

## คู่มือสำหรับประชาชน: การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว  
กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อกระบวนการ: การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข

๓. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

๑) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่๓) พ.ศ.๒๕๕๕ และกฎกระทรวง ประกาศ  
ระเบียบ ที่ออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

๖. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดสระแก้ว

๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ    ๐ นาที

๙. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน    ๐

จำนวนค่าขอที่มากที่สุด    ๗๐

จำนวนค่าขอที่น้อยที่สุด    ๐

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก ๑๙/๐๕/๒๕๕๘ ๑๔:๑๔

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

๑) สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ(OSSC) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ศูนย์ราชการจังหวัดสระแก้ว ตำบลท่าเกษม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัด  
สระแก้ว 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

๑. ตามกฎหมายกำหนดให้ผู้รับอนุญาตต้องชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลรายปีภายในวันที่ ๓๑  
ธันวาคมของทุกปี ให้ยกเว้นสำหรับปีที่ได้รับอนุญาตและสำหรับปีที่ได้รับการต่ออายุใบอนุญาต ตลอดเวลาที่ยังประกอบ  
กิจการ ถ้าไม่ชำระภายในเวลาที่กำหนดให้ชำระเงินเพิ่มอัตร้อยละห้าต่อเดือนถ้ายังไม่ยินยอมชำระค่าธรรมเนียมหลังพ้นจาก  
กำหนดหกเดือน ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้ ผู้รับอนุญาตดำเนินการตามมาตรา ๔๙ ให้ระงับหรือปฏิบัติให้ถูกต้อง  
ภายในระยะเวลาที่เห็นสมควร แต่ทั้งนี้ ไม่เป็นเหตุลบล้างความผิดตามพระราชบัญญัตินี้

๒. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลสามารถยื่นคำขอชำระค่าธรรมเนียมได้ตั้งแต่เดือนตุลาคมของทุกปี

เงื่อนไข

๑. การนับระยะเวลา ๑วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง  
หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือ

เหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเป็นเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น

๒. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก่ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

### ๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ	๕ นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข	-
๒)	การพิจารณา	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม	๓๐ นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข	-
๓)	การพิจารณา	ยื่นเอกสารขอชำระเงิน	๕ นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข	-
๔)	การลงนาม	ผู้อนุญาตลงนามในสพ.๑๒	๑๐ นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข	-
๕)	-	รับ สพ.๑๒และสมุดทะเบียน	๑๐ นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑ ชั่วโมง

๑๔. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

#### ๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวประชาชน	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข	๐	๑	ฉบับ	(๑.รับรองสำเนาถูกต้อง ๒.กรณีมอบอำนาจต้องมีสำเนาบัตรประชาชนของผู้

ที่	รายการเอกสาร ยื่นต้นตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						มอบอำนาจ(ผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลทุกคน) และผู้รับมอบอำนาจที่ลงนามเรียบร้อยครบถ้วน)
๒)	หนังสือรับรองนิติบุคคล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข	๐	๑	ฉบับ	(กรณีผู้มอบอำนาจเป็นนิติบุคคลต้องประทับตรานิติบุคคล และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลรับรองสำเนาถูกต้อง)

๑๕.๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	คำขอชำระค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประจำปี	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข	๑	๐	ฉบับ	-
๒)	ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.๗)	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข	๑	๐	ฉบับ	-
๓)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ.๘)	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข	๑	๐	ฉบับ	-
๔)	รายงานประจำปี (สพ.๒๓)	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข	๑	๐	ฉบับ	-
๕)	หนังสือมอบอำนาจ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข	๑	๐	ฉบับ	-

## ๑๖. ค่าธรรมเนียม

- ๑) ค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ปีละ ๕๐๐ บาท  
หมายเหตุ -

## ๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

- ๑) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ **สถานที่** กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ศูนย์ราชการจังหวัดสระแก้ว ตำบลท่าเกษม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว  
หมายเหตุ -
- ๒) **ช่องทางการร้องเรียน** กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐  
หมายเหตุ -
- ๓) **ช่องทางการร้องเรียน** ส่งไปรษณีย์ **สถานที่** กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ศูนย์ราชการจังหวัดสระแก้ว ตำบลท่าเกษม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ๒๗๐๐๐ เบอร์โทรศัพท์ ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ ต่อ ๑๐๓ /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน  
หมายเหตุ -
- ๔) **ช่องทางการร้องเรียน** ส่งไปรษณีย์ - 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) คำขอชำระค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประจำปี
- ๒) รายงานประจำปี (สพ.๒๓)

## ๑๙. หมายเหตุ

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