ด่วนที่สุด

ที่ ยธ ๐๗๐๕.๔/๒๗๙๒



ถึง เรือนจำ/ทัณฑสถาน สถานกักขังและสถานกักกัน

ตามที่ กรมราชทัณฑ์ ได้อนุมัติโครงการจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในเรือนจำ/ทัณฑสถาน เนื่องจากปัจจุบันอัตรากำลังแพทย์ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ต้องขังที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ต้องขัง นั้น

ในการนี้ เพื่อให้ผู้ต้องขังป่วยสามารถเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลได้อย่างทั่วถึง กรมราชทัณฑ์ จึงขอให้เรือนจำ/ทัณฑสถาน ที่มีความประสงค์จัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้จัดส่งเอกสารการจัดจ้าง (รายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบท้าย) มายังกรมราชทัณฑ์ เพื่อดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป



กองบริการทางการแพทย์
โทร/โทรสาร ๐ ๒๙๖๗ ๓๓๕๑

หมายเหตุ : การจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา จะยกเว้นทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ และเรือนจำ/ทัณฑสถานบางแห่ง ซึ่งสามารถจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา ด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาล

หลักเกณฑ์ในการจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา

<u>หน้าที่ความรับผิดชอบ</u> ของแพทย์ห้วงเวลาในการปฏิบัติงานรักษาพยาบาลผู้ต้องขังป่วย

๑. ให้การตรวจรักษาผู้ต้องขังป่วยที่มาขอรับการรักษาในสถานพยาบาลเรือนจำ/ทัณฑสถาน

๒. ทำการผ่าตัดเล็กให้แก่ผู้ต้องขังป่วยตามที่สามารถทำได้

๓. เสนอแนะเรือนจำ/ทัณฑสถาน กรณีที่ผู้ต้องขังป่วยจำเป็นต้องส่งตัวออกไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลภายนอก

๔. ออกใบแสดงความเห็นแพทย์ ประกอบด้วยเรื่อง การขออนุญาตกรมราชทัณฑ์ ส่งตัวผู้ต้องขังป่วยออกรับการรักษาที่โรงพยาบาลภายนอก

<u>รายละเอียดในการจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา</u>

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 ๒๕๖๑ ให้ส่งเฉพาะใบสัญญาจ้าง จำนวน ๒ ชุด ใบรับรองแพทย์ ยกเว้นกรณีที่เบิกค่าพาหนะ ให้ส่งสำเนาทะเบียนบ้านด้วย

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

๙. การจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา จะยกเว้นทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ และเรือนจำ/ทัณฑสถานบางแห่ง ซึ่งสามารถจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลาด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาล

.....

แบบใบสมัครแพทย์ห้วงเวลา

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1.5" x 2"

เรียน .....

ข้าพเจ้า .....

สัญชาติ ..... เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

อายุ ..... ปี ..... เดือน (นับถึงวันสมัคร)

ขอสมัครเป็นแพทย์ห้วงเวลาของกรมราชทัณฑ์ และขอแจ้งรายละเอียดเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

สถานที่เกิด จังหวัด..... ภูมิลำเนา.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

อาชีพ
- ลูกจ้าง / พนักงานของรัฐ
- เกษียณราชการ
- อื่นๆ โปรดระบุ.....

สถานที่ทำงาน กรม / บริษัท .....

กอง / แผนก ..... โทรศัพท์ .....

บัตรประจำตัวประชาชน เลขประจำตัว ☐ - ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐ - ☐☐

ออกให้ ณ อำเภอ / เขต ..... จังหวัด .....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า

ชื่อ สามี / ภรรยา ..... สัญชาติ ..... อาชีพ .....

ชื่อ บิดา ..... สัญชาติ ..... อาชีพ .....

ชื่อ มารดา ..... สัญชาติ ..... อาชีพ .....

๒. ประวัติการศึกษา

วุฒิที่ได้รับ	สาขา / วิชาเอก	ชื่อสถานศึกษา	ระยะเวลา ตั้งแต่............ถึง...........
มัธยมศึกษาตอนต้น	....	....	....
มัธยมศึกษาตอนปลาย	....	....	....
ปริญญาตรี	....	....	....
ปริญญาโท	....	....	....
ปริญญาเอก	....	....	....
อื่นๆ	....	....	....
	....	....	....
	....	....	....

๓. ประวัติการทำงาน / การฝึกงาน

ชื่อสถานที่ทำงาน/ฝึกงาน	ตำแหน่ง/ลักษณะงาน	เงินเดือนสุดท้ายก่อนออก	เหตุผลที่ออก
๑.	....	....	....
๒.	....	....	....
๓.	....	....	....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในใบสมัครนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .... ผู้สมัคร

(...)

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

สัญญาการปฏิบัติหน้าที่เป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและบุคลากรการแพทย์ห้วงเวลา

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้นระหว่าง กรมราชทัณฑ์ โดย ผู้อำนวยการกองบริการทางการแพทย์ ผู้ได้รับมอบอำนาจจากอธิบดีกรมราชทัณฑ์ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า "กรมราชทัณฑ์" ฝ่ายหนึ่ง กับ ..... อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายตกลงทำสัญญาต่อกัน ดังนี้

๑. .....ประสงค์จะปฏิบัติหน้าที่และกรมราชทัณฑ์ตกลงให้.....ปฏิบัติหน้าที่เป็นแพทย์ / ทันตแพทย์ / เภสัชกร / บุคลากรการแพทย์ห้วงเวลา โดยให้การตรวจ วินิจฉัย และรักษาพยาบาลผู้ต้องขังเจ็บป่วยประจำเรือนจำ / ทัณฑสถาน .....

๒. การเปลี่ยนแปลงสถานที่ปฏิบัติงานตามข้อ ๑ ต้องได้รับความยินยอมจากคู่สัญญาทั้งสองฝ่าย

๓. ..... ตกลงปฏิบัติหน้าที่ตามที่ระบุในข้อ ๑ สัปดาห์ละ ..... วันๆ ละ ..... ชั่วโมง

๔. กรมราชทัณฑ์ ตกลงจ่ายค่าตอบแทนให้ ..... ในอัตราชั่วโมงละ ..... บาท

๕. สัญญานี้เป็นอันสิ้นสุดเมื่อถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ของปีงบประมาณ เว้นแต่จะมีการบอกเลิกสัญญาตามข้อ ๖

๖. คู่สัญญาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง อาจบอกเลิกสัญญานี้ เมื่อได้บอกกล่าวล่วงหน้าแก่คู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่งอย่างน้อย ๓๐ วัน

การบอกเลิกสัญญาดังกล่าวไม่ว่าด้วยกรณีใดๆ ไม่เป็นเหตุให้คู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่งที่จะเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ อันเนื่องมาจากการบอกเลิกสัญญานั้น

สัญญานี้ได้ทำขึ้น ๒ ฉบับ มีเนื้อความถูกต้องตรงกัน คู่สัญญาเก็บไว้ฝ่ายละฉบับ คู่สัญญาได้อ่านเนื้อความโดยละเอียดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานเป็นสำคัญ

ลงชื่อ ..... กรมราชทัณฑ์

(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ตกลงปฏิบัติหน้าที่

(.....)

ลงชื่อ ..... พยานที่ ๑

(.....)

ลงชื่อ ..... พยานที่ ๒

(.....)

แบบประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของแพทย์ห้วงเวลา

คำชี้แจง

๑. โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง และกรอกข้อความให้สมบูรณ์

๒. 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	มากที่สุด หรือต้องปรับปรุงแก้ไข

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

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

เป็นแพทย์สาขา ☐ อายุรกรรม ☐ ศัลยกรรม ☐ ออร์โธปิดิกส์ ☐ กุมารเวชกรรม
☐ สูติ-นรีเวชกรรม ☐ อื่น ๆ .....

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

สมัครเป็นแพทย์ห้วงเวลาในเรือนจำ/ทัณฑสถาน.....

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

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานจริงร้อยละ..... ไม่เข้าตรวจโดยไม่แจ้งล่วงหน้า.....ครั้ง

ส่วนที่ ๒ ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน

แบบประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของแพทย์ห้วงเวลา

ปัจจัยที่ประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนนตามระดับผลการประเมิน				
	๕	๔	๓	๒	๑
ผลสำเร็จของงาน					
๑. ปริมาณงาน ได้แก่ ปริมาณงานมากน้อย ที่ทำได้สำเร็จตามหน้าที่หรือตามที่ได้รับมอบหมายภายในเวลาที่กำหนด					
๒. คุณภาพของงาน ได้แก่ การปฏิบัติงานที่ได้ผลงานถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ ปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพสูง					
พฤติกรรมการทำงาน					
๓. มีความรู้ความเข้าใจกระบวนการ และขั้นตอนในการรักษาพยาบาลผู้ต้องขังในเรือนจำ					
๔. ความสามารถในการวิเคราะห์แก้ไขปัญหาและตัดสินใจได้อย่างรอบคอบ ทันเหตุการณ์					
๕. มีความสามารถในการประสานงานและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของเรือนจำ					
๖. ความกระตือรือร้น ความเต็มใจ และความตั้งใจในการทำงาน					
๗. ความเสียสละและอุทิศเวลาให้แก่งาน					
๘. ปฏิบัติตามนโยบาย กฎ ระเบียบ ความซื่อสัตย์สุจริตและการรักษาวินัย					
คุณลักษณะส่วนบุคคล					
๙. มนุษย์สัมพันธ์ ทัศนคติต่อผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ					
๑๐. ความมีจริยธรรมและคุณธรรม					
รวมคะแนนผลการประเมิน					

ส่วนที่ ๓ ข้อเสนอแนะ

๑. สิ่งที่ท่านพึงพอใจในการจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลาในครั้งนี้

.....

.....

๒. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลาในครั้งต่อไป

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....