

## คู่มือสำหรับประชาชน: การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

---

1. ชื่อกระบวนการ: การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/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 1
  - จำนวนคำขอที่มากที่สุด 6
  - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก 20/05/2558 21:04
11. ช่องทางการให้บริการ
  - 1) **สถานที่ให้บริการ** ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ ชั้น 1 อาคารคลังพัสตูล ถนนสาธารณสุข 6 กระทรวงสาธารณสุข เบอร์โทรศัพท์ 0 2590 1997 ต่อ 716 , 720/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน  
**ระยะเวลาเปิดให้บริการ** เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวัน
  - 2) หยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)  
**หมายเหตุ** -

**สถานที่ให้บริการ** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน(โทรนัดหมายก่อนอย่างน้อย 1 วัน) โทร 034-518106

**ระยะเวลาเปิดให้บริการ** เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)

**หมายเหตุ** เวลาการให้บริการขึ้นกับแต่ละจังหวัด

## 12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

### 1.หลักเกณฑ์

มาตรา 24 วรรคแรก ห้ามมิให้บุคคลใดดำเนินการสถานพยาบาล เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต

มาตรา 42 เมื่อมีการเปลี่ยนตัวผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาล ตามมาตรา 18 (4) ผู้รับอนุญาตต้องแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้อนุญาตทราบภายในกำหนดสามสิบวันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนนั้น

### 2.เงื่อนไข

2.1 การนับระยะเวลา 21 วันทำการ &quot;ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ&quot;;

2.2 กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

### 3.วิธีการ

ต้องยื่นภายในสามสิบวันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถาน

พยาบาลนั้นแบบคำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล  
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.18)

เอกสารหลักฐาน

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

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้า  
หน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว  
และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

### 13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

| ที่ | ประเภทขั้นตอน        | รายละเอียดของ<br>ขั้นตอนการ<br>บริการ   | ระยะ<br>เวลาให้<br>บริการ | ส่วนงาน /<br>หน่วยงาน<br>ที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|-----|----------------------|---|---------------------------|---------------------------------------|----------|
| 1)  | การตรวจสอบ<br>เอกสาร | ตรวจสอบคำยื่น<br>คำขอเปลี่ยนตัวผู้<br>ดำเนินการสถาน<br>พยาบาล (ผู้<br>ดำเนินการต้อง<br>แสดงตนต่อ<br>พนักงานเจ้า<br>หน้าที่) | 1 วัน<br>ทำการ            | สสจ.กาญ<br>จนบุรี                     | -        |
| 2)  | การพิจารณา           | พนักงานเจ้าหน้าที่  | 14 วัน                    | สสจ.กาญ                               | -        |

| ที่ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ                                     | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|-----|---------------|---|-------------------|--------------------------------|----------|
|     |               | ตรวจสอบคำขอต่อเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาลและตรวจสอบคุณสมบัติ | ทำการ             | จนบุรี                         |          |
| 3)  | การลงนาม      | เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต                                      | 5 วัน<br>ทำการ    | สสจ.กาญจนบุรี                  | -        |
| 4)  | -             | ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นขอใบอนุญาต                   | 1 วัน<br>ทำการ    | สสจ.กาญจนบุรี                  | -        |

ระยะเวลาดำเนินการรวม 21 วันทำการ

#### 14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

#### 15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

##### 15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

| ที่ | รายการเอกสารยืนยันตัวตน | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร | จำนวนเอกสารฉบับจริง | จำนวนเอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|-------------------------|----------------------------|---------------------|------------------|----------------|----------|
| 1)  | บัตรประจำตัว            | -                          | 1                   | 1                | ฉบับ           | (รับรอง) |

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยืนยันตัวตน   | หน่วยงาน<br>ภาครัฐผู้<br>ออก<br>เอกสาร | จำนวน<br>เอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวน<br>เอกสาร<br>สำเนา | หน่วย<br>นับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ  |
|-----|-------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------|------------------------|---|
|     | ตัว<br>ประชาชน                |  |                             |                          |                        | สำเนาถูกต้อง<br>กรณีมอบ<br>อำนาจ ต้อง<br>มีหนังสือรับ<br>มอบอำนาจ<br>และสำเนา<br>บัตรประชาชนผู้รับ<br>มอบอำนาจ) |
| 2)  | หนังสือเดินทาง                | -                                      | 1                           | 1                        | ฉบับ                   | (กรณีเป็น<br>ชาวต่าง<br>ชาติ<br>รับรอง<br>สำเนาถูกต้อง)   |
| 3)  | ใบสำคัญ<br>การเปลี่ยน<br>ชื่อ | -                                      | 1                           | 1                        | ฉบับ                   | (กรณี<br>เปลี่ยนชื่อ/<br>สกุล<br>รับรอง<br>สำเนาถูกต้อง)  |
| 4)  | ทะเบียน<br>สมรส               | -                                      | 1                           | 1                        | ฉบับ                   | (รับรอง<br>สำเนาถูกต้อง)  |

### 15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

| ที่ | รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม                              | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร         | จำนวนเอกสารฉบับจริง | จำนวนเอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร | หมายเหตุ   |
|-----|--|------------------------------------|---------------------|------------------|----------------|--|
| 1)  | คำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.18) | สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ | 1                   | 0                | ฉบับ           | -  |
| 2)  | ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19)                | สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ | 1                   | 0                | ฉบับ           | -  |
| 3)  | สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล                | สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ | 1                   | 1                | ฉบับ           | (รับรองสำเนาถูกต้อง)   |
| 4)  | ใบรับรองแพทย์  | สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ | 1                   | 0                | ฉบับ           | (ผู้ดำเนินการ(ใบรับรองแพทย์ไม่เป็นโรคต้องห้ามและร่างกายแข็งแรงและไม่เกิน 6 |

| ที่ | รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม                         | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร          | จำนวนเอกสารฉบับจริง | จำนวนเอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร | หมายเหตุ                 |
|-----|---|-------------------------------------|---------------------|------------------|----------------|--------------------------|
|     |   |                                     |                     |                  |                | เดือน))                  |
| 5)  | รูปถ่ายขนาด 2.5x3 ซม จำนวน 3 รูป                  | สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ | 3                   | 0                | ฉบับ           | (ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี)    |
| 6)  | สมุดทะเบียนสถานพยาบาล                             | สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ | 1                   | 0                | ฉบับ           | -                        |
| 7)  | สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ | สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ | 0                   | 1                | ฉบับ           | (เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง) |
| 8)  | สำเนาวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติหรือหนังสือรับรอง  | สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ | 1                   | 1                | ฉบับ           | (เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง) |

## 16. ค่าธรรมเนียม

- 1) ค่าธรรมเนียม 250 บาท  
 หมายเหตุ -

## 17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
 หมายเหตุ -
- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
 หมายเหตุ -
- 3) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ - สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
 หมายเหตุ -
- 4) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
 หมายเหตุ -
- 5) **ช่องทางการร้องเรียน** อีเมลล์ [mrdonline2014@gmail.com](mailto:mrdonline2014@gmail.com)  
 หมายเหตุ -
- 6) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 2193 7999  
 หมายเหตุ -
- 7) **ช่องทางการร้องเรียน** facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online  
 หมายเหตุ -
- 8) **ช่องทางการร้องเรียน** ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี  
 หมายเหตุ ( เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / [www.1111.go.th](http://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**

-

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>วันที่<br/>พิมพ์</b> | 06/07/2558  |
| <b>สถานะ</b>            | รออนุมัติขั้นที่ 2 โดย<br>สำนักงาน ก.พ.ร.<br>(OPDC) |
| <b>จัดทำ<br/>โดย</b>    | Sirilak Bunyok                                      |
| <b>อนุมัติ<br/>โดย</b>  | -   |
| <b>เผยแพร่<br/>โดย</b>  | -   |