

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

- ชื่อกระบวนการ: การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
- หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
- ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
- หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
- กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
- ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
- พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดร้อยเอ็ด
- กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 67 วันทำการ
- ข้อมูลสถิติ
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน -
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด -
 - จำนวนคำขอน้อยที่สุด -
- ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก 20/05/2558 20:01
- ช่องทางการให้บริการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ ถนนท้าวภีบาล อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด โทรศัพท์ 043-520177

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)

หมายเหตุ (เฉพาะกรณีสถานที่ที่จะขออนุญาตตั้งอยู่ในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด)
- หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
 - หลักเกณฑ์

มาตรา 40กำหนดให้ผู้ที่ได้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ประสงค์จะเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการที่แตกต่างไปจากที่ระบุไว้ในใบอนุญาต หรือก่อสร้างอาคารใหม่ หรือดัดแปลงอาคารเกินกว่าที่กำหนดในกฎกระทรวง ให้กระทำได้เมื่อได้รับอนุญาต

- 1.1 ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
- 1.2 พนักงานเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงกิจการที่แตกต่างในการประกอบกิจการคลินิก
- 1.3 ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาตการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก / ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

2.วิธีการ

- 2.1 การขออนุญาตประกอบกิจการคลินิก ให้ยื่นเรื่องที่ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- 2.2 การตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข
- 2.3 การส่งใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการคลินิกในเขตกรุงเทพมหานคร ให้รับใบอนุญาต พร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

3.เงื่อนไข

- 3.1 การนี้ระยะเวลา 67วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ
- 3.2 กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

4.แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.16)

- 4.1 กรณีบุคคลธรรมดา รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้
 - 1) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ประกอบกิจการ
 - 2) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการ
 - 3) หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล (สำเนาสัญญาเช่าหรือสำเนาโฉนด)
 - 4) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
 - 5) แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและอาคารใกล้เคียง

- 6) แผนผังแสดงลักษณะภายในอาคารส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม
- 7) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 8) ใบแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ.6 พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนา ทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบวิชาชีพ รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 1 รูป (กรณีเพิ่มบริการ)
- 9) สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จากสภาวิชาชีพในสาขาที่ให้บริการ

4.2 กรณีเป็นนิติบุคคล มีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติมจากข้อ 1 ดังนี้

- 1) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล
- 2) มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 3) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
- 4) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
- 5) ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอำนาจผูกพันบริษัท

หมายเหตุ

1. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือ ประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ
2. สำเนาเอกสารของนิติบุคคลทุกหน้าให้ผู้มีอำนาจลงนามลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกคนและประทับตราบริษัท
3. กรณีมีการมอบอำนาจ มีเอกสารดังนี้หนังสือมอบอำนาจพร้อมเอกสารของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด	-
2)	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก	60 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด	-
3)	การลงนาม/ คณะกรรมการมีมติ	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกอบกิจการคลินิก	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุข	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
				จังหวัดร้อยเอ็ด	

ระยะเวลาดำเนินการรวม 67 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวผู้ประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
2)	บัตรประชาชนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
3)	บัตรประจำตัวของผู้มอบอำนาจ	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
4)	บัตรประจำตัวของผู้รับมอบอำนาจ	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	ทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
2)	ทะเบียนบ้านผู้ปฏิบัติงาน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
3)	คำขอเปลี่ยนแปลงการ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล ส.พ.16	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ร้อยเอ็ด	1	0	ฉบับ	-
4)	แผนที่แสดงที่ตั้งของ สถานพยาบาลและอาคาร ใกล้เคียง	-	1	0	ฉบับ	-
5)	ใบอนุญาตให้ประกอบ กิจการสถานพยาบาล	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ร้อยเอ็ด	1	0	ฉบับ	-
6)	ใบแสดงความจำนงเป็น ผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ.6	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ร้อยเอ็ด	1	0	ฉบับ	-
7)	รูปถ่ายของผู้ปฏิบัติงาน ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 1 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี (กรณีเพิ่มบริการ)	-	1	0	ฉบับ	-
8)	สำเนาหนังสือรับรองการจด ทะเบียนมีวัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงนามแทน นิติบุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
9)	ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติ บุคคลที่มีอำนาจลงนามและ ผูกพันบริษัท	-	1	0	ฉบับ	-
10)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ8)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ร้อยเอ็ด	1	0	ฉบับ	-
11)	แผนผังแสดงลักษณะภายใน อาคารส่วนที่เปลี่ยนแปลง	-	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	หรือเพิ่มเติม					
12)	หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ใน สถานพยาบาล (สำเนา สัญญาเช่าหรือหรือสำเนา โฉนด) (สำเนา 1 ฉบับ) (เซ็น รับรองสำเนาถูกต้อง)	-	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
13)	เอกสารอื่นๆ (ฉบับจริง 1 ฉบับ / สำเนา 1 ฉบับ) (1) ภาพถ่ายสถานพยาบาลที่มี การเปลี่ยนแปลง (ฉบับจริง) 2) ทะเบียนบ้านของ สถานพยาบาล (ฉบับ สำเนา_เซ็นรับรองสำเนา ถูกต้อง) 3) เอกสารการขึ้น ทะเบียนเครื่องมือแพทย์ (ฉบับสำเนา_เซ็นรับรอง สำเนาถูกต้อง) 4) กรณีมี การมอบอำนาจ มีเอกสาร ดังนี้ หนังสือมอบอำนาจ พร้อมเอกสารของผู้มอบ อำนาจและผู้รับมอบอำนาจ)	-	1	0	ฉบับ	-

16. ค่าธรรมเนียม

- 1) การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ถนนเทวภิบาล อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด โทรศัพท์ 043-520177 E-mail: fda101@gmail.com
2. ศูนย์ดำรงธรรม ศาลากลางจังหวัดร้อยเอ็ด ถนนเทวภิบาล อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

3. **สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ** กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี อีเมล: mrdonline2014@gmail.com โทรศัพท์: 0 2193 7999 facebook: สารวัตร
สถานพยาบาล Online
4. **ศูนย์บริการประชาชน** สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีเลขที่ 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) แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.16)

19. หมายเหตุ