

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อกระบวนการ: การขอต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข
๓. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
๔. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - ๑) พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๓
 - ๒) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ ๓) พ.ศ.๒๕๕๕ และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘
๖. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
๗. พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดสระแก้ว
๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ ๐ นาที
๙. ข้อมูลสถิติ
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๙๐
 - จำนวนคำขอน้อยที่สุด ๐
๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก ๑๙/๐๕/๒๕๕๘
๑๓:๓๗
๑๑. ช่องทางการให้บริการ
 - ๑) สถานที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ศูนย์ราชการจังหวัดสระแก้ว ตำบลท่าเกษม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ๒๗๐๐๐ เบอร์โทรศัพท์ ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ ต่อ ๑๐๓ /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ -
๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

หลักเกณฑ์

มาตรา ๑๙ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สิ้นนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นสุด เมื่อได้ ยื่นคำขอแล้วให้ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลต่อไปได้ จนกว่าผู้อนุญาตจะสั่งไม่อนุญาตให้ต่ออายุ การขอต่ออายุใบอนุญาตและการอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

วิธีการ

๑. ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอการขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการ ต้องยื่นก่อนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล หมดยุติก่อนสิ้นปีที่ ๑๐ นับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต
๒. การยื่นต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ยื่นก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุไม่น้อยกว่า ๓ เดือน เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ เดือนตุลาคม จนถึง ๓๑ ธันวาคม
๓. ต้องมีใบรับรองแพทย์ระบุสุขภาพแข็งแรงและไม่เป็นโรคต้องห้าม
๔. พนักงานเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบขอต่ออายุใบอนุญาตการประกอบกิจการสถานพยาบาล
๕. ผู้อนุญาตพิจารณาการต่อใบอนุญาตผู้ประกอบกิจการ / ออกใบอนุญาตผู้ประกอบกิจการใหม่(เลขใหม่) ลงบันทึกในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

เงื่อนไข

๑. การนับระยะเวลา ๒๒ วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วนถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้ว ทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
๒. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (แบบ สพ.๑๑)

รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

- ๑) สำเนาบัตรประจำตัว
- ๒) ใบรับรองแพทย์
- ๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับอนุญาต
- ๔) สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล
- ๕) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- ๖) หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา ๔๕

แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑

- ๗) สมุดทะเบียนสถานพยาบาลหลักเกณฑ์

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

| ที่ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|-----|------------------|--|-------------------|--|------------------------------|
| ๑) | การตรวจสอบเอกสาร | ตรวจสอบคำยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต | ๑ วันทำการ | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และ เกสัชสาธารณสุข | (ศูนย์บริการสุขภาพเบ็ดเสร็จ) |
| ๒) | การพิจารณา | พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอต่ออายุใบอนุญาต | ๑๕ วันทำการ | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และ เกสัชสาธารณสุข | (งานคลินิก) |

| ที่ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|-----|---------------|--|-------------------|--|-------------|
| ๓) | การลงนาม | เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต | ๕ วันทำการ | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และ เกษัชสาธารณสุข | (งานคลินิก) |
| ๔) | - | ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้นยื่นขอใบอนุญาต | ๑ วันทำการ | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และ เกษัชสาธารณสุข | (งานคลินิก) |

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๒๒ วันทำการ

๑๓.งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๔.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

| ที่ | รายการเอกสารยืนยันตัวตน | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร | จำนวนเอกสารฉบับจริง | จำนวนเอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|-------------------------|----------------------------|---------------------|------------------|----------------|---|
| ๑) | บัตรประจำตัวประชาชน | - | ๑ | ๑ | ฉบับ | (ลงนามสำเนาถูกต้อง กรณีมอบอำนาจต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคลรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิลงนามทุกคน) |
| ๒) | หนังสือเดินทาง | กองหนังสือเดินทาง | ๑ | ๑ | ฉบับ | (กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามสำเนาถูกต้อง) |
| ๓) | ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ | - | ๑ | ๑ | ฉบับ | (กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล ลงนามสำเนาถูกต้อง) |

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นยื่นตัวตน | หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร | จำนวนเอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|---|
| ๔) | หนังสือรับรองนิติบุคคล | - | ๑ | ๑ | ฉบับ | (กรณีเป็นนิติบุคคลให้ประทับตรานิติบุคคล และผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) |

๑๕.๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร | จำนวนเอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|---|--------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|-------------------------------|
| ๑) | คำขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.๑๑) | - | ๑ | ๐ | ฉบับ | (ตาม พรบ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑) |
| ๒) | ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน | - | ๑ | ๐ | ฉบับ | - |
| ๓) | สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ประกอบกิจการ) | - | ๐ | ๑ | ฉบับ | (ลงนามสำเนาถูกต้อง) |
| ๔) | ทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล | - | ๐ | ๑ | ฉบับ | (ลงนามสำเนาถูกต้อง) |
| ๕) | ใบรับรองแพทย์ผู้ประกอบกิจการ (ไม่เป็นโรคต้องห้ามและร่างกายแข็งแรงและออกไว้ไม่เกิน ๖ เดือน) | - | ๑ | ๐ | ฉบับ | - |
| ๖) | สมุดทะเบียนสถานพยาบาล | - | ๑ | ๐ | ฉบับ | - |

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร | จำนวนเอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|--|--------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|--|
| | (แบบ สพ.๘) | | | | | |
| ๓) | หนังสือรับรอง การตรวจสอบ สถานพยาบาล จากพนักงาน เจ้าหน้าที่ตาม มาตรา ๔๕ แห่ง พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑/แบบ ประเมินตนเอง ของ สถานพยาบาล | - | ๑ | ๐ | ฉบับ | - |
| ๘) | แผนที่แสดงที่ตั้ง สถานพยาบาล ต้องชัดเจน | - | ๑ | ๐ | ฉบับ | (มีรายละเอียด สถานที่ใกล้เคียง ชัดเจน) |
| ๙) | สำเนาใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพ ของผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล) | - | ๐ | ๑ | ฉบับ | (ลงนามสำเนา ถูกต้อง) |

๑๖. ค่าธรรมเนียม

๑) ต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการคลินิก

หมายเหตุ -

๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

๑) ช่องทางการร้องเรียน หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ สถานที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ศูนย์ราชการจังหวัดสระแก้ว ตำบลท่าเกษม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

หมายเหตุ -

๒) ช่องทางการร้องเรียน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

หมายเหตุ -

๓) ช่องทางการร้องเรียน ไปรษณีย์ -สถานที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระแก้ว ศูนย์ราชการจังหวัดสระแก้ว ตำบลท่าเกษม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ๒๗๐๐๐

หมายเหตุ -

๔) ช่องทางการร้องเรียน ไปรษณีย์ -กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

หมายเหตุ -

๕) ช่องทางการร้องเรียน E-mail : mrdonline๒๐๑๔@gmail.com

หมายเหตุ -

๖) ช่องทางการร้องเรียน โทรศัพท์ ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ ต่อ ๑๐๓

หมายเหตุ -

๗) ช่องทางการร้องเรียน Facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online

หมายเหตุ -

๘) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ (เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th /

ตู้ ปณ.๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐)

๑๘. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

๑) คำขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๑๑)

๑๙. หมายเหตุ

| | |
|-------------|---|
| วันที่พิมพ์ | 09/09/2558 |
| สถานะ | คู่มือประชาชนอยู่ระหว่างการจัดทำ / แก้ไข (User) |
| จัดทำโดย | จันทน์ สัตยรุ่งเรือง |
| อนุมัติโดย | - |
| เผยแพร่โดย | - |

คู่มือนี้ผ่านกระบวนการลดระยะเวลาแล้ว