



คู่มือการปฏิบัติงาน  
การจ่ายเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ  
ของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)  
ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี



ฝ่ายสรรหาและบรรจุแต่งตั้ง  
กองการเจ้าหน้าที่  
องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี  
โทร. ๐-๔๕๒๕-๐๓๓๓ ต่อ ๒๐๐๘ (ศิริกาญจน์)

## คำนำ

ตามที่คณะกรรมการข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด จังหวัดอุบลราชธานี ได้มีประกาศ เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการกำหนดตำแหน่งและเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของ ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ลงวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓ นั้น

ฝ่ายสรรหาและบรรจุแต่งตั้ง กองการเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานในการจ่ายเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการ สาธารณสุข (พ.ต.ส.) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลในเรื่อง การจ่ายเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) ให้สามารถดำเนินการเป็นอย่างถูกต้องครบถ้วน และถือเป็นแนวทางปฏิบัติ ต่อไป

ฝ่ายสรรหาและบรรจุแต่งตั้ง  
กองการเจ้าหน้าที่  
องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี  
มิถุนายน ๒๕๖๙

## สารบัญ

| เรื่อง                                                                                                                                                                                                                                                                            | หน้า |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ● หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการกำหนดตำแหน่งและเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ<br>ของข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ลงวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓                                                                                                                          | ๑    |
| ● บัญชีกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการ<br>องค์การบริหารส่วนจังหวัด แนบท้ายประกาศ ก.จ.จ. อุบลราชธานี เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไข<br>เกี่ยวกับการกำหนดตำแหน่งและเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการ<br>องค์การบริหารส่วนจังหวัด | ๒    |
| ● การจ่ายเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)<br>กรณีขอรับเงิน พ.ต.ส.รายเดือน/ กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยไม่เปลี่ยนอัตราเงิน /<br>กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยเปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส                                                             | ๕    |
| ● แบบตรวจข้อมูลสิทธิ                                                                                                                                                                                                                                                              | ๗    |
| ● แบบตรวจสอบเอกสาร กลุ่มที่ ๑                                                                                                                                                                                                                                                     | ๙    |
| ● แบบตรวจสอบเอกสาร กลุ่มที่ ๒                                                                                                                                                                                                                                                     | ๑๐   |
| ● แบบตรวจสอบเอกสาร กลุ่มที่ ๓                                                                                                                                                                                                                                                     | ๑๑   |
| ภาคผนวก                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |

## การจ่ายเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

ตามที่ ก.จ.อุบลราชธานี ได้มีประกาศ ก.จ. อุบลราชธานี เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการกำหนดตำแหน่งและเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ลงวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓

ข้อ ๕ ให้ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งต่อไปนี้ เป็นผู้ที่ได้รับแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ และให้ได้รับเงินเพิ่มตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ในบัญชีแนบท้ายประกาศนี้

๕.๔ ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้ดำรงตำแหน่งนายแพทย์ ทันตแพทย์เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมายหรือนักวิชาการศึกษาพิเศษที่ปฏิบัติงานด้านการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย นักกิจกรรมบำบัดหรือนักอาชีวบำบัดที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก หรือนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านจิตวิทยาคลินิกหรือนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ทั้งนี้ ต้องเป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น โดยใช้ใบอนุญาตดังกล่าวปฏิบัติงานในการให้บริการด้านสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน ได้แก่ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุมป้องกันโรค ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคหรือด้านการฟื้นฟูสภาพและได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ตามบัญชีกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ให้ได้รับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ซึ่งเรียกโดยย่อว่า “พ.ต.ส.”

ข้อ ๗. ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่คณะกรรมการกลางข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ประกาศให้เป็นตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ ผู้ใดปฏิบัติงานไม่เต็มเดือนในเดือนใด ให้ผู้นั้นได้รับเงินเพิ่มสำหรับเดือนนั้นตามส่วนของจำนวนวันที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ แต่ถ้าในเดือนใดผู้นั้นได้ปฏิบัติหน้าที่ตามลักษณะงานที่กำหนดในบัญชีท้ายประกาศนี้ ผู้นั้นไม่มีสิทธิได้รับเงินเพิ่ม สำหรับเดือนนั้น ทั้งนี้ เว้นแต่ในกรณีดังต่อไปนี้

(๑) กรณีลาป่วยให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ในปีงบประมาณหนึ่งไม่เกินหกสิบวันทำการ เว้นแต่เป็นการป่วยอันเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ ก.จ. อาจกำหนดให้ได้รับเงินเพิ่มเกินหกสิบวันทำการได้ตามสมควรแก่กรณี

(๒) กรณีลาคลอดบุตร ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ไม่เกินเก้าสิบวัน

(๓) กรณีลาปฏิบัติงานให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ในปีงบประมาณหนึ่งไม่เกินสี่สิบห้าวันทำการ แต่สำหรับในปีแรกที่รับราชการให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ในปีงบประมาณนั้นไม่เกินไม่เกินสิบห้าวันทำการ

(๔) กรณีลาพักผ่อนประจำปี ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ไม่เกินระยะเวลาที่ผู้นั้นมีสิทธิลาพักผ่อนประจำปีที่กำหนดไว้ในหลักเกณฑ์ว่าด้วยการลา

(๕) กรณีลาอุปสมบทในพระพุทธศาสนาหรือลาไปประกอบพิธีฮัจย์ ณ เมืองเมกกะประเทศซาอุดีอาระเบีย ซึ่งมีใช่เป็นการลาภายในระยะเวลาสิบสองเดือนแรกที่เข้ารับราชการและตั้งแต่เริ่มรับราชการยังไม่เคยลาอุปสมบทในพระพุทธศาสนาหรือยังไม่เคยลาไปประกอบพิธีฮัจย์ ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างการลาได้ไม่เกินหกสิบวัน

/(๖) กรณี...

(๖) กรณีลาไปเข้ารับการตรวจเลือกหรือเข้ารับการเตรียมพล ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ไม่เกินหกสิบวัน แต่ถ้าพ้นระยะเวลาที่ลาดังกล่าวแล้ว ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อเข้าปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับการแต่งตั้งภายในเจ็ดวัน ให้งดจ่ายเงินเพิ่มหลังจากนั้นไว้จนถึงวันเข้าปฏิบัติหน้าที่หลัก

(๗) กรณีลาไปศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน หรือปฏิบัติงานการวิจัย ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ไม่เกินหกสิบวัน นั้น

**บัญชีกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ  
ของข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด แบบท้ายประกาศ ก.จ.จ. อุบลราชธานี เรื่อง หลักเกณฑ์และ  
เงื่อนไขเกี่ยวกับการกำหนดตำแหน่งและเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ  
ของข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด**

| ลำดับ<br>ที่ | ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ                                        | ประเภท<br>เงินเพิ่ม | หลักเกณฑ์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | อัตราเงิน<br>เพิ่ม<br>(บาท/เดือน) |
|--------------|--------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| ๔            | ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข<br>ในองค์กรปกครองส่วน<br>ท้องถิ่น | พ.ต.ส.              | ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของ<br>ผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข ให้ได้รับ พ.ต.ส.<br>ตามกลุ่มตำแหน่งตามลักษณะงาน ดังนี้<br>(๔) พยาบาลวิชาชีพ<br><u>กลุ่มที่ ๑</u> ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับ<br>แต่งตั้งตามที่ ก.จ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนด<br>ตำแหน่ง และได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานอย่างใด<br>อย่างหนึ่งดังต่อไปนี้<br>๑.๑ ให้บริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก<br>การพยาบาล ครอบครัวและชุมชน การบริการพยาบาล<br>อนามัยชุมชน อนามัยโรงเรียน อาชีวอนามัย หรือ<br>๑.๒ อาจารย์พยาบาลที่สอนและคุมการฝึก<br>ปฏิบัติงานของนักศึกษา โดยต้องร่วมให้บริการอย่าง<br>น้อย ๘ ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ในหน่วยบริการหรืองาน<br>บริการพยาบาลในกลุ่ม ๑.๑ ให้ได้รับ พ.ต.ส. อัตรา<br><u>กลุ่มที่ ๒</u> ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้ง<br>ตามที่ ก.จ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง<br>และได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่ง<br>ดังต่อไปนี้<br>๒.๑ ให้บริการพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและ<br>ฉุกเฉิน ห้องสังเกตอาการ ห้องคลอด ห้องผ่าตัด แผนก<br>ผู้ป่วยใน หรือ<br>๒.๒ ให้บริการพยาบาลซึ่งมีลักษณะงานอย่างใด<br>อย่างหนึ่ง ดังนี้ | ๑,๐๐๐                             |

| ลำดับ<br>ที่ | ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ                                        | ประเภท<br>เงินเพิ่ม | หลักเกณฑ์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | อัตราเงิน<br>เพิ่ม<br>(บาท/เดือน) |
|--------------|--------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| ๔            | ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข<br>ในองค์กรปกครองส่วน<br>ท้องถิ่น | พ.ต.ส.              | <p>- งานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC)</p> <p>- งานตรวจบำบัดพิเศษ โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางตรงตามสาขาที่ปฏิบัติงานในหลักสูตรที่สภาการพยาบาลรับรอง ได้แก่ การพยาบาลในหน่วยเคมีบำบัด รังสีรักษา การตรวจรักษาผ่านกล้องหรือเครื่องมือพิเศษทางการแพทย์ การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก การตรวจสวนหัวใจ การตรวจสมรรถภาพหัวใจและปอด การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้ปอดและหัวใจเทียม ไตเทียม งานปลูกถ่ายอวัยวะ การบำบัดทางจิต - ประสาท การบำบัดยาเสพติด การบำบัดด้วยไฟฟ้า การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย/ผู้พิการ การให้คำปรึกษาพิเศษด้านสุขภาพ</p> <p>- การตรวจบำบัดพิเศษเฉพาะทางอื่น ๆ รวมทั้งการรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรตั้งแต่ ๔ เดือนขึ้นไป ที่สภาการพยาบาลรับรอง หรือ</p> <p>๒.๓ อาจารย์พยาบาลที่สอนและคุมการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา โดยต้องร่วมให้บริการอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ในหน่วยบริการหรืองานบริการพยาบาลในกลุ่ม ตามข้อ ๒.๑ หรือ ๒.๒ ให้ได้รับ พ.ต.ส.</p> <p><u>กลุ่มที่ ๓</u> ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.จ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง และได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้</p> <p>๓.๑ ให้บริการพยาบาล ดังนี้</p> <p>- การพยาบาลวิสัญญี โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาลที่มีระยะเวลาตั้งแต่ ๑ ปีขึ้นไป</p> <p>- การพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยการพยาบาลที่ได้รับปริญญาโทสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner)</p> | ๑,๕๐๐                             |

| ลำดับ<br>ที่ | ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ                                        | ประเภท<br>เงินเพิ่ม | หลักเกณฑ์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | อัตราเงินเพิ่ม<br>(บาท/เดือน) |
|--------------|--------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| ๔            | ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข<br>ในองค์กรปกครองส่วน<br>ท้องถิ่น | พ.ต.ส.              | <p>- การพยาบาลในแผนกผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วย<br/>วิกฤต (ICU หรือ CCU) หรือการพยาบาลผู้ป่วยหนัก<br/>หรือผู้ป่วยวิกฤตนอกแผนกดังกล่าว โดยพยาบาลที่ผ่าน<br/>การอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วย<br/>วิกฤต การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อมีอาการหรืออันตราย<br/>(โรคตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข)</p> <p>- การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยผู้ที่ได้รับ<br/>วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบ<br/>วิชาชีพฯ (APN) จากสภาการพยาบาล หรือสำเนา<br/>วุฒิบัตรปริญญาโทขึ้นไปทางการพยาบาลเฉพาะทาง<br/>ทางคลินิกและมีคุณสมบัติสมัครสอบ วุฒิบัตรแสดง<br/>ความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพฯ ของสภา<br/>การพยาบาล หรือ</p> <p>๓.๒ ปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าทีมควบคุมในการ<br/>พัฒนาระบบคุณภาพการบริการทางการพยาบาล<br/>เป็นจำนวนตามมาตรฐานที่ ก.จ.หรือ สำนักงาน ก.พ.<br/>และกระทรวงการคลังกำหนด</p> <p>๓.๓ ๒.๓ อาจารย์พยาบาลที่สอนและคุมการ<br/>ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา โดยต้องร่วมให้บริการ<br/>อย่างน้อย ๘ ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ในหน่วยบริการหรือ<br/>งานบริการพยาบาลในกลุ่ม ตามข้อ ๓.๑<br/>ให้ได้รับ พ.ต.ส.</p> | ๒,๐๐๐                         |

การจ่ายเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

กรณีขอรับเงิน พ.ต.ส.รายเดือน/ กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยไม่เปลี่ยนอัตราเงิน /

กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยเปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส

๑. ให้ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้ดำรงตำแหน่งและได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ตามบัญชีกำหนดลักษณะและอัตราเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ยื่นแบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิการรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) กรณีบรรจุใหม่ หรือตรวจสอบสิทธิครั้งแรก เสนอดันสังกัดที่ผู้มีสิทธิปฏิบัติงานอยู่ เพื่อพิจารณาความถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วยเอกสาร หลักฐาน ดังนี้

(๑) แบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิ

(๒) สำเนาใบประกอบวิชาชีพ (ไม่หมดอายุ)

(๓) สำเนาผ่านการอบรมในหลักสูตรที่ปฏิบัติ

(๔) หลักฐานการมอบหมายงาน เช่น คำสั่งฯ หรือหลักฐานที่ได้รับการมอบหมายให้ปฏิบัติงานนั้นๆ

(๕) สำเนาวุฒิบัตร (สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ/การพยาบาลเฉพาะทางทางคลินิก)

กรณีเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน ตำแหน่ง หรือหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ให้ผู้มีสิทธิได้รับเงินเพิ่ม พ.ต.ส. มีหน้าที่แจ้งแก่เจ้าหน้าที่ผู้ที่ได้รับผิดชอบงานการเบิกจ่ายเงินของต้นสังกัดที่ผู้มีสิทธิปฏิบัติงานอยู่ เพื่อแก้ไขข้อมูล ตามแบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิการรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) ฯ กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยไม่เปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส. ประกอบด้วยเอกสาร หลักฐาน ดังนี้

(๑) แบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิ

(๒) สำเนาใบประกอบวิชาชีพ (ไม่หมดอายุ)

(๓) สำเนาผ่านการอบรมในหลักสูตรที่ปฏิบัติ

(๔) หลักฐานการมอบหมายงาน เช่น คำสั่งฯ หรือหลักฐานที่ได้รับการมอบหมายให้ปฏิบัติงานนั้นๆ

(๕) สำเนาวุฒิบัตร (สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ/การพยาบาลเฉพาะทางทางคลินิก)

(๖) สำเนาคำสั่งย้าย

กรณีเปลี่ยนแปลงอัตราเงินเพิ่ม พ.ต.ส. ให้ผู้มีสิทธิได้รับเงินเพิ่ม พ.ต.ส. มีหน้าที่แจ้งแก่เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับผิดชอบงานการเบิกจ่ายเงินของต้นสังกัดที่ผู้มีสิทธิปฏิบัติงานอยู่ เพื่อแก้ไขข้อมูลสิทธิ การรับเงินเพิ่ม พ.ต.ส. ในอัตราที่เพิ่มขึ้น ตามแบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิการรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุ พิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) ฯ กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยเปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส. ประกอบด้วยเอกสาร หลักฐาน ดังนี้

(๒) แบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิ

(๒) สำเนาใบประกอบวิชาชีพ (ไม่หมดอายุ)

(๓) สำเนาผ่านการอบรมในหลักสูตรที่ปฏิบัติ

(๔) หลักฐานการมอบหมายงาน เช่น คำสั่งฯ หรือหลักฐานที่ได้รับการมอบหมายให้ปฏิบัติงานนั้นๆ

(๕) สำเนาวุฒิบัตร (สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ/การพยาบาลเฉพาะทางทางคลินิก)

๒. ให้เจ้าหน้าที่ผู้ที่ได้รับผิดชอบงานการเบิกจ่ายเงินของต้นสังกัดที่มีสิทธิปฏิบัติงานอยู่ ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเพิ่ม พ.ต.ส. ตามแบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิการรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุขสาธารณสุข (พ.ต.ส.) ๗

(๑) กรณีขอรับเงิน พ.ต.ส. รายเดือนปกติ ตามกลุ่มที่ได้รับเงินเพิ่ม (บรรจุใหม่หรือตรวจสอบสิทธิครั้งแรก หรือ

(๒) กรณีเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน ตำแหน่ง หรือหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน หรือ

(๓) กรณีเปลี่ยนแปลงอัตราเงินเพิ่ม พ.ต.ส.

ให้ถูกต้อง ครบถ้วนและแจ้งผลการตรวจสอบดังกล่าวให้ กองการเจ้าหน้าที่ เพื่อดำเนินการมีคำสั่งการรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงาน สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี ด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

ทั้งนี้ หากผู้มีสิทธิคนใดแจ้งข้อมูลสิทธิการรับเงินเพิ่ม พ.ต.ส. เป็นเท็จหรือละเว้นไม่แจ้งแก้ไขข้อมูลสิทธิของตนให้ถูกต้อง โดยเจตนาให้เกิดความเสียหายแก่หน่วยงานของรัฐ อาจมีความผิดตามประมวล กฎหมายอาญา มาตรา ๑๓๗ หรือมาตรา ๒๖๗ และอาจถูกดำเนินการทางวินัยฐานทุจริตเงิน พ.ต.ส. ได้ และการกำหนดแนวทางการพิจารณาเบิกจ่ายเงินเพิ่ม พ.ต.ส. ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี ได้นำแนวทางการพิจารณาเบิกจ่ายเงินเพิ่ม พ.ต.ส. ของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข มากำหนดเพื่อใช้ เป็นแนวทางในการเบิกจ่ายเงินเพิ่ม พ.ต.ส. ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี โดยอนุโลม

**แบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิ**  
**การรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)**

- ☐ กรณีขอรับเงิน พ.ต.ส. รายเดือนปกติ
- ☐ กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยไม่เปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส.      ☐ กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยเปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

ข้าราชการผู้ดำรงตำแหน่ง.....

ปฏิบัติงานในราชการ

☐ ฝ่าย.....สังกัดกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี

☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

อำเภอ.....สังกัดกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี

ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่ง.....

ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งในด้าน

- ☐ ด้านปฏิบัติการ    ☐ ด้านการวางแผน    ☐ ด้านการประสานงาน    ☐ ด้านการบริการ

ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานตามคำสั่งมอบหมายงาน

- ☐ นายแพทย์ หรือผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (แพทย์)    ☐ ทันตแพทย์ หรือผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (ทันตแพทย์)
- ☐ เกษีษกร หรือผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (เกษีษกรรม)    ☐ พยาบาลวิชาชีพ
- ☐ สหวิชาชีพ (ระบุตำแหน่ง) .....

ซึ่งมีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. ในกลุ่มที่..... ข้อ.....

ในอัตราเดือนละ.....บาท

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการรับเงิน พ.ต.ส ดังนี้

- ☐ สำเนาใบประกอบวิชาชีพ
- ☐ สำเนารุฒิบัตรและหรืออนุสาขา (สำหรับงานแพทย์ที่จบสาขาเฉพาะทาง)
- ☐ สำเนาผ่านการอบรมในหลักสูตรที่ปฏิบัติ
- ☐ หลักฐานการมอบหมาย ได้แก่ คำสั่งฯ หรือหลักฐานการได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานนั้น ๆ

**คำเตือน :** กรณีเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน เปลี่ยนแปลงตำแหน่ง หรือเปลี่ยนแปลงหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. มีหน้าที่แจ้งให้กองการเจ้าหน้าที่ เพื่อแก้ไขข้อมูลสิทธิการรับเงิน พ.ต.ส. ให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบันตลอดเวลาที่รับเงิน พ.ต.ส. และหากผู้มีสิทธิคนใด แจ้งข้อมูลสิทธิการรับเงิน พ.ต.ส. เป็นเท็จ หรือละเว้นไม่แจ้งแก้ไขข้อมูลสิทธิของตนให้ถูกต้อง โดยเจตนาให้เกิดความเสียหายแก่หน่วยงานของรัฐ อาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๑๓๗ หรือมาตรา ๒๖๗ และอาจถูกดำเนินการทางวินัยฐานทุจริตเงิน พ.ต.ส ได้

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่ .....

/ ความเห็นผู้บังคับ...

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ความเห็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้น (ผอ.รพ.สต.)<br><div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> รับรองข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ<br/> <input type="checkbox"/> ไม่รับรอง<br/>           เหตุผล.....<br/>           ลงชื่อ.....<br/>           (.....)<br/>           ตำแหน่ง<br/>           วันที่.....         </div> |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ผลการตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด<br><input type="checkbox"/> ครบถ้วน ตั้งแต่วันที่ ..... ถึง.....<br><input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน<br>เพราะ .....<br>ลงชื่อ.....<br>(.....)<br>ตำแหน่ง<br>วันที่.....<br>(เจ้าหน้าที่ผู้ที่ได้รับผิดชอบงานการเบิกจ่ายเงิน<br>ของต้นสังกัด)                                               | รับรองผลการตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด<br><input type="checkbox"/> รับรองผลการตรวจสอบ<br><input type="checkbox"/> ไม่รับรองรับผล<br>เหตุผล.....<br>ลงชื่อ.....<br>(.....)<br>ตำแหน่ง<br>วันที่.....<br>(ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข)                    |
| ผลการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายตามคุณสมบัติใน<br>หลักเกณฑ์ที่กำหนด<br><input type="checkbox"/> ครบถ้วน ตั้งแต่วันที่ ..... ถึง.....<br><input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน<br>เพราะ .....<br>ลงชื่อ.....<br>(.....)<br>ตำแหน่ง<br>วันที่.....<br>(เจ้าหน้าที่การเงินที่ได้รับมอบหมาย)                                                    | รับรองผลการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายตามคุณสมบัติใน<br>หลักเกณฑ์ที่กำหนด<br><input type="checkbox"/> รับรองผลการตรวจสอบ<br><input type="checkbox"/> ไม่รับรองรับผล<br>เพราะ .....<br>ลงชื่อ.....<br>(.....)<br>ตำแหน่ง<br>วันที่.....<br>(ผู้อำนวยการกองคลัง) |
| <input type="checkbox"/> เห็นชอบ มีสิทธิได้รับเงินเพิ่ม พ.ต.ส. ตามหลักเกณฑ์กำหนด<br><input type="checkbox"/> ไม่เห็นชอบ<br>เหตุผล.....<br>ลงชื่อ.....<br>(.....)<br>ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี<br>วันที่.....                                                                                                      | <input type="checkbox"/> อนุมัติ ให้เบิกเงินเพิ่ม พ.ต.ส. ตามหลักเกณฑ์กำหนด<br><input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ<br>เหตุผล.....<br>ลงชื่อ.....<br>(.....)<br>ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี<br>วันที่.....                                 |
| ผู้มีสิทธิได้รับเงินเพิ่ม พ.ต.ส. รับทราบผลการพิจารณาแล้ว<br>ลงชื่อ.....<br>(.....)<br>ตำแหน่ง<br>วันที่.....                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                              |

**แบบตรวจสอบเอกสารหลักฐาน**  
**ประกอบการรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)**

๙

ชื่อ-สกุล .....

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ.....

ขอรับเงิน พ.ต.ส. ในกลุ่มที่ ๑

อัตราเงิน ๑,๐๐๐ บาท/เดือน

| รายการตรวจสอบเอกสาร                                                                                                                                                                                                                                                  | เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ              |                         |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|----------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | ครบถ้วน / ถูกต้อง               | ไม่ถูกต้อง / ไม่ครบถ้วน | หมายเหตุ |
| ๑. แบบตรวจสอบสิทธิการรับเงินเพิ่ม พ.ต.ส. จำนวน ๑ ฉบับ                                                                                                                                                                                                                |                                 |                         |          |
| ๒. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เลขที่.....<br>ออกให้เมื่อ.....ถึง.....<br>จำนวน ๑ ฉบับ                                                                                                                                                                                |                                 |                         |          |
| ๓. สำเนาคำสั่งให้ปฏิบัติหน้าที่ ให้บริการพยาบาล ในแผนกผู้ป่วยนอก<br>การพยาบาลครอบครัวและชุมชน การบริการพยาบาลอนามัยชุมชน อนามัย<br>โรงเรียน อาชีวอนามัย คำสั่ง.....ที่.....<br>ลงวันที่.....หรือ แบบมอบหมายงานในหน้าที่ที่ปฏิบัติ<br>จำนวน ๑ ฉบับ (กลุ่มที่ ๑ ข้อ ๑) |                                 |                         |          |
| ๕. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)<br>จำนวน ..... ฉบับ                                                                                                                                                                                                               |                                 |                         |          |
| ๖. อื่นๆ .....<br>.....<br>จำนวน ..... ฉบับ                                                                                                                                                                                                                          |                                 |                         |          |
| รวม จำนวน ..... ฉบับ (ทั้งหมด)                                                                                                                                                                                                                                       | ลงชื่อ<br><br>ตำแหน่ง<br>วันที่ |                         |          |
| **ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกแผ่น                                                                                                                                                                                                                                     |                                 |                         |          |

แบบตรวจสอบเอกสารหลักฐานประกอบการรับเงิน (พ.ต.ส.)  
ประกอบการรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

๑๐

ชื่อ-สกุล .....

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ.....

ขอรับเงิน พ.ต.ส. ในกลุ่มที่ ๒

อัตราเงิน ๑,๕๐๐ บาท/เดือน

| รายการตรวจสอบเอกสาร                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ              |  |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|----------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ครบถ้วน / ถูกต้อง               |  | หมายเหตุ |
| ๑. แบบตรวจสอบสิทธิการรับเงินเพิ่ม พ.ต.ส. จำนวน ๑ ฉบับ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 |  |          |
| ๒. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เลขที่.....<br>ออกให้เมื่อ.....ถึง.....<br>จำนวน ๑ ฉบับ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 |  |          |
| ๓. สำเนาคำสั่งให้ปฏิบัติหน้าที่ ให้บริการพยาบาล ในแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ห้องสังเกตอาการ ห้องคลอด ห้องผ่าตัด แผนกผู้ป่วยใน คำสั่ง.....ที่ .....<br>ลงวันที่.....หรือ แบบมอบหมายงาน<br>ในหน้าที่ที่ปฏิบัติจำนวน ๑ ฉบับ (กลุ่มที่ ๒ ข้อ ๑)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |  |          |
| ๔. สำเนาคำสั่งให้ปฏิบัติหน้าที่ ให้บริการพยาบาล ซึ่งมีลักษณะงานอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือ แบบมอบหมายงานในหน้าที่ที่ปฏิบัติ ดังนี้<br>๑) งานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC)<br>๒) งานตรวจบำบัดพิเศษโดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางตรงตามสาขาที่ปฏิบัติงานในหลักสูตรที่สภาการพยาบาลรับรอง ได้แก่ การพยาบาลในหน่วยเคมีบำบัด รังสีรักษา การตรวจรักษาผ่านกล้องหรือเครื่องมือพิเศษทางการแพทย์ การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก การตรวจสวนหัวใจ การตรวจสมรรถภาพหัวใจและปอด การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้ปอดและหัวใจเทียม ไตเทียมการปลูกถ่ายอวัยวะ การบำบัดทางจิตประสาท การบำบัดยาเสพติด การบำบัดด้วยไฟฟ้า การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย/ผู้พิการ การให้คำปรึกษาพิเศษด้านสุขภาพ<br>๓) การตรวจบำบัดพิเศษเฉพาะทางอื่นๆ รวมทั้งการพยาบาลขั้นต้น<br>โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรตั้งแต่ ๔ เดือนขึ้นไป ที่สภาการพยาบาลรับรอง<br>คำสั่ง.....ที่ .....<br>ลงวันที่ .....จำนวน ๑ ฉบับ (กลุ่มที่ ๒ ข้อ ๒) |                                 |  |          |
| ๔. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                 |  |          |
| ๕. อื่นๆ .....<br>.....<br>จำนวน ..... ฉบับ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |  |          |
| รวม จำนวน ..... ฉบับ (ทั้งหมด)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ลงชื่อ<br><br>ตำแหน่ง<br>วันที่ |  |          |
| **ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกแผ่น                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |  |          |

| แบบตรวจสอบเอกสารหลักฐาน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 |                           |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|----------|
| ประกอบการรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                 |                           |          |
| ชื่อ-สกุล .....<br>ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ.....<br>ขอรับเงิน พ.ต.ส. ในกลุ่มที่ ๓<br>อัตราเงิน ๒,๐๐๐ บาท/เดือน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                 |                           |          |
| รายการตรวจสอบเอกสาร                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ              |                           |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ครบถ้วน<br>/ ถูกต้อง            | ไม่ถูกต้อง/<br>ไม่ครบถ้วน | หมายเหตุ |
| ๑. แบบตรวจสอบสิทธิการรับเงินเพิ่ม พ.ต.ส. จำนวน ๑ ฉบับ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 |                           |          |
| ๒. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เลขที่.....<br>ออกให้เมื่อ.....ถึง..... จำนวน ๑ ฉบับ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                 |                           |          |
| ๓. การให้บริการพยาบาล ดังนี้<br>๓.๑ พยาบาลวิสัญญี<br>( ) สำเนาประกาศนียบัตรการอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาลที่มีระยะเวลาตั้งแต่ ๑ ปีขึ้นไป<br>๓.๒ พยาบาลเวชปฏิบัติ<br>( ) สำเนาวุฒิบัตรปริญญาโทสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner)<br>๓.๓ การพยาบาลในแผนกผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยวิกฤต (ICU หรือ CCU) หรือการพยาบาลผู้ป่วยหนัก หรือผู้ป่วยวิกฤต<br>นอกแผนกดังกล่าว<br>( ) สำเนาประกาศนียบัตรการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยวิกฤต<br>๓.๔ การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อมีแรงหรืออันตราย (โรคตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข)<br>( ) สำเนาคำสั่งให้ปฏิบัติหน้าที่ ให้บริการพยาบาล ซึ่งมีลักษณะงานอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือ แบบมอบหมายงานใน<br>หน้าที่ที่ปฏิบัติ<br>๓.๕ การพยาบาลขั้นสูง<br>( ) สำเนาวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพฯ (APN) จากสภาการพยาบาล หรือสำเนา<br>วุฒิบัตรปริญญาโทขึ้นไปทางการพยาบาลเฉพาะทางทางคลินิกและมีคุณสมบัติสมัครสอบ วุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญ<br>ในการประกอบวิชาชีพฯ ของสภาการพยาบาล<br>คำสั่ง.....ที่ .....<br>ลงวันที่.....<br>จำนวน ๑ ฉบับ (กลุ่มที่ ๓ ข้อ ๑) |                                 |                           |          |
| ๔. สำเนาคำสั่งให้ปฏิบัติหน้าที่ ปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าทีมควบคุมในการพัฒนาระบบคุณภาพการบริการทางการแพทย์<br>เป็นจำนวน ตามมาตรฐานที่สำนักงาน ก.พ. และกระทรวงการคลังกำหนด<br>คำสั่ง.....ที่ .....<br>ลงวันที่.....หรือ แบบมอบหมายงานในหน้าที่ที่ปฏิบัติจำนวน ๑ ฉบับ (กลุ่มที่ ๓ ข้อ ๒)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                 |                           |          |
| ๕. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                 |                           |          |
| ๖. อื่นๆ .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 |                           |          |
| .....จำนวน ..... ฉบับ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 |                           |          |
| รวม จำนวน ..... ฉบับ (ทั้งหมด)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ลงชื่อ<br><br>ตำแหน่ง<br>วันที่ |                           |          |
| **ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกแผ่น                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |                           |          |

ภาคผนวก



ประกาศคณะกรรมการข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด จังหวัดอุบลราชธานี  
เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการกำหนดตำแหน่งและเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของ  
ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด

อาศัยอำนาจตามความมาตรา 13 (3) แห่งพระราชบัญญัติบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และข้อ 50 แห่งประกาศคณะกรรมการข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด จังหวัดอุบลราชธานี เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ลงวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 มติคณะกรรมการกลางข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ก.จ.) ในการประชุมครั้งที่ 10/2552 เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2552 และมติ ก.จ.จ. อุบลราชธานี ในการประชุมครั้งที่ 1/2553 เมื่อวันที่ 29 มกราคม 2553 มีมติเห็นชอบให้กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการกำหนดตำแหน่งและเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ไว้ดังนี้

ข้อ 1 ในประกาศนี้ เรียกว่า ประกาศคณะกรรมการข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด จังหวัดอุบลราชธานี เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการกำหนดตำแหน่งและเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ข้อ 2 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ 3 ให้ยกเลิกประกาศ ก.จ.จ.อุบลราชธานี เรื่อง กำหนดให้ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้รับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ลงวันที่ 3 เมษายน 2549

ข้อ 4 ในประกาศนี้

“เงินเพิ่ม” หมายความว่า เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดตามประกาศนี้

“เหตุพิเศษ” หมายความว่า การทำงานที่มีสภาพการทำงานไม่น่าอภิรมย์ ยากลำบาก ตรายศรั เสี่ยงภัย เคร่งเครียด กดดันหรือเป็นการทำงานที่มีสภาพการทำงานเสี่ยงอันตรายทั้งต่อชีวิต ร่างกาย อาจมีผลกระทบต่อร่างกาย อาจก่อให้เกิดโรคจากการปฏิบัติงาน การสูญเสียอวัยวะหรือเป็นการทำงานที่ต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ ประสิทธิภาพสูง ซึ่งเป็นสาขาที่ขาดแคลน มีการสูญเสียผู้ปฏิบัติงานออกจากระบบราชการเป็นจำนวนมาก

ข้อ 5 ให้ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้ที่ได้รับแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งดังต่อไปนี้ เป็นผู้ที่ได้รับแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษและให้ได้รับเงินเพิ่มตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ในบัญชีท้ายประกาศนี้

5.1 ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งได้รับแต่งตั้งให้ปฏิบัติงานเป็น ครู การศึกษาพิเศษ สอนคนตาบอด สอนคนหูหนวก สอนคนร่างกายพิการทางแขนขาและลำตัวและคนปัญญาอ่อนหรือตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวงสาธารณสุข ออกตามความในมาตรา 4 และ มาตรา 20

แห่งพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ที่ปฏิบัติงานสอนในสถานศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ได้รับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของครูการศึกษาพิเศษ ซึ่งเรียกโดยย่อว่า “พ.ค.ศ.”

5.2 ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้ได้รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์โดยผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เนื่องจากเป็นคนพิการทางกาย ทางสมองและปัญญาทางจิตประสาท เป็นคนชราที่เจ็บป่วยหรือหลงหรือเป็นคนไร้ที่พึ่งที่มีปัญหาด้านจิตประสาท ซึ่งในการปฏิบัติงานต้องดูแลให้การสงเคราะห์ ฟื้นฟูและพัฒนา โดยสัมผัสกับผู้รับการสงเคราะห์ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยตรง ให้ได้รับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ซึ่งเรียกโดยย่อว่า “พ.ด.พ.”

5.3 ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้ดำรงตำแหน่งในสายงานนิติกร ตำแหน่งนิติกรระดับ 3 - 8 ซึ่งอยู่ในหลักเกณฑ์และเงื่อนไข ดังต่อไปนี้เป็นผู้ดำรงตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษให้ได้รับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านกฎหมาย ซึ่งเรียกโดยย่อว่า “พ.ด.ก.”

(ก) ผ่านการอบรมหลักสูตรพัฒนาและเพิ่มทักษะคณะกรรมการสอบสวนหรือหลักสูตรนักกฎหมายภาครัฐหรือหลักสูตรอื่นที่เทียบเท่าซึ่ง ก.จ. หรือ ก.พ. กำหนดหรือรับรอง

(ข) ผ่านกระบวนการคัดเลือกตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ ก.จ. กำหนด

(ค) ปฏิบัติงานด้านกฎหมายเกี่ยวกับการตรวจและยกร่างข้อบัญญัติท้องถิ่นหรือการดำเนินการทางวินัยหรือการดำเนินคดีอาญา คดีแพ่ง และคดีปกครอง

(ง) ปฏิบัติงานหน้าที่หลักของตำแหน่งนิติกรที่ได้รับการแต่งตั้งตามที่ ก.จ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง

5.4 ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้ดำรงตำแหน่งนายแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมายหรือนักวิชาการการศึกษาพิเศษที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย นักกิจกรรมบำบัดหรือนักอาชีวบำบัดที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิกหรือนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านจิตวิทยาคลินิกและนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ทั้งนี้ ต้องเป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น โดยใช้ใบอนุญาตดังกล่าวปฏิบัติงานให้บริการด้านสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน ได้แก่ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุมป้องกันโรค ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคหรือด้านการฟื้นฟูสภาพและได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ตามบัญชีกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ให้ได้รับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข ซึ่งเรียกโดยย่อว่า “พ.ค.ส.”

ข้อ 6 ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่ง ก.จ. พิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นผู้ที่ได้รับแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษนอกจาก ข้อ 5 อาจได้รับเงินเพิ่มตามที่ ก.จ. ประกาศกำหนด

ในกรณีข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้รับเงินเพิ่มหลายอัตราให้ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้นั้นได้รับเงินเพิ่มในอัตราที่สูงสุดเพียงอัตราเดียว

ข้อ 7 ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่คณะกรรมการกลาง  
ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ประกาศให้เป็นตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ ผู้ใดปฏิบัติงานไม่เต็มเดือนในเดือน  
ใด ให้ผู้นั้นได้รับเงินเพิ่ม สำหรับเดือนนั้นตามส่วนของจำนวนวันที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ แต่ถ้าในเดือนใดผู้ใดมิได้  
ปฏิบัติหน้าที่ตามลักษณะงานที่กำหนดในบัญชีท้ายประกาศนี้ ผู้นั้นไม่มีสิทธิได้รับเงินเพิ่ม สำหรับเดือนนั้น  
ทั้งนี้ เว้นแต่ในกรณีดังต่อไปนี้

- (1) กรณีลาป่วยให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ในปีงบประมาณหนึ่งไม่เกินหกสิบวัน  
ทำการ เว้นแต่เป็นการป่วยอันเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ ก.จ. อาจกำหนดให้ได้รับเงินเพิ่มเกินหกสิบวันทำการได้  
ตามสมควรแก่กรณี
- (2) กรณีลาคลอดบุตร ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ไม่เกินเก้าสิบวัน
- (3) กรณีลาถึงส่วนตัว ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ในปีงบประมาณหนึ่งไม่เกินสี่สิบห้า  
วันทำการ แต่สำหรับในปีแรกที่รับราชการให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ในปีงบประมาณนั้นไม่เกินสิบห้าวัน  
ทำการ
- (4) กรณีลาพักผ่อนประจำปี ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลาได้ไม่เกินระยะเวลาที่ผู้นั้นมีสิทธิ  
ลาพักผ่อนประจำปีตามที่กำหนดไว้ในหลักเกณฑ์ว่าด้วยการลา
- (5) กรณีลาอุปสมบทในพระพุทธศาสนาหรือลาไปประกอบพิธีฮัจย์ ณ เมืองเมกกะ  
ประเทศซาอุดีอาระเบีย ซึ่งมีใช้เป็นการลาภายในระยะเวลาสิบสองเดือนแรกที่เข้ารับราชการและตั้งแต่เริ่มรับ  
ราชการยังไม่เคยลาอุปสมบทในพระพุทธศาสนาหรือยังไม่เคยลาไปประกอบพิธีฮัจย์ ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่าง  
ลาได้ไม่เกินหกสิบวัน
- (6) กรณีลาไปเข้ารับการตรวจเลือกหรือเข้ารับการเตรียมพล ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลา  
ได้ไม่เกินหกสิบวัน แต่ถ้าพ้นระยะเวลาที่ลาดังกล่าวแล้ว ผู้นั้นไม่ไปรายงานตัวเพื่อเข้าปฏิบัติหน้าที่หลักของ  
ตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งภายในเจ็ดวัน ให้คงจ่ายเงินเพิ่มหลังจากนั้นไว้จนถึงวันเข้าปฏิบัติหน้าที่หลัก
- (7) กรณีลาไปศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน หรือปฏิบัติงานการวิจัย ให้ได้รับเงินเพิ่มระหว่างลา  
ได้ไม่เกินหกสิบวัน

ข้อ 8 ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้ได้รับแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งที่มีเหตุ  
พิเศษ ซึ่งมีสิทธิได้รับเงินเพิ่มอยู่แล้วในวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้ได้รับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ  
ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดท้ายประกาศนี้

ข้อ 9 ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้ ให้เสนอ ก.จ. วินิจฉัย คำวินิจฉัย  
ของ ก.จ. ให้เป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ 3 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

  
(นายสุวพล ตายัพพันธ์)  
ผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน  
ประธานคณะกรรมการข้าราชการส่วนจังหวัด

บัญชีกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของ  
ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด แนนบายประกาศ ก.จ.จ. อุบลราชธานี  
เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการกำหนดตำแหน่งและเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่ง  
ที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด

| ลำดับที่ | ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ                                                                                     | ประเภทเงินเพิ่ม | หลักเกณฑ์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | อัตราเงินเพิ่ม<br>(บาท/เดือน) |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 1        | ครูการศึกษาพิเศษและ<br>ครูการศึกษาพิเศษกรณี<br>เรียนร่วมในสถานศึกษา<br>สังกัดองค์กรปกครอง<br>ส่วนท้องถิ่น | พ.ค.ศ.          | <p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานเป็นครูการศึกษาพิเศษสอนคนตาบอด<br/>สอนคนหูหนวก สอนคนร่างกายพิการทางแขนขาและลำตัว และคน<br/>ปัญญาอ่อนที่ปฏิบัติงานสอนในสถานศึกษาในสังกัดองค์การบริหาร<br/>ส่วนจังหวัดที่เปิดสอนเฉพาะคนพิการหรือกรณีเรียนร่วม โดยจะต้อง<br/>มีคุณสมบัติ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีคุณสมบัติปริญญะ ทางการศึกษาพิเศษหรือผ่านการอบรมด้านการ<br/>ศึกษาพิเศษ ตามหลักสูตรที่ ก.ค. หรือ ก.ค.ศ. หรือ ก.จ. รับรอง และ</li> <li>2. มีเวลาทำการสอน จำแนกตามประเภท ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 ครูการศึกษาพิเศษ ซึ่งปฏิบัติหน้าที่สอนคนพิการในสถาน<br/>ศึกษาที่เปิดสอนเฉพาะคนพิการขององค์การบริหารส่วนจังหวัด <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ปฏิบัติหน้าที่ครูผู้สอน จะต้องใช้เวลาทำการสอนผู้พิการ<br/>ไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 18 คาบ (คาบละ 50 นาที)</li> <li>- ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้บริหาร (รองผู้อำนวยการสถานศึกษา)<br/>จะต้องใช้เวลาทำการสอนผู้พิการไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 8 คาบ<br/>(คาบละ 50 นาที)</li> <li>- ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้บริหาร (ผู้อำนวยการสถานศึกษา) จะต้อง<br/>มีเวลาทำการสอนผู้พิการไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 5 คาบ (คาบละ 50<br/>นาที)</li> </ul> </li> <li>2.2 ครูการศึกษาพิเศษกรณีเรียนร่วม ในสถานศึกษาสังกัด<br/>องค์การบริหารส่วนจังหวัด <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ปฏิบัติหน้าที่ครูประจำชั้นเรียนร่วม ที่รับผิดชอบคนพิการ<br/>ไม่น้อยกว่า 6 คน จะต้องใช้เวลาทำการสอนไม่น้อยกว่า 18 คาบ<br/>(คาบละ 50 นาที)</li> <li>- ผู้ปฏิบัติหน้าที่ครูประจำชั้นเรียนร่วม ที่รับผิดชอบคนพิการ<br/>ไม่น้อยกว่า 3 คน จะต้องใช้เวลาทำการสอนไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ<br/>18 คาบ (คาบละ 50 นาที) และต้องปฏิบัติหน้าที่ครูเสริมวิชาการให้<br/>คนพิการเพิ่มเติมไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 5 คาบ (คาบละ 50 นาที)</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol> |                               |
|          | ครูการศึกษาพิเศษและ<br>ครูการศึกษาพิเศษกรณี<br>เรียนร่วมในสถานศึกษา<br>สังกัดองค์กรปกครอง<br>ส่วนท้องถิ่น | พ.ค.ศ.          | <p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานเป็นครูการศึกษาพิเศษสอนคนตาบอด<br/>สอนคนหูหนวก สอนคนร่างกายพิการทางแขนขาและลำตัว และคน<br/>ปัญญาอ่อนที่ปฏิบัติงานสอนในสถานศึกษาในสังกัดองค์การบริหาร<br/>ส่วนจังหวัดที่เปิดสอนเฉพาะคนพิการหรือกรณีเรียนร่วม โดยจะต้อง<br/>มีคุณสมบัติ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีคุณสมบัติปริญญะ ทางการศึกษาพิเศษหรือผ่านการอบรมด้านการ<br/>ศึกษาพิเศษ ตามหลักสูตรที่ ก.ค. หรือ ก.ค.ศ. หรือ ก.จ. รับรอง และ</li> <li>2. มีเวลาทำการสอน จำแนกตามประเภท ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 ครูการศึกษาพิเศษ ซึ่งปฏิบัติหน้าที่สอนคนพิการในสถาน<br/>ศึกษาที่เปิดสอนเฉพาะคนพิการขององค์การบริหารส่วนจังหวัด <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ปฏิบัติหน้าที่ครูผู้สอน จะต้องใช้เวลาทำการสอนผู้พิการ<br/>ไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 18 คาบ (คาบละ 50 นาที)</li> <li>- ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้บริหาร (รองผู้อำนวยการสถานศึกษา)<br/>จะต้องใช้เวลาทำการสอนผู้พิการไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 8 คาบ<br/>(คาบละ 50 นาที)</li> <li>- ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้บริหาร (ผู้อำนวยการสถานศึกษา) จะต้อง<br/>มีเวลาทำการสอนผู้พิการไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 5 คาบ (คาบละ 50<br/>นาที)</li> </ul> </li> <li>2.2 ครูการศึกษาพิเศษกรณีเรียนร่วม ในสถานศึกษาสังกัด<br/>องค์การบริหารส่วนจังหวัด <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ปฏิบัติหน้าที่ครูประจำชั้นเรียนร่วม ที่รับผิดชอบคนพิการ<br/>ไม่น้อยกว่า 6 คน จะต้องใช้เวลาทำการสอนไม่น้อยกว่า 18 คาบ<br/>(คาบละ 50 นาที)</li> <li>- ผู้ปฏิบัติหน้าที่ครูประจำชั้นเรียนร่วม ที่รับผิดชอบคนพิการ<br/>ไม่น้อยกว่า 3 คน จะต้องใช้เวลาทำการสอนไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ<br/>18 คาบ (คาบละ 50 นาที) และต้องปฏิบัติหน้าที่ครูเสริมวิชาการให้<br/>คนพิการเพิ่มเติมไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 5 คาบ (คาบละ 50 นาที)</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol> |                               |

| ลำดับ | ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ                        | ประเภทเงินเพิ่ม | หลักเกณฑ์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | อัตราเงินเพิ่ม<br>(บาท/เดือน) |
|-------|----------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|       |                                              |                 | <p>- ผู้ปฏิบัติหน้าที่ครูเสริมวิชาการ กรณีเรียนร่วมที่รับผิดชอบคนพิการไม่น้อยกว่า 6 คน จะต้องใช้เวลาทำการสอนไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 18 คาบ (คาบละ 50 นาที)</p> <p>- ผู้ปฏิบัติหน้าที่ครูคณิศรสอนกรณีเรียนร่วมไม่น้อยกว่า 2 โรงเรียน และรับผิดชอบคนพิการไม่น้อยกว่า 3 คน จะต้องใช้เวลาทำการสอนไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 18 คาบ (คาบละ 50 นาที)</p> <p>ทั้งนี้ ครูการศึกษาพิเศษและครูการศึกษาพิเศษกรณีเรียนร่วมที่จะได้รับเงิน พ.ค.ศ. จะต้องผ่านการรับรองคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ข้างต้น โดยผู้อำนวยการสถานศึกษาของสถานศึกษาที่ปฏิบัติการสอนอยู่ และได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ก.จ.จ.) ให้ได้รับเงิน พ.ค.ศ.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2,500                         |
| 2     | ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น      | พ.ค.พ.          | <p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์ โดยผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เนื่องจากเป็นคนพิการทางกาย ทางสมองและปัญญาทางจิตประสาท เป็นคนชราที่เจ็บป่วยหรือหลงหรือเป็นคนไร้ที่พึ่งที่มีปัญหาด้านจิตประสาท ซึ่งในการปฏิบัติงานต้องดูแลให้การสงเคราะห์ฟื้นฟูและพัฒนา โดยสัมผัสกับผู้รับการสงเคราะห์ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยตรง ให้ได้รับ พ.ค.พ. ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>1. ผู้ปฏิบัติงานจำนวน 1 คน ต่อจำนวนผู้รับการสงเคราะห์ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 8 คน และให้เพิ่มจำนวนผู้มีสิทธิได้รับ พ.ค.พ. ดังกล่าว ได้ 1 คน ต่อจำนวนผู้รับการสงเคราะห์ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ที่เพิ่มขึ้นทุก 8 คน</p> <p>การคิดอัตราส่วนผู้มีสิทธิได้รับ พ.ค.พ. ดังกล่าวให้คิดจากจำนวนผู้ปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์นั้น ทั้งผู้ที่เป็นข้าราชการส่วนท้องถิ่น ลูกจ้างและพนักงานจ้างด้วย</p> <p>2. ผู้ปฏิบัติงานต้องมีเวลาปฏิบัติงานสัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 18 ชั่วโมง ให้ได้รับ พ.ค.พ.</p> | 1,500                         |
| 3     | นิสิตผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | พ.ค.ก.          | <p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติหน้าที่หลักในตำแหน่งนิสิตที่กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ให้ได้รับ พ.ค.ก. ดังนี้</p> <p>1. ดำรงตำแหน่งนิสิต 3 - 5 ซึ่งปฏิบัติงานด้านกฎหมายในตำแหน่งนิสิตไม่น้อยกว่า 1 ปี ย้อนหลังสำหรับผู้มีคุณวุฒิปัญญาเอก ไม่น้อย</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |

| ลำดับ | ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ                                        | ประเภทเงินเพิ่ม | หลักเกณฑ์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | อัตราเงินเพิ่ม<br>(บาท/เดือน)          |
|-------|--------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|       |                                                              |                 | <p>กว่า 2 ปี ย้อนหลังสำหรับผู้มีคุณวุฒิปริญญาโทหรือไม่น้อยกว่า 4 ปี<br/>ย้อนหลัง สำหรับผู้มีคุณวุฒิปริญญาตรี ให้ได้รับ พ.ต.ก.</p> <p>2. ดำรงตำแหน่งนิติกรระดับ 6 - 7 ซึ่งปฏิบัติงานด้านกฎหมาย<br/>ในตำแหน่งนิติกร ไม่น้อยกว่า 2 ปี ย้อนหลัง ให้ได้รับ พ.ต.ก.</p> <p>3. ดำรงตำแหน่งนิติกรระดับ 8 ซึ่งปฏิบัติงานด้านกฎหมาย<br/>ในตำแหน่งนิติกร ไม่น้อยกว่า 2 ปี ย้อนหลัง ให้ได้รับ พ.ต.ก.</p> <p>ในกรณีที่ต้องคร่อมครองส่วนท้องถิ่น มีคำสั่งให้ผู้ดำรงตำแหน่ง<br/>นิติกรผู้ใดไปปฏิบัติหน้าที่อื่นหรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น<br/>อันเป็นเหตุให้ผู้ผู้นั้นไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะได้รับ พ.ต.ก. ตามข้อ<br/>กำหนดนี้เมื่อใดให้คงจ่าย พ.ต.ก. สำหรับผู้นั้นตั้งแต่วันที่ไปปฏิบัติ<br/>หน้าที่อื่นเกินขึ้นไป</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>3,000</p> <p>4,500</p> <p>6,000</p> |
| 4     | ผู้ปฏิบัติงานด้าน<br>สาธารณสุขในองค์กร<br>ปกครองส่วนท้องถิ่น | พ.ต.ส.          | <p>ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติ<br/>งานด้านการสาธารณสุข ให้ได้รับ พ.ต.ส. ตามกลุ่มตำแหน่งตาม<br/>ลักษณะงาน ดังนี้</p> <p>(1) นายแพทย์หรือผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (แพทย์)<br/>กลุ่มที่ 1 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่<br/>ก.จ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง<br/>ให้ได้รับ พ.ต.ส.</p> <p>กลุ่มที่ 2 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่<br/>ก.จ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งและอยู่ในหลักเกณฑ์<br/>อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <p>2.1) เป็นแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้<br/>ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสาขาต่าง ๆ<br/>นอกเหนือจากกลุ่มที่ 3 จากแพทยสภาหรือ</p> <p>2.2) เป็นแพทย์ที่ได้รับปริญญาโทหรือปริญญาเอกทางการแพทย์<br/>หรือสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง ก.จ. หรือคณะกรรมการกลางการ<br/>บริหารงานบุคคลอื่นรับรองหรือ</p> <p>2.3) เป็นแพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการ<br/>พัฒนาระบบคุณภาพและมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ เป็นจำนวนตาม<br/>มาตรฐานที่ ก.จ. หรือสำนักงาน ก.พ. และกระทรวงการคลังกำหนด<br/>หรือ</p> | 5,000                                  |

| ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ | ประเภทเงินเพิ่ม | หลักเกณฑ์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | อัตราเงินเพิ่ม<br>(บาท/เดือน) |
|-----------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|                       |                 | <p>2.4) เป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานบริการสุขภาพระดับอำเภอหรือศูนย์บริการระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีผลประเมินการปฏิบัติงานในเกณฑ์ดีติดต่อกันมากกว่า 4 ปี โดยนับการปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะเป็นปีที่ 1 ให้ได้รับ พ.ค.ศ.</p> <p>กลุ่มที่ 3 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.จ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งและเป็นแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรและหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภาในสาขาใดสาขาหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <p>3.1 สาขาพยาธิวิทยาทั่วไป</p> <p>3.2 สาขาพยาธิวิทยากายวิภาค</p> <p>3.3 สาขาพยาธิวิทยาคลินิก</p> <p>3.4 สาขานิเวศศาสตร์</p> <p>3.5 สาขาจิตเวชศาสตร์</p> <p>3.6 สาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น</p> <p>3.7 สาขาประสาทศัลยศาสตร์</p> <p>3.8 สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอก</p> <p>3.9 สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงระบาดวิทยา)</p> <p>ให้ได้รับ พ.ค.ศ.</p> | 10,000                        |
|                       |                 | <p>(2) ทันตแพทย์หรือผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (ทันตแพทย์)</p> <p>กลุ่มที่ 1 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.จ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง</p> <p>ให้ได้รับ พ.ค.ศ.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 15,000                        |
|                       |                 | <p>กลุ่มที่ 2 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.จ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งและได้รับปริญญาโทหรือปริญญาเอกทางทันตแพทย์หรือสาขารณสุขที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง ก.จ. หรือคณะกรรมการกลางบริหารงานบุคคลอื่นรับรอง ให้ได้รับ พ.ค.ศ.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 5,000                         |
|                       |                 | <p>กลุ่มที่ 3 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.จ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งและเป็นแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรมในสาขาต่าง ๆ จากแพทยสภา ให้ได้รับ พ.ค.ศ.</p> <p>(3) เภสัชกร หรือผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (เภสัชกรรม)</p> <p>กลุ่มที่ 1 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.จ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ให้ได้รับ พ.ค.ศ.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 7,500                         |
|                       |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 10,000                        |

| ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ | ประเภทเงินเพิ่ม | หลักเกณฑ์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | อัตราเงินเพิ่ม<br>(บาท/เดือน) |
|-----------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|                       |                 | <p>กลุ่มที่ 2 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.จ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งและเป็นเกสัชกรที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานหลักอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <p>2.1 การเตรียมยาหรือวิเคราะห์ยาเคมีบำบัดหรือ</p> <p>2.2 ให้คำปรึกษาแนะนำด้านยาในกลุ่มโรคติดต่อร้ายแรง เช่น เอชไอวี วัณโรค ฯลฯ ซึ่งจัดเป็นคลินิกเฉพาะหรือพื้นที่เฉพาะแยกจากการจ่ายยาปกติหรือ</p> <p>2.3 งานคุ้มครองผู้บริโภคเกี่ยวกับการตรวจจับและทำคดีให้ได้รับ พ.ต.ส.</p> <p>(4) พยาบาลวิชาชีพ</p> <p>กลุ่มที่ 1 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.จ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งและได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <p>1.1 ให้บริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก การพยาบาลครอบครัวและชุมชน การบริการพยาบาลอนามัยชุมชน อนามัยโรงเรียน อาชีวอนามัย หรือ</p> <p>1.2 อาจารย์พยาบาลที่สอนและคุมการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา โดยต้องร่วมให้บริการอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ในหน่วยบริการหรืองานบริการพยาบาลในกลุ่ม 1.1 ให้ได้รับ พ.ต.ส.</p> <p>กลุ่มที่ 2 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.จ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งและได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <p>2.1 ให้บริการพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องสังเกตอาการ ห้องคลอด ห้องผ่าตัด แผนกผู้ป่วยในหรือ</p> <p>2.2 ให้บริการพยาบาลซึ่งมีลักษณะงานอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- งานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC)</li> <li>- งานตรวจบำบัดพิเศษ โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางตรงตามสาขาที่ปฏิบัติงานในหลักสูตรที่สภาการพยาบาลรับรอง ได้แก่ การพยาบาลในหน่วยเคมีบำบัด รังสีรักษา การตรวจรักษาผ่านกล้องหรือเครื่องมือพิเศษทางการแพทย์ การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก การตรวจสวนหัวใจ การตรวจสมรรถภาพหัวใจและปอด การ</li> </ul> | <p>3,000</p> <p>1,000</p>     |

| ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ | ประเภทเงินเพิ่ม | หลักเกณฑ์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | อัตราเงินเพิ่ม<br>(บาท/เดือน) |
|-----------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|                       |                 | <p>พยาบาลผู้ป่วยที่ใช้ปอดและหัวใจเทียม ไตเทียม งานปลูกถ่ายอวัยวะ การบำบัดทางจิต - ประสาท การบำบัดยาเสพติด การบำบัดด้วยไฟฟ้า การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย / ผู้พิการ การให้คำปรึกษาพิเศษด้านสุขภาพ</p> <p>- การตรวจบำบัดพิเศษเฉพาะทางอื่น ๆ รวมทั้งการรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไป ที่สถานพยาบาลรับรอง หรือ</p> <p>2.3 อาจารย์พยาบาลที่สอนและคุมการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา โดยต้องร่วมให้บริการอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ในหน่วยบริการ หรืองานบริการพยาบาลในกลุ่ม ตาม 2.1 หรือ 2.2</p> <p>ให้ได้รับ พ.ศ.ศ.</p> <p>กลุ่มที่ 3 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.จ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งและได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <p>3.1) ให้บริการพยาบาล ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การพยาบาลวิสัญญี โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาลที่มีระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป</li> <li>- การพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยพยาบาลที่ได้รับปริญญาโทสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurses Practitioner)</li> <li>- การพยาบาลในแผนกผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยวิกฤต (ICU หรือ CCU) หรือการพยาบาลผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยวิกฤตนอกแผนกดังกล่าว โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยวิกฤต การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อมีภูมิต้านทานหรืออันตราย (โรคตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข)</li> <li>- การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยผู้ที่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพฯ (APN) จากสถานพยาบาล หรือผู้ที่ได้รับปริญญาโทขึ้นไปทางการพยาบาลเฉพาะทางทางคลินิก และมีคุณสมบัติสมัครสอบวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพฯ ของสถานพยาบาล หรือ</li> </ul> <p>3.2) ปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าทีมควบคุมในการพัฒนาระบบคุณภาพการบริการทางการพยาบาล เป็นจำนวนตามมาตรฐานที่ ก.จ. หรือ สำนักงาน ก.พ. และกระทรวงการคลังกำหนด หรือ</p> | 1,500                         |

| ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ | ประเภทเงินเพิ่ม | หลักเกณฑ์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | อัตราเงินเพิ่ม<br>(บาท/เดือน) |
|-----------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|                       |                 | <p>3.3) อาจารย์พยาบาลที่สอนและคุมการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา โดยต้องร่วมให้บริการอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ในหน่วยบริการหรืองานบริการพยาบาลในกลุ่มตาม 3.1 ให้ได้รับ พ.ค.ศ.</p> <p>(5) นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมายหรือนักวิชาการศึกษาพิเศษที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย นักกิจกรรมบำบัดหรือนักอาชีวบำบัด ที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก หรือนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านจิตวิทยาคลินิกและนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ซึ่งปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.จ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งให้ได้รับ พ.ค.ศ.</p> | <p>2,000</p> <p>1,000</p>     |