

คู่มือสำหรับประชาชน: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล/ใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล/ใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2543
 - 2) 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 ไม่มีกำหนดระยะเวลาไว้ตามกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
 - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล/ใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) **สถานที่ให้บริการ** กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี อาคาร 2 ชั้น 1 โทรศัพท์ 0 4526 2699 , 0 45262 692-8 ต่อ 1000 , 3220/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ -

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. หลักเกณฑ์

ผู้รับอนุญาตที่ประสงค์จะแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการที่ได้รับอนุญาตไว้แล้วในกรณีดังต่อไปนี้ ให้ยื่นคำขอตามแบบที่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา พร้อมด้วยเอกสารหลักฐานตามที่ระบุไว้ในคำขอนั้น

2. เงื่อนไข

- 1) การนับระยะเวลา 21 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้ว ทั้งนี้ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่างๆ ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
- 2) กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

3. วิธีการ

- 1) ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการโรงพยาบาล ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
- 2) พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/เปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล/ลงบันทึกในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 3) ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาต การเปลี่ยนแปลงรายการการประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 4) การส่งใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ในเขตกรุงเทพมหานคร ให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี ให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

กรณีที่ 1

แบบคำขอเปลี่ยนแปลงรายการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.10)

กรณีบุคคลธรรมดา รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบ ดังนี้

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 2) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 4) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 5) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง
- 6) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

กรณีเป็นนิติบุคคล มีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติมจากกรณีบุคคลธรรมดา ดังนี้

- 1) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน (มีอายุไม่เกิน 6 เดือน) และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล
- 2) มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 3) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
- 4) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
- 5) ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอำนาจลงนามบริษัท

กรณีที่ 2

แบบคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.22)

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
- 2) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
- 3) รูปถ่ายของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 3 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี
- 4) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- 5) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 6) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง
- 7) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

หมายเหตุ :

- 1) กรณีมีการมอบอำนาจ มีเอกสารดังนี้ หนังสือมอบอำนาจพร้อมเอกสารของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

2) ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารไม่ครบถ้วน และ/หรือ มี/ความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิเช่นนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ และถือว่าวันที่เอกสารหลักฐานที่นำมายื่นครบถ้วนเป็นขั้นตอนการตรวจสอบเอกสารสมบูรณ์

3) ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	-
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบทะเบียน บันทึกรูปประวัติ บันทึกสมุดทะเบียนสถานพยาบาล	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	-
3)	การพิจารณา	ผู้อนุญาตลงนาม	10 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ประกอบการสถานพยาบาล	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 21 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้ประกอบกิจการกรณีมอบอำนาจต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจกรณีเป็นนิติบุคคลรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิ์ลงนามทุกคน)
2)	หนังสือเดินทาง	กรมการกงสุล	0	1	ฉบับ	(กรณีเป็นชาวต่างชาติลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
3)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
4)	หนังสือรับรองการจดทะเบียน (มีอายุไม่เกิน 6 เดือน) วัตถุประสงค์	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า	0	1	ฉบับ	(กรณีนิติบุคคลประทับตราและลงนามสำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นต้นตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	และผู้มีอำนาจลง ชื่อแทนนิติบุคคล					

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	กรณีขอ เปลี่ยนแปลง รายการประกอบ กิจการ สถานพยาบาล ให้ยื่นคำขอ เปลี่ยนแปลง รายการประกอบ กิจการ สถานพยาบาล (แบบ สป.10)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี	1	0	ฉบับ	-
2)	กรณีขอแก้ไข เปลี่ยนแปลง รายการ ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ สถานพยาบาล ให้ยื่นแบบคำขอ แก้ไข เปลี่ยนแปลง รายการ ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	สถานพยาบาล (แบบ สพ.22)					
3)	สำเนาทะเบียน บ้าน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
4)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (สป.7)	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
5)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	(จำนวนสมุด ทะเบียน สถานพยาบาล ตามจริงตามที่ โรงพยาบาลมี ทั้งหมด)
6)	ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ สถานพยาบาล (สป.19)	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
7)	กรณีการเปลี่ยน ชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต (ให้แนบเอกสาร)	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
8)	กรณีการเปลี่ยน เลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (ให้แนบ เอกสาร)	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
9)	ใบประกอบ	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	วิชาชีพ/ใบ ประกอบโรค ศิลปะ หรือ วุฒิปัตร์ หรือ หนังสืออนุมัติ					สำเนาถูกต้อง)

16. ค่าธรรมเนียม

- 1) การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ใบอนุญาตให้ดำเนินการ
สถานพยาบาล
ค่าธรรมเนียม 100 บาท
หมายเหตุ -
- 2) การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ครั้งละ 100 บาท
ค่าธรรมเนียม 100 บาท
หมายเหตุ -
- 3) ค่าใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ฉบับละ 200 บาท
ค่าธรรมเนียม 200 บาท
หมายเหตุ -
- 4) ค่าใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ฉบับละ 200 บาท
ค่าธรรมเนียม 200 บาท
หมายเหตุ -

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ / ส่วนภูมิภาค กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช
สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ถนนพรหมเทพ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง
อุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 0 4526 2699 , 0 45262 692-8 ต่อ 1000 , 3220 E-
mail : fdapv34@fda.moph.go.th
หมายเหตุ -

- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** หน่วยงานส่วนกลาง สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2193 7999 E-mail : mrdonline2014@gmail.com Facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online

หมายเหตุ -

- 3) **ช่องทางการร้องเรียน** หน่วยงานต้นสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2590-1000 โทรสาร. 0-2590-1174 E-mail : webops@moph.mail.go.th

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)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) ส.พ.10 คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
-
- 2) ส.พ.22 คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
-

19. หมายเหตุ

-