

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. 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
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
10. ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ 0-5389-4742 ต่อ 11 ถึง 13 โทรสาร 0-5389-4379/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา
08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
11. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
 - 1.หลักเกณฑ์

มาตรา 40กำหนดให้ผู้ที่รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ประสงค์จะเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการที่แตกต่างไปจากที่ระบุไว้ในใบอนุญาต หรือก่อสร้างอาคารใหม่ หรือดัดแปลงอาคารเกินกว่าที่กำหนดในกฎกระทรวง ให้กระทำได้เมื่อได้รับอนุญาต

 - 1) ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
 - 2) พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงกิจการที่แตกต่างในการประกอบกิจการคลินิก
 - 3) ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาตการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก / ลงบันทึกในสมุดทะเบียน
 - 2.วิธีการ
 - 1) การขออนุญาตประกอบกิจการคลินิก ให้ยื่นเรื่องที่ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
 - 2) การตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก โดยพนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

3) การส่งใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการคลินิกในเขตจังหวัดเชียงใหม่ ให้รับใบอนุญาต พร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

3.เงื่อนไข

1) การนับระยะเวลา 67วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

2) กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

4.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) สำเนาฉบับบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จากสภาวิชาชีพในสาขาที่ให้บริการ

2. กรณีเป็นนิติบุคคล มีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติมจากข้อ 1 ดังนี้

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

หมายเหตุ

1.ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

2.สำเนาเอกสารของนิติบุคคลทุกหน้าให้ผู้มีอำนาจลงนามลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกคนและประทับตราบริษัท

3.กรณีมีการมอบอำนาจ มีเอกสารดังนี้หนังสือมอบอำนาจพร้อมเอกสารของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

12. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

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

ระยะเวลาดำเนินการรวม 67 วันทำการ

13. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

14. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

14.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

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

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	ทะเบียนบ้านผู้ ประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอำนาจลง นาม	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
2)	ทะเบียนบ้าน ผู้ปฏิบัติงาน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
3)	คำขอ เปลี่ยนแปลงการ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล ส.พ.16	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
4)	แผนที่แสดงที่ตั้ง ของ สถานพยาบาล และอาคาร ใกล้เคียง	-	1	0	ฉบับ	-
5)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด เชียงใหม่	1	0	ฉบับ	-
6)	ใบแสดงความ จำนงเป็น ผู้ปฏิบัติงาน ตาม แบบ ส.พ.6	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
7)	รูปถ่ายของ ผู้ปฏิบัติงาน ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 1 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี (กรณีเพิ่มบริการ)	-	1	0	ฉบับ	-
8)	สำเนาหนังสือ รับรองการจด ทะเบียนมีวัตถุประสงค์และผู้มี อำนาจลงนาม แทนนิติบุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
9)	ใบรับรองแพทย์ ผู้แทนนิติบุคคลที่ มีอำนาจลงนาม และผูกพันบริษัท	-	1	0	ฉบับ	-
10)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (ส.พ8)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด เชียงใหม่	1	0	ฉบับ	-
11)	แผนผังแสดง ลักษณะภายใน อาคารส่วนที่ เปลี่ยนแปลงหรือ เพิ่มเติม	-	1	0	ฉบับ	-
12)	หลักฐานแสดง กรรมสิทธิ์ใน สถานพยาบาล (สำเนาสัญญาเช่า หรือหรือสำเนา โฉนด) (สำเนา 1 ฉบับ) (เซ็นรับรอง สำเนาถูกต้อง)	-	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
13)	เอกสารอื่นๆ (ฉบับจริง 1 ฉบับ / สำเนา 1 ฉบับ) (1) ภาพถ่าย สถานพยาบาลที่มี การเปลี่ยนแปลง (ฉบับจริง) (2) ทะเบียนบ้าน ของ สถานพยาบาล (ฉบับสำเนา-เซ็น รับรองสำเนา ถูกต้อง) (3) เอกสารการ ขึ้นทะเบียน เครื่องมือแพทย์	-	1	0	ฉบับ	-

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

15. ค่าธรรมเนียม

- 1) การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท

16. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) ช่องทางการร้องเรียน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ถ.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ โทรศัพท์ 0-5389-4742 ต่อ 11 ถึง 13 โทรสาร 0-5389-4379 www.fdacmi.net
- 2) ช่องทางการร้องเรียน สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
- 3) ช่องทางการร้องเรียน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
- 4) ช่องทางการร้องเรียน ไปรษณีย์ - สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
- 5) ช่องทางการร้องเรียน ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
- 6) ช่องทางการร้องเรียน อีเมล mrdonline2014@gmail.com
- 7) ช่องทางการร้องเรียน โทรศัพท์ 0 2193 7999
- 8) ช่องทางการร้องเรียน facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online

17. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.16)

18. หมายเหตุ