

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
 - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) **สถานที่ให้บริการ** กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี อาคาร 2 ชั้น 1 โทรศัพท์ 0 4526 2699 , 0 45262 692-8 ต่อ 1000 , 3220/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ -
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
 - 1.หลักเกณฑ์
มาตรา 23 ผู้รับอนุญาตต้องจัดให้มีผู้ดำเนินการคนหนึ่ง เป็น ผู้มีหน้าที่ควบคุม ดูแลและรับผิดชอบในการดำเนินการสถานพยาบาล

มาตรา 26 ถ้าผู้ดำเนินการพ้นจากหน้าที่หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ ได้เกินเจ็ดวัน ผู้รับอนุญาตอาจมอบหมายให้บุคคล ซึ่งมีคุณสมบัติตามมาตรา 25 ดำเนินการแทนได้ไม่เกินเก้าสิบวัน ในกรณีเช่นว่านี้ให้ผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ แทนแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้อนุญาตทราบภายในสามวัน นับแต่วันที่เข้าดำเนินการแทน ผู้รับมอบหมายให้ดำเนินการแทนตามวรรคหนึ่ง ให้มีหน้าที่และ ความรับผิดชอบเช่นเดียวกับผู้ดำเนินการ

2. เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 21 วันทำการ " ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่ สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในวันทัก มี ฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ";
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตร ประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ ผู้มอบอำนาจในวันทักให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสอง ฝ่าย)

3. วิธีการ

ต้องยื่นภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาลนั้นแบบคำขออนุญาตเปลี่ยนตัว ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ ส.พ.18)

เอกสารหลักฐาน

- 1) สำเนาบัตรประจำตัว
- 2) สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3) ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด
- 4) รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 3 รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
- 5) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 6) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ
- 7) สำเนาวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติหรือหนังสือรับรอง
- 8) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ใน คู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้มีอำนาจอนุมัติ/อนุญาตเป็นไปตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1498/2555 เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้อนุญาตตาม พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 (อาศัยอำนาจตาม ความในมาตรา 4)

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

| ที่ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|-----|------------------------------|--|-------------------|---|----------|
| 1) | การตรวจสอบเอกสาร | ตรวจสอบคำยื่นคำขอ เปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล (ผู้ดำเนินการต้องแสดงตน ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่) | 1 วันทำการ | สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด อุบลราชธานี | - |
| 2) | การพิจารณา | พนักงานเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบคำขอต่อ เปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการ สถานพยาบาลและ ตรวจสอบคุณสมบัติ | 10 วันทำการ | สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด อุบลราชธานี | - |
| 3) | การลงนาม/ คณะกรรมการมีมติ | เสนอผู้อนุญาตลงนามใน ใบอนุญาต | 5 วันทำการ | สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด อุบลราชธานี | - |
| 4) | - | ทำหนังสือแจ้งผลการ พิจารณาไปยังผู้ยื่นขอ ใบอนุญาต | 1 วันทำการ | สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด อุบลราชธานี | - |

ระยะเวลาดำเนินการรวม 17 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

| ที่ | รายการเอกสารยืนยันตัวตน | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร | จำนวนเอกสารฉบับจริง | จำนวนเอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|-------------------------|----------------------------|---------------------|------------------|----------------|--|
| 1) | บัตรประจำตัวประชาชน | กรมการปกครอง | 1 | 1 | ฉบับ | (ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ) |
| 2) | หนังสือเดินทาง | กรมการกงสุล | 1 | 1 | ฉบับ | (กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) |
| 3) | ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ | กรมการปกครอง | 1 | 1 | ฉบับ | (กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) |
| 4) | ทะเบียนสมรส | กรมการปกครอง | 1 | 1 | ฉบับ | (ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) |

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

| ที่ | รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร | จำนวนเอกสารฉบับจริง | จำนวนเอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|---|-------------------------------------|---------------------|------------------|----------------|----------|
| 1) | คำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.18) | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี | 1 | 0 | ฉบับ | - |

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวน เอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|---|---|-----------------------------|----------------------|--------------------|---|
| 2) | ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ สถานพยาบาล (ส.พ.19) | สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี | 1 | 0 | ฉบับ | - |
| 3) | ทะเบียนบ้าน ผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล | กรมการปกครอง | 1 | 1 | ฉบับ | (ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง) |
| 4) | ใบรับรองแพทย์ | - | 1 | 0 | ฉบับ | (ผู้ดำเนินการ (ใบรับรองแพทย์ ไม่เป็นโรค ต้องห้ามและ ร่างกายแข็งแรง และไม่เกิน 6 เดือน)) |
| 5) | รูปถ่ายขนาด 2.5x3 ซม. จำนวน 3 รูป | - | 3 | 0 | ฉบับ | (ถ่ายไว้ไม่เกิน 1ปี) |
| 6) | สมุดทะเบียน สถานพยาบาล | สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี | 1 | 0 | ฉบับ | - |
| 7) | สำเนา ใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพ/ ใบอนุญาต ประกอบโรค ศิลปะ | - | 0 | 1 | ฉบับ | (ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง) |
| 8) | สำเนาอนุมัติบัตร หรือหนังสือ อนุมัติหรือ | - | 1 | 1 | ฉบับ | (ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง) |

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวน เอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|----------|
| | หนังสือรับรอง | | | | | |

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม 250 บาท

หมายเหตุ -

17. ช่องทางการร้องเรียน

1) **ช่องทางการร้องเรียน** หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ / ส่วนภูมิภาค กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช
สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ถนนพรหมเทพ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง
อุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 0 4526 2699 , 0 45262 692-8 ต่อ 1000 , 3220 E-
mail : fdapv34@fda.moph.go.th

หมายเหตุ -

2) **ช่องทางการร้องเรียน** หน่วยงานส่วนกลาง สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2193
7999 E-mail : mrdonline2014@gmail.com Facebook : สรรวัตสถานพยาบาล Online

หมายเหตุ -

3) **ช่องทางการร้องเรียน** หน่วยงานต้นสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ถนนติ
วานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2590-1000 โทรสาร. 0-2590-1174
E-mail : webops@moph.mail.go.th

หมายเหตุ -

4) **ช่องทางการร้องเรียน** ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111
เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

1) คำขอต่ออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.18)

-

19. หมายเหตุ

-