

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กระทรวงสาธารณสุข

1. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

❖ หลักเกณฑ์

1. มาตรา 23 ผู้รับอนุญาตต้องจัดให้มีผู้ดำเนินการคนหนึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ควบคุมดูแลและรับผิดชอบในการดำเนินการสถานพยาบาล
2. มาตรา 26 ถ้าผู้ดำเนินการพ้นจากหน้าที่หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เกินเจ็ดวันผู้รับอนุญาตอาจมอบหมายให้บุคคลซึ่งมีคุณสมบัติตามมาตรา 25 ดำเนินการแทนได้ไม่เกินเก้าสิบวันในกรณีเช่นว่านี้ให้ผู้นั้นได้รับมอบหมายให้ดำเนินการแทนแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้อนุญาตทราบภายในสามวันนับแต่วันที่เข้าดำเนินการแทน
3. ผู้รับมอบหมายให้ดำเนินการแทนตามวรรคหนึ่งให้มีหน้าที่และความรับผิดชอบเช่นเดียวกับผู้ดำเนินการ

❖ เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 17 วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึกมีฉนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทนต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

❖ วิธีการ

ต้องยื่นภายในสามสิบวันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาลนั้นแบบคำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบสพ.18)

❖ เอกสารหลักฐาน

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- 2) สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3) ใบรับรองแพทย์ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรงสามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด
- 4) รูปถ่ายขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 3 รูปถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
- 5) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 6) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ
- 7) สำเนาวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติหรือหนังสือรับรอง
- 8) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้วและแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

2. ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (One Stop Service Center : OSSC) ถนนพรหมเทพ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัด อุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 0 4526 2699, 0 4526 2692-8 ต่อ 1000, 3220/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน</p>	<p>เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง 12.00 – 13.00 น.)</p>

3. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 17 วันทำการ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	<p>การตรวจสอบเอกสาร 1.ผู้ประกอบการยื่นคำขอพร้อมลงลายมือชื่อไว้ในส่วนของผู้ยื่นคำขอ 2.เจ้าหน้าที่รับคำขอตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของคำขอ และเอกสารประกอบคำขอ 3.เจ้าหน้าที่บันทึกการรับคำขอ (หมายเหตุ: -)</p>	1 วันทำการ	<p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี</p>
2)	<p>การพิจารณา 1.พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอต่อเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการ สถานพยาบาลและตรวจสอบคุณสมบัติ 2.เจ้าหน้าที่พิจารณาจัดทำใบอนุญาตและลงข้อมูลในระบบสารสนเทศ สถานพยาบาล (หมายเหตุ: -)</p>	10 วันทำการ	<p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี</p>
3)	<p>การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต (หมายเหตุ: -)</p>	5 วันทำการ	<p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี</p>
4)	<p>- แจ้งผลการพิจารณา/ส่งมอบใบอนุญาตให้ผู้ยื่นคำขอ (หมายเหตุ: -)</p>	1 วันทำการ	<p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี</p>

4. รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีมอบอำนาจต้องมีหนังสือมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบ อำนาจ)	กรมการปกครอง
2)	หนังสือเดินทาง ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(กรณีเป็นชาวต่างชาติลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)	กรมการกงสุล
3)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุลลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)	กรมการปกครอง
4)	ทะเบียนสมรส ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)	กรมการปกครอง
5)	คำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบสป.18) ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ-	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรค ศิลปะ
6)	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ-	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรค ศิลปะ
7)	สำเนาทะเบียนบ้านผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)	กรมการปกครอง
8)	ใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ(ผู้ดำเนินการ(ใบรับรองแพทย์ไม่เป็นโรคต้องห้ามและร่างกายแข็งแรง และไม่เกิน 6 เดือน))	-
9)	รูปถ่ายขนาด2.5x3 ซมจำนวน 3 รูป ฉบับจริง3ฉบับ สำเนา0ฉบับ	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	หมายเหตุ(ถ่ายไว้ไม่เกิน 1ปี)	
10)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ-	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรค ศิลปะ
11)	สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ฉบับจริง0ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)	-
12)	วุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติหรือหนังสือรับรองพร้อมสำเนา ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)	-

5. ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ:-)	ค่าธรรมเนียม 250 บาท

6. ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำ บริการ	
1)	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ถนนพรหมเทพ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 0 4526 2699, 0 4526 2692-8 ต่อ 1000, 3220 E-mail : fdapv34@fda.moph.go.th
2)	ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรป.) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ชั้น 1 อาคาร 1 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์หมายเลข 0 2590 7354 -55 โทรสาร 0 2590 1556 E-mail: 1556@fda.moph.go.th สายด่วน 1556 สำนักอาหาร โทร. 02-590-7320
3)	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)

7. แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1)	คำขอต่ออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบสพ.18) (หมายเหตุ: -)

8. หมายเหตุ

-

ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่

1. ชื่อกระบวนการ: การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก
2. หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนการ: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง: 1)พ.ร.บ. สถานพยาบาลพ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวงประกาศระเบียบที่ออกตามพ.ร.บ.สถานพยาบาลพ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา: -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ: -
9. ข้อมูลสถิติของกระบวนการ:
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน: การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก