

คู่มือมาตรฐานการให้บริการ

การขออนุญาต ประกอบกิจการ และดำเนินการคลินิก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
กำแพงเพชร



คู่มือการปฏิบัติงาน : การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

กระทรวง : กระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อกระบวนการ การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

๓. ประเภทของงานบริการ กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง

๑. พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑

๒. พ.ร.บ.สถานพยาบาล ที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๕๕

๓. กฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และพ.ร.บ.สถานพยาบาล ที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๕

๖. ระดับผลกระทบ บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ ส่วนภูมิภาค

๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา, ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ

๖๗ วันทำการ ตามระยะเวลาในคู่มือสำหรับประชาชน (ไม่มีกำหนดระยะเวลาไว้ตามกฎหมาย)

๙. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๒ คำขอ

จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๗ คำขอ

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๑ คำขอ

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน (สำเนาคู่มือประชาชน) การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ ผู้รับบริการติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ตำบลหนองปลิง อำเภอเมืองกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร ๖๒๐๐๐

เบอร์โทรศัพท์ ๐ ๕๕๗๐ ๕๑๙๗

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา

๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

๑๒.๑ หลักเกณฑ์

๑๒.๑.๑ ห้ามมิให้บุคคลใดประกอบกิจการสถานพยาบาล เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอการออกใบอนุญาต และการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทใด ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (มาตรา๑๖)

๑๒.๑.๒ ห้ามมิให้บุคคลใดดำเนินการสถานพยาบาล เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอและการออกใบอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (มาตรา ๒๔)

๑๒.๒ เงื่อนไข

๒.๑ การนับระยะเวลา ๖๗ วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง ทั้งนี้ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารไม่ครบถ้วน และมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์/เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถ

พิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการ จะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

๒.๒ กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่า ผู้รับมอบ อำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

๑๒.๓ วิธีการ

๑. ในการพิจารณาออกใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลของผู้อนุญาต จะต้องปรากฏว่าผู้ขอรับใบอนุญาต ได้จัดให้มีกรณีดังต่อไปนี้โดยถูกต้องครบถ้วนแล้ว มีแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติแล้วตาม หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง
๒. มีสถานพยาบาลตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวงที่ออก ตามมาตรา ๑๔
๓. มีเครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็น ประจำสถานพยาบาลนั้น ตามชนิดและจำนวนที่กำหนด ในกฎกระทรวง
๔. มีผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลตามวิชาชีพและจำนวนที่กำหนดในกฎกระทรวง
๕. ชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๑๒.๔ คุณสมบัติผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

๑. มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
 ๒. มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย
 ๓. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิด ที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ
 ๔. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
 ๕. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
 ๖. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- ในกรณีที่นิติบุคคลเป็นผู้ขอรับอนุญาต ผู้จัดการหรือผู้แทนของนิติบุคคล นั้นต้องมีคุณสมบัติ ตามคุณสมบัติข้างต้น

๑๒.๕ คุณสมบัติผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

๑. ผู้ประกอบวิชาชีพ/เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ
 ๒. ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง
- กรณีที่ผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอยู่แล้วแห่งหนึ่ง จะอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับ ผู้ป่วยไว้ค้างคืนอีกแห่งหนึ่งไม่ได้
๓. เป็นผู้ที่สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือ ประชาชนเรียบร้อยแล้ว ไม่นับระยะเวลารอคอยตรวจสอบสถานที่ และแจ้งผลการพิจารณาภายใน ๑ วันทำการนับแต่วัน พิจารณาแล้วเสร็จ

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	๑.รับคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน/รับคำขอและรับเอกสาร แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล/นัดตรวจสถานที่ (ตรวจสอบผู้ขออนุมัติแผนการจัดตั้งไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๗ สถานที่เป็นไปตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวงตามมาตรา ๑๔ วรรคสอง และมีผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายกระทรวง ๑๘(๔) ๒.อธิบายขั้นตอนการดำเนินงานตามแผนผังแสดงการดำเนินการตามคู่มือประชาชน กระบวนการขออนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก ๓.ลงข้อมูลในใบควบคุมกระบวนการขออนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก	๑ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร (กลุ่มงานคปส. สสจ. กำแพงเพชร)	-
๒)	การพิจารณา	๑.พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ๒.พนักงานเจ้าหน้าที่นัดตรวจสถานที่ตามที่ผู้ยื่นคำขอพร้อม ๓.พนักงานเจ้าหน้าที่ไปตรวจสถานที่ ๔.สรุปผล/ให้แก้ไขปรับปรุง ๕.เสนอคณะกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน พิจารณาเห็นชอบการประกอบกิจการและ ดำเนินการสถานพยาบาล ๖.คณะกรรมการสถานพยาบาลพิจารณาอนุมัติการอนุญาตการป ระกอบกิจการ/ดำเนินการสถานพยาบาล	๖๐ วันทำการ	งานคปส. สสจ. กำแพงเพชร	-
๓)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล	๕ วันทำการ	งานคปส. สสจ. กำแพงเพชร	-
๔)	การแจ้งผลพิจารณา	แจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นคำขออนุญาตส่งมอบใบอนุญาต	๑ วันทำการ	งานคปส. สสจ. กำแพงเพชร	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๖๗ วันทำการ

๑๔. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัว ประชาชน	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	รับรองสำเนาถูกต้องกรณีมอบ อำนาจ ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจ และสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบ อำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล รับรอง สำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิลงนาม ทุกคน
๒)	หนังสือเดินทาง	กองตรวจลงตรา และเอกสาร เดินทางคนต่างด้าว	๑	๑	ฉบับ	กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง
๓)	ใบสำคัญการ เปลี่ยนชื่อ	กรมการปกครอง	๑	๑	ฉบับ	กรณีการเปลี่ยนชื่อหรือสกุล ลงนาม รับรองสำเนาถูกต้อง
๔)	หนังสือรับรอง นิติบุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	๐	๑	ฉบับ	กรณีเป็นนิติบุคคล ลงนาม รับรอง สำเนาถูกต้อง
๕)	ทะเบียนสมรส	กรมการปกครอง	๑	๑	ฉบับ	กรณีมีการสมรสหรือมีกา รเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม รับรอง สำเนาถูกต้อง

๑๕.๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้ง สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับ ผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.๑)	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด กำแพงเพชร	๑	๐	ฉบับ	-
๒)	แผนงานการจัดตั้ง สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับ ผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.๒)	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด กำแพงเพชร	๑	๐	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๓)	คำขออนุญาตให้ประกอบ กิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๕)	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด กำแพงเพชร	๑	๐	ฉบับ	-
๔)	หนังสือแสดงเจตจำนงเป็น ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของ ผู้ประกอบการวิชาชีพ (แบบ สพ.๖)	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด กำแพงเพชร	๑	๐	ฉบับ	กรณีเป็นผู้ดำเนินการ ต้องลงนามต่อหน้า พนักงานเจ้าหน้าที่
๕)	คำขอรับใบอนุญาตให้ ดำเนินการสถานพยาบาล / คำ ขออนุญาตเปลี่ยนตัว ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๑๘)	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด กำแพงเพชร	๑	๐	ฉบับ	กรณีเป็นผู้ดำเนินการ ต้องลงนามต่อหน้า พนักงานเจ้าหน้าที่
๖)	สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ขอประกอบกิจการ และ ผู้ดำเนินการ)	กรมการ ปกครอง	๐	๑	ฉบับ	กรณีมอบอำนาจ ต้อง มีหนังสือรับมอบ อำนาจและสำเนา ทะเบียนบ้านผู้รับมอบ อำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล รับรองสำเนาบัตร ทะเบียนบ้านผู้มีสิทธิ์ ลงนามทุกคน
๗)	ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ / ประกอบการประกอบโรคศิลปะ	-	๑	๑	ฉบับ	หากเป็นเฉพาะทาง ต้องลงนามสำเนา ถูกต้องใบอนุญาตบัตร/ อนุบัตร
๘)	ใบรับรองแพทย์ผู้ขอประกอบ กิจการ และผู้ดำเนินการ	-	๑	๐	ฉบับ	ใบรับรองแพทย์ไม่เป็น โรคต้องห้ามและไม่ เกิน ๖ เดือนนับแต่วัน ยื่นคำขอ
๙)	รูปถ่ายขนาด ๒.๕x๓ ซม ๓ รูป	-	๑	๐	ฉบับ	-
๑๐)	รูปถ่ายขนาด ๘x๑๓ ซม ๑ รูป	-	๑	๐	ฉบับ	-
๑๑)	แผนผังในสถานพยาบาล	-	๑	๐	ฉบับ	ต้องแสดงภาพถ่าย ห้องตรวจโรคและ

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						อุปกรณ์ภายในห้อง ทุกห้องประกอบว่า เสร็จเรียบร้อยแล้ว
๑๒)	แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาล ต้องชัดเจน	-	๑	๐	ฉบับ	และต้องแสดงจุดที่ ใกล้เคียงโดยให้มีจุด สังเกตที่สำคัญ
๑๓)	เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ (โฉนดที่ดิน)	-	๐	๑	ฉบับ	หากไม่ใช่เจ้าของ กรรมสิทธิ์ ต้องมี เอกสารดังนี้ ๑.สัญญาเช่า ๒.สำเนาบัตร ประชาชนและสำเนา ทะเบียนบ้านของผู้ให้ เช่า ๓.ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง
๑๔)	ทะเบียนบ้านที่ตั้ง สถานพยาบาล	กรมการ ปกครอง	๐	๑	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง
๑๕)	สำเนาหนังสือรับรอง การจด ทะเบียน วัตถุประสงค์ และ ผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)	กรมพัฒนา ธุรกิจการค้า	๐	๑	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง
๑๖)	๑.มีการเก็บและกำจัดขยะติด เชื้อ โดยมีหนังสือตอบรับจาก หน่วยงานที่กำจัดขยะ หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๒.ต้องมีเอกสาร/หนังสือรับการ ตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์ ใน กรณีที่มีเครื่องเอกซเรย์ ๓.ต้องได้รับความยินยอมให้ใช้ ชื่อสถานพยาบาลจากผู้ได้รับ ใบอนุญาตก่อน หากชื่อ สถานพยาบาลในเขตเดียวกันมี ชื่อซ้ำกัน	-	๐	๑	ฉบับ	เอกสารอื่นๆ มี ๖ ข้อ หากเป็นสำเนาต้องลง นามรับรองสำเนา ถูกต้อง

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	๔.แสดงอัตราค่าบริการและค่า รักษาพยาบาลให้ครอบคลุม ลักษณะให้บริการ ๕.หนังสือประสานงาน โรงพยาบาลที่จะส่งต่อและ โรงพยาบาลที่จะส่งต่อ ๖.มีแผนแสดงระบบการควบคุม ทำความสะอาดเครื่องมือ เครื่องใช้ในคลินิกที่เหมาะสม					
๑๗)	กรณีมีเครื่องมือพิเศษในการทำ หัตถการต้องมีหนังสือรับรอง เครื่องมือฯ จาก ออย.	สำนักงาน คณะกรรมการ อาหารและยา	๐	๑	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง

๑๖. ค่าธรรมเนียม

๑. ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

ค่าธรรมเนียม ๑,๐๐๐ บาท

๒) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

ค่าธรรมเนียม ๒๕๐ บาท

หมายเหตุ : ชำระค่าธรรมเนียมที่ฝ่ายการเงิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๕.๓๐ น.
โดยมีระยะเวลาที่ใช้ในการชำระค่าธรรมเนียม ๓๐ นาที

๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

๑. ผู้รับบริการติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ตำบลหนองปลิง อำเภอเมืองกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร ๖๒๐๐๐
เบอร์โทรศัพท์ ๐ ๕๕๗๐ ๕๑๘๗
๒. สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
๓. กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
๔. ไปรษณีย์ : สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
๕. ไปรษณีย์ : กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
๖. E-mail : fdakpp@hotmail.com
๗. โทรศัพท์ ๐ ๕๕๗๐ ๕๑๘๗

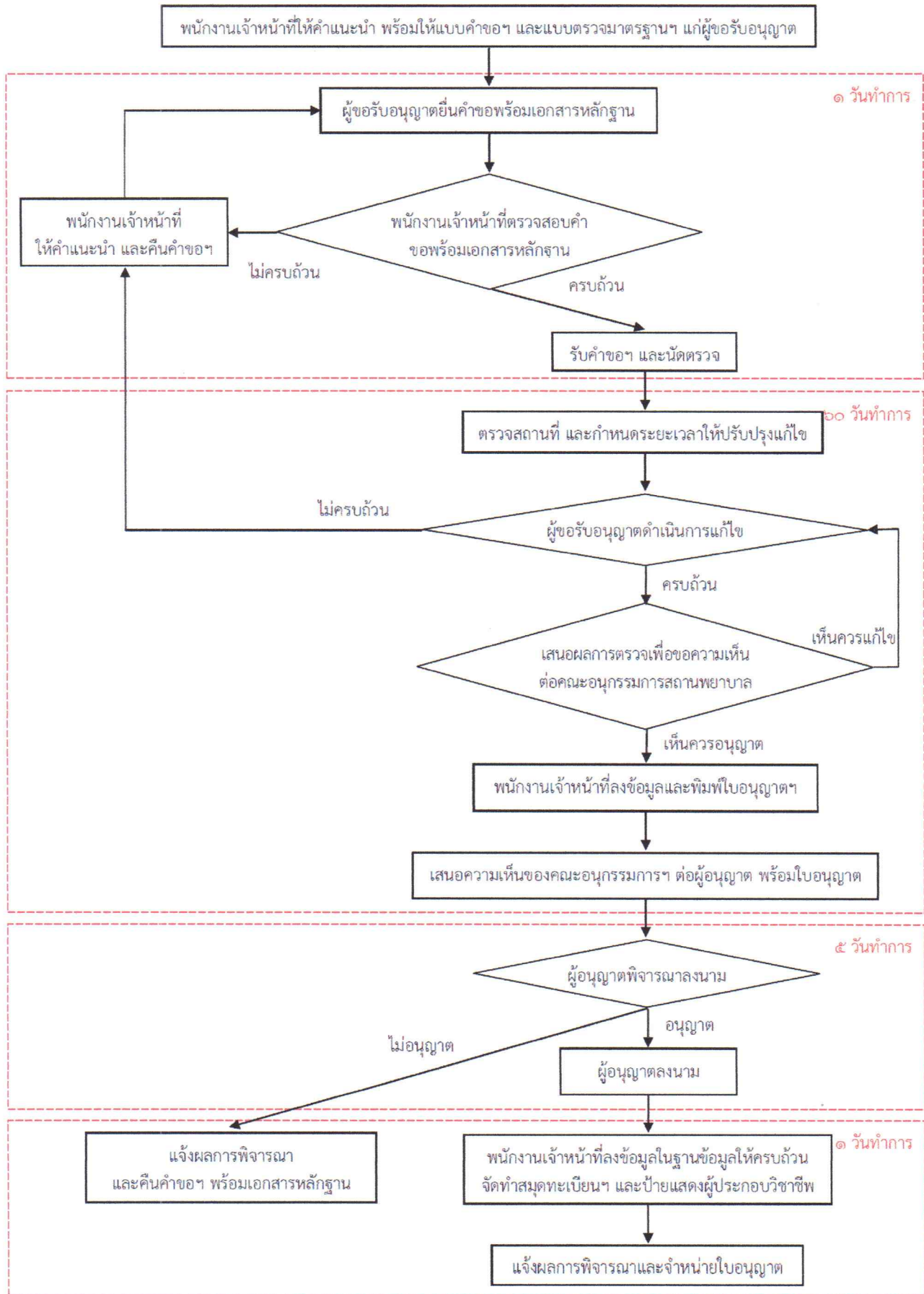
๑๘. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

๑. คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.๑)
๒. แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.๒)
๓. คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๕)
๔. หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ สพ.๖)
๕. คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล/คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๑๘)

๑๙. หมายเหตุ

กรณีมีเหตุที่ต้องขอคำปรึกษา, ความเห็นหรือข้อเสนอแนะ จากคณะกรรมการหรืออนุกรรมการสถานพยาบาล จะไม่นับรวมเป็นเวลาบริการ

แผนผังแสดงการดำเนินการตามคู่มือสำหรับประชาชนกระบวนการและดำเนินการคลินิก
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร



**รายละเอียดแผนผังแสดงการดำเนินการตามคู่มือสำหรับประชาชนกระบวนการขออนุญาตให้ประกอบกิจการ
และดำเนินการคลินิก กลุ่มงานคส.สสจ.กำแพงเพชร**

๑. การให้คำแนะนำ

พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำพร้อมแบบคำขอจัดตั้งสถานพยาบาล การประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลแก่ประชาชนที่มีความประสงค์จัดตั้งสถานพยาบาล การประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ผู้ขอรับอนุญาต)

๒. การตรวจสอบเอกสาร (ไม่เกิน ๑ วันทำการ)

๑. ผู้ขอรับอนุญาตยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร
๒. พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานตามที่ระบุไว้ในคู่มือสำหรับประชาชน
๓. กรณีที่เอกสารถูกต้องครบถ้วนพนักงานเจ้าหน้าที่รับคำขอและตกลงนัดหมายวันเพื่อตรวจสถานที่ (กรณีที่เอกสารไม่ครบถ้วน พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำและคืนคำขอแก่ผู้ขอรับอนุญาต)

๓. การพิจารณา (ไม่เกิน ๖๐ วันทำการ)

๑. พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสถานที่และให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง โดยกำหนดวันแก้ไขตามสมควรหรือไม่เกิน ๓๐ วันทำการ
๒. ผู้ขออนุญาตส่งเอกสารหลักฐานการแก้ไขข้อบกพร่องให้แก่พนักงานเจ้าหน้าที่
๓. พนักงานเจ้าหน้าที่รายงานสรุปผลการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลเสนอต่อคณะ อนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัดเพื่อเสนอความเห็น คำแนะนำ คำปรึกษา ต่อผู้อนุญาตในการพิจารณาอนุญาตต่อไป
๔. พนักงานเจ้าหน้าที่ลงข้อมูลในเว็บไซต์สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อพิมพ์ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
๕. เสนอความเห็น คำแนะนำ คำปรึกษาของคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัดต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร (ผู้อนุญาต) พร้อมใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลเพื่อพิจารณา

๔. การลงนาม (ไม่เกิน ๕ วันทำการ)

๑. ผู้อนุญาตลงนามการพิจารณาอนุญาตในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

๕. การแจ้งผลการพิจารณา (ไม่เกิน ๑ วันทำการ)

๑. พนักงานเจ้าหน้าที่ลงข้อมูลผลการพิจารณาอนุญาตในเว็บไซต์สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๒. พนักงานเจ้าหน้าที่จัดทำสมุดทะเบียน, ป้ายแสดงผู้ประกอบการวิชาชีพ ให้เสร็จเรียบร้อย
๓. แจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ขออนุญาต
๔. จำหน่ายใบอนุญาต
๕. กรณีผู้อนุญาตลงนามไม่อนุญาต พนักงานเจ้าหน้าที่ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณา คืนคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน

หมายเหตุ

การนับระยะเวลาในการดำเนินการตามคู่มือสำหรับประชาชน เริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่พนักงานเจ้าหน้าที่รับคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานที่ครบถ้วนแล้ว จนถึงการแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ขออนุญาตทราบ ทั้งนี้ไม่นับระยะเวลาระหว่างรอตรวจสถานที่ (ตรวจมาตรฐาน)

ใบควบคุมกระบวนการ
กระบวนการขออนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก
ระยะเวลาดำเนินการไม่เกิน 67 วันทำการ

ชื่อผู้ขออนุญาตประกอบกิจการ.....
 ชื่อผู้ขออนุญาตดำเนินการ.....
 ชื่อสถานที่..... ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่.....
 ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ขั้นตอนที่ 1 รับคำขอและนัดตรวจสถานที่ (ไม่เกิน 1 วันทำการ)	ระยะเวลาดำเนินการ	วันทำการ
ขั้นตอนที่ 1.1 ตรวจสอบเอกสาร <input type="checkbox"/> ครบถ้วน รับคำขอแล้ว เลขที่รับ..... <input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน (ให้คำแนะนำและคืนคำขอ) ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบ ลงชื่อ..... ผู้ประกอบการ วันที่..... วันที่.....		
ขั้นตอนที่ 1.2 นัดตรวจสถานที่ หัวหน้ากลุ่มงานมอบหมายให้ ผู้รับผิดชอบ1..... ผู้รับผิดชอบ2..... กำหนดตรวจวันที่..... เวลา..... ลงชื่อ..... หัวหน้ากลุ่มงาน		
ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสถานที่ แก๊ซ และขอความเห็น (ไม่เกิน 60 วันทำการ)	ระยะเวลาดำเนินการ	วันทำการ
ขั้นตอนที่ 2.1 ตรวจสถานที่ <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ผ่านอย่างมีเงื่อนไข กำหนดให้ปรับปรุงแก๊ซแล้วเสร็จภายในวันที่.....		
ขั้นตอนที่ 2.2 ความเห็นของคณะกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัด ประชุมคณะกรรมการสถานพยาบาลครั้งที่..... วันที่..... มติที่ประชุม <input type="checkbox"/> เห็นควรไม่อนุญาต <input type="checkbox"/> เห็นควรอนุญาต <input type="checkbox"/> เห็นควรอนุญาตอย่างมีเงื่อนไข		
ขั้นตอนที่ 2.3 พนักงานเจ้าหน้าที่ลงข้อมูลและพิมพ์ใบอนุญาตฯ ลงข้อมูลและพิมพ์ใบอนุญาตวันที่..... ลงชื่อ..... ผู้ลงข้อมูล		
ขั้นตอนที่ 2.4 เสนอความเห็นของคณะกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัดต่อผู้อนุญาต เสนอความเห็นฯ วันที่.....		
ขั้นตอนที่ 3 ผู้อนุญาตพิจารณาขออนุญาต (ไม่เกิน 5 วันทำการ)	ระยะเวลาดำเนินการ	วันทำการ
<input type="checkbox"/> ไม่อนุญาต <input type="checkbox"/> อนุญาต ลงวันที่.....		
ขั้นตอนที่ 4 ลงข้อมูลและแจ้งผลการพิจารณา (ไม่เกิน 1 วันทำการ)	ระยะเวลาดำเนินการ	วันทำการ
ขั้นตอนที่ 4.1 ลงข้อมูลและจัดทำเอกสารให้ครบถ้วน <input type="checkbox"/> สปรต. <input type="checkbox"/> ฐานข้อมูล <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตและเอกสารอื่น		
ขั้นตอนที่ 4.2 แจ้งผลการพิจารณา แจ้งผลการพิจารณาทาง <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> จัดหมายลงทะเบียนตอบรับ เลขที่..... ลงชื่อ..... ผู้แจ้งผล วันที่.....		
ขั้นตอนที่ 5 ผู้ขออนุญาตรับใบอนุญาตและชำระค่าธรรมเนียม		
รับใบอนุญาตและเอกสารวันที่..... ใบเสร็จรับเงินเลขที่..... ลงชื่อ..... ผู้รับอนุญาต ลงชื่อ..... ผู้จ่ายเอกสาร		กรณีไม่อนุญาต <input type="checkbox"/> รับคำขอฯ และเอกสารหลักฐานคืนวันที่..... ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ ลงชื่อ..... ผู้จ่ายเอกสาร
ขั้นตอนที่ 6 สรุปผลการดำเนินการ (ไม่เกิน 67 วันทำการ)	ระยะเวลาดำเนินการ	วันทำการ

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค
โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
<p>ชื่อหน่วยงาน โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล วัน /เดือน /ปี ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๖ หัวข้อ คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล ชุตินา สุขทรัพย์ (นางสาวชุตินา สุขทรัพย์) ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ วันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๖</p>	<p>ผู้อนุมัติรับรอง ปิยะวัตร คำอุไร (นายปิยะวัตร คำอุไร) ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล วันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๖</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่ ชุตินา สุขทรัพย์ (นางสาวชุตินา สุขทรัพย์) ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ วันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๖</p>	