

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
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 ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
 - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) **สถานที่ให้บริการ** กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ถนนการุณราชบุรี ตำบลตลาดอำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เบอร์โทรศัพท์ 077-273998, 077-283703 / ติดต่อด้วยตนเองณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ (กรณีชำระค่าธรรมเนียมปิดบริการ 16.00 น .)
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
 1. หลักเกณฑ์

มาตรา 23 ผู้รับอนุญาตต้องจัดให้มีผู้ดำเนินการคนหนึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ควบคุมดูแลและรับผิดชอบในการดำเนินการสถานพยาบาล

มาตรา 26 ถ้าผู้ดำเนินการพ้นจากหน้าที่หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เกินเจ็ดวันผู้รับอนุญาตอาจมอบหมายให้บุคคลซึ่งมีคุณสมบัติตามมาตรา 25 ดำเนินการแทนได้ไม่เกินเก้าสิบวันในกรณีเช่นว่านี้ให้ผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการแทนแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้อนุญาตทราบภายในสามวันนับแต่วันที่เข้าดำเนินการแทน

ผู้รับมอบหมายให้ดำเนินการแทนตามวรรคหนึ่งให้มีหน้าที่และความรับผิดชอบเช่นเดียวกับผู้ดำเนินการ

2. เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 21 วันทำการ" ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ";

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทนต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

3. วิธีการ

ต้องยื่นภายในสามสิบวันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาลนั้นแบบคำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบสป.18)

เอกสารหลักฐาน

- 1) สำเนาบัตรประจำตัว
- 2) สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3) ใบรับรองแพทย์ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรงสามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด
- 4) รูปถ่ายขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 3 รูปถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปีและรูปถ่ายขนาด 8x 13 ซม.จำนวน 1 รูปถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี

- 5) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 6) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ
- 7) สำเนาภูมิบัตรหรือหนังสืออนุมัติหรือหนังสือรับรอง
- 8) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้วและแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ตรวจสอบคำยื่นคำขอ เปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล (ผู้ดำเนินการต้องแสดงตน ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่)	1 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ ธานี	-
2)	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบคำขอต่อ เปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการ สถานพยาบาลและ ตรวจสอบคุณสมบัติ	14 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ ธานี	-
3)	การลงนาม/ คณะกรรมการมีมติ	เสนอผู้อนุญาตลงนามใน ใบอนุญาต	5 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ ธานี	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการ พิจารณาไปยังผู้ยื่นขอ ใบอนุญาต	1 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ ธานี	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 21 วันทำการ

14. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชน	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับ มอบอำนาจและ สำเนาบัตร ประชาชนผู้รับมอบ อำนาจ)
2)	หนังสือเดินทาง	กรมการกงสุล	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็น ชาวต่างชาติลง นามรับรองสำเนา ถูกต้อง)
3)	ใบสำคัญการ เปลี่ยนชื่อ	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(กรณีเปลี่ยนชื่อ/ สกุลลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
4)	ทะเบียนสมรส	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขออนุญาต เปลี่ยนตัว	สำนัก สถานพยาบาล	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	ผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล (แบบสป.18)	และการประกอบ โรคศิลปะ				
2)	ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ สถานพยาบาล (ส.พ.19)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด สุราษฎร์ธานี	1	0	ฉบับ	-
3)	สำเนาทะเบียน บ้านผู้ดำเนินการ 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 สุราษฎร์ธานี	1	0	ฉบับ	-
7)	สำเนา ใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพ/ ใบอนุญาต ประกอบโรค ศิลปะ	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
8)	สำเนาอนุมัติบัตร หรือหนังสือ อนุมัติหรือ หนังสือรับรอง	-	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
9)	รูปถ่ายขนาด 8 x 13 ซม จำนวน 1 รูป	-	1	0	ฉบับ	(ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี)
10)	หนังสือแสดง เจตจำนงเป็น ปฏิบัติงานใน สถานพยาบาล ของผู้ประกอบ วิชาชีพ (แบบสป.6)	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม 250 บาท

หมายเหตุ -

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** หน่วยงานณจุดยื่นคำขอกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ถนนการุณราษฎร์ ตำบลตลาดอำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000 เบอร์โทรศัพท์ 077-273998, 077-283703

หมายเหตุ-

- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ถนนการุณราษฎร์ ตำบลตลาดอำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

หมายเหตุ-

- 3) **ช่องทางการร้องเรียนไปรษณีย์** - สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์อำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี 11000
หมายเหตุ-
- 4) **ช่องทางการร้องเรียนไปรษณีย์** - กองกฎหมายกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์อำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี 11000
หมายเหตุ-
- 5) **ช่องทางการร้องเรียนE-mail** : fdasurat@hotmail.com
หมายเหตุ-
- 6) **ช่องทางการร้องเรียนโทรศัพท์** 077-273998, 077-283703
หมายเหตุ-
- 7) **ช่องทางการร้องเรียนfacebook** : สารวัตรสถานพยาบาล Online
หมายเหตุ-
- 8) **ช่องทางการร้องเรียนศูนย์บริการประชาชนสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี**
หมายเหตุ(เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) คำขอต่ออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบสป.18)
-
- 2) หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบสป.6)
-

19. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	27/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยหัวหน้า หน่วยงาน (Reviewer)
จัดทำโดย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุ ราษฎร์ธานี สสจ. สส.
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-