรี
สงขลา	รพช.สะบ้าย้อย	รพช.ยะนະ รพช.เทพา และรพช.กระแตสินธุ์
พัทลุง	รพช.กรหาร	รพช.ปากพูน รพช.ศรีบรรพต รพช.ป่านอน และ

จังหวัด	โรงพยาบาลพื้นที่ทุรกันดาร ระดับ 2	โรงพยาบาลพื้นที่ทุรกันดาร ระดับ 1
		รพช.บางแก้ว
ตรัง		รพช.รัชฎา
สตูล		รพช.คุณโคน รพช.คุณกานหลง รพช.ท่าแพร รพช. ละญ และรพช.ทุ่งหว้า
ปัตตานี	รพช.โคกโพธิ์, รพช.หนองจิก} รพช.ปะนาเราะ, รพช.นาเยอ, รพช.ทุ่งยางเดง, รพช.ไม้แก่น, รพช.ยะหริ่ง, รพช.ยะรัง, รพช.เมืองล้าน, รพช. สายบุรี, และรพช.กะพ้อ	
ยะลา	รพช.บันนังสตา รพช.ราษฎร์ รพช.รามัน รพช. ยะหา และรพช.กาบัง	
นราธิวาส	รพช.ตากใบ รพช.นาเจาะ รพช.ยะแวง รพช.รือ เสาะรพช.ศรีสัคร รพช.แม่วง รพช.สุคิรินรพช.สู ไหงปาดี รพช.ยะแวง และรพช.เจาะไ่อร่อง	

ที่มา สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก 2

ประมาณการค่าใช้จ่ายโครงการ (ต่อ 1 รุ่นระยะ 3 ปี)

โครงการให้ทุนแพทย์ชนบทดิน "แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว"

กิจกรรม	2553	2554	2555	รวม
1. สร้างสมรรถนะให้พร้อม/ขับเคลื่อนในการทำงานชนบท				
1.1 ฝึกงานในพื้นที่ต้นแบบในประเทศไทย	2,000,000	-	2,000,000	4,000,000
1.2 ฝึกงานในพื้นที่ต้นแบบในต่างประเทศ 2 ครั้ง		4,500,000	4,500,000	9,000,000
2. สนับสนุนการพัฒนาระบบการเรียน การสอนของโครงการฯ เพื่อคุณภาพในภาพรวม	2,000,000	2,000,000	2,000,000	6,000,000
3. สนับสนุนการศึกษาของแพทย์ - ปี 1 คนละไม่เกิน 120,000 บาท/ปี - ปี 2 คนละไม่เกิน 240,000 บาท/ปี - ปี 3 คนละไม่เกิน 360,000 บาท/ปี	2,400,000	4,800,000	7,200,000	14,400,000
4. สนับสนุนสถาบันฝึกอบรมแพทย์เวช ศาสตร์ครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการ (100,000 บาท/แห่ง/ปี)	2,000,000	2,000,000	2,000,000	6,000,000
5. บริหารจัดการโครงการ - ค่าตอบแทนผู้ประสานงาน/ ประชาสัมพันธ์/กำกับติดตาม/KM& Empowerment Evaluation	220,000	390,000	390,000	1,000,000
รวม	25,220,000	25,690,000	25,090,000	76,000,000

หมายเหตุ

1. การชำระรักษานุคลากรหลังจบการศึกษา จะมีการจัดทำกิจกรรมและประมาณการค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมภายหลังแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจบการศึกษาในปี 2556 เป็นต้นไป โดยเบิกจ่ายจากงบประมาณในกองทุนตามโครงการนี้ต่อไป
2. ค่าใช้จ่ายแต่ละกิจกรรมสามารถถ้วนเดียวกันได้

