

คู่มือสำหรับประชาชน การขอเปลี่ยนแปลงตัวผู้ดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช

สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอเปลี่ยนแปลงตัวผู้ดำเนินการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกไปอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง
 - 1) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอเปลี่ยนแปลงตัวผู้ดำเนินการคลินิก
20/05/2558 21:04
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) **สถานที่ให้บริการ:** ติดต่อด้วยตนเอง ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา **ระยะเวลาเปิดให้บริการ** เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ -
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

หลักเกณฑ์

มาตรา 42 เมื่อมีการเปลี่ยนตัวผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล ตามมาตรา 18 (4) ผู้รับอนุญาตต้องแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้อนุญาตทราบภายในกำหนดสามสิบวันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนนั้น

เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 8 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้ว ทั้งนี้ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

วิธีการ

ต้องยื่นภายในสามสิบวันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาลนั้นแบบคำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนแบบ สพ.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) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ

7) สำเนาจุดบัตรหรือหนังสืออนุมัติหรือหนังสือรับรอง

8) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้รับอนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ จนท.OSSC และตรวจเอกสารตาม Checklist (ผู้ดำเนินการต้องแสดงตนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่)	1 ชั่วโมง	ศูนย์บริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เบ็ดเสร็จกลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัช สาธารณสุข สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด พระนครศรีอยุธยา	-
2)	การพิจารณา	. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลประวัติ คุณสมบัติตามที่กฎหมายกำหนด ลงข้อมูล และจัดทำใบอนุญาต	5วันทำการ	ศูนย์บริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เบ็ดเสร็จกลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัช สาธารณสุข สำนักงาน	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
				สาธารณสุขจังหวัด พระนครศรีอยุธยา	
3)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามใ ใบอนุญาต	1วันทำการ	ศูนย์บริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เบ็ดเสร็จกลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัช สาธารณสุข สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด พระนครศรีอยุธยา	-
4)	การส่งมอบใบอนุญาต	ทำหนังสือแจ้งผลการ พิจารณาให้ผู้รับอนุญาต ผู้รับมอบอำนาจ ส่งมอบ ใบอนุญาต	1 วันทำการ	ศูนย์บริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เบ็ดเสร็จกลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัช สาธารณสุข สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 8วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชน	-	1	1	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับ มอบอำนาจและ สำเนาบัตร ประชาชนผู้รับมอบ อำนาจ)
2)	หนังสือเดินทาง	-	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็น ชาวต่างชาติ รับรองสำเนา ถูกต้อง)
3)	ใบสำคัญการ เปลี่ยนชื่อ	-	1	1	ฉบับ	(กรณีเปลี่ยนชื่อ/ สกุล รับรอง สำเนาถูกต้อง)
4)	ทะเบียนสมรส	-	1	1	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขออนุญาต เปลี่ยนตัว ผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล (แบบ สป.18)	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
2)	ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ	สำนัก สถานพยาบาล	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	สถานพยาบาล (ส.พ.19)	และการประกอบ โรคศิลปะ				
3)	ทะเบียนบ้าน ผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	1	1	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง)
4)	ใบรับรองแพทย์	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	(ผู้ดำเนินการ: (ใบรับรองแพทย์ ไม่เป็นโรค ต้องห้ามและ ร่างกายแข็งแรง และไม่เกิน 6 เดือน))
5)	รูปถ่ายขนาด 2.5x3 ซม จำนวน 3 รูป	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	3	0	ฉบับ	(ถ่ายไว้ไม่เกิน 1ปี)
6)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
7)	ใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพ/ ใบอนุญาต ประกอบโรค ศิลปะ	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	0	1	ฉบับ	(เห็นรับรองสำเนา ถูกต้อง)
8)	วุฒิบัตรหรือ หนังสืออนุมัติ หรือหนังสือ	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ	1	1	ฉบับ	(เห็นรับรองสำเนา ถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	รับรอง	โรคศิลปะ				

16. ค่าธรรมเนียม

- 1) ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ฉบับละ 250 บาท
หมายเหตุ -

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เลขที่ 130 ถนนอุ้มทอง ตำบลหอรัตนไชย อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13000 โทร. 0 352 4520 ต่อ 122
- 2) ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (ชั้น 1 ศาลากลางจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ถนนสายเอเชีย ตำบลคลองสวนพูล อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13000 โทรศัพท์ :0 3534 5689)
- 3) 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)

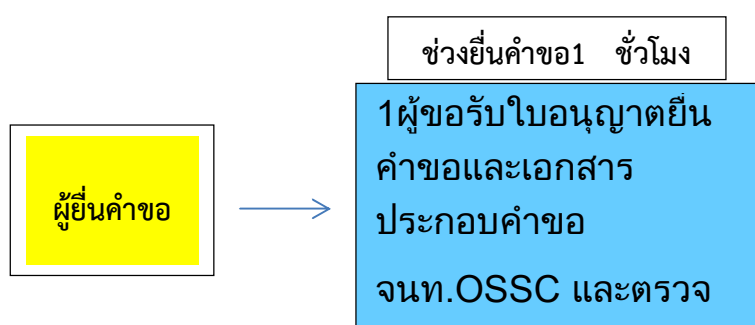
18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

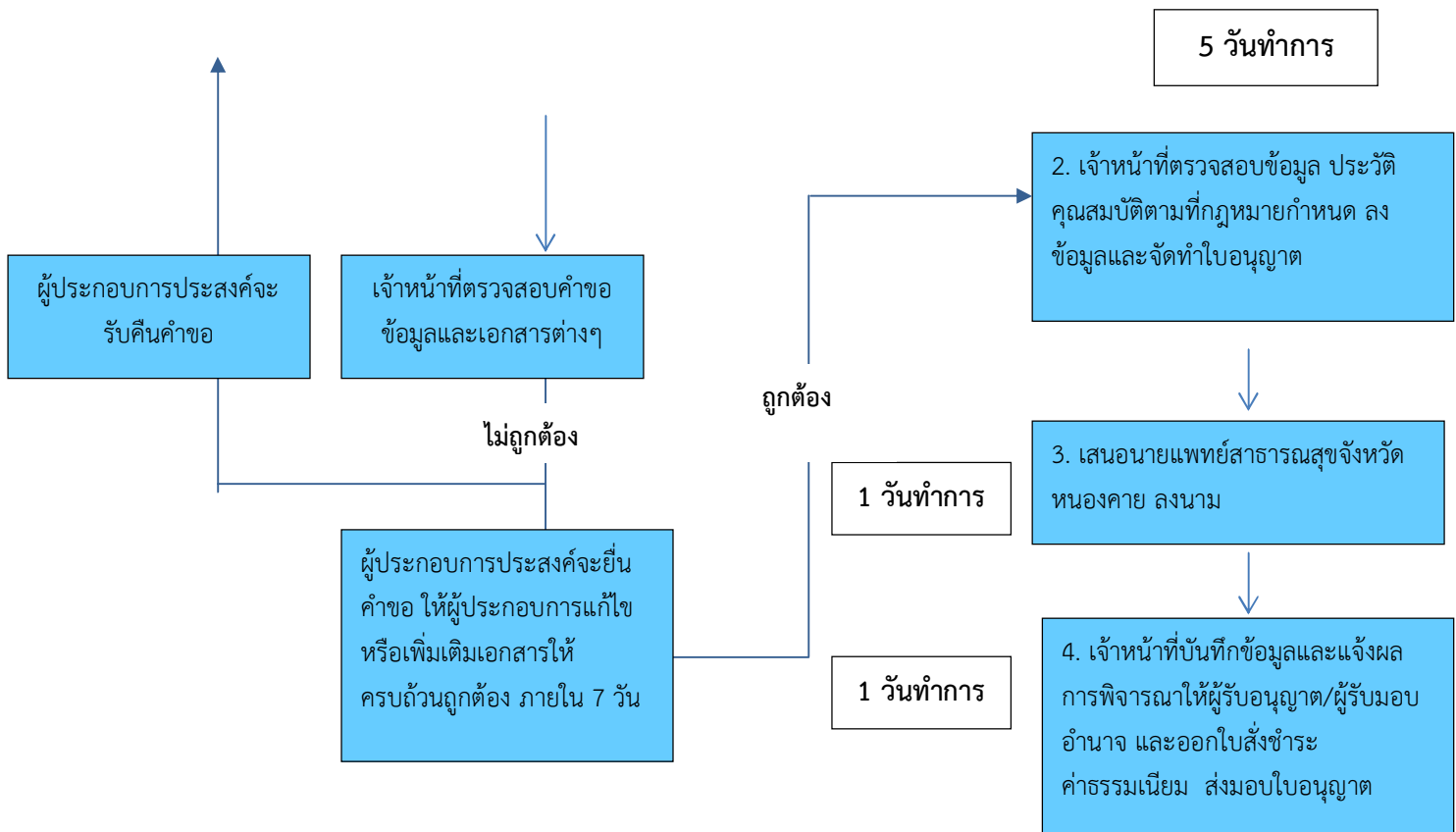
- 1) คำขอต่ออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล(แบบ สพ.18)
-

19. หมายเหตุ

-

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติราชการ การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก





หมายเหตุ – 1. ระยะเวลาดังกล่าว ไม่รวมระยะเวลาของผู้ประกอบการแก้ไข หรือส่งเอกสารเพิ่มเติม
 2. เมื่อครบกำหนดเวลาตามที่ระบุไว้ในคู่มือนี้แล้ว หากผู้อนุญาตยังพิจารณาไม่แล้วเสร็จ จะแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้ยื่นคำขอทราบถึงเหตุแห่งความล่าช้าทุก 7 วัน จนกว่าจะพิจารณาแล้วเสร็จ

สรุป 4 ขั้นตอน รวมระยะเวลาดำเนินการ 8 วันทำการ