

ด่วนที่สุด

ที่ ยธ ๐๗๐๕.๔/๑๐๒๑๐๗

ถึง เรือนจำ ทัณฑสถาน สถานกักขัง และสถานกักกัน

ตามที่ กรมราชทัณฑ์ ได้อนุมัติโครงการจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในเรือนจำและทัณฑสถาน เนื่องจากปัจจุบันอัตรากำลังแพทย์ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ต้องขังที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ต้องขัง นั้น

ในการนี้ เพื่อให้ผู้ต้องขังป่วยสามารถเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลได้อย่างทั่วถึง กรมราชทัณฑ์จึงขอให้เรือนจำและทัณฑสถาน ที่มีความประสงค์จัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ดำเนินการจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา โดยให้ถือปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ อย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ ให้ดำเนินการจัดส่งเอกสารการจัดจ้างมายังกรมราชทัณฑ์เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป (รายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบท้าย)



กองบริการทางการแพทย์
โทร/โทรสาร ๐ ๒๙๖๗ ๓๓๕๑

หมายเหตุ : การจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา จะยกเว้นทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ และเรือนจำ/ทัณฑสถานบางแห่ง ซึ่งสามารถจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา ด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาล

หลักเกณฑ์ในการจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา

หน้าที่ความรับผิดชอบ ของแพทย์ห้วงเวลาในการปฏิบัติงานรักษาพยาบาลผู้ต้องขังป่วย

๑. ให้การตรวจรักษาผู้ต้องขังป่วยที่มาขอรับการรักษาในสถานพยาบาลเรือนจำ/ทัณฑสถาน

๒. ทำการผ่าตัดเล็กให้แก่ผู้ต้องขังป่วยตามที่สามารถทำได้

๓. เสนอแนะเรือนจำ/ทัณฑสถาน กรณีที่ผู้ต้องขังป่วยจำเป็นต้องส่งตัวออกไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลภายนอก

๔. ออกใบแสดงความเห็นแพทย์ ประกอบด้วยเรื่อง การขออนุญาตกรมราชทัณฑ์ ส่งตัวผู้ต้องขังป่วยออกรับการรักษาที่โรงพยาบาลภายนอก

รายละเอียดในการจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา

๑. คุณสมบัติ

๑.๑ มีสัญชาติไทย

๑.๒ **อายุไม่เกิน ๗๐ ปี** (หากเรือนจำ/ทัณฑสถานใดมีความจำเป็นในการจัดจ้างแพทย์ที่มีอายุมากกว่า ๗๐ ปี ขอให้แจ้งเหตุผลความจำเป็น เพื่อประกอบการพิจารณา)

๑.๓ ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ หรือเป็นบุคคลไร้ความสามารถจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง

๑.๔ ไม่เป็นผู้บกพร่องในศีลธรรมอันดีงามจนเป็นที่รังเกียจของสังคม

๑.๕ ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

๑.๖ ไม่เคยต้องโทษทางคดีอาญาจนถึงจำคุก เว้นแต่เป็นคดีที่ได้กระทำโดยประมาท หรือเป็นความผิดลหุโทษ

๑.๗ ไม่เคยถูกลงโทษให้ออก ปลดออก หรือไล่ออกจากราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

๑.๘ ไม่เคยเป็นผู้กระทำการทุจริตในการสอบเข้าราชการ หรือหน่วยงานของรัฐ

๑.๙ ไม่เป็นผู้เสพยาเสพติด

๒. เข้าปฏิบัติงานในเรือนจำ/ทัณฑสถาน ได้ไม่เกินสัปดาห์ละ ๓ วัน วันละไม่เกิน ๒ ชั่วโมง

๓. กรมราชทัณฑ์ อนุมัติค่าตอบแทนแพทย์ห้วงเวลา ในอัตราชั่วโมงละ ๕๐๐ บาท

๔. กรมราชทัณฑ์ อนุมัติค่าพาหนะเดินทางครั้งละ ๕๐๐ บาท สำหรับแพทย์ที่มีที่พำนักในเขตกรุงเทพมหานคร แต่เดินทางไปปฏิบัติงานในเขตปริมณฑลเท่านั้น ตามหนังสือกรมราชทัณฑ์ ที่ กค ๐๔๐๙.๗/๒๙๖๗๐ ลงวันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๔๘ เรื่องค่าตอบแทนแพทย์ห้วงเวลา

๕. แพทย์ห้วงเวลาที่เป็นแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐบาล ต้องเข้าปฏิบัติงานนอกเวลาราชการเท่านั้น

๖. เอกสารประกอบการสมัครแพทย์ห้วงเวลา ประกอบด้วย

๖.๑ ใบสมัคร (โดยการพิมพ์เท่านั้น และให้แพทย์ห้วงเวลาลงนาม)

๖.๒ ใบสัญญา จำนวน ๒ ชุด (โดยการพิมพ์เท่านั้น และให้แพทย์ห้วงเวลาลงนาม)

๖.๓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๖.๔ สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๖.๕ สำเนาใบอนุญาตผู้ประกอบโรคศิลปะ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๖.๖ สำเนาปริญญาบัตร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๖.๗ รูปถ่าย ขนาด ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป พร้อมเซ็นชื่อกำกับ

๖.๘ ใบรับรองแพทย์ อายุไม่เกิน ๑ เดือน นับถึงวันที่ส่งใบสมัคร

/๗. กรณีที่...

๗. กรณีที่เป็นแพทย์ห้วงเวลา ที่จัดจ้างในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ให้ส่งเฉพาะใบสัญญาจ้าง จำนวน ๒ ชุด ใบรับรองแพทย์ ใบประเมินการปฏิบัติงาน ในกรณีที่เบิกค่าพาหนะ ให้ส่งสำเนาทะเบียนบ้านด้วย

๘. กรณีที่มีการลาออกของแพทย์ห้วงเวลาในระหว่างปี ให้เรือนจำ/ทัณฑสถาน ทำหนังสือแจ้งมายังกรมราชทัณฑ์ และหากเรือนจำ/ทัณฑสถานต้องการจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลาคนใหม่ ให้ทำหนังสือส่งใบสมัครพร้อมสัญญาจ้าง (ดังข้อ ๖.) มายังกรมราชทัณฑ์ เพื่อพิจารณาอนุมัติก่อนดำเนินการจ้างต่อไป

๙. การจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา จะยกเว้นทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ และเรือนจำ/ทัณฑสถานบางแห่ง ซึ่งสามารถจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลาด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาล

.....

สัญญาการปฏิบัติหน้าที่เป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร
และบุคลากรทางการแพทย์ห้วงเวลา

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้นระหว่าง กรมราชทัณฑ์ โดยผู้อำนวยการกองบริการทางการแพทย์ ผู้ได้รับมอบอำนาจจากอธิบดีกรมราชทัณฑ์ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า "ผู้ว่าจ้าง" ฝ่ายหนึ่งกับ ..... เลขประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่ ..... ถนน .....ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....ซึ่งต่อไปนี้ในสัญญาเรียกว่า "ผู้รับจ้าง" (ผู้ปฏิบัติหน้าที่) อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายตกลงทำสัญญากัน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้รับจ้างประสงค์จะปฏิบัติหน้าที่ เป็นแพทย์ / ทันตแพทย์ / เภสัชกร /บุคลากรทางการแพทย์ ในการตรวจ วินิจฉัย และรักษาพยาบาลผู้ต้องขังเจ็บป่วย ประจำเรือนจำ / ทัณฑสถาน .....

ข้อ ๒ หากผู้รับจ้างประสงค์จะเปลี่ยนแปลงสถานที่ปฏิบัติงานตามข้อ ๑ ต้องได้รับความยินยอม **เป็นลายลักษณ์อักษร** จากคู่สัญญาทั้งสองฝ่าย

ข้อ ๓ ผู้รับจ้างตกลงเริ่มปฏิบัติหน้าที่ตามที่ระบุไว้ในข้อ ๑ ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อ ๔ ผู้รับจ้างตกลงปฏิบัติหน้าที่ตามที่ระบุไว้ในข้อ ๑ สัปดาห์ละ.....วัน วันละ.....ชั่วโมง

ข้อ ๕ ผู้ว่าจ้างตกลงจ่ายค่าตอบแทนให้ผู้รับจ้างในอัตราชั่วโมงละ ๕๐๐ บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

ข้อ ๖ ผู้ว่าจ้างตกลงจ่ายค่าพาหนะเดินทางให้ผู้รับจ้าง ครั้งละไม่เกิน ๕๐๐ บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน) เฉพาะกรณีที่พำนักอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครแต่เดินทางไปปฏิบัติงานในเขตปริมณฑล)

ข้อ ๗ ผู้รับจ้างตกลงปฏิบัติหน้าที่ตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับของผู้ว่าจ้างซึ่งกำหนดขึ้นภายใต้เงื่อนไขของกฎหมาย ไม่ขัดต่อศีลธรรมและวัฒนธรรมที่ดีขององค์กร

ข้อ ๘ คู่สัญญาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งอาจบอกเลิกสัญญาฉบับนี้ เมื่อได้บอกกล่าวล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรแก่คู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่งทราบไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน

ข้อ ๙ การบอกเลิกสัญญาตามข้อ ๘ ไม่ว่าด้วยกรณีใดๆ ไม่เป็นเหตุให้คู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่งจะเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ อันเกิดจากการบอกเลิกสัญญานั้น

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน คู่สัญญาได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยละเอียดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และคู่สัญญาต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

(ลงชื่อ) ..... **ผู้ว่าจ้าง** **(ลงชื่อ)** ..... **ผู้รับจ้าง**

(.....) (.....)

(ลงชื่อ) ..... **พยาน** **(ลงชื่อ)** ..... **พยาน**

(.....) (.....)

แบบประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของแพทย์ห้วงเวลา

คำชี้แจง

โปรดเติมเครื่องหมาย √ ในช่องว่าง และกรอกข้อความให้สมบูรณ์

๑. รวบรวมแบบประเมินส่งคืนกองบริการทางการแพทย์ เมื่อแพทย์ห้วงเวลาปฏิบัติงานครบ ๖ เดือน

ระดับการประเมินผล

ระดับคะแนน ๕	หมายถึง	มากที่สุด หรือดีมาก
ระดับคะแนน ๔	หมายถึง	มาก หรือดี
ระดับคะแนน ๓	หมายถึง	ปานกลาง หรือพอใช้
ระดับคะแนน ๒	หมายถึง	น้อย หรือต่ำกว่ามาตรฐาน
ระดับคะแนน ๑	หมายถึง	น้อยที่สุด หรือต้องปรับปรุงแก้ไข

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

☐ นพ. ☐ พญ.(ชื่อ).....สกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน

เป็นแพทย์สาขา ☐ อายุรกรรม ☐ ศัลยกรรม ☐ ออร์โธปิดิกส์ ☐ กุมารเวชกรรม
☐ สูติ-นรีเวชกรรม ☐ อื่นๆ .....

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล/คลีนิก ☐ ไม่ได้ปฏิบัติงานที่อื่น
☐ ปฏิบัติงานที่ (ชื่อ) .....จังหวัด.....

สมัครเป็นแพทย์ห้วงเวลาในเรือนจำ/ทัณฑสถาน.....

กำหนดการปฏิบัติงาน.....เดือน ตั้งแต่...../...../.....(วัน/เดือน/ปี) ถึง...../...../.....(วัน/เดือน/ปี)

รวมระยะเวลาที่ปฏิบัติงานจริงร้อยละ..... ไม่เข้าตรวจโดยไม่แจ้งล่วงหน้า.....ครั้ง

ส่วนที่ ๒ ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน

ปัจจัยที่ประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนนตามระดับผลการประเมิน				
	๕	๔	๓	๒	๑
ผลสำเร็จของงาน					
๑. ปริมาณงาน ได้แก่ ปริมาณงานมากน้อยที่ทำได้สำเร็จตามหน้าที่หรือตามที่ได้รับมอบหมายภายในเวลาที่กำหนด					
๒. คุณภาพของงาน ได้แก่ การปฏิบัติงานที่ได้ผลงานถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพสูง					
พฤติกรรมการทำงาน					
๓. มีความรู้ความเข้าใจกระบวนการ และขั้นตอนในการรักษาพยาบาลผู้ต้องขังในเรือนจำ					
๔. ความสามารถในการวิเคราะห์แก้ไขปัญหาและตัดสินใจได้อย่างรอบคอบ ทันเหตุการณ์					
๕. มีความสามารถในการประสานงาน และมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของเรือนจำ					
๖. ความกระตือรือร้น ความเต็มใจ และความตั้งใจในการปฏิบัติงาน					
๗. ความเสียสละ และอุทิศเวลาให้แก่งาน					
๘. ปฏิบัติตามนโยบาย กฎ ระเบียบ ความซื่อสัตย์สุจริต และการรักษาวินัย					
คุณลักษณะส่วนบุคคล					
๙. มนุษยสัมพันธ์ ทัศนคติต่อผู้ร่วมงาน และผู้รับบริการ					
๑๐. ความมีจริยธรรม และคุณธรรม					
รวมคะแนนผลการประเมิน					

ส่วนที่ ๓ ข้อเสนอแนะ

๑. สิ่งที่ท่านพึงพอใจในการจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลาในครั้งนี้

.....

.....

๒. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลาในครั้งต่อไป

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....