

## คู่มือสำหรับประชาชน: การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
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 และกฎกระทรวงประกาศระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -  
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ -
9. ข้อมูลสถิติ
  - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน-
  - จำนวนคำขอที่มากที่สุด -
  - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด -
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
11. ช่องทางการให้บริการ
  - 1) **สถานที่ให้บริการ** ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จจังหวัดอุทัยธานี ชั้น 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ตำบลน้ำซึม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี เบอร์โทรศัพท์ 0 5651 1565 ต่อ 105 – 106 / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน  
**ระยะเวลาเปิดให้บริการ** เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)  
**หมายเหตุ** -

## 12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

### หลักเกณฑ์

1. มาตรา 28 ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สองนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต
2. การขอต่ออายุใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ เมื่อได้ยื่นคำขอแล้วให้ผู้ยื่นคำขอมดำเนินการสถานพยาบาลต่อไปได้จนกว่าผู้อนุญาตจะสั่งไม่อนุญาตให้ต่ออายุ
3. การขอต่ออายุใบอนุญาตและการอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง
4. ในส่วนภูมิภาคอนุญาตการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลเฉพาะกรณีไม่ต้องเปลี่ยนใบอนุญาต

### วิธีการ

1. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลยื่นคำขอการขอต่ออายุใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ต้องยื่นก่อนใบอนุญาตให้ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หหมดอายุก่อนสิ้นปีที่ 2 นับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต
2. การยื่นต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ยื่นก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุไม่น้อยกว่า 3 เดือน เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เดือนตุลาคม จนถึง 31 ธันวาคม
3. ต้องมีใบรับรองแพทย์ ระบุสุขภาพแข็งแรงและไม่เป็นโรคต้องห้าม
4. พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ตรวจสอบขอต่ออายุใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
5. ผู้อนุญาตพิจารณาการต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาล/ ลงบันทึกการต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ในใบอนุญาตและสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

### เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 22 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วนถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้ว ทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะ

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก่ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

แบบคำขอการต่อใบอนุญาตการดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.20)

**รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบ ดังนี้**

- 1) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- 2) รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 3 รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี (กรณีออกใบอนุญาตใหม่)
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 4) ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด
- 5) เอกสารอื่นๆ

### 13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ตรวจสอบการยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	-
2)	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอต่ออายุใบอนุญาต	15 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
3)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นขอใบอนุญาต	1 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 22 วันทำการ

14. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว  
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง <u>กรณีมอบอำนาจ</u> ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
2)	หนังสือเดินทาง	กองตรวจลงตราและเอกสารเดินทางคนต่างด้าว	1	1	ฉบับ	กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
3)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
4)	สมุดทะเบียน ของแพทย์ (กรณี ผู้ดำเนินการเป็น แพทย์)	-	1	1	ฉบับ	เพื่อใช้ตรวจสอบสำเนา ใบอนุญาตประกอบ วิชาชีพเวชกรรมลง นาม รับรองสำเนา ถูกต้อง

#### 15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอต่ออายุ ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ สถานพยาบาล (ส.พ.20)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	1	0	ฉบับ	-
2)	ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ สถานพยาบาล (ส.พ.19)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	1	0	ฉบับ	-
3)	ใบรับรองแพทย์	-	1	0	ฉบับ	ใบรับรองแพทย์ ไม่เป็น โรคต้องห้ามและ ร่างกายแข็งแรง
4)	รูปถ่ายขนาด 2.5x3 ซม 3 รูป	-	3	0	ฉบับ	ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี กรณีออกใบอนุญาต ใบใหม่

#### 16. ค่าธรรมเนียม

มีค่าธรรมเนียมใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล จำนวน 250 บาท

หมายเหตุ -

## 17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางร้องเรียน** ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ร้องเรียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ตำบลน้ำซึม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี 61000  
**หมายเหตุ –**
- 2) **ช่องทางร้องเรียน** ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดอุทัยธานี ศาลากลางจังหวัดอุทัยธานี ถนนศรีอุทัย ตำบลอุทัยใหม่ อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี 61000  
**หมายเหตุ –**
- 3) **ช่องทางร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 5651 1565 ต่อ 105 –106  
**หมายเหตุ –**
- 4) **ช่องทางร้องเรียน** โทรสาร 0 5651 1327  
**หมายเหตุ –**
- 5) **ช่องทางร้องเรียน** E-mail : fdapv61@fda.moph.go.th  
**หมายเหตุ –**

## 18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.20)

## 19. หมายเหตุ

-