

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดมหาสารคาม
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
 - จำนวนคำขอน้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก 20/05/2558 20:01
11. ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (One Stop Service Center ; OSSC)
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
เบอร์โทรศัพท์ 0 4377 7974 ต่อ 305

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง 12.00 – 13.00 น.)

หมายเหตุ -
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

หลักเกณฑ์

มาตรา 40 กำหนดให้ผู้ที่ได้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ประสงค์จะเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการที่แตกต่างไปจากที่ระบุไว้ในใบอนุญาต หรือก่อสร้างอาคารใหม่ หรือดัดแปลงอาคารเกินกว่าที่กำหนดในกฎกระทรวง ให้กระทำได้เมื่อ

ได้รับอนุญาต

1. ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
2. พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงกิจการที่แตกต่างในการประกอบกิจการคลินิก
3. ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาตการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก / ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

วิธีการ

1. การขออนุญาตประกอบกิจการคลินิก ให้ยื่นเรื่องที่ศูนย์ one-stop service กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
2. การตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
3. การส่งใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการคลินิก ให้รับใบอนุญาต พร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ศูนย์ one-stop service กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 91 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วนถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประทุ้ง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

➤ แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.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 และ

สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบวิชาชีพ รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 1 รูป (กรณีเพิ่มบริการ)

9) สำเนาอุทติบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จากสภาวิชาชีพในสาขาที่ให้บริการ

2. กรณีเป็นนิติบุคคล มีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติมจากข้อ 1 ดังนี้

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

หมายเหตุ

1.สำเนาเอกสารของนิติบุคคลทุกหน้าให้ผู้มีอำนาจลงนามลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกคนและประทับตราบริษัท

2.กรณีมีการมอบอำนาจ มีเอกสารดังนี้หนังสือมอบอำนาจพร้อมเอกสารของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก (แบบ สพ.16)	1 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม	งาน OSSC กลุ่ม งานคุ้มครอง ผู้บริโภคฯ
2)	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบสถานที่ตามคำขอการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก	75 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม	-
3)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	10 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกอบกิจการคลินิก	5 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 91 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

-

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวผู้ ประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอำนาจลง นาม	-	1	1	ฉบับ	(เซ็นรับรองสำเนา ถูกต้อง)
2)	บัตรประจำตัว ผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล	-	1	1	ฉบับ	(เซ็นรับรองสำเนา ถูกต้อง)
3)	บัตรประจำตัว ของผู้มอบอำนาจ	-	1	1	ฉบับ	(เซ็นรับรองสำเนา ถูกต้อง)
4)	บัตรประจำตัว ของผู้รับมอบ อำนาจ	-	1	1	ฉบับ	(เซ็นรับรองสำเนา ถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	ทะเบียนบ้านผู้ ประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอำนาจลง นาม	-	0	1	ฉบับ	(เซ็นรับรองสำเนา ถูกต้อง)
2)	ทะเบียนบ้าน ผู้ปฏิบัติงาน	-	0	1	ฉบับ	(เซ็นรับรองสำเนา ถูกต้อง)
3)	คำขอ เปลี่ยนแปลงการ ประกอบกิจการ	สำนัก สถานพยาบาลและ การประกอบโรค	1	0	ฉบับ	(ตาม พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ.2541)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	สถานพยาบาล ส.พ.16	ศิลปะ				
4)	แผนที่แสดงที่ตั้ง ของ สถานพยาบาล และอาคาร ใกล้เคียง	-	1	0	ฉบับ	-
5)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด มหาสารคาม	1	0	ฉบับ	(ตาม พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ.2541)
6)	ใบแสดงความจำนง เป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ.6	สำนักสถานพยาบาล และการประกอบโรค ศิลปะ	1	0	ฉบับ	(ตาม พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ.2541)
7)	รูปถ่ายของ ผู้ปฏิบัติงาน ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 1 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี (กรณีเพิ่มบริการ)	-	1	0	ฉบับ	-
8)	สำเนาหนังสือ รับรองการจด ทะเบียนมี วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลง นามแทนนิติ บุคคล	-	1	1	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง)
9)	ใบรับรองแพทย์ ผู้แทนนิติบุคคลที่ มีอำนาจลงนาม และผูกพันบริษัท	โรงพยาบาลภาครัฐ หรือเอกชน	1	0	ฉบับ	-
10)	สมุดทะเบียน	สำนักงาน	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	สถานพยาบาล (ส.พ8)	สาธารณสุขจังหวัด มหาสารคาม				
11)	แผนผังแสดง ลักษณะภายใน อาคารส่วนที่ เปลี่ยนแปลงหรือ เพิ่มเติม	-	1	0	ฉบับ	-
12)	หลักฐานแสดง กรรมสิทธิ์ใน สถานพยาบาล (สำเนาสัญญาเช่า หรือหรือสำเนา โฉนด) (สำเนา 1 ฉบับ) (เซ็นรับรอง สำเนาถูกต้อง)	-	1	1	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง)
13)	เอกสารอื่นๆ (ฉบับจริง 1 ฉบับ / สำเนา 1 ฉบับ) 1) ภาพถ่าย สถานพยาบาลที่มี การเปลี่ยนแปลง (ฉบับจริง) 2) ทะเบียนบ้าน ของ สถานพยาบาล (ฉบับสำเนา_เซ็น รับรองสำเนา ถูกต้อง) 3) เอกสารการขึ้น ทะเบียนเครื่องมือ แพทย์ (ฉบับ	-	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	สำเนา_เซ็น รับรองสำเนา ถูกต้อง) 4) กรณีมีการ มอบอำนาจ มี เอกสาร ดังนี้ หนังสือมอบ อำนาจพร้อม เอกสารของผู้ มอบอำนาจและ ผู้รับมอบอำนาจ)					

16. ค่าธรรมเนียม

1) การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก

- ใบแทนใบอนุญาต ฉบับละ 200 บาท
- การเปลี่ยนแปลงแก้ไขในใบอนุญาต ครั้งละ 100 บาท

หมายเหตุ -

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) ศูนย์ดำรงธรรมสำนักสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สำนักสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ถนน
ตำบลแวงนาง อำเภอมือ จังหวัดมหาสารคาม 44000
โทรศัพท์ หรือ
- 2) 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)
- 3) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอมือ จังหวัดนนทบุรี 11000
ไปรษณีย์ - สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอมือ จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2193 7999
ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอมือ จังหวัด
นนทบุรี 11000
- 4) Facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.16)

-

19. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	
สถานะ	
จัดทำโดย	
อนุมัติโดย	
เผยแพร่โดย	