

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิกระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต
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 การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก ช่องทางการให้บริการ
 - 1) **สถานที่ให้บริการ** ติดต่อด้วยตนเอง ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ -
11. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
หลักเกณฑ์

มาตรา 40 กำหนดให้ผู้ที่ได้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ประสงค์จะเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการที่แตกต่างไปจากที่ระบุไว้ในใบอนุญาต หรือก่อสร้างอาคารใหม่ หรือดัดแปลงอาคารเกินกว่าที่กำหนดในกฎกระทรวง ให้กระทำได้เมื่อได้รับอนุญาต

1. ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
2. พนักงานเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงกิจการที่แตกต่างในการประกอบกิจการคลินิก
3. ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาตการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก / ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

วิธีการ

1. การขออนุญาตประกอบกิจการคลินิก ให้ยื่นเรื่องที่ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
2. การตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
3. การส่งใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการคลินิกในเขตกรุงเทพมหานคร ให้รับใบอนุญาต พร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 23 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วนถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้ว ทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.16)

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 สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบวิชาชีพ รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 1 รูป (กรณีเพิ่มบริการ)
- 9) สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จากสภาวิชาชีพในสาขาที่ให้บริการ

2. กรณีเป็นนิติบุคคล มีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติมจากข้อ 1 ดังนี้

- 1) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล
- 2) มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล

- 3) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
- 4) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
- 5) ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอำนาจผูกพันบริษัท

หมายเหตุ

1. สำเนาเอกสารของนิติบุคคลทุกหน้าให้ผู้มีอำนาจลงนามลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกคนและประทับตราบริษัท
2. กรณีมีการมอบอำนาจ มีเอกสารดังนี้หนังสือมอบอำนาจพร้อมเอกสารของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

12. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้รับอนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ จนนท.OSSC และตรวจเอกสารตาม Checklist	1 ชั่วโมง	ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์ สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัช สาธารณสุข สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ	-
2)	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูล ประวัติคุณสมบัติตามที่กฎหมาย	20วันทำการ	ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์ สุขภาพเบ็ดเสร็จ	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		กำหนด ลงข้อมูลและจัดทำใบอนุญาต		กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัช สาธารณสุข สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ	
3)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	1วันทำการ	ศูนย์บริการ ผลิตภัณฑ์ สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัช สาธารณสุข สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ	-
4)	การส่งมอบใบอนุญาต	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้รับอนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ ส่งมอบใบอนุญาต	1วันทำการ	ศูนย์บริการ ผลิตภัณฑ์ สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัช สาธารณสุข สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 23 วันทำการ

13. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

14. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวผู้ ประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอำนาจลง นาม	-	1	1	ฉบับ	(เห็นรับรองสำเนา ถูกต้อง)
2)	บัตรประจำตัว ผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล	-	1	1	ฉบับ	(เห็นรับรองสำเนา ถูกต้อง)
3)	บัตรประจำตัว ของผู้มอบ อำนาจ	-	1	1	ฉบับ	(เห็นรับรองสำเนา ถูกต้อง)
4)	บัตรประจำตัว ของผู้รับมอบ อำนาจ	-	1	1	ฉบับ	(เห็นรับรองสำเนา ถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	ทะเบียนบ้านผู้ ประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอำนาจลง นาม	-	0	1	ฉบับ	(เห็นรับรองสำเนา ถูกต้อง)
2)	ทะเบียนบ้าน ผู้ปฏิบัติงาน	-	0	1	ฉบับ	(เห็นรับรองสำเนา ถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
3)	คำขอ เปลี่ยนแปลงการ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล ส.พ.16	-	1	0	ฉบับ	-
4)	แผนที่แสดงที่ตั้ง ของ สถานพยาบาล และอาคาร ใกล้เคียง	-	1	0	ฉบับ	-
5)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล	-	1	0	ฉบับ	-
6)	ใบแสดงความ จำนงเป็น ผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ.6	-	1	0	ฉบับ	-
7)	รูปถ่ายของ ผู้ปฏิบัติงาน ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 1 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี (กรณีเพิ่ม บริการ)	-	1	0	ฉบับ	-
8)	หนังสือรับรอง การจดทะเบียนมี วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลง นามแทนนิติ	-	1	1	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	บุคคล					
9)	ใบรับรองแพทย์ ผู้แทนนิติบุคคลที่ มีอำนาจลงนาม และผูกพันบริษัท	-	1	0	ฉบับ	-
10)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (ส.พ8)	-	1	0	ฉบับ	-
11)	แผนผังแสดง ลักษณะภายใน อาคารส่วนที่ เปลี่ยนแปลงหรือ เพิ่มเติม	-	1	0	ฉบับ	-
12)	หลักฐานแสดง กรรมสิทธิ์ใน สถานพยาบาล (สำเนาสัญญา เช่าหรือหรือ สำเนาโฉนด) (สำเนา 1 ฉบับ) (เซ็นรับรอง สำเนาถูกต้อง)	-	1	1	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง)
13)	เอกสารอื่นๆ (ฉบับจริง 1 ฉบับ / สำเนา 1 ฉบับ) (1) ภาพถ่าย สถานพยาบาลที่ มีการ เปลี่ยนแปลง	-	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	(ฉบับจริง) 2) ทะเบียนบ้านของ สถานพยาบาล (ฉบับสำเนา_เซ็น รับรองสำเนา ถูกต้อง) 3) เอกสารการขึ้น ทะเบียน เครื่องมือแพทย์ (ฉบับสำเนา_เซ็น รับรองสำเนา ถูกต้อง) 4) กรณี มีการมอบ อำนาจ มีเอกสาร ดังนี้ หนังสือมอบ อำนาจพร้อม เอกสารของผู้ มอบอำนาจและ ผู้รับมอบอำนาจ)					

15. ค่าธรรมเนียม

- 1) ค่าธรรมเนียมการเปลี่ยนแปลงแก้ไขในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลฉบับละ 100 บาท
หมายเหตุ -

16. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) ช่องทางการร้องเรียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ 379/114 ก ถนนโนนม่วง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
36000 โทร. 0 4483 6826 – 9 ต่อ 301 , 302
หมายเหตุ -
- 2) ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดชัยภูมิ ศาลากลางจังหวัดชัยภูมิ ชั้น 2 อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 36000 โทรศัพท์ 0 4481

1573 สายด่วน 1567 **หมายเหตุ -**

- 3) สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลป์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

หมายเหตุ -

- 4) **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)

17. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.16)

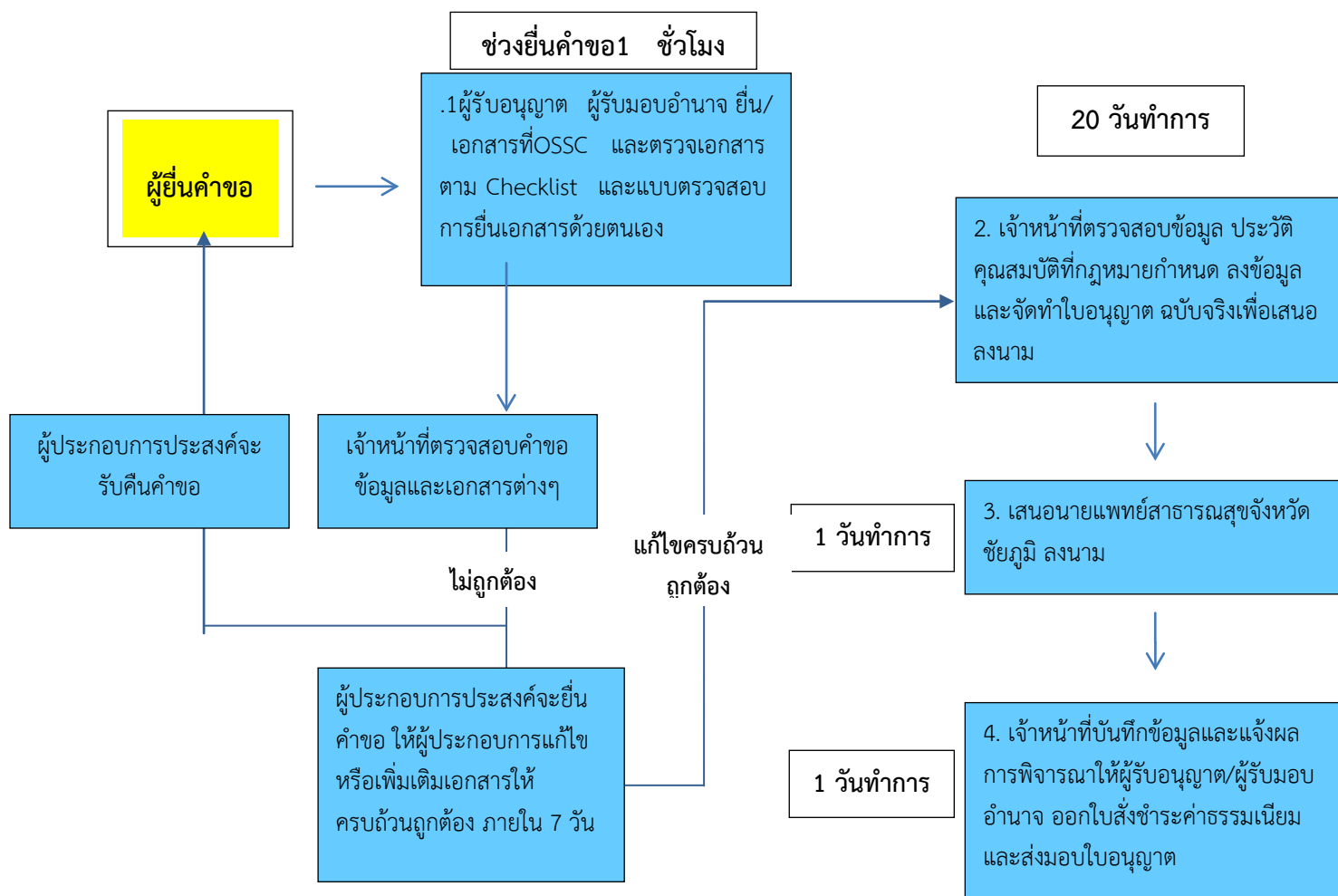
-

18. หมายเหตุ

-กรณีมีเหตุที่ต้องขอคำปรึกษา,ความเห็นหรือขอแนะนำ จากคณะกรรมการหรืออนุกรรมการสถานพยาบาล จะไม่นับรวมเป็นเวลาบริการ

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติราชการ

การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก



หมายเหตุ - 1. ระยะเวลาดังกล่าว ไม่รวมระยะเวลาของผู้ประกอบการแก้ไข หรือส่งเอกสารเพิ่มเติม

2. เมื่อครบกำหนดเวลาตามที่ระบุไว้ในคู่มือนี้แล้ว หากผู้อนุญาตยังพิจารณาไม่แล้วเสร็จ จะแจ้งเป็นหนังสือให้
ผู้ยื่นคำขอทราบถึงเหตุแห่งความล่าช้าทุก 7 วัน จนกว่าจะพิจารณาแล้วเสร็จ

สรุป 4 ขั้นตอน รวมระยะเวลาดำเนินการ 23 วันทำการ

