

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อกระบวนการ: การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข

๓. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

- ๑) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ ๓) พ.ศ.๒๕๕๕ และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘

๖. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดสระแก้ว

๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ ๐ นาที

๙. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐

จำนวนค่าขอที่มากที่สุด ๓

จำนวนค่าขอที่น้อยที่สุด ๐

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก ๒๐/๐๕/๒๕๕๘
๒๐:๐๑

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

- ๑) สถานที่ให้บริการ สถานที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
ศูนย์ราชการจังหวัดสระแก้ว ตำบลท่าเกษม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ๒๗๐๐๐ เบอร์โทรศัพท์
๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ ต่อ ๑๐๓ /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา
๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ -

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

หลักเกณฑ์

มาตรา ๔๐ กำหนดให้ผู้ที่ได้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ประสงค์จะเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการที่แตกต่างไปจากที่ระบุไว้ในใบอนุญาต หรือก่อสร้างอาคารใหม่ หรือดัดแปลงอาคารเกินกว่าที่กำหนดในกฎกระทรวง ให้กระทำได้เมื่อได้รับอนุญาต

๑. ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก

๒. พนักงานเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงกิจการที่แตกต่างในการประกอบกิจการคลินิก

๓. ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาตการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก / ลงบันทึกในสมุดทะเบียนวิธีการ

๑. การขออนุญาตประกอบกิจการคลินิก ให้ยื่นเรื่องที่ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข
๒. การตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข
๓. การส่งใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการคลินิกในเขตกรุงเทพมหานคร ให้รับใบอนุญาต พร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
เงื่อนไข

๑. การนับระยะเวลา ๙๘วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วนถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
๒. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๑๖)

๑. กรณีบุคคลธรรมดา รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

- ๑) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ประกอบกิจการ
- ๒) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการ
- ๓) หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล (สำเนาสัญญาเช่าหรือสำเนาโฉนด)
- ๔) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- ๕) แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและอาคารใกล้เคียง
- ๖) แผนผังแสดงลักษณะภายในอาคารส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม
- ๗) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- ๘) ใบแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ.๖ พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบวิชาชีพ รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม. จำนวน ๑ รูป (กรณีเพิ่มบริการ)
- ๙) สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จากสภาวิชาชีพในสาขาที่ให้บริการ

๒. กรณีเป็นนิติบุคคล มีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติมจากข้อ ๑ ดังนี้

- ๑) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล
- ๒) มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล
- ๓) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่ เป็นผู้ที่มีอำนาจลงนาม
- ๔) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่ เป็นผู้ที่มีอำนาจลงนาม
- ๕) ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอำนาจผูกพันบริษัท

หมายเหตุ

๑. สำเนาเอกสารของนิติบุคคลทุกหน้าให้ผู้มีอำนาจลงนามลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกคนและประทับตราบริษัท
๒. กรณีมีการมอบอำนาจ มีเอกสารดังนี้หนังสือมอบอำนาจพร้อมเอกสารของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก	๑ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข	-
๒)	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก	๗๕ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข	-
๓)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	๑๐ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข	-
๔)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกอบกิจการคลินิก	๕ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๙๑ วันทำการ

๑๔. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวผู้ประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม	-	๑	๑	ฉบับ	(เห็นรับรองสำเนาถูกต้อง)
๒)	บัตรประจำตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล	-	๑	๑	ฉบับ	(เห็นรับรองสำเนาถูกต้อง)
๓)	บัตรประจำตัวของผู้มอบอำนาจ	-	๑	๑	ฉบับ	(เห็นรับรองสำเนาถูกต้อง)
๔)	บัตรประจำตัวของผู้รับมอบอำนาจ	-	๑	๑	ฉบับ	(เห็นรับรองสำเนาถูกต้อง)

๑๕.๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	ทะเบียนบ้านผู้ ประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอำนาจลง นาม	-	๐	๑	ฉบับ	(เซ็นรับรองสำเนา ถูกต้อง)
๒)	ทะเบียนบ้าน ผู้ปฏิบัติงาน	-	๐	๑	ฉบับ	(เซ็นรับรองสำเนา ถูกต้อง)
๓)	คำขอเปลี่ยนแปลงการ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล ส.พ.๑๖	-	๑	๐	ฉบับ	-
๔)	แผนที่แสดงที่ตั้ง ของ สถานพยาบาล และอาคาร ใกล้เคียง	-	๑	๐	ฉบับ	-
๕)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล	-	๑	๐	ฉบับ	-
๖)	ใบแสดงความ จำนงเป็น ผู้ปฏิบัติงาน ตาม แบบ ส.พ.๖	-	๑	๐	ฉบับ	-
๗)	รูปถ่ายของ ผู้ปฏิบัติงาน ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม. จำนวน ๑ รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี (กรณีเพิ่ม บริการ)	-	๑	๐	ฉบับ	-
๘)	สำเนาหนังสือ รับรองการจด ทะเบียนมี วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลง	-	๑	๑	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	นามแทนนิติ บุคคล					
๙)	ใบรับรองแพทย์ ผู้แทนนิติบุคคลที่ มีอำนาจลงนาม และผูกพันบริษัท	-	๑	๐	ฉบับ	-
๑๐)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (ส.พ๘)	-	๑	๐	ฉบับ	-
๑๑)	แผนผังแสดง ลักษณะภายใน อาคารส่วนที่ เปลี่ยนแปลงหรือ เพิ่มเติม	-	๑	๐	ฉบับ	-
๑๒)	หลักฐานแสดง กรรมสิทธิ์ใน สถานพยาบาล (สำเนาสัญญาเช่า หรือหรือสำเนา โฉนด) (สำเนา ๑ ฉบับ) (เซ็นรับรอง สำเนาถูกต้อง)	-	๑	๑	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง)
๑๓)	เอกสารอื่นๆ (ฉบับจริง ๑ ฉบับ / สำเนา ๑ ฉบับ) ๑) ภาพถ่าย สถานพยาบาลที่มี การเปลี่ยนแปลง (ฉบับจริง) ๒) ทะเบียนบ้าน ของ สถานพยาบาล (ฉบับสำเนา_เซ็น รับรองสำเนา ถูกต้อง)	-	๑	๐	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	๓) เอกสารการ ขึ้นทะเบียน เครื่องมือแพทย์ (ฉบับสำเนา_เซ็น รับรองสำเนา ถูกต้อง) ๔) กรณีมีการ มอบอำนาจ มี เอกสาร ดังนี้ หนังสือมอบ อำนาจพร้อม เอกสารของผู้ มอบอำนาจและ ผู้รับมอบอำนาจ)					

๑๖. ค่าธรรมเนียม

- ๑) การเปลี่ยนแปลงแก้ไขในใบอนุญาต ครั้งละ ๑๐๐ บาท
หมายเหตุ -

๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

- ๑) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ **สถานที่** กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ศูนย์ราชการจังหวัดสระแก้ว ตำบลท่าเกษม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว
หมายเหตุ -
- ๒) **ช่องทางการร้องเรียน** กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
หมายเหตุ -
- ๓) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ - **สถานที่** กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ศูนย์ราชการจังหวัดสระแก้ว ตำบลท่าเกษม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ๒๗๐๐๐
หมายเหตุ -
- ๔) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
หมายเหตุ -
- ๕) **ช่องทางการร้องเรียน** อีเมล mrdonline๒๐๑๔@gmail.com
หมายเหตุ -
- ๖) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ ต่อ ๑๐๓
หมายเหตุ -

๓) ช่องทางการร้องเรียน facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online
หมายเหตุ –

๔) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
หมายเหตุ (เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th / ตู้
ปณ.๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐)

๑๘. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

๑) แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๑๖)

๑๙. หมายเหตุ

วันที่พิมพ์	09/09/2558
สถานะ	คู่มือประชาชนอยู่ระหว่างการจัดทำ / แก้ไข (User)
จัดทำโดย	จันทน์ สัตย์รุ่งเรือง
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-

คู่มือนี้ผ่านกระบวนการลดระยะเวลาแล้ว