

คู่มือสำหรับประชาชน:

การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล/ใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ:

การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล/ใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล

2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี**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

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

11. ช่องทางการให้บริการ**1) สถานที่ให้บริการ**

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีถนนการุณราชฤทธิ์ตำบลตลาดอำเภอเมือง
จังหวัดสุราษฎร์ธานีเบอร์โทรศัพท์ 077-273998, 077-283703/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา

08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)

หมายเหตุ (กรณีชำระค่าธรรมเนียมเปิดบริการ 16.00 น.)

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. หลักเกณฑ์

ผู้รับอนุญาตที่ประสงค์จะแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการที่ได้รับอนุญาตไว้แล้วในกรณีดังต่อไปนี้ ให้ยื่นคำขอตามแบบที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา พร้อมด้วยเอกสารหลักฐานตามที่ระบุไว้ในคำขอนั้น

2. เงื่อนไข

1) การนับระยะเวลาดำเนินการตามคำขอนับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร

โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง

หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้ว

ทั้งนี้ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่างๆ ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ

หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น

2) กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ

พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

3. วิธีการ

1) ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(หรือผู้รับมอบอำนาจ)

ยื่นคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการพร้อมเอกสารหลักฐาน (แบบส.พ.10)

และเอกสารหลักฐานที่ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

2)

พนักงานเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสารหลักฐานตามกฎหมายสำ

นักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีส่งเอกสารคำขอไปยังกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

3)

เจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพดำเนินการตามคำขอจัดเตรียมเอกสารใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและสมุดทะเบียนสถานพยาบาลเสนอผู้อนุญาต

4)

ผู้อนุญาตพิจารณาการเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลออกใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลแล้วแต่กรณี

5) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพบันทึกการเปลี่ยนแปลงในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

6)

ส่งใบแทนใบอนุญาตและใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีแล้วแต่กรณี

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) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาลที่ผู้มีอำนาจลงนาม
- 4) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาลที่ผู้มีอำนาจลงนาม
- 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)
ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน
เรียบร้อยแล้ว

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	1.ผู้ขอรับอนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอและเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณาให้ครบถ้วนที่ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี 2.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน 3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีดำเนินการส่งเรื่องให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ยกเว้นการเปลี่ยนตัวผู้ประกอบการวิชาชีพ)	10 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี	-
2)	การพิจารณาโดยหน่วยงานอื่น	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพตรวจสอบและดำเนินการตามคำขอผู้อนุญาตพิจารณาลงนามจนกระทั่งส่งเอกสารการดำเนินการ/ใบอนุญาตให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี(กรณีเปลี่ยนชื่อผู้รับอนุญาตชื่อสถานพยาบาลชื่อที่ตั้งเปลี่ยนเวลาทำการ)ภายใน 21	21 วันทำการ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	(ไม่รวมระยะเวลาดำเนินการส่งเอกสารของไปรษณีย์, (กรณีเปลี่ยนแปลงตัวผู้ประกอบการวิชาชีพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้นับถือขอดำเนินการเบ็ดเสร็จหน่วยงานเดียว

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		<p>วันทำการ</p> <p>ส่วนกรณีการเปลี่ยนแปลงตัวผู้ประกอบการวิชาชีพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ดำเนินการเสนอผู้อนุญาตลงนามในสมุดทะเบียนสถานพยาบาลใช้เวลาดำเนินการในขั้นตอนนี้ 3 วันทำการ</p>			<p>(เวลาที่แสดงดังกล่าวไม่รวมระยะเวลาที่มีเหตุต้องมีการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ยื่นแจ้งผู้มีหน้าที่ปฏิบัติกรรพ.6 เพิ่มเติม)</p> <p>ส่วนกรณีการเปลี่ยนแปลงชื่อสถานพยาบาลชื่อที่ตั้งเปลี่ยนแปลงเวลาทำการระยะเวลา 21 วันทำการนี้ขึ้นกับระยะเวลาการดำเนินการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและไม่รวมระยะเวลาการนำส่งของไปรษณีย์ไป-กลับ)</p>
3)	การพิจารณา	<p>ผู้อนุญาตของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรีพิจารณาลงนามรับทราบ (กรณีเปลี่ยนแปลงตัวผู้ประกอบการวิชาชีพ)</p>	3 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี	-
4)	-	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุข	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		ตรวจสอบหลักฐานแจ้งให้ผู้ประกอบการทราบออกเอกสารชำระค่าธรรมเนียม		ณัฐจังหวัดสุราษฎร์ธานี	

ระยะเวลาดำเนินการรวม 35 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาบัตรประชาชน ผู้ประกอบกิจการกรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคลรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิลงนามทุกคน)
2)	หนังสือเดินทาง	กรมการกงสุล	0	1	ฉบับ	(กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับรองสำเนา

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยันทัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						นาถูกต้อง)
3)	ใบสำคัญการเปลี่ ยนชื่อ	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(กรณีเปลี่ยนชื่อ/ส กุล ลงนามรับรองสำเ เนาถูกต้อง)
4)	หนังสือรับรองกา รจดทะเบียน (มีอายุไม่เกิน 6 เดือน) วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลง ชื่อแทนนิติบุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	0	1	ฉบับ	(กรณีนิติบุคคล ประทับตราและลง นามสำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	แบบคำขอเปลี่ย นแปลงรายการป ระกอบกิจการสถ านพยาบาล (แบบ สพ.10)/แบบคำข อแก้ไขเปลี่ยนแปลง รายการใบอนุญาต ให้ดำเนินการ รสถานพยาบาล (แบบ สพ.22)	สำนักสถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
2)	สำเนาทะเบียนบ้ าน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเ เนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
3)	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)	สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
4)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล	สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	(จำนวนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลตามจริงตามที่โรงพยาบาลมีทั้งหมด)
5)	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สป.19)	สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
6)	กรณีการเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุลของผู้รับอนุญาต (ให้แนบเอกสาร)	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
7)	กรณีการเปลี่ยนแปลงที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (ให้แนบเอกสาร)	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
8)	ใบประกอบวิชาชีพ/ใบประกอบโรคศิลปะ หรือวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

16. ค่าธรรมเนียม

- 1) การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
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
หน่วยงานณจุดยื่นคำขอกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีถนนการุณราชฎ
ร์ตำบลตลาดอำเภอเมืองฯจังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000
หมายเหตุ -
- 2) ช่องทางการร้องเรียน
ไปรษณีย์กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีถนนการุณราชฎร์ตำบลตลาด
อำเภอเมืองฯจังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000
หมายเหตุ -
- 3) ช่องทางการร้องเรียน ไปรษณีย์ - สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
หมายเหตุ -
- 4) ช่องทางการร้องเรียน ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

หมายเหตุ -

- 5) ช่องทางการร้องเรียน E-mail : fdasurat@hotmail.com

หมายเหตุ -

- 6) ช่องทางการร้องเรียน โทรศัพท์ 077-273998, 077-283703

หมายเหตุ -

- 7) ช่องทางการร้องเรียน facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online

หมายเหตุ -

- 8) 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

-

วันที่พิมพ์	31/08/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยหัวหน้าหน่วยงาน (Reviewer)
จัดทำโดย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี สสจ.สธ.
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่	-

รโดย	
------	--