

## คู่มือการปฏิบัติงาน : การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

---

๑. ชื่อกระบวนการงาน การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการงาน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

๓. ประเภทของงานบริการ กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง

๑. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

๒. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙

๓. กฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบที่ออกตาม พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙

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

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ตำบลในเมือง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ๖๖๐๐๐

เบอร์โทรศัพท์ ๐ ๕๖๙๙ ๐๓๕๔ ต่อ ๑๓๘, ๑๔๗

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ 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 และการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทใดให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (มาตรา๑๖)

๑๒.๑.๒ ห้ามมิให้บุคคลใดดำเนินการสถานพยาบาล เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอและการออกใบอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (มาตรา ๒๔)

## ๑๒.๒ เจ็อนไซ

๒.๑ การนี้ระยะเวลา ๖๗ วันทำการ ในกรณีคำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่อง ไม่สมบูรณ์/เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้น จะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

๒.๒ กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบ อำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก่ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

## ๑๒.๓ วิธีการ

๑. ในการพิจารณาออกใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลของผู้อนุญาต จะต้องปรากฏว่าผู้ขอรับ ใบอนุญาตได้จัดให้มีกรณีดังต่อไปนี้โดยถูกต้องครบถ้วนแล้ว มีแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ แล้วตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง
๒. มีสถานพยาบาลตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวงที่ออกตามมาตรา ๑๔
๓. มีเครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาลนั้นตามชนิดและจำนวนที่กำหนด ในกฎกระทรวง
๔. มีผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลตามวิชาชีพและจำนวนที่กำหนดในกฎกระทรวง
๕. ชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

## ๑๒.๔ คุณสมบัติผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

๑. มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
๒. มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย
๓. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับ ความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ
๔. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
๕. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๖. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือน ไร้ความสามารถ

ในกรณีที่นิติบุคคลเป็นผู้ขอรับอนุญาต ผู้จัดการหรือผู้แทนของนิติบุคคล นั้นต้องมีคุณสมบัติตามคุณสมบัติข้างต้น

## ๑๒.๕ คุณสมบัติผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

๑. เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ
๒. ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง กรณีที่เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอยู่แล้วแห่งหนึ่ง จะอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอีกแห่งหนึ่งไม่ได้
๓. เป็นผู้ที่สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด

**หมายเหตุ:** ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือ ประชาชนเรียบร้อยแล้ว ไม่นับระยะเวลารอคอยตรวจสถานที่ และแจ้งผลการพิจารณาภายใน ๑ วันทำการนับแต่วัน พิจารณาแล้วเสร็จ

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	<p>๑.รับคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน/รับคำขอและรับเอกสารแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล/นัดตรวจสถานที่ (ตรวจสอบผู้ขออนุมัติแผนการจัดตั้งไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๗ สถานที่เป็นไปตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวงตามมาตรา ๑๔ วรรคสอง และมีผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายกระทรวง ๑๘(๔)</p> <p>๒.อธิบายขั้นตอนการดำเนินงานตามแผนผังแสดงการดำเนินการตามคู่มือประชาชนกระบวนการขอขออนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก</p> <p>๓.ลงข้อมูลในใบควบคุมกระบวนการกระบวนการขอขออนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก</p>	๑ วันทำการ	<p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร (คปส. สสจ.พิจิตร)</p>	-
๒)	การพิจารณา	<p>๑.พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล</p> <p>๒.พนักงานเจ้าหน้าที่นัดตรวจสถานที่</p> <p>๓.พนักงานเจ้าหน้าที่ไปตรวจสถานที่</p> <p>๔.สรุปผล/ให้แก้ไขปรับปรุง</p> <p>๕.เสนอคณะกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนพิจารณาเห็นชอบการประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาล</p> <p>๖.คณะอนุกรรมการสถานพยาบาลพิจารณาอนุมัติการอนุญาตการประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาล</p>	๖๐ วันทำการ	คปส. สสจ.พิจิตร	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๓)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล	๕ วันทำการ	คบส. สสจ.พิจิตร	-
๔)	การแจ้งผลพิจารณา	แจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นคำขออนุญาต	๑ วันทำการ	คบส. สสจ.พิจิตร	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๖๗ วันทำการ

๑๔. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว  
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวประชาชน	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล ลงนามรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิลงนามทุกคน
๒)	หนังสือเดินทาง	กองตรวจลงตราและเอกสารเดินทางคนต่างด้าว	๑	๑	ฉบับ	กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
๓)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ	กรมการปกครอง	๑	๑	ฉบับ	กรณีการเปลี่ยนชื่อหรือสกุล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
๔)	หนังสือรับรองนิติบุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า	๐	๑	ฉบับ	กรณีเป็นนิติบุคคล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
๕)	ทะเบียนสมรส	กรมการปกครอง	๑	๑	ฉบับ	กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม ให้ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๑๕.๒) เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑)	คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ ส.พ.๑)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร	๑	๐	ฉบับ	-
๒)	แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ ส.พ.๒)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร	๑	๐	ฉบับ	-
๓)	คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๕)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร	๑	๐	ฉบับ	-
๔)	หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นปฏิบัตินี้ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ.๖)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร	๑	๐	ฉบับ	กรณีเป็นผู้ดำเนินการต้องลงนามต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่
๕)	คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล/คำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๘)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร	๑	๐	ฉบับ	กรณีเป็นผู้ดำเนินการต้องลงนามต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่
๖)	ทะเบียนบ้าน (ผู้ขอประกอบกิจการ และผู้ดำเนินการ)	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจ และสำเนาทะเบียนบ้าน ผู้รับมอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล รับรองสำเนาบัตรทะเบียนบ้าน ผู้มีสิทธิ์ลงนามทุกคน
๗)	ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบกรประกอบโรคศิลปะ	-	๑	๑	ฉบับ	หากเป็นเฉพาะทาง ต้องลงนามสำเนาถูกต้องใบอนุญาตบัตร/อนุบัตร

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๘)	ใบรับรองแพทย์ผู้ขอประกอบกิจการและผู้ดำเนินการ	-	๑	๐	ฉบับ	ใบรับรองแพทย์ไม่เป็นโรคต้องห้าม และไม่เกิน ๖ เดือนนับแต่วันยื่นคำขอ
๙)	รูปถ่าย ขนาด ๒.๕x๓ ซม. ๓ รูป	-	๑	๐	ฉบับ	-
๑๐)	รูปถ่าย ขนาด ๘ x๑๓ ซม. ๑ รูป	-	๑	๐	ฉบับ	-
๑๑)	แผนผังในสถานพยาบาล	-	๑	๐	ฉบับ	ต้องแสดงภาพถ่ายห้องตรวจโรคและอุปกรณ์ภายในห้องทุกห้องประกอบว่าเสร็จเรียบร้อยแล้ว
๑๒)	แผนที่ตั้งสถานพยาบาลต้องชัดเจน	-	๑	๐	ฉบับ	ต้องแสดงจุดที่ใกล้เคียงโดยให้มีจุดสังเกตที่สำคัญ
๑๓)	เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ (โฉนดที่ดิน)	-	๐	๑	ฉบับ	หากไม่ใช่เจ้าของกรรมสิทธิ์ ต้องมีเอกสารดังนี้ ๑.สัญญาเช่า ๒.สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า ๓.รับรองสำเนาถูกต้อง
๑๔)	ทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
๑๕)	สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า	๐	๑	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑๖)	<p>๑. มีการเก็บและกำจัดขยะติดเชื้อ โดยมีหนังสือตอบรับจากหน่วยงานที่กำจัดขยะ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๒. ต้องมีเอกสาร/หนังสือรับการตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์ ในกรณีที่มีเครื่องเอกซเรย์</p> <p>๓. ต้องได้รับความยินยอมให้ใช้ชื่อสถานพยาบาลจากผู้ได้รับใบอนุญาตก่อน หากชื่อสถานพยาบาลในเขตเดียวกันมีชื่อซ้ำกัน</p> <p>๔. แสดงอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลให้ครอบคลุมลักษณะการให้บริการ</p> <p>๕. หนังสือประสานงานโรงพยาบาลที่จะส่งต่อและโรงพยาบาลที่จะส่งต่อ</p> <p>๖. มีแผนแสดงระบบการควบคุมทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้ในคลินิกที่เหมาะสม</p>	-	๐	๑	ฉบับ	เอกสารอื่นๆ มี ๖ ข้อ หากเป็นสำเนาต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
๑๗)	หากมีเครื่องมือพิเศษ เช่น เครื่องมือแพทย์ ต้องมีเอกสารรับรองจาก อย.	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	๐	๑	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

## ๑๖. ค่าธรรมเนียม

๑. ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  
ค่าธรรมเนียม ๑,๐๐๐ บาท
๒. ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  
ค่าธรรมเนียม ๒๕๐ บาท

หมายเหตุ : ชำระค่าธรรมเนียมที่ฝ่ายการเงิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ตั้งแต่เวลา ๘:๓๐-๑๕:๓๐ น.  
โดยมีระยะเวลาที่ใช้ในการชำระค่าธรรมเนียม ๓๐ นาที

## ๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

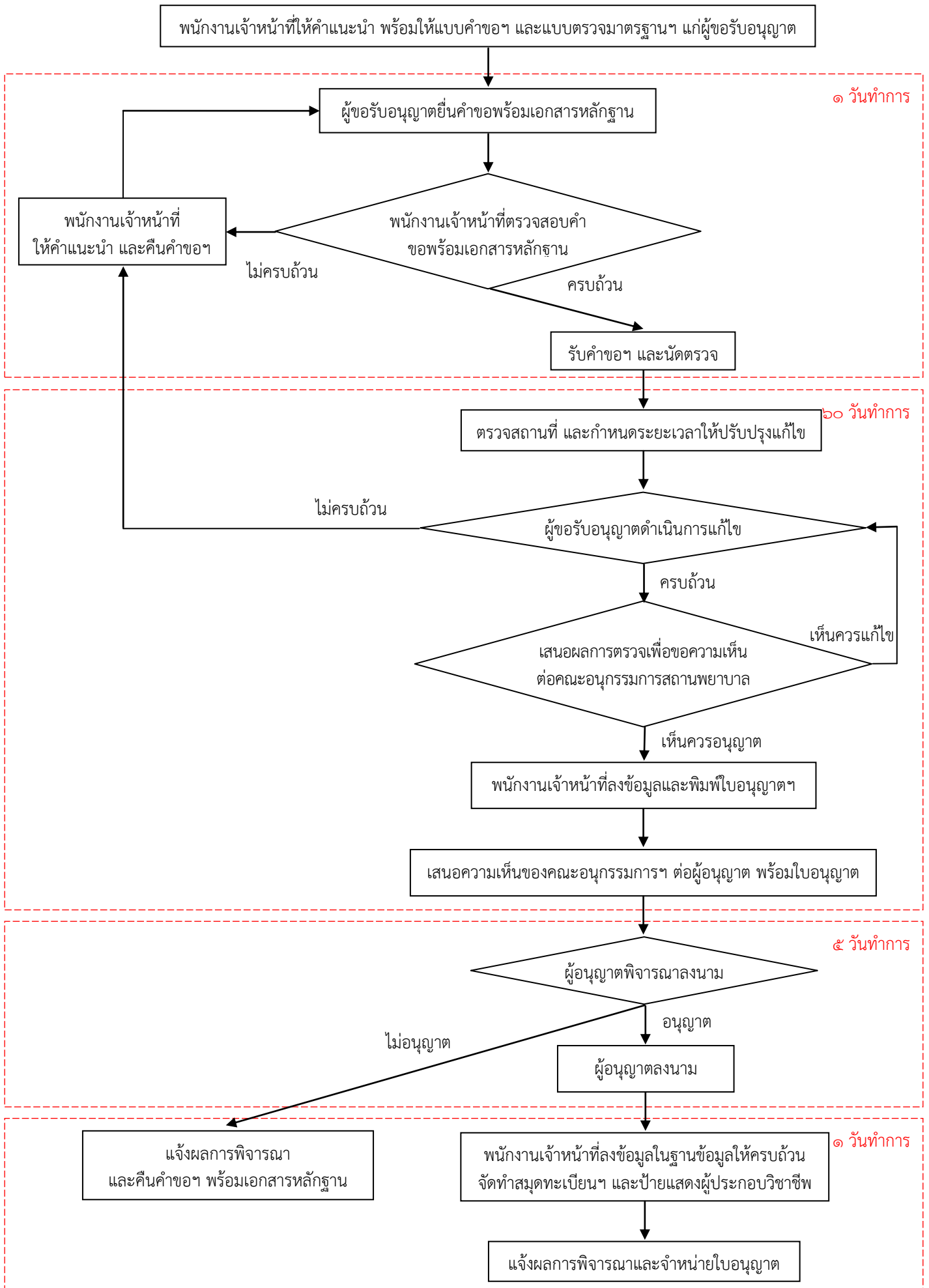
๑. ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ตำบลในเมือง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ๖๖๐๐๐  
หรือเบอร์โทรศัพท์ ๐ ๕๖๙๙ ๐๓๕๔ ต่อ ๑๓๘, ๑๔๗ หรือ E-mail : fdapv๖๖@fda.moph.go.th
๒. สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
๓. กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี  
๑๑๐๐๐
๔. ไปรษณีย์ : สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง  
สาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
๕. ไปรษณีย์ : กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
๖. E-mail : mrdonline๒๐๑๔@gmail.com
๗. โทรศัพท์ : ๐ ๒๑๙๓ ๗๙๙๙ ๗
๘. facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online
๙. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี  
เลขที่ ๑ ถนนพิษณุโลก เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐/ สายด่วน ๑๑๑๑/ www.๑๑๑๑.go.th/  
ตู้ ปณ.๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐)

## ๑๘. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

๑. คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ ส.พ.๑)
๒. แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ ส.พ.๒)
๓. คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๕)
๔. หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ.๖)
๕. คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล/คำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล  
(แบบ ส.พ.๑๘)



แผนผังแสดงการดำเนินการตามคู่มือสำหรับประชาชนกระบวนการขออนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก  
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร



รายละเอียดแผนผังแสดงการดำเนินการตามคู่มือสำหรับประชาชนกระบวนการขออนุญาตให้ประกอบกิจการ  
และดำเนินการคลินิก กลุ่มงานคส.สสจ.พิจิตร

**๑. การให้คำแนะนำ**

พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำพร้อมแบบคำขอจัดตั้งสถานพยาบาล การประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลแก่ประชาชนที่มีความประสงค์จัดตั้งสถานพยาบาล การประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ผู้ขอรับอนุญาต)

**๒. การตรวจสอบเอกสาร (ไม่เกิน ๑ วันทำการ)**

๑. ผู้ขอรับอนุญาตยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
๒. พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานตามที่ระบุไว้ในคู่มือสำหรับประชาชน
๓. กรณีที่เอกสารถูกต้องครบถ้วนพนักงานเจ้าหน้าที่รับคำขอและตกลงนัดหมายวันเพื่อตรวจสอบสถานที่ (กรณีที่เอกสารไม่ครบถ้วน พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำและคืนคำขอแก่ผู้ขอรับอนุญาต)

**๓. การพิจารณา (ไม่เกิน ๖๐ วันทำการ)**

๑. พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบสถานที่และให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง โดยกำหนดวันแก้ไขตามสมควรหรือไม่เกิน ๓๐ วันทำการ
๒. ผู้ขออนุญาตส่งเอกสารหลักฐานการแก้ไขข้อบกพร่องให้แก่พนักงานเจ้าหน้าที่
๓. พนักงานเจ้าหน้าที่รายงานสรุปผลการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลเสนอต่อคณะกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัดเพื่อเสนอความเห็น คำแนะนำ คำปรึกษา ต่อผู้อนุญาตในการพิจารณาอนุญาตต่อไป
๔. พนักงานเจ้าหน้าที่ลงข้อมูลในเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อพิมพ์ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
๕. เสนอความเห็น คำแนะนำ คำปรึกษาของคณะกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัดต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร (ผู้อนุญาต) พร้อมใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลเพื่อพิจารณา

**๔. การลงนาม (ไม่เกิน ๕ วันทำการ)**

๑. ผู้อนุญาตลงนามการพิจารณาอนุญาตในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

**๕. การแจ้งผลการพิจารณา (ไม่เกิน ๑ วันทำการ)**

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

**หมายเหตุ**

การนับระยะเวลาในการดำเนินการตามคู่มือสำหรับประชาชน เริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่พนักงานเจ้าหน้าที่รับคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานที่ครบถ้วนแล้ว จนถึงการแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ขออนุญาตทราบ ทั้งนี้ไม่นับระยะเวลาระหว่างรอตรวจสอบสถานที่ (ตรวจมาตรฐาน)

## ใบควบคุมกระบวนการ

### กระบวนการขออนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

ระยะเวลาดำเนินการไม่เกิน 67 วันทำการ

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

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