

คู่มือสำหรับประชาชน: ๕. การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อกระบวนการ: การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

๓. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

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

๖. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนภูมิภาค

๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ ๐ นาที

๙. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐

จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก ๒๙/๐๗/๒๕๕๘

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

- ๑) สถานที่ให้บริการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา
๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

๑. หลักเกณฑ์

มาตรา ๔๐ กำหนดให้ผู้ได้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ประสงค์จะเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการที่แตกต่างไปจากที่ระบุไว้ในใบอนุญาต หรือก่อสร้างอาคารใหม่ หรือดัดแปลงอาคารเกินกว่าที่กำหนดในกฎกระทรวง ให้กระทำได้เมื่อได้รับอนุญาต

๑.๑. ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก

๑.๒. พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงกิจการที่แตกต่างในการประกอบกิจการคลินิก

๑.๓. ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาตการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก / ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

๒. วิธีการ

๒.๑. การขออนุญาตประกอบกิจการคลินิก ให้ยื่นเรื่องที่ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

๒.๒. การตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

๒.๓ การส่งใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการคลินิกในเขตกรุงเทพมหานคร ให้รับใบอนุญาต พร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

๓. เงื่อนไข

๓.๑ การนับระยะเวลา ๓๑ วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิเช่นนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

๓.๒ กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

๔. แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๑๖)

๔.๑ กรณีบุคคลธรรมดา รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

- ๑) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ประกอบกิจการ
- ๒) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการ
- ๓) หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล (สำเนาสัญญาเช่าหรือสำเนาโฉนด)
- ๔) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- ๕) แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและอาคารใกล้เคียง
- ๖) แผนผังแสดงลักษณะภายในอาคารส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม
- ๗) ใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

๘) ใบแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ.๖ พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบวิชาชีพ รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม. จำนวน ๑ รูป (กรณีเพิ่มบริการ)

๙) สำเนาอนุมัติบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จากสภาวิชาชีพในสาขาที่ให้บริการ

๔.๒ กรณีเป็นนิติบุคคล มีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติมจากข้อ ๑ ดังนี้

- ๑) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล
- ๒) มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล
- ๓) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
- ๔) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
- ๕) ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอำนาจผูกพันบริษัท

หมายเหตุ

๑. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน ๗ วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

๒. สำเนาเอกสารของนิติบุคคลทุกหน้าให้ผู้มีอำนาจลงนามลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกคนและประทับตราบริษัท

๓. กรณีมีการมอบอำนาจ มีเอกสารดังนี้หนังสือมอบอำนาจพร้อมเอกสารของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นเอกสารคำขอที่สสอ.ที่สถานพยาบาลตั้งอยู่/ตรวจสอบคำขอ	๑ วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	-
๒)	การพิจารณา	ตรวจสอบสถานที่และส่งเอกสารคำขอให้ สสจ.ชลบุรี	๒๐ วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	-
๓)	การพิจารณาและลงนาม	๑.พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ ๒.ลงข้อมูลในระบบสารสนเทศ ๓.พิมพ์ใบอนุญาตเสนอผู้มีอำนาจลงนาม ๔.ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นคำขออนุญาต ๕.ทำหนังสือส่งใบอนุญาตให้ผู้สสอ.ที่ผู้ขออนุญาตมายื่นคำขออนุญาตเพื่อส่งมอบให้ผู้ขออนุญาตต่อไป	๑๐ วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๓๑ วันทำการ (ไม่รวมระยะเวลารอคอย)

๑๔.งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวผู้ประกอบการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๒)	บัตรประชาชนตัว ผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
๓)	บัตรประจำตัวของผู้มอบ อำนาจ	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
๔)	บัตรประจำตัวของผู้รับ มอบอำนาจ	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

๑๕.๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	ทะเบียนบ้านผู้ประกอบ กิจการที่เป็นผู้มีอำนาจ ลง นาม	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
๒)	ทะเบียนบ้านผู้ปฏิบัติงาน	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
๓)	คำขอเปลี่ยนแปลงการ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล ส.พ.๑๖	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	๑	๐	ฉบับ	-
๔)	แผนที่แสดงที่ตั้งของ สถานพยาบาลและอาคาร ใกล้เคียง	-	๑	๐	ฉบับ	-
๕)	ใบอนุญาตให้ประกอบ กิจการสถานพยาบาล	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	๑	๐	ฉบับ	-
๖)	ใบแสดงความจำนงเป็น ผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ.๖	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	๑	๐	ฉบับ	-
๗)	รูปถ่ายของผู้ปฏิบัติงาน ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม. จำนวน ๑ รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี (กรณีเพิ่มบริการ)	-	๑	๐	ฉบับ	-
๘)	สำเนาหนังสือรับรองการจด ทะเบียนมีวัตถุประสงค์	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	๑	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	และผู้มีอำนาจลงนามแทน นิติบุคคล					
๙)	ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติ บุคคลที่มีอำนาจลงนามและ ผูกพันบริษัท	-	๑	๐	ฉบับ	-
๑๐)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ๘)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	๑	๐	ฉบับ	-
๑๑)	แผนผังแสดงลักษณะภายใน อาคารส่วนที่เปลี่ยนแปลง หรือเพิ่มเติม	-	๑	๐	ฉบับ	-
๑๒)	หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ใน สถานพยาบาล (สำเนา สัญญาเช่าหรือหรือสำเนา โฉนด) (สำเนา ๑ ฉบับ) (เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)	-	๑	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
๑๓)	เอกสารอื่นๆ (ฉบับจริง ๑ ฉบับ / สำเนา ๑ ฉบับ) (๑) ภาพถ่ายสถานพยาบาลที่มี การเปลี่ยนแปลง (ฉบับจริง) ๒) ทะเบียนบ้านของ สถานพยาบาล (ฉบับ สำเนา_เซ็นรับรองสำเนา ถูกต้อง) ๓) เอกสารการขึ้น ทะเบียนเครื่องมือแพทย์ (ฉบับสำเนา_เซ็นรับรอง สำเนาถูกต้อง) ๔) กรณีมี การมอบอำนาจ มีเอกสาร ดังนี้ หนังสือมอบอำนาจ พร้อมเอกสารของผู้มอบ อำนาจและผู้รับมอบอำนาจ)	-	๑	๐	ฉบับ	-

๑๖.ค่าธรรมเนียม

- ๑) การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
ค่าธรรมเนียม ๑,๐๐๐ บาท

๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

- ๑) ช่องทางการร้องเรียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ๒๙/๙ ม.๔ ถ.วชิรปราการ ต.บ้านสวน อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี
- ๒) ช่องทางการร้องเรียน โทรศัพท์ ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๘๔

๑๘. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- ๑) แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๑๖)

๑๙. หมายเหตุ

๑. ผู้ขออนุญาตจะควรรื่นก่อนเวลา ๑๑.๓๐น. และ ๑๕.๐๐น. เพื่อความสะดวกในการตรวจสอบเอกสาร
๒. เพื่อความสะดวกในการรับบริการ ผู้ขออนุญาตควรโทรศัพท์ติดต่อดำเนินการเจ้าหน้าที่ก่อนทุกครั้งที่จะเข้ามา

ติดต่อ

๓. ระยะเวลาที่แจ้งไม่นับระยะเวลารอคอย

๔. เอกสารที่เป็นสำเนาทั้งหมดต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาทุกฉบับ กรณีนิติบุคคลต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาทุกฉบับโดยผู้ดำเนินการหรือกรรมการที่มีอำนาจลงนามจากหนังสือรับรองของนิติบุคคลหรือผู้รับมอบอำนาจทั่วไปที่มีอำนาจลงนามรับรองเอกสารได้พร้อมประทับตราสำคัญของบริษัท