

ด่วนที่สุด

ที่ กส ๐๐๒๗.๐๐๑/๑๐๓/ว ๑๒๔๓๑



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ถนนบายพาส-ทุ่งมน กส ๔๖๐๐๐

๒๗ ธันวาคม ๒๕๕๓

เรื่อง การขอย้ายของแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ปี ๒๕๕๔

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

อ้างถึง หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๓๖/ว ๓๗๔ ลงวันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๕๓

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หลักเกณฑ์และวิธีการขอย้ายหมุนเวียนของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ปี ๒๕๕๔
๒. แบบขอย้ายหมุนเวียนแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ปี ๒๕๕๔ (กรณีย้ายข้ามจังหวัด)
๓. แบบใบขอย้าย (กรณีย้ายภายในจังหวัด)

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีการย้ายข้าราชการ
๓ สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ปี ๒๕๕๔ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการกำลังคน และมีการ
กระจายกำลังคนทั้ง ๓ สายงานอย่างเหมาะสม โดยให้ผู้ขอย้ายยื่นแบบขอย้ายผ่านความเห็นชอบของผู้บังคับบัญชา
ชั้นต้น (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน) จนถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด โดยให้ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่ของ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ลงทะเบียนย้ายใน Website โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะเปิดให้ลงทะเบียน
รอบที่ ๑ ได้ตั้งแต่วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๕๔ (เฉพาะการย้ายข้ามจังหวัดเท่านั้น)

ดังนั้น ผู้ที่มีความประสงค์จะขอย้ายให้ยื่นแบบขอย้าย โดยผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ ส่งที่
ฝ่ายบริหารทั่วไป งานการเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ภายในวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อประชาสัมพันธ์ และแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องทราบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

พ/

(นายพิสิทธิ์ เอื้องวงศ์กุล)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ฝ่ายบริหารทั่วไป

งานการเจ้าหน้าที่

โทร. ๐๔๓-๘๑๒๑๑๕, ๘๑๔๘๑๗

โทรสาร ๐๔๓-๘๑๔๖๒๐

หลักเกณฑ์และวิธีการย้ายหมอนเวียนแพทย์ ทันตแพทย์ เกสัชกร ปี 2554

หลักเกณฑ์การย้ายและเกณฑ์การพิจารณา

1. ให้แสดงความจำนงขอย้าย โดยยื่นแบบขอย้ายผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นทั้ง 3 สายงาน เฉพาะกรณีการย้ายข้ามจังหวัดเท่านั้น
2. เลือกส่วนราชการที่จะย้ายได้ 2 อันดับ
3. ผู้ที่ได้รับพิจารณาให้ย้ายแล้ว ต้องไปปฏิบัติงานที่ส่วนราชการตามคำสั่งอย่างเคร่งครัด หากประสงค์จะเปลี่ยนสถานที่ปฏิบัติงาน ต้องอยู่ปฏิบัติงานที่ส่วนราชการเดิมตามคำสั่งเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี จึงจะขอย้ายต่อไปอีกได้
4. สำหรับการย้ายในรอบนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการย้ายให้แล้วเสร็จ และมีผลต้องเดินทางไปรับงานที่ใหม่ในวันที่ 1 พฤษภาคม 2554 และจะดำเนินการย้ายโดยตัดโอนตำแหน่งและอัตราเงินเดือนตามตัวไปตั้งจ่ายในภายหลัง ดังนั้น ทั้ง 3 สายงานจะไม่มีกรย้ายอีกในรอบวันที่ 1 มิถุนายน 2554 (ซึ่งเป็นรอบย้ายปกติของสายงานอื่น ๆ) แต่จะพิจารณาอีกรอบในการย้ายวันที่ 1 ธันวาคม 2554
5. ผู้ขอย้ายจะต้องมีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การย้ายข้าราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2541 และตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0201.032/ว 81 ลงวันที่ 8 เมษายน 2551 ดังนี้

สายงานแพทย์

1. คุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การย้ายฯ
 - (1) ปีที่ 1 แพทย์ทุกคนต้องเข้าร่วมโครงการเพิ่มพูนทักษะแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ตามสถานที่ที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด
 - (2) ปีที่ 2 และปีที่ 3 แพทย์ทุกคนต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนที่โรงพยาบาลชุมชน ตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจัดสรร ยกเว้น กรณีแพทย์ที่ต้องกลับไปปฏิบัติงานที่ต้นสังกัดเดิม
 - (3) ปีที่ 3 แพทย์ทุกคนต้องปฏิบัติราชการชดใช้ทุนที่โรงพยาบาลชุมชน ตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจัดสรร ในกรณีมีเหตุผลความจำเป็นกรณีพิเศษผู้ตรวจราชการกระทรวงอาจพิจารณาให้ย้ายภายในเขตนั้น ๆ ได้ ทั้งนี้ หากมีเหตุจำเป็นอย่างยิ่งที่ไม่อาจปฏิบัติงานในพื้นที่นั้นได้ ให้แจ้งเหตุผลความจำเป็นเสนอปลัดกระทรวงสาธารณสุขใช้ดุลยพินิจพิจารณาเป็นราย ๆ ไป

ยกเว้น แพทย์ที่ได้รับการบรรจุปี 2553 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ยะลา นราธิวาส ปัตตานี) เมื่อปฏิบัติงานครบ 1 ปีแล้ว มีสิทธิเลือกสถานที่ปฏิบัติงานชดใช้ทุนในปีที่ 2 - 3 ได้เป็นกรณีพิเศษ

 - (4) กรณีมีสัญญาผูกพันชดใช้ทุน (กรณีลาศึกษา) ต้องปฏิบัติงานในส่วนราชการเดิมไม่น้อยกว่า 1 ใน 3 ของเวลาที่ต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนตามสัญญา
 - (5) กรณีไม่มีสัญญาผูกพันชดใช้ทุน ต้องปฏิบัติงานในส่วนราชการเดิมไม่น้อยกว่า 1 ปี
2. เกณฑ์ในการพิจารณาสำหรับส่วนราชการที่รับย้าย จะต้อง มีแพทย์ปฏิบัติงานน้อยกว่าร้อยละ 90 จากจำนวนที่ควรมีตามเกณฑ์ GIS

รายงานเก็ลชกร

1. คุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การย้ายฯ

(1) กรณีมีสัญญาผูกพันชดใช้ทุน (กรณีลาศึกษา) ต้องปฏิบัติงานในส่วนราชการเดิม ไม่น้อยกว่า 1 ใน 3 ของเวลาที่ต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนตามสัญญา

(2) กรณีไม่มีสัญญาผูกพันชดใช้ทุน ต้องปฏิบัติงานในส่วนราชการเดิมไม่น้อยกว่า 1 ปี

2. เกณฑ์สำหรับการย้ายเก็ลชกร

(1) สำหรับโรงพยาบาล ให้มีจำนวนเก็ลชกรได้ตามเกณฑ์ GIS (100 %)

(2) สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้มีจำนวนเก็ลชกรได้ไม่น้อยกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ 7 คน

(3) กรณีหน่วยงานใดที่มีจำนวนเก็ลชกรเป็นไปตามเกณฑ์ ข้อ (1) หรือ (2) แล้ว หากมีความจำเป็นและ ภาระงานสูง และมีความประสงค์จะรับย้ายเก็ลชกรเพิ่ม จะต้องเสนอผลงานย้อนหลัง 3 ปี เพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

ระดับโรงพยาบาลชุมชน

- 1) จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ และจำนวนใบสั่งยา (ต่อปี)
- 2) จำนวนผู้ป่วยในที่มารับบริการ (ต่อปี)
- 3) จำนวนสถานประกอบการตามกฎหมายในแต่ละอำเภอ
- 4) จำนวนสถานประกอบการที่ไม่ได้บังคับตามกฎหมาย (ตลาด/ร้านอาหาร/แผงลอย)
- 5) การเป็นสถาบันสมทบทางการศึกษา หรือสถานฝึกปฏิบัติในหลักสูตรฝึกอบรมเป็น

ผู้มีความรู้ความชำนาญในสาขาวิชาชีพเก็ลชกรกรม

6) โครงการหรือกิจกรรมพิเศษที่ต้องรับผิดชอบ ที่สนองนโยบายของกระทรวง

สาธารณสุข หรือรัฐบาล

ระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

- 1) จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ และจำนวนใบสั่งยา (ต่อปี)
- 2) จำนวนผู้ป่วยในที่มารับบริการ (ต่อปี)
- 3) มีหน่วยผสมเคมีบำบัด
- 4) การจัดบริการในระดับ Excellent Center
- 5) การเป็นสถาบันสมทบทางการศึกษา หรือสถานฝึกปฏิบัติในหลักสูตรฝึกอบรม

เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในสาขาวิชาชีพเก็ลชกรกรม

ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- 1) จำนวนหมู่บ้านในแต่ละจังหวัด
- 2) จำนวนสถานประกอบการ / สถานประกอบธุรกิจสุขภาพ (SPA)
- 3) จำนวนด่านนำเข้าอาหารและยา
- 4) พื้นที่เป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษ / เขตนิคมอุตสาหกรรม/เขตปริมณฑล/

จังหวัดท่องเที่ยวสำคัญ

5) ความกดดัน และลักษณะพิเศษของพื้นที่จังหวัด

วิธีการแสดงความจำนงขอย้าย

1. Address สำหรับการลงทะเบียนการย้ายของ 3 สายงาน <http://www.moph.go.th>
2. ให้ผู้ขอย้ายศึกษาข้อมูลกำลังคนสาธารณสุข (GIS) เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกสถานที่ขอย้าย
3. ให้ผู้ขอย้ายแสดงความจำนงโดย Download แบบขอย้าย และยื่นผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น
4. เมื่อได้รับอนุมัติให้ย้ายได้ ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่ของ รพศ./ รพท./ สสจ.จะเป็นผู้ลงทะเบียนใน Website
5. ผู้ขอย้ายสามารถตรวจสอบความถูกต้องของส่วนราชการที่ขอย้ายใน Website ได้ หากมีข้อผิดพลาด ต้องแจ้งให้ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่ของ รพศ./รพท./สสจ.เป็นผู้แก้ไข

กำหนดเวลาดำเนินการ

กำหนดวันดำเนินการ	กิจกรรม
วันจันทร์ที่ 10 ม.ค. 54 ถึงวันศุกร์ที่ 14 ม.ค.54	เปิด Website แสดงความจำนงขอย้าย (รอบที่ 1) ปิดการลงทะเบียน (เวลา 15.00 น.)
วันจันทร์ที่ 17 ม.ค. 54 ถึงวันพุธที่ 19 ม.ค.54 วันอังคารที่ 1 ก.พ.54 วันพฤหัสบดีที่ 3 ก.พ. 54 วันจันทร์ที่ 7 ก.พ. 54 ถึงวันพุธที่ 9 ก.พ. 54	ผู้บังคับบัญชาด้านสังกัด/ ปลายทาง พิจารณาให้ความเห็น ประชุมคณะกรรมการฯ พิจารณาการย้าย ประกาศผลการพิจารณาการย้าย (รอบที่ 1) เปิด Website แสดงความจำนงขอย้าย(รอบสุดท้าย) ปิดการลงทะเบียน (เวลา 15.00 น.)
วันพฤหัสบดีที่ 10 ก.พ. 54 ถึงวันศุกร์ที่ 11 ก.พ. 54 วันพุธที่ 23 ก.พ. 54 วันศุกร์ที่ 25 ก.พ. 54	ผู้บังคับบัญชาด้านสังกัด/ ปลายทาง พิจารณาให้ความเห็น ประชุมคณะกรรมการฯ พิจารณาการย้าย ประกาศผลการพิจารณาการย้าย (รอบสุดท้าย)

หมายเหตุ ผู้ขอย้ายสามารถตรวจสอบและขอให้แพทย์กรบุคคล หรือผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่ของ รพศ./รพท./สสจ. แก้ไขข้อมูลความถูกต้องในการขอย้าย

รอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 10- 14 ม.ค. 54

รอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 7 - 9 ก.พ. 54

1. ข้าพเจ้า (นาย , นาง , นางสาว).....
 (กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล) โปรดระบุ.....
 เลขประจำตัวประชาชน - - - -

นายแพทย์ ทันตแพทย์ เกสัชกร

กรณีมีภาระค่าใช้จ่าย	<input type="checkbox"/>	ทุนรัฐบาล	<input type="checkbox"/>	แพทย์ชนบท	<input type="checkbox"/>	แพทย์ที่เลี้ยง	<input type="checkbox"/>	ลาศึกษา
----------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------

ไม่มีภาระค่าใช้จ่าย

แพทย์รังสิต

แพทย์ที่เลี้ยง (ม.รังสิต)

วุฒิบัตรสาขา/หนังสืออนุมัติ สาขา.....

2. ตำแหน่ง (ตาม จ.18).....ระดับ.....บรรจุเมื่อวันที่.....
 ส่วนราชการ กลุ่มงาน.....โรงพยาบาล.....
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
 ปฏิบัติราชการจริงที่.....โรงพยาบาล.....
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....เมื่อวันที่.....

3. เหตุผลการขอย้าย.....

4. หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน).....(ที่ทำงานปัจจุบัน).....(มือถือ).....

5. มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการ
 ลำดับที่ 1 (รพช. / รพท. / รพศ.).....จังหวัด.....
 ลำดับที่ 2 (รพช. / รพท. / รพศ.).....จังหวัด.....

ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามข้อเท็จจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย
 (.....)
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

(ความเห็น).....
 (ลงชื่อ).....
 (.....)

(ผอ.รพช. / หัวหน้ากลุ่มงาน / ฝ่าย (รพช./รพท.)
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ
 (ลงชื่อ).....
 (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่
 (.....)
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

(นพ.สสจ. / ผอ.รพช. / ผอ.รพท.)
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

โทร.....

ใบขอย้าย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดกาฬสินธุ์

1. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ใบอนุญาต วุฒิบัตร.....

2. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง ระดับ.....

ตำแหน่งเลขที่..... ส่วนราชการ

ดำรงตำแหน่งเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. อัตราเงินเดือนปัจจุบันบาท

ปฏิบัติราชการจริงที่.....

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

ขณะนี้

อยู่ในระหว่างการลาศึกษา / ฝึกอบรม / หรือดูงาน หลักสูตร

ตั้งแต่วันที่ เดือน..... พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน..... พ.ศ.

ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษา / ฝึกอบรม / ดูงาน

อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานชนิดใช้ทุนหลักสูตร.....

ต้องปฏิบัติงานชนิดใช้ทุน ปี ตั้งแต่วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ถึงวันที่ เดือน..... พ.ศ.

ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

3. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้วจำนวน ฉบับ

4. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรง

ตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

ยินยอมลดระดับ

ไม่ยินยอมลดระดับ

5. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

อยู่ในระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินวิชาการ
ที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

6. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ที่ต้องการ)

- 6.1 เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว ขอเบิก ไม่ขอเบิก
6.2 เงินค่าพาหนะเดินทาง ขอเบิก ไม่ขอเบิก
6.3 เงินค่าเบี้ยเลี้ยง ขอเบิก ไม่ขอเบิก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย

(.....)

คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่

ตามที่ (นาย , นาง , นางสาว)

ตำแหน่ง.....มี

ความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งทางจังหวัด..... นั้น ได้พิจารณา

- ให้เบิกตามรายการที่ระบุใน 6
 ให้เบิกเฉพาะรายการที่
 ไม่ให้เบิกทุกรายการที่ระบุใน 6

(ลงชื่อ).....

(.....)

...../...../.....

- หมายเหตุ 1. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้ายหรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส
2. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
3. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา อายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ด้วย
4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการกอง หรือ หัวหน้าหน่วยราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้เป็นผู้ให้คำรับรอง เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับ ตำแหน่งใหม่ แล้วแต่กรณี