



ที่ สธ 0201.036/ว 306

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000

๒๙ ธันวาคม ๒๕๕๔

เรื่อง การย้ายหมอนเวียนแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ปี ๒๕๕๕

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. หลักเกณฑ์และวิธีการย้ายหมอนเวียนแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ปี ๒๕๕๕
2. แบบขอย้ายหมอนเวียนแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ปี ๒๕๕๕

ด้วยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการย้ายข้าราชการ 3 สายงาน (แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร) เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการกำลังคน และมีการกระจายกำลังคนทั้ง 3 สายงานอย่างเหมาะสม โดยให้ผู้ขอย้ายยื่นแบบขอย้าย (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 2) ผ่านความเห็นชอบของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน / หัวหน้ากลุ่มงานโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป) จนถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปด้วยความรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ จึงขอให้จังหวัดดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ให้จังหวัดดำเนินการปรับฐานข้อมูลกำลังคนด้านสาธารณสุข (GIS) ทั้ง 3 สายงาน ของทุกหน่วยงาน ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น ในจังหวัดให้ตรงกับข้อเท็จจริงตามที่ตัวปฏิบัติงานอยู่จริง เนื่องจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะใช้ในการพิจารณาการย้ายหมอนเวียนและจัดสรรแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ผู้ให้สัญญาของกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๕

2. ประชาสัมพันธ์แนวทางการดำเนินการให้แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ทุกคน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้ทราบถึงหลักเกณฑ์ และวิธีการในการย้ายที่แนบมาพร้อมนี้

ทั้งนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะเปิด Website ให้ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ลงทะเบียนใน Website ได้ตั้งแต่วันที่ 11 มกราคม ๒๕๕๕ เป็นต้นไป ผ่าน Website <http://www.moph.go.th> สำหรับการย้ายทั้ง 3 สายงานเฉพาะการย้ายข้ามจังหวัดเท่านั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายโสภณ เมฆธน)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติราชการแทน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักบริหารกลาง

กลุ่มบริหารงานบุคคล

โทร. 0 2590 1450 , 0 2590 1455 - 6

โทรสาร 0 2590 1455 - 6, 0 2590 1424

หมายเหตุ สำเนาส่งโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทุกแห่ง

หลักเกณฑ์และวิธีการย้ายหมอนเวียนแพทย์ ทันตแพทย์ เกษีขกร ปี 2555

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 2555 และจะดำเนินการย้ายโดยตัดโอนตำแหน่งและอัตราเงินเดือนตามตัวไปตั้งจ่ายในภายหลัง ดังนั้น ทั้ง 3 สายงานจะไม่มีกรย้ายอีกในรอบวันที่ 1 มิถุนายน 2555 (ซึ่งเป็นรอบย้ายปกติของสายงานอื่น ๆ) แต่จะพิจารณาการย้ายในรอบวันที่ 1 ธันวาคม 2555
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 2554 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 จะต้องแพทย์ปฏิบัติงานน้อยกว่าร้อยละ 90 จากจำนวนที่ควรมีตามเกณฑ์ GIS

สายงานเภสัชกร

1. คุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การย้ายฯ

(1) กรณีมีสัญญาผูกพันชดใช้ทุน (กรณีลาศึกษา) ต้องปฏิบัติงานในส่วนราชการเดิมไม่น้อยกว่า 1 ใน 3 ของเวลาที่ต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนตามสัญญา

(2) กรณีไม่มีสัญญาผูกพันชดใช้ทุน ต้องปฏิบัติงานในส่วนราชการเดิมไม่น้อยกว่า 1 ปี

2. เกณฑ์สำหรับการย้ายเภสัชกร

(1) สำหรับโรงพยาบาล ให้มีจำนวนเภสัชกรได้ตามเกณฑ์ GIS (100 %)

(2) สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้มีจำนวนเภสัชกรได้ไม่น้อยกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ 7 คน

(3) กรณีหน่วยงานใดที่มีจำนวนเภสัชกรเป็นไปตามเกณฑ์ ข้อ (1) หรือ (2) แล้ว หากมีความจำเป็นและ ภาระงานสูง และมีความประสงค์จะรับย้ายเภสัชกรเพิ่ม จะต้องเสนอผลงานย้อนหลัง 3 ปี เพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

ระดับโรงพยาบาลชุมชน

1) จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ และจำนวนใบสั่งยา (ต่อปี)

2) จำนวนผู้ป่วยในที่มารับบริการ (ต่อปี)

3) จำนวนสถานประกอบการตามกฎหมายในแต่ละอำเภอ

4) จำนวนสถานประกอบการที่ไม่ได้บังคับตามกฎหมาย (ตลาด/ร้านอาหาร/แผงลอย)

5) การเป็นสถาบันสมทบทางการศึกษา หรือสถานฝึกปฏิบัติในหลักสูตรฝึกอบรมเป็น

ผู้มีความรู้ความชำนาญในสาขาวิชาชีพเภสัชกรรม

6) โครงการหรือกิจกรรมพิเศษที่ต้องรับผิดชอบ ที่สนองนโยบายของกระทรวง

สาธารณสุข หรือรัฐบาล

ระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

1) จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ และจำนวนใบสั่งยา (ต่อปี)

2) จำนวนผู้ป่วยในที่มารับบริการ (ต่อปี)

3) มีหน่วยผสมเคมีบำบัด

4) การจัดบริการในระดับ Excellent Center

5) การเป็นสถาบันสมทบทางการศึกษา หรือสถานฝึกปฏิบัติในหลักสูตรฝึกอบรม

เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในสาขาวิชาชีพเภสัชกรรม

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 และยื่นผ่านผู้บังคับบัญชา

ตามลำดับชั้น

4. เมื่อได้รับอนุมัติให้ย้ายได้ ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่ของ รพศ./ รพท./ สสจ.

จะเป็นผู้ลงทะเบียนใน Website

5. ผู้ขอย้ายสามารถตรวจสอบความถูกต้องของส่วนราชการที่ขอย้ายใน Website ได้ หากมีข้อผิดพลาด ต้องแจ้งให้ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่ของ รพศ./รพท./สสจ.เป็นผู้แก้ไขก่อนปิดลงทะเบียน

กำหนดเวลาดำเนินการ

กำหนดวันดำเนินการ	กิจกรรม
วันพุธที่ 11 ม.ค.55 ถึงวันอังคารที่ 17 ม.ค.55	เปิด Website แสดงความจำนงขอย้าย (รอบที่ 1) ปิดการลงทะเบียน (เวลา 15.00 น.)
วันพุธที่ 18 ม.ค.55 ถึงวันศุกร์ที่ 20 ม.ค.55	ผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด/ ปลายทาง พิจารณาให้ความเห็น
วันพุธที่ 1 ก.พ.55	ประชุมคณะกรรมการฯ พิจารณาการย้าย
วันจันทร์ที่ 6 ก.พ.55	ประกาศผลการพิจารณาการย้าย (รอบที่ 1)
วันพุธที่ 8 ก.พ.55 ถึงวันศุกร์ที่ 10 ก.พ.55	เปิด Website แสดงความจำนงขอย้าย(รอบสุดท้าย) ปิดการลงทะเบียน (เวลา 15.00 น.)
วันจันทร์ที่ 13 ก.พ.55 ถึงวันอังคารที่ 14 ก.พ.55	ผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด/ ปลายทาง พิจารณาให้ความเห็น
วันพฤหัสบดีที่ 23 ก.พ.55	ประชุมคณะกรรมการฯ พิจารณาการย้าย
วันจันทร์ที่ 27 ก.พ.55	ประกาศผลการพิจารณาการย้าย (รอบสุดท้าย)

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

รอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 11- 17 ม.ค. 55

รอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 8 - 10 ก.พ. 55

แบบขอย้ายหมอนเวียนแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ปี 2555

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

นายแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร

กรณีมีภาระชดใช้ทุน	<input type="checkbox"/>	ทุนรัฐบาล	<input type="checkbox"/>	แพทย์ชนบท	<input type="checkbox"/>	แพทย์พี่เลี้ยง	<input type="checkbox"/>	ลาศึกษา
--------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------

ไม่มีภาระชดใช้ทุน

แพทย์รังสี

แพทย์พี่เลี้ยง (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 (รพศ./รพท.)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

(.....)

(นพ.สสจ. / ผอ.รพศ. / ผอ.รพท.)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

โทร.....