สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
Maehongson Provincial Public Health Office

คู่มือการปฏิบัติงาน

การอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และการดำเนินการสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)



จังหวัดแม่ฮ่องสอน

คำนำ

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน มีภารกิจในการส่งเสริม ควบคุม กำกับและดูแลการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนอย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน ภายใต้กฎหมายหลัก คือ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.๒๕๔๒ รวมถึงกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานจึงได้มีการกำหนดกระบวนงานที่สำคัญตามภารกิจหลัก และในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ สำนักงาน ก.พ.ร. ได้แจ้งให้หน่วยงานของรัฐที่มีการอนุญาต การจดทะเบียนหรือการแจ้งที่มีกฎหมายหรือกฎกำหนดให้ต้องขออนุญาต จดทะเบียนหรือแจ้งก่อนจะดำเนินการใด จัดทำคู่มือสำหรับประชาชน ตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินงานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) โดยอาศัยการอ้างอิงหลักจากคู่มือการปฏิบัติงานการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาลสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

คู่มือการปฏิบัติงานการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินงานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ฉบับนี้จัดทำขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการดำเนินการเกี่ยวกับธุรกรรมงานสถานพยาบาล ประกอบด้วย การอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) การต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการคลินิก การแจ้งเลิกคลินิก การชำระค่าธรรมเนียมประจำปีคลินิก กระบวนการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีข้อผิดพลาดประการใดต้องขออภัยไว้ ณ ที่นี้ด้วย

งานสถานพยาบาล

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

สารบัญ

หน้า

คำนำ

สารบัญ

ส่วนที่ ๑ คู่มือการปฏิบัติงานการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินงานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)

๑.กระบวนการอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก ๑

๒.กระบวนการต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก ๙

๓.กระบวนการแจ้งเลิกคลินิก ๑๔

๔.กระบวนการชำระค่าธรรมเนียมประจำปีคลินิก ๑๘

๕.กระบวนการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก (กรณีใช้ต่อใบอนุญาตเดิม) ๒๒

ส่วนที่ ๒ ภาคผนวก

๑. แบบฟอร์ม ๒๗

ส่วนที่ 1

คู่มือการปฏิบัติงานการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินงานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)

คู่มือการปฏิบัติงานการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)

เรื่อง กระบวนการอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๑.ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน โทรศัพท์ ๐ ๕๓๖๑ ๑๒๘๑ ต่อ ๑๐๙ หรือ ๐ ๕๓๖๑ ๑๕๔๙ หรือทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E - mail: pharmhs@hotmail.com)

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๒.ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

๒.๑ พนักงานเจ้าหน้าที่รับเรื่องและตรวจสอบคำขออนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล ตามแบบ ส.พ.๑, ส.พ.๒, ส.พ.๕, ส.พ.๖, ส.พ.๑๘ และเอกสารแนบพร้อมกับให้ผู้ดำเนินการมาแสดงตน

๒.๑.๑ ตรวจสอบเอกสารให้ครบและถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนดโดย Check List ในแบบฟอร์มการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน

เอกสารหลักฐาน ประกอบด้วย

๑) คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบส.พ.๑)

๒) แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบส.พ.๒)

๓) คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบส.พ.๕)

๔) หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ.๖) กรณีเป็นผู้ดำเนินการ ต้องเซ็นชื่อต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

๕) คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล/คำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๘) กรณีเป็นผู้ดำเนินการ ต้องเซ็นชื่อต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

๖) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขออนุญาตประกอบกิจการ และผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๗) ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อชื่อสกุล หรือทะเบียนสมรสกรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม (ฉบับจริงและสำเนา) ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๘) สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) และสำเนาใบอนุญาตทำงาน (work permit) กรณีผู้ขออนุญาตเป็นชาวต่างชาติ (ฉบับจริงและสำเนา) ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๙) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาตประกอบกิจการ และผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๑๐) กรณีเป็นนิติบุคคล แนบสำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล (ฉบับจริงและสำเนา) ให้ประทับตรานิติบุคคล ผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และรับรองสำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนของผู้มีสิทธิลงนามทุกคน

๑๑) กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาดำเนินการหรือยื่นเอกสารแทนต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจ สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกแก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย) กรณีผู้มอบอำนาจเป็นนิติบุคคล ต้องมีสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้มีสิทธิ์ลงนามทุกคนลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมติดอากรแสตมป์

๑๒) ใบรับรองแพทย์ของผู้ขออนุญาตประกอบกิจการ และผู้ขออนุญาตดำเนินการฉบับจริง (ใบรับรองแพทย์ไม่เป็นโรคต้องห้าม และไม่เกิน ๖ เดือนนับแต่วันยื่นคำขอ)

๑๓) ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/การประกอบโรคศิลปะของผู้ดำเนินการ/ผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ/ใบอนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตรหากเป็นเฉพาะทาง (ฉบับจริงและสำเนา) ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๑๔) รูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓ ซม. จำนวน ๑ รูป กรณีเป็นผู้ดำเนินการ

๑๕) รูปถ่ายขนาด ๒.๕ x ๓ ซม. จำนวน ๓ รูป กรณีเป็นผู้ดำเนินการ

๑๖) แผนผังในสถานพยาบาล ต้องแสดงตำแหน่งตามแผนการจัดตั้ง (ตามมาตราส่วน)

๑๗) แผนผังแสดงที่ตั้งสถานพยาบาลต้องชัดเจน และต้องแสดงจุดที่ใกล้เคียงโดยให้มีจุดสังเกตที่สำคัญ

๑๘) สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ (โฉนดที่ดิน/หนังสือซื้อขาย/ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร อ.๑) หากไม่ใช่เจ้าของกรรมสิทธิ์ ต้องมีเอกสาร ดังนี้

๑๘.๑ สำเนาสัญญาเช่าลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๑๘.๒ สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๑๘.๓ กรณีผู้ให้เช่าเป็นนิติบุคคล ต้องมีสำเนาหนังสือจดทะเบียนนิติบุคคล สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้มีสิทธิ์ลงนามทุกคนลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๑๙) สำเนาทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๒๐) มีการเก็บและกำจัดขยะติดเชื้อ โดยมีหนังสือตอบรับจากหน่วยงานที่กำจัดขยะหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒๑) มีเอกสารการยื่นขอใช้เครื่องเอ็กซเรย์จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือหนังสือรับรองจากสำนักงานปรมณูเพื่อสันติ ในกรณีที่มีเครื่องเอ็กซเรย์

๒๒) ต้องได้รับความยินยอมให้ใช้ชื่อสถานพยาบาลจากผู้ที่ได้รับใบอนุญาตก่อน หากชื่อสถานพยาบาลในเขตเดียวกันมีชื่อซ้ำซ้อน

๒๓) แสดงอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลให้ครอบคลุมลักษณะให้บริการ

๒๔) มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการช่วยฟื้นคืนชีพ ติดไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน และมีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐาน และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย

๒๕) มีแผนแสดงระบบการควบคุมทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้ในคลินิกที่เหมาะสม

๒๖) หากมีเครื่องมือพิเศษ เช่น เครื่องมือแพทย์ ต้องมีสำเนาเอกสารรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๒.๑.๒ กรณีเอกสารหรือหลักฐานไม่ถูกต้องหรือยังขาดเอกสารหรือหลักฐานใดให้แจ้งผู้ขออนุญาตทราบทันที กรณีที่สามารถแก้ไขหรือเพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ให้แจ้งให้ผู้ขออนุญาตดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมให้ครบถ้วน หรือถ้าเป็นกรณีที่ไม่อาจดำเนินการได้ในขณะนั้น ให้ทำบันทึกสองฝ่าย โดยระบุความบกพร่องและรายการเอกสารหรือหลักฐานที่จะต้องยื่นเพิ่มเติม พร้อมทั้งกำหนดระยะเวลาที่ผู้ขออนุญาตจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมไว้ในบันทึกดังกล่าว ทั้งนี้ หากผู้ขออนุญาตได้แก้ไขหรือยื่นเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมครบถ้วนตามที่บันทึกสองฝ่ายแล้ว เจ้าหน้าที่จะเรียกเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมอื่นอีกไม่ได้ (ตามมาตรา ๘ แห่งพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ.๒๕๕๘)

๒.๑.๓ พนักงานเจ้าหน้าที่ลงนัดหมายวัน เวลา ตรวจสถานที่และออกใบรับเรื่องให้แก่ผู้มายื่นคำขอเก็บไว้เป็นหลักฐาน

๒.๒ พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบและพิจารณาการขอต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ หากพบว่าเอกสารยังไม่ถูกต้อง ให้แจ้งผู้ยื่นคำขอให้ปรับปรุงแก้ไขให้แล้วเสร็จ ภายใน ๓ วัน

๒.๓ ตรวจมาตรฐานคลินิกเพื่ออนุญาต

๒.๓.๑ ตรวจสอบแบบคำขอ ส.พ.๑, ส.พ.๒, ส.พ.๕, ส.พ.๖ และส.พ.๑๘ พร้อมเอกสารหลักฐานแนบให้ครบถ้วน ถูกต้อง

๒.๓.๒ จัดทีมตรวจมาตรฐานคลินิกเพื่ออนุญาตเพื่อนำข้อมูลเสนอคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) พิจารณา

ทีมตรวจอนุญาตคลินิกประกอบด้วย

๑) พนักงานเจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน ๒ ท่าน

๒) พนักงานเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ จำนวน ๒ ท่าน

๒.๓.๓ จัดทำหนังสือเชิญพนักงานเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอร่วมตรวจมาตรฐานคลินิกเพื่ออนุญาต

๒.๓.๔ จัดเตรียมแบบตรวจมาตรฐานอนุญาตคลินิก ตามลักษณะของคลินิกและเอกสารเบิกจ่ายค่าพาหนะของพนักงานเจ้าหน้าที่

๒.๓.๕ ดำเนินการตรวจมาตรฐานคลินิกตามวัน เวลานัดหมายตามตารางนัดหมายที่ได้ลงนัดบันทึกภาพคลินิกตามบันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิก กรณีคณะผู้ตรวจเห็นว่ามีประเด็นข้อแก้ไข ให้แจ้งผู้ขออนุญาตให้ดำเนินการแก้ไขตามบันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต

๒.๔ เสนอคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) พิจารณาอนุญาต ดังนี้

๒.๔.๑ พนักงานเจ้าหน้าที่เตรียมข้อมูลรายละเอียดและเอกสารหลักฐานของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ดังนี้

๑) ส.พ.๑, ส.พ.๒, ส.พ.๕, ส.พ.๖ และ ส.พ.๑๘

๒) เอกสารแนบทั้งหมด

๓) แบบบันทึกการตรวจคลินิก

๔) ภาพถ่ายคลินิกตามแบบบันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิก เช่น ป้ายชื่อ, ข้อความโฆษณา, เครื่องมือเครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น, ห้องตรวจเป็นต้น

๒.๔.๒ กรณีคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) มีมติไม่อนุญาต หรือมีเงื่อนไข แจ้งผู้ขออนุญาตให้ดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้อง

๒.๕ กรณีคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลพิจารณาอนุญาต เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลโปรแกรมระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพเอกชน จัดตั้งสถานพยาบาล

๒.๖ จัดทำทะเบียนประจำคลินิก และบันทึกรายละเอียดในสมุดทะเบียนประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลเพื่อออกเลขที่ใบอนุญาต

๒.๗ จัดทำใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ (ส.พ.๗) และใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๙) และสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.๘) และหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ขออนุญาตมารับใบอนุญาตพร้อมแจ้งชำระค่าธรรมเนียม เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อลงนาม

๒.๘ แจ้งผลการพิจารณาการอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล

๒.๘.๑ ส่งหนังสือแจ้งผลการพิจารณาการอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลให้ผู้ขออนุญาตมารับใบอนุญาตพร้อมแจ้งชำระค่าธรรมเนียม

๒.๙.๒ กรณีที่ดำเนินการไม่แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่คู่มือกำหนดให้แจ้งเป็นหนังสือให้ผู้ยื่นคำขอทราบถึงเหตุแห่งการล่าช้าทุก ๗ วัน จนกว่าจะพิจารณาแล้วเสร็จ และส่งสำเนาให้สำนักงาน กพร.ทราบทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ (ตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘)

๒.๙ เมื่อผู้รับอนุญาตหรือผู้รับมอบอำนาจ มารับใบอนุญาตที่ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ให้ชำระเงินค่าธรรมเนียมใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ๑,๐๐๐ บาท และค่าธรรมเนียมใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ๒๕๐ บาท พร้อมลงลายมือชื่อรับเอกสาร (สพ.๗/ สพ.๘/ สพ.๑๒/ สพ.๑๙/ ป้ายสีน้ำเงิน) ไว้เป็นหลักฐาน

๓.กฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

๓.๑ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ มาตรา ๑๖ ห้ามมิให้บุคคลใดประกอบกิจการสถานพยาบาล เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอ การออกใบอนุญาต และการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทใดให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

๓.๒ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ มาตรา ๑๗ ผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังนี้

๑) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์

๒) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย

๓) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

๔) ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา

๕) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

๖) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถในกรณีที่นิติบุคคลเป็นผู้ขอรับอนุญาต ผู้จัดการหรือผู้แทนของนิติบุคคลนั้นต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามวรรคหนึ่งด้วย

๓.๓ กฎกระทรวงว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล (พ.ศ.๒๕๔๕)

๓.๔ กฎกระทรวงว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๐

๓.๕ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ มาตรา ๒๔ ห้ามมิให้บุคคลใดดำเนินการสถานพยาบาล เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาตการขอและการออกใบอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

๓.๖ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา๒๕ ในการพิจารณาออกใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลของผู้อนุญาตจะต้องปรากฏว่าผู้ขอรับอนุญาต

๑) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ แต่บุคคลเช่นว่านี้จะได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการตามประเภทใด หรือสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์ใด ให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๒) ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่ก่อนแล้วสองแห่งแต่ในกรณีที่เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอยู่แล้วหนึ่งแห่ง จะอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอีกแห่งหนึ่งไม่ได้

๓) เป็นผู้ที่สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด

๓.๗ กฎกระทรวงว่าด้วยการดำเนินการสถานพยาบาล (พ.ศ. ๒๕๔๕)

๓.๘ กฎกระทรวงว่าด้วยผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามประเภทและลักษณะการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาล (พ.ศ.๒๕๔๕)

๔.การจัดเก็บและการเข้าถึงเอกสาร

๔.๑ แบบ ส.พ.๑, ส.พ.๒, ส.พ.๕, ส.พ.๖, และ ส.พ.๑๘ และบันทึกในระบบฐานข้อมูลโปรแกรมระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพภาคเอกชน

๔.๒ บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกตามลักษณะของสถานพยาบาลตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต

๔.๓ ทะเบียนประจำคลินิกตามลักษณะของสถานพยาบาล

๔.๔ Scan จัดเก็บข้อมูล

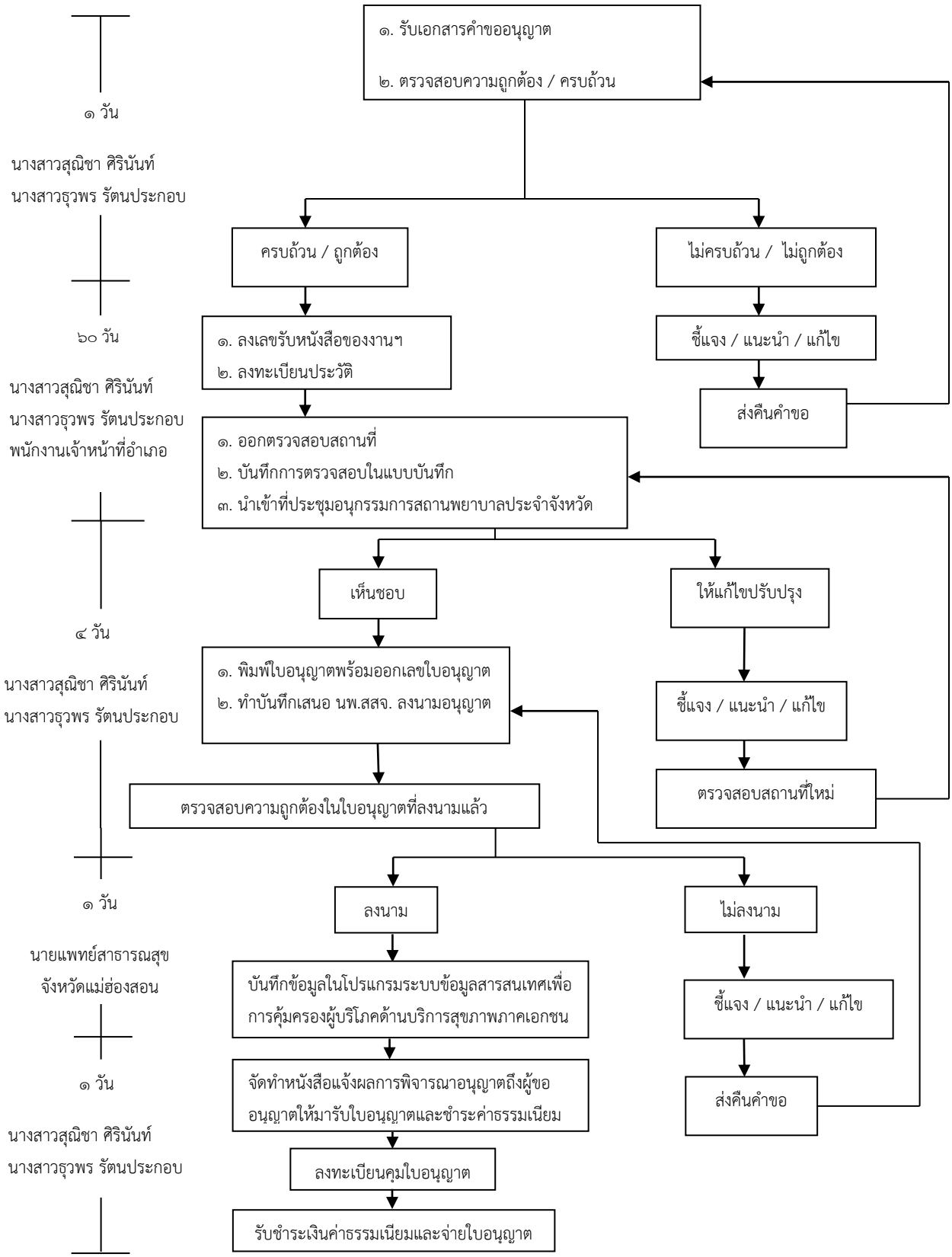
๕.ระบบการติดตาม

๕.๑ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ตรวจสอบความถูกต้อง

๕.๒ พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ตรวจสอบระยะเวลาการให้บริการ ให้เป็นไปตามผังกระบวนการทำงานและคู่มือสำหรับประชาชน

๕.๓ กรณีไม่สามารถดำเนินการตามคู่มือสำหรับประชาชน ที่ได้ประกาศไว้ ต้องจัดส่งสำเนาหนังสือแจ้งเหตุแห่งความล่าช้าไปยังคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการตามมาตรา ๑๐ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ ผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยเข้าไปยังระบบสารสนเทศคู่มือสำหรับประชาชน (https://backend.info.go.th/) เมนูระบบส่งสำเนาหนังสือแจ้งล่าช้า

๖.ผังกระบวนการทำงานกระบวนการอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก



สรุป รวมระยะเวลาดำเนินการ ๖๗ วันทำการ (อ้างอิงจากคู่มือการปฏิบัติงานการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาลสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)

คู่มือการปฏิบัติงานการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)

เรื่อง กระบวนการต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๑.ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน โทรศัพท์ ๐ ๕๓๖๑ ๑๒๘๑ ต่อ ๑๐๙ หรือ ๐ ๕๓๖๑ ๑๕๔๙ หรือทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E - mail: pharmhs@hotmail.com)

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๒.ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

๒.๑ พนักงานเจ้าหน้าที่รับเรื่องและตรวจสอบคำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๑) และเอกสารแนบ

๒.๑.๑ ตรวจสอบเอกสารให้ครบและถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนดโดย Check List ในแบบฟอร์มการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน

๒.๑.๒ กรณีเอกสารหรือหลักฐานไม่ถูกต้องหรือยังขาดเอกสารหรือหลักฐานใดให้แจ้งผู้ขออนุญาตทราบทันที กรณีที่สามารถแก้ไขหรือเพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ให้แจ้งให้ผู้ขออนุญาตดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมให้ครบถ้วน หรือถ้าเป็นกรณีที่ไม่อาจดำเนินการได้ในขณะนั้น ให้ทำบันทึกสองฝ่าย โดยระบุความบกพร่องและรายการเอกสารหรือหลักฐานที่จะต้องยื่นเพิ่มเติม พร้อมทั้งกำหนดระยะเวลาที่ผู้ขออนุญาตจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมไว้ในบันทึกดังกล่าว ทั้งนี้ หากผู้ขออนุญาตได้แก้ไขหรือยื่นเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมครบถ้วนตามที่บันทึกสองฝ่ายแล้ว เจ้าหน้าที่จะเรียกเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมอื่นอีกไม่ได้ (ตามมาตรา ๘ แห่งพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ.๒๕๕๘)

เอกสารหลักฐานประกอบด้วย

๑) คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๑)

๒) สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบกิจการ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๓) ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล หรือทะเบียนสมรส กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม (ฉบับจริงและสำเนา) ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๔) กรณีผู้ประกอบกิจการเป็นนิติบุคคล แนบหนังสือรับรองนิติบุคคล (ฉบับจริงและสำเนา) ให้ประทับตรานิติบุคคลผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้องและรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิ์ลงนามทุกคน

๕) สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) กรณีผู้ประกอบกิจการเป็นชาวต่างชาติ (ฉบับจริงและสำเนา) ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๖) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการ หรือ Work Permit กรณีผู้ประกอบกิจการเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๗) กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาดำเนินการหรือยื่นเอกสารแทนต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย) พร้อมติดอากรแสตมป์

๘) สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาลลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๙) ใบรับรองแพทย์ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ไม่เป็นโรคต้องห้ามและร่างกายแข็งแรงและออกไว้ไม่เกิน ๖ เดือน)

๑๐) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗)

๑๑) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.๘)

๑๒) แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลต้องชัดเจน

๑๓) หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา ๔๕ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑/แบบประเมินตนเองของสถานพยาบาล

๒.๑.๓ พนักงานเจ้าหน้าที่ลงข้อมูลในระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพภาคเอกชนพร้อมออกใบชำระเงินค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ๑,๐๐๐ บาท และลงรายละเอียดของใบเสร็จรับเงินไว้เป็นหลักฐาน

๒.๒ พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบและพิจารณาการขอต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการหากพบว่าเอกสารยังไม่ถูกต้อง ให้แจ้งผู้ยื่นคำขอให้ปรับปรุงแก้ไขให้แล้วเสร็จ ภายใน ๓ วัน

๒.๓ พนักงานเจ้าหน้าที่จัดทำใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) และสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.๘) เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลงนาม

๒.๓.๑ บันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลโปรแกรมระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพภาคเอกชน เพื่อออกเลขที่ใบอนุญาตพร้อมบันทึกรายละเอียดลงใน

๑) สมุดทะเบียนประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล

๒) ทะเบียนประจำคลินิก

๒.๓.๒ พิมพ์ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) และลงรายละเอียดในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.๘), สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลงนาม

๒.๔ พนักงานเจ้าหน้าที่ส่งมอบใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) และสมุดทะเบียนสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (สพ.๘) และหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.๑๒) ให้แก่ผู้รับอนุญาตหรือผู้รับมอบอำนาจ พร้อมทั้งลงลายมือชื่อรับเอกสารไว้เป็นหลักฐาน

๒.๕ กรณีที่ดำเนินการไม่แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่คู่มือกำหนด ให้แจ้งเป็นหนังสือให้ผู้ยื่นคำขอทราบถึงเหตุแห่งการล่าช้าทุก ๗ วัน จนกว่าจะพิจารณาแล้วเสร็จ และส่งสำเนาให้สำนักงาน กพร.ทราบทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ (ตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘)

๓.กฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

๓.๑ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ มาตรา ๑๙ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลให้ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สิบนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาตการขอต่ออายุใบอนุญาตให้ยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นสุด เมื่อได้ยื่นคำขอแล้วให้ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลต่อไปได้ จนกว่าผู้อนุญาตจะสั่งไม่อนุญาตให้ต่ออายุการขอต่ออายุใบอนุญาตและการอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

๓.๒ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑มาตรา๔๕ ให้ผู้อนุญาตจัดให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจลักษณะของสถานพยาบาล และการประกอบกิจการของสถานพยาบาลให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้โดยสม่ำเสมอ ในการนี้ถ้าพบว่าสถานพยาบาลตลอดจนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ของสถานพยาบาลนั้นมีลักษณะที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ที่อยู่ในสถานพยาบาลหรือผู้ที่อยู่ใกล้เคียงกับสถานพยาบาล ผู้อนุญาตมีอำนาจออกคำสั่งให้ผู้รับอนุญาต แก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมภายในระยะเวลาที่กำหนดได้ ให้นำมาตรา ๕๓ และ ๕๕ มาใช้บังคับโดยอนุโลมได้

๓.๓ พระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. ๒๕๒๒ แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.๒๕๔๓

๓.๔ คู่มือเกณฑ์การตรวจมาตรฐานเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาตสถานพยาบาล (คลินิกตั้งใหม่) และการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประจำปีในสาขาที่ขออนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการ

๓.๕ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการแสดงเครื่องหมายของเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๕๑

๔.การจัดเก็บและการเข้าถึงเอกสาร

๔.๑ คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๑)

๔.๒ การบันทึกในโปรแกรมระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพภาคเอกชนระบบฐานข้อมูลธุรกรรมสถานพยาบาล (ส.พ.๑๑)

๔.๓ ทะเบียนประจำคลินิก

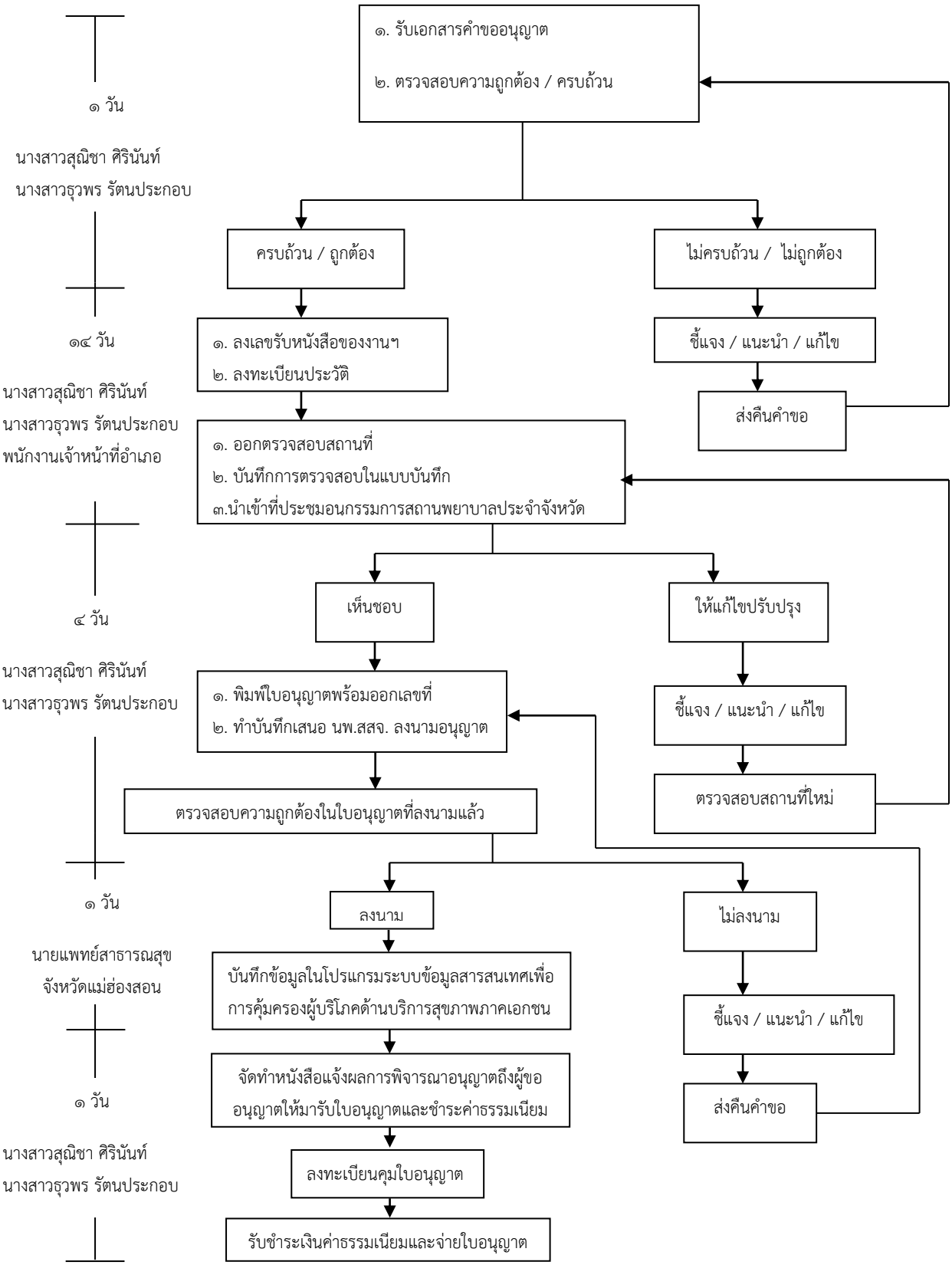
๕.ระบบการติดตาม

๕.๑ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ตรวจสอบความถูกต้อง

๕.๒ พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ตรวจสอบระยะเวลาการให้บริการ ให้เป็นไปตามผังกระบวนการทำงานและคู่มือสำหรับประชาชน

๕.๓ กรณีไม่สามารถดำเนินการตามคู่มือสำหรับประชาชน ที่ได้ประกาศไว้ ต้องจัดส่งสำเนาหนังสือแจ้งเหตุแห่งความล่าช้าไปยังคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการตามมาตรา ๑๐ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ ผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยเข้าไปยังระบบสารสนเทศคู่มือสำหรับประชาชน (https://backend.info.go.th/) เมนูระบบส่งสำเนาหนังสือแจ้งล่าช้า

๖.ผังกระบวนการทำงานกระบวนการต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก



สรุป รวมระยะเวลาดำเนินการ ๒๑ วันทำการ (อ้างอิงจากคู่มือการปฏิบัติงานการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาลสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)

คู่มือการปฏิบัติงานการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)

เรื่อง กระบวนการแจ้งเลิกคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๑.ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน โทรศัพท์ ๐ ๕๓๖๑ ๑๒๘๑ ต่อ ๑๐๙ หรือ ๐ ๕๓๖๑ ๑๕๔๙ หรือทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail: pharmhs@hotmail.com)

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๒.ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

๒.๑ พนักงานเจ้าหน้าที่รับเรื่องและตรวจสอบคำขอแจ้งเลิกกิจการคลินิก (แบบส.พ.๑๗) และเอกสารแนบ

๒.๑.๑ ตรวจสอบเอกสารให้ครบและถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนดโดย Check List ในแบบฟอร์มการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน

๒.๑.๒ กรณีเอกสารหรือหลักฐานไม่ถูกต้องหรือยังขาดเอกสารหรือหลักฐานใดให้แจ้งผู้ขออนุญาตทราบทันที กรณีที่สามารถแก้ไขหรือเพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ให้แจ้งให้ผู้ขออนุญาตดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมให้ครบถ้วน หรือถ้าเป็นกรณีที่ไม่อาจดำเนินการได้ในขณะนั้น ให้ทำบันทึกสองฝ่าย โดยระบุความบกพร่องและรายการเอกสารหรือหลักฐานที่จะต้องยื่นเพิ่มเติม พร้อมทั้งกำหนดระยะเวลาที่ผู้ขออนุญาตจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมไว้ในบันทึกดังกล่าว ทั้งนี้ หากผู้ขออนุญาตได้แก้ไขหรือยื่นเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมครบถ้วนตามที่บันทึกสองฝ่ายแล้ว เจ้าหน้าที่จะเรียกเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมอื่นอีกไม่ได้ (ตามมาตรา ๘ แห่งพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ.๒๕๕๘)

เอกสารหลักฐานประกอบด้วย

๑) หนังสือขอแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๗)

๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ประกอบกิจการลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๓) ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล หรือทะเบียนสมรส กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำหน้านาม (ฉบับจริงและสำเนา) ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๔) กรณีผู้ประกอบกิจการเป็นนิติบุคคล แนบหนังสือรับรองนิติบุคคล (ฉบับจริงและสำเนา) ให้ประทับตรานิติบุคคล ผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้องและรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิลงนามทุกคน

๕) สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) กรณีผู้ประกอบกิจการเป็นชาวต่างชาติ (ฉบับจริงและสำเนา) ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๖) กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทนต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย) พร้อมติดอากรแสตมป์

๗) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลฉบับจริง (ส.พ.๗)

๘) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ฉบับจริง (ส.พ.๑๙)

๙) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.๘)

๒.๒ พนักงานเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลรายละเอียดการขอแจ้งเลิกกิจการคลินิกในโปรแกรมระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพภาคเอกชนระบบฐานข้อมูลธุรกรรมสถานพยาบาล (ส.พ.๑๗) และพิมพ์ใบแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาลมอบให้ผู้ประกอบกิจการ

๒.๓ หัวหน้ากลุ่มงานอนุมัติการแจ้งเลิกกิจการคลินิก พนักงานเจ้าหน้าที่บันทึกการแจ้งเลิกกิจการคลินิกในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ ใบอนุญาตให้ดำเนินการและสมุดทะเบียนสถานพยาบาลและทะเบียนประจำคลินิกและแจ้งผลการพิจารณาผู้ประกอบกิจการภายใน ๗ วัน

๓.กฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

๓.๑ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ มาตรา ๔๔ ผู้รับอนุญาตผู้ใดประสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาลต้องแจ้งเป็นหนังสือและจัดทำรายงานที่จะปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ป่วยให้ผู้อนุญาตทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวงเมื่อได้รับแจ้งตามวรรคหนึ่ง ผู้อนุญาตมีอำนาจสั่งให้ผู้รับอนุญาตต้องปฏิบัติอย่างหนึ่งอย่างใดก่อนเลิกกิจการก็ได้ ทั้งนี้ โดยให้พิจารณาถึงประโยชน์และส่วนได้เสียของผู้ป่วยในสถานพยาบาลนั้นเป็นสำคัญ

๔.การจัดเก็บและการเข้าถึงเอกสาร

๔.๑ หนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๗)

๔.๒ การบันทึกในโปรแกรมระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพภาคเอกชนระบบฐานข้อมูลธุรกรรมสถานพยาบาล (ส.พ.๑๗)

๔.๓ ทะเบียนประจำคลินิก

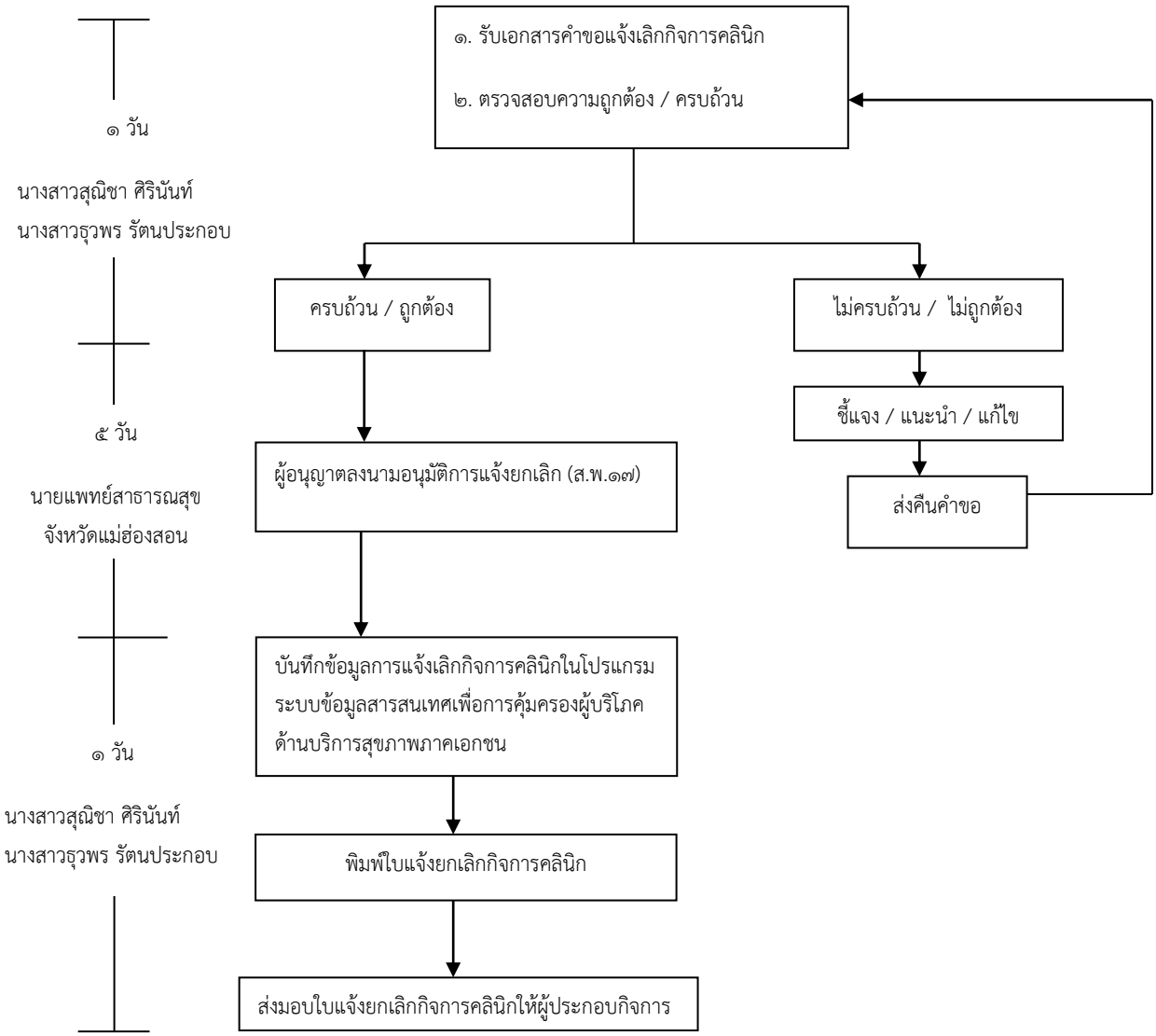
๕.ระบบการติดตาม

๕.๑ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ตรวจสอบความถูกต้อง

๕.๒ พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ตรวจสอบระยะเวลาการให้บริการ ให้เป็นไปตามผังกระบวนการทำงานและคู่มือสำหรับประชาชน

๕.๓ กรณีไม่สามารถดำเนินการตามคู่มือสำหรับประชาชนที่ได้ประกาศไว้ ต้องจัดส่งสำเนาหนังสือแจ้งเหตุแห่งความล่าช้าไปยังคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการตามมาตรา ๑๐ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ ผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยเข้าไปยังระบบสารสนเทศคู่มือสำหรับประชาชน (https://backend.info.go.th/) เมนูระบบส่งสำเนาหนังสือแจ้งล่าช้า

๖.ผังกระบวนการทำงานกระบวนการแจ้งเลิกคลินิก



สรุป รวมระยะเวลาดำเนินการ ๗ วันทำการ (อ้างอิงจากคู่มือการปฏิบัติงานการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาลสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)

คู่มือการปฏิบัติงานการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)

เรื่อง กระบวนการชำระค่าธรรมเนียมประจำปีคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๑.ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน โทรศัพท์ ๐ ๕๓๖๑ ๑๒๘๑ ต่อ ๑๐๙ หรือ ๐ ๕๓๖๑ ๑๕๔๙ หรือทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail: pharmhs@hotmail.com)

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๒.ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

๒.๑ พนักงานเจ้าหน้าที่รับเรื่องและตรวจสอบคำขอชำระค่าธรรมเนียมประจำปีคลินิกและเอกสารแนบ

๒.๑.๑ ตรวจสอบเอกสารให้ครบและถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนดโดย Check List ในแบบฟอร์มการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน

๒.๑.๒ กรณีเอกสารหรือหลักฐานไม่ถูกต้องหรือยังขาดเอกสารหรือหลักฐานใดให้แจ้งผู้ขออนุญาตทราบทันที กรณีที่สามารถแก้ไขหรือเพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ให้แจ้งให้ผู้ขออนุญาตดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมให้ครบถ้วน หรือถ้าเป็นกรณีที่ไม่อาจดำเนินการได้ในขณะนั้น ให้ทำบันทึกสองฝ่าย โดยระบุความบกพร่องและรายการเอกสารหรือหลักฐานที่จะต้องยื่นเพิ่มเติม พร้อมทั้งกำหนดระยะเวลาที่ผู้ขออนุญาตจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมไว้ในบันทึกดังกล่าว ทั้งนี้ หากผู้ขออนุญาตได้แก้ไขหรือยื่นเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมครบถ้วนตามที่บันทึกสองฝ่ายแล้ว เจ้าหน้าที่จะเรียกเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมอื่นอีกไม่ได้ (ตามมาตรา ๘ แห่งพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ.๒๕๕๘)

เอกสารหลักฐานประกอบด้วย

๑) คำขอชำระค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประจำปี

๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ประกอบกิจการลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๓) ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล หรือทะเบียนสมรส กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม (ฉบับจริงและสำเนา) ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๔) กรณีผู้ประกอบกิจการเป็นนิติบุคคล แนบหนังสือรับรองนิติบุคคล (ฉบับจริงและสำเนา) ให้ประทับตรานิติบุคคล ผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้องและรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิลงนามทุกคน

๕) สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาใบอนุญาตทำงาน (work permit) กรณีผู้ประกอบกิจการเป็นชาวต่างชาติ (ฉบับจริงและสำเนา) ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๖) กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทนต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย) พร้อมติดอากรแสตมป์

๗) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลฉบับจริง (ส.พ.๗)

๘) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.๘)

๙) รายงานประจำปีของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ส.พ.๒๓)

๑๐) แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (Self-Assessment)

๒.๒ พนักงานเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลรายละเอียดการขอชำระค่าธรรมเนียมประจำปีคลินิกในโปรแกรมระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพภาคเอกชนระบบฐานข้อมูลธุรกรรมสถานพยาบาล และรับค่าธรรมเนียมไปชำระค่าธรรมเนียมที่ห้องการเงิน

๒.๓ เจ้าหน้าที่การเงินรับชำระค่าธรรมเนียมประจำปีคลินิก ค่าธรรมเนียม ๕๐๐ บาท และส่งมอบใบเสร็จรับเงินให้พนักงานเจ้าหน้าที่

๒.๔ พนักงานเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ลงในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล และส่งมอบหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม (ส.พ.๑๒) และสมุดทะเบียนให้ผู้ยื่นคำขอ

๒.๕ พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพภาคเอกชน ระบบฐานข้อมูลธุรกรรมสถานพยาบาลและทะเบียนประจำคลินิก

๓.กฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

๓.๑ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ มาตรา ๒๐ผู้รับอนุญาตต้องชำระค่าธรรมเนียมตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวงตลอดเวลาที่ยังประกอบกิจการ ถ้ามิได้ชำระ

ค่าธรรมเนียมภายในเวลาที่กำหนด ให้ชำระเงินเพิ่มอีกร้อยละห้าต่อเดือน และถ้ายังไม่ยินยอมชำระค่าธรรมเนียมและเงินเพิ่มหลังจากพ้นกำหนดหกเดือนให้ผู้อนุญาตดำเนินการตามมาตรา ๔๙ ต่อไป

๓.๒ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ มาตรา๔๙ เมื่อปรากฏว่าผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการปฏิบัติไม่ถูกต้องตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้ผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ แล้วแต่กรณีระงับหรือปฏิบัติให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่เห็นสมควร แต่ทั้งนี้ไม่เป็นเหตุลบล้างความผิดตามพระราชบัญญัตินี้

๔.การจัดเก็บและการเข้าถึงเอกสาร

๔.๑ คำขอชำระค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประจำปี

๔.๒ การบันทึกในโปรแกรมระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพภาคเอกชนระบบฐานข้อมูลธุรกรรมสถานพยาบาล การชำระค่าธรรมเนียมประจำปี

๔.๓ ทะเบียนประจำคลินิก

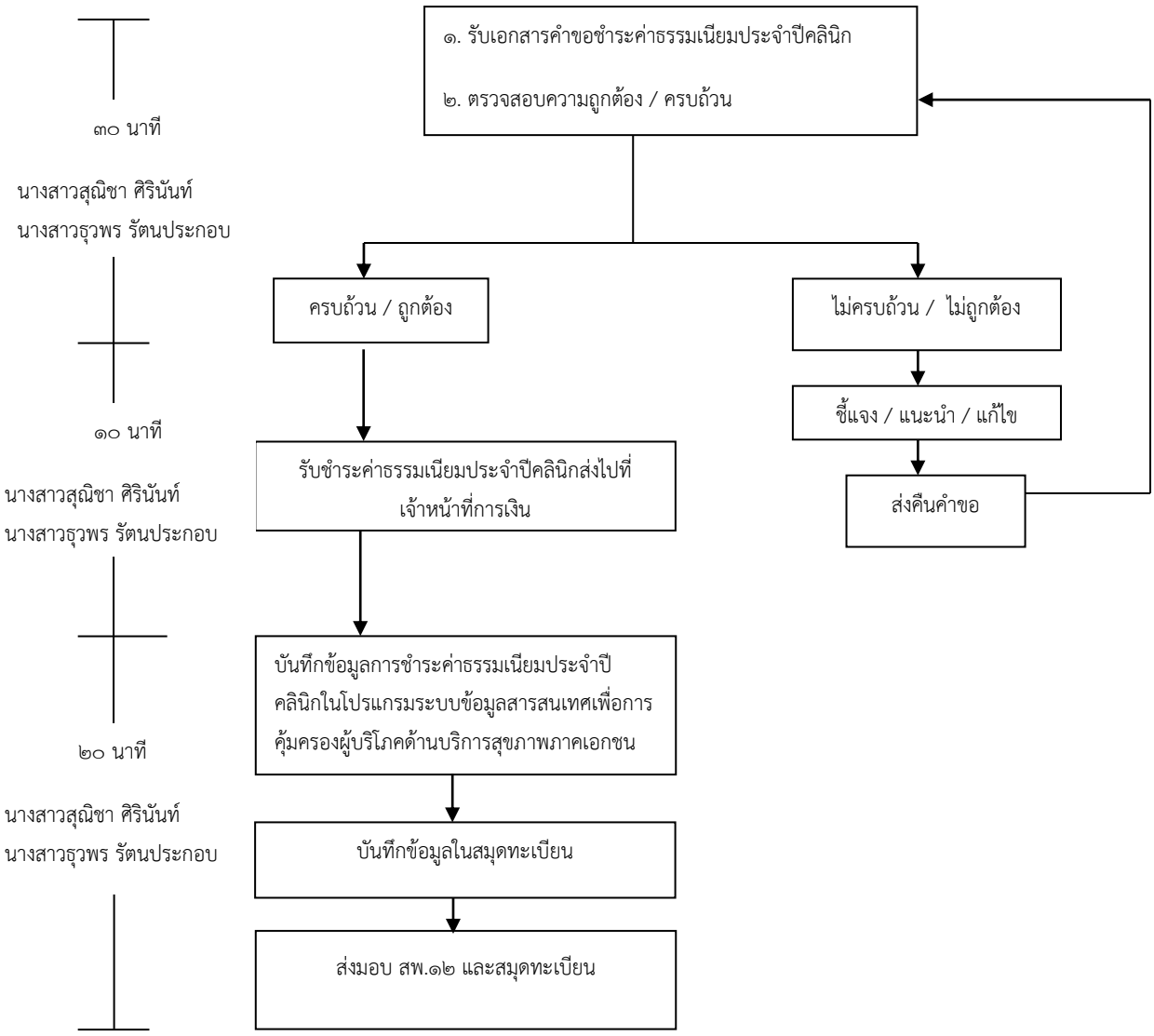
๕.ระบบการติดตาม

๕.๑ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ตรวจสอบความถูกต้อง

๕.๒ พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ตรวจสอบระยะเวลาการให้บริการ ให้เป็นไปตามผังกระบวนการทำงานและคู่มือสำหรับประชาชน

๕.๓ กรณีไม่สามารถดำเนินการตามคู่มือสำหรับประชาชน ที่ได้ประกาศไว้ ต้องจัดส่งสำเนาหนังสือแจ้งเหตุแห่งความล่าช้าไปยังคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการตามมาตรา ๑๐ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ ผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยเข้าไปยังระบบสารสนเทศคู่มือสำหรับประชาชน (https://backend.info.go.th/) เมนูระบบส่งสำเนาหนังสือแจ้งล่าช้า

๖.ผังกระบวนการทำงานกระบวนการชำระค่าธรรมเนียมประจำปีคลินิก



สรุป รวมระยะเวลาดำเนินการ ๑ ชั่วโมง (อ้างอิงจากคู่มือการปฏิบัติงานการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาลสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)

หมายเหตุ ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลสามารถยื่นขอชำระค่าธรรมเนียมประจำปีได้ตั้งแต่เดือนตุลาคมของทุกปี

คู่มือการปฏิบัติงานการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)

เรื่อง กระบวนการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก(กรณีใช้ต่อใบอนุญาตเดิม)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๑.ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน โทรศัพท์ ๐ ๕๓๖๑ ๑๒๘๑ ต่อ ๑๐๙ หรือ ๐ ๕๓๖๑ ๑๕๔๙ หรือทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail: pharmhs@hotmail.com)

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๒.ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

๒.๑ เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพรับเรื่องและตรวจสอบคำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๒๐) และเอกสารแนบ

๒.๑.๑ ตรวจสอบเอกสารให้ครบและถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนดโดย Check List ในแบบฟอร์มการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน

๒.๑.๒ กรณีเอกสารหรือหลักฐานไม่ถูกต้องหรือยังขาดเอกสารหรือหลักฐานใดให้แจ้งผู้ขออนุญาตทราบทันที กรณีที่สามารถแก้ไขหรือเพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ให้แจ้งให้ผู้ขออนุญาตดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมให้ครบถ้วน หรือถ้าเป็นกรณีที่ไม่อาจดำเนินการได้ในขณะนั้น ให้ทำบันทึกสองฝ่าย โดยระบุความบกพร่องและรายการเอกสารหรือหลักฐานที่จะต้องยื่นเพิ่มเติม พร้อมทั้งกำหนดระยะเวลาที่ผู้ขออนุญาตจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมไว้ในบันทึกดังกล่าว ทั้งนี้ หากผู้ขออนุญาตได้แก้ไขหรือยื่นเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมครบถ้วนตามที่บันทึกสองฝ่ายแล้ว เจ้าหน้าที่จะเรียกเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมอื่นอีกไม่ได้ (ตามมาตรา ๘ แห่งพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ.๒๕๕๘)

เอกสารหลักฐานประกอบด้วย

๑) คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๒๐)

๒) สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ดำเนินการลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๓) ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อชื่อสกุลหรือทะเบียนสมรส กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม (ฉบับจริงและสำเนา) ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๔) สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) กรณีผู้ดำเนินการเป็นชาวต่างชาติ (ฉบับจริงและสำเนา) ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๕) กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาดำเนินการหรือยื่นเอกสารแทนต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย) พร้อมติดอากรแสตมป์

๖) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินการ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๗) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลฉบับจริง (ส.พ.๑๙)

๘) ใบรับรองแพทย์ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (ไม่เป็นโรคต้องห้ามและร่างกายแข็งแรงและออกไว้ไม่เกิน ๖ เดือน)

๙) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.๘)

๒.๒ พนักงานเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพภาคเอกชน ระบบฐานข้อมูลธุรกรรมสถานพยาบาล และส่งมอบใบชำระค่าธรรมเนียมให้นำไปชำระค่าธรรมเนียมที่ห้องการเงิน

๒.๓ เจ้าหน้าที่การเงินรับชำระค่าธรรมเนียมต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการคลินิกจำนวน ๒๕๐ บาท และส่งมอบใบเสร็จรับเงิน

๒.๔ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ลงนามในใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๙) และสมุดทะเบียนสถานพยาบาล ประทับตราครุฑ

๓.๕ พนักงานเจ้าหน้าที่ส่งมอบใบอนุญาตดำเนินการและสมุดทะเบียนสถานพยาบาลคืนให้ผู้ยื่นคำขอ

๓.๖ พนักงานเจ้าหน้าที่/เจ้าหน้าที่กลุ่มคลินิก ตรวจสอบและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพภาคเอกชน ระบบฐานข้อมูลธุรกรรมสถานพยาบาล และทะเบียนประจำคลินิก

๓.๗ กรณีที่ดำเนินการไม่แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่คู่มือกำหนด ให้แจ้งเป็นหนังสือให้ผู้ยื่นคำขอทราบถึงเหตุแห่งการล่าช้าทุก ๗ วัน จนกว่าจะพิจารณาแล้วเสร็จ และส่งสำเนาให้สำนักงาน กพร.ทราบทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ (ตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘)

๓.กฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

๓.๑ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ มาตรา ๒๘ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สองนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาตการขอต่ออายุใบอนุญาตให้ยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุเมื่อได้ยื่นคำขอแล้วให้ผู้นั้นดำเนินการสถานพยาบาลต่อไปได้จนกว่าผู้อนุญาตจะสั่งไม่อนุญาตให้ต่ออายุ การขอต่ออายุใบอนุญาตและการอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

๔.การจัดเก็บและการเข้าถึงเอกสาร

๔.๑ คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๒๐)

๕.๒ การบันทึกในโปรแกรมระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพภาคเอกชนระบบฐานข้อมูลธุรกรรมสถานพยาบาล (ส.พ.๒๐)

๕.๓ ทะเบียนประจำคลินิก

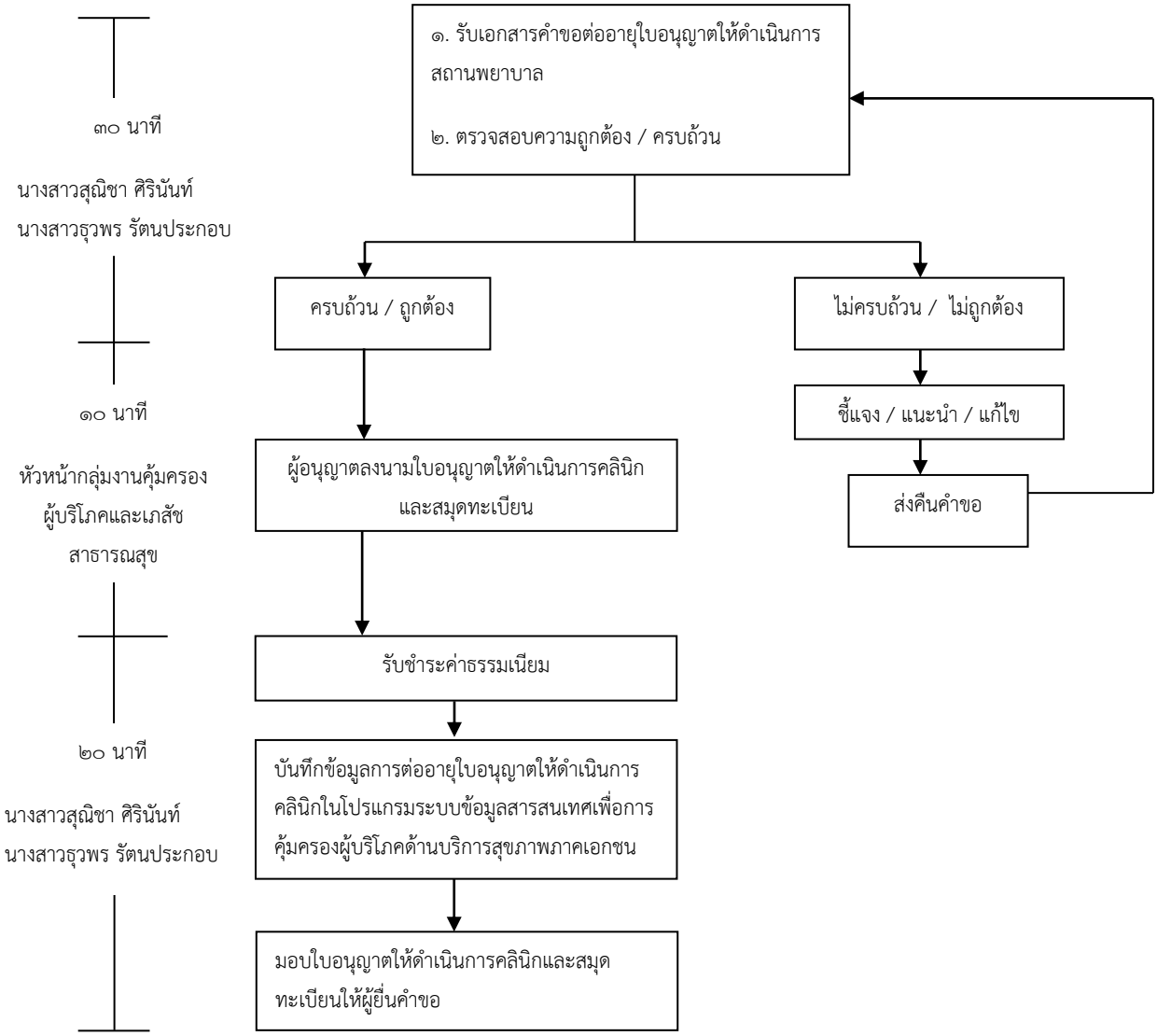
๕.ระบบการติดตาม

๕.๑ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ตรวจสอบความถูกต้อง

๕.๒ พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ตรวจสอบระยะเวลาการให้บริการ ให้เป็นไปตามผังกระบวนการทำงานและคู่มือสำหรับประชาชน

๕.๓ กรณีไม่สามารถดำเนินการตามคู่มือสำหรับประชาชน ที่ได้ประกาศไว้ ต้องจัดส่งสำเนาหนังสือแจ้งเหตุแห่งความล่าช้าไปยังคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการตามมาตรา ๑๐ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ ผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยเข้าไปยังระบบสารสนเทศคู่มือสำหรับประชาชน (https://backend.info.go.th/) เมนูระบบส่งสำเนาหนังสือแจ้งล่าช้า

๖.ผังกระบวนการทำงานกระบวนการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก(กรณีใช้ต่อใบอนุญาตเดิม)



สรุป รวมระยะเวลาดำเนินการ ๑ ชั่วโมง (อ้างอิงจากคู่มือการปฏิบัติงานการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาลสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)

หมายเหตุ การต่ออายุใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องยื่นคำขอฯก่อนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลหมดอายุก่อนสิ้นปีปฏิทินของปีที่ ๒ นับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต

ส่วนที่ 2

ภาคผนวก

แบบฟอร์มประกอบการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และการดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)

รหัสแบบฟอร์ม	ชื่อแบบฟอร์ม
ส.พ.๑	คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
ส.พ.๒	แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
ส.พ.๕	คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
ส.พ.๖	หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ
ส.พ.๗	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
ส.พ.๘	สมุดทะเบียนสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
ส.พ.๑๑	คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
ส.พ.๑๒	หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล
ส.พ.๑๗	หนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล
ส.พ.๑๙	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
ส.พ.๒๐	คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
ส.พ.๒๓	รายงานประจำปีของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

แบบ ส.พ. ๑

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

เขียนที่ .....
.....
.....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ .....เลขทะเบียน .....

๑.๓ มี ☐ บ้าน ☐ สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....
ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....
จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....
โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

☐ ๒.๑ สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น

☐ คลินิกเวชกรรม
☐ คลินิกทันตกรรม
☐ คลินิกเฉพาะทาง ☐ ด้านเวชกรรม ☐ ด้านทันตกรรม ☐ ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
☐ คลินิกกายภาพบำบัด
☐ คลินิกเทคนิคการแพทย์
☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย ☐ การแพทย์แผนไทย ☐ การแพทย์แผนไทยประยุกต์
☐ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ ☐ กิจกรรมบำบัด ☐ การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย
☐ เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ☐ รังสีเทคนิค ☐ จิตวิทยาคลินิก ☐ กายอุปกรณ์
☐ การแพทย์แผนจีน ☐ อื่น ๆ
☐ สหคลินิก ประกอบด้วย .....

.....

☐ ๒.๒ ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย .....
.....
.....

๓. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....
ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต .....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....โทรสาร.....
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำ ขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วยจำ นวน ..... ฉบับ คือ

☐ แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
☐ แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง
☐ แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล
☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต
☐ สำเนาบัตรประจำตัว
☐ สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล
☐ ใบรับรองแพทย์
☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)
☐ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
☐ อื่น ๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

๑.ลักษณะสถานพยาบาลเป็น

- ☐ คลินิกเวชกรรม
- ☐ คลินิกทันตกรรม
- ☐ คลินิกเฉพาะทาง ☐ ด้านเวชกรรม ☐ ด้านทันตกรรม ☐ ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- ☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- ☐ คลินิกกายภาพบำบัด
- ☐ คลินิกเทคนิคการแพทย์
- ☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย ☐ การแพทย์แผนไทย ☐ การแพทย์แผนไทยประยุกต์
- ☐ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ ☐ กิจกรรมบำบัด ☐ การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย
  ☐ เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ☐ รังสีเทคนิค ☐ จิตวิทยาคลินิก ☐ กายอุปกรณ์
  ☐ การแพทย์แผนจีน ☐ อื่น ๆ
- ☐ สหคลินิก ประกอบด้วย .....

.....

๒. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม .....

.....

๓. ลักษณะอาคารซึ่งใช้เป็นที่ตั้งสถานพยาบาล

☐ เป็นอาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ ☐ เป็นอาคารอยู่อาศัย ☐ เป็นห้องแถว ☐ เป็นตึกแถว
☐ เป็นบ้านแถว ☐ เป็นบ้านแฝด ☐ เป็นอาคารพาณิชย์ ☐ ตั้งอยู่ในศูนย์การค้า
☐ อื่น ๆ ..... มี.....คูหา.....ชั้น

๔. พื้นที่.....ตารางเมตร กว้าง.....เมตร ยาว.....เมตร สูง.....เมตร

๕. จำนวนของผู้ประกอบวิชาชีพ.....คน

๖. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ ..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

๗. ระยะเวลาในการดำเนินการตามแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ..... วันนับแต่วันยื่นแบบ ส.พ.๑

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

อนุมัติ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้อนุญาต

วันที่.....

<u>หมายเหตุ</u> ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบ ส.พ. ๕

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....
.....
.....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ .....เลขทะเบียน .....

๑.๓ มี ☐ บ้าน ☐ สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

☐ ๒.๑ สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น

☐ คลินิกเวชกรรม

☐ คลินิกทันตกรรม

☐ คลินิกเฉพาะทาง ☐ ด้านเวชกรรม ☐ ด้านทันตกรรม ☐ ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกกายภาพบำบัด

☐ คลินิกเทคนิคการแพทย์

☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย ☐ การแพทย์แผนไทย ☐ การแพทย์แผนไทยประยุกต์

☐ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ ☐ กิจกรรมบำบัด ☐ การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย

☐ เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ☐ รังสีเทคนิค ☐ จิตวิทยาคลินิก ☐ กายอุปกรณ์

☐ การแพทย์แผนจีน ☐ อื่น ๆ

☐ สหคลินิก ประกอบด้วย .....

.....

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

☐ ห้องเอกซเรย์ ☐ ห้องไตเทียม ☐ ห้องผ่าตัด ☐ ห้องฝังเข็ม

☐ อื่น ๆ .....

๒.๒ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....เตียง

☐ โรงพยาบาลทั่วไป ☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

☐ โรงพยาบาลเฉพาะทาง .....☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

☐ โรงพยาบาลทันตกรรม ☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

☐ โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

☐ โรงพยาบาลกายภาพบำบัด ☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

☐ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย ☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

☐ โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย ☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

☐ อายุรกรรม	☐ ศัลยกรรม	☐ สูตินรีเวชกรรม	☐ กุมารเวชกรรม
☐ แผนกเทคนิคการแพทย์	☐ แผนกออร์โธปิดิกส์	☐ แผนกโรคผิวหนัง	☐ แผนกการผสมเทียม
☐ แผนกกายภาพบำบัด	☐ แผนกการแพทย์แผนไทย	☐ แผนกโภชนาการ	☐ แผนกซักฟอก
☐ หอผู้ป่วยหนัก	☐ ห้องตรวจภายในและขูดมดลูก	☐ ห้องผ่าตัดเล็ก	☐ ห้องให้การรักษา
☐ ห้องทารกหลังคลอด	☐ การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ	☐ ห้องไตเทียม	☐ ห้องทันตกรรม
☐ รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์	☐ การผ่าตัดเปิดหัวใจ	☐ การสวนหัวใจ	☐ รังสีบำบัด
☐ การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า		☐ การสลายนิ่วด้วยเครื่องมือ	☐ ห้องเก็บศพ

☐ แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ☐ แผนกการนวด ☐ แผนกการแพทย์แผนจีน ☐ อื่น ๆ .....

๓.วัน/เวลาที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ) .....

.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ .....

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ ที่แสดงการเปลี่ยนแปลงมาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว

☐ หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ. ๖ พร้อมสำเนา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบวิชาชีพ

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้อนุญาต

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล

☐ ใบรับรองแพทย์

☐ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล

☐ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ (ถ้ามี)

☐ หนังสืออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล

☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)

☐ แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง

☐ เอกสารแสดงลักษณะของสถานพยาบาล โดยมีรายการ ดังต่อไปนี้

(ก) แบบผังหลักของพื้นที่ที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล

(ข) แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลอย่างน้อยด้านหน้าและด้านข้าง

(ค) แบบแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยพร้อมระบุชื่อให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร

(ง) ผังแสดงการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่สำคัญในแต่ละส่วนอาคาร

(จ) ผังการสัญจรของผู้ใช้สอยแต่ละประเภทในอาคาร

(ฉ) เส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ดับเพลิงภายในอาคาร

(ช) ระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย

□ กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องมีเอกสารเพิ่มเติมดังนี้

(ก) แบบแปลนสถานพยาบาลพร้อมแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ

(ข) ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือ รื้อถอนอาคาร

(ค) หนังสือแสดงความเห็นชอบรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม

□อื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

1. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
2. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
3. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
4. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

<u>หมายเหตุ</u> 1. ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง□ หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แบบ ส.พ. ๖

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน
ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่ .....
.....
.....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า .....เลขประจำตัว | | | | | | | | | | | | | |

อายุ ..... ปี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา.....
เลขที่ใบอนุญาต..... ออกให้วันที่ .....
ได้รับ ☐ หนังสืออนุมัติ ☐ วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ..... ออกให้วันที่.....
อยู่บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ .....โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ปัจจุบันข้าพเจ้า
☐ ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด
☐ รับราชการ หรือเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หรือทำงานประจำอยู่ที่ (ระบุสถานที่ วัน เวลาทำการ) .....
.....
.....
.....
☐ ไม่เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนแห่งใดมาก่อน
☐ เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน
ชื่อสถานพยาบาล.....
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... มาก่อน แต่ได้เลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
ณ สถานพยาบาลดังกล่าว ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาล .....
โดยปฏิบัติงานตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้ .....
.....
.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ
☐ สำเนาบัตรประจำตัว ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ ☐ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ
☐ รูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป
☐ อื่น ๆ .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้แสดงความจำนง
(.....)

<u>หมายเหตุ</u> ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบ ส.พ. ๗



ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ใบอนุญาตที่ (ใบอนุญาตเดิมเลขที่)

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภท .....
ลักษณะสถานพยาบาล ..... จำนวนเตียง ..... เตียง
ณ สถานพยาบาลชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....ซอย/ตรอก .....ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....
วัน/เวลาเปิดทำการ.....
.....
บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....
.....
.....
.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ..... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่

ผู้อนุญาต

<u>คำเตือน</u>

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังคงประกอบกิจการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการประกอบกิจการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกิน
หกหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งให้ริบบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ต้องมาชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลประจำปีภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ของทุกปี หากไม่ชำระภายในกำหนด จะต้องชำระเงินเพิ่มร้อยละห้าต่อเดือน และอาจถูกปิดสถานพยาบาลได้ตามมาตรา ๔๙ และมาตรา ๕๐

สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

แบบ ส.พ. ๑๑

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ .....เลขทะเบียน .....

๑.๓ มี ☐ บ้าน ☐ สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

เป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เตียง

๒.ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน .....พ.ศ. ....

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ .....โทรสาร..... .....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ขอต่ออายุใบอนุญาต (ซึ่งเป็นการต่ออายุตาม พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ครั้งที่ .....)

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว ☐ ใบรับรองแพทย์

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

☐ หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา ๔๕ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ 1.ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

ต้นขั้ว
5.5 ซม.

15 ซม.

14 ซม.

ส.พ.12

เลขที่ .....

หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล

เลขที่ .....

สถานพยาบาลชื่อ ..... จังหวัด .....

ชื่อสถานพยาบาล

.....

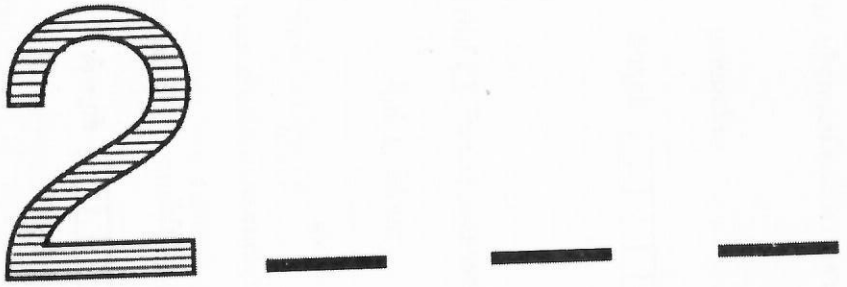
จังหวัด

.....

ค่าธรรมเนียมประจำปี

.....

ประจำปี



ตัวเลข
ขนาด
4 ซม.

.....

ผู้อนุญาต

โปรดชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ..... ได้ตั้งแต่ 1 ตุลาคม - 30 ธันวาคม .....

แบบ ส.พ. ๑๗

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับ

หนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เตียง

ลักษณะของสถานพยาบาล .....

ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....

ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. มีความประสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาล เนื่องจาก .....

.....

ทั้งนี้ตั้งแต่ ..... เป็นต้นไป

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

สำหรับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องจัดทำรายงานการดำเนินการ ดังต่อไปนี้แนบมาด้วย คือ

☐ รายงานยอดผู้ป่วยที่คงค้างอยู่ในสถานพยาบาลและแผนการดำเนินการต่อผู้ป่วยที่ยังคงค้างอยู่หลังจากเลิกกิจการสถานพยาบาล

☐ รายงานการประกาศแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาลทางหนังสือพิมพ์และหรือสื่ออื่น ๆ ที่แพร่หลาย เพื่อให้ผู้ป่วยมาขอรับเวชระเบียน ฟิล์มเอกซเรย์ และอื่น ๆ

☐ รายงานการจำหน่ายเวชระเบียน ฟิล์มเอกซเรย์ และอื่น ๆ ที่ยังไม่มีผู้มาขอรับ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

(.....)

รับทราบ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้อนุญาต

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

หมายเหตุ 1.ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แบบ ส.พ. ๑๙



รูปถ่าย

ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

ใบอนุญาตที่

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ.....เลขที่.....วันที่ออกใบอนุญาต.....
เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการ ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....
ประเภท ..... จำนวนเตียง ..... เตียง ลักษณะสถานพยาบาล .....
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....ซอย/ตรอก .....ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
วัน/เวลาทำการ.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่

ผู้อนุญาต

รายการต่ออายุใบอนุญาต

๑. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๒. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๓. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๔. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

<u>คำเตือน</u>

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังคงดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งให้ริบบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)

แบบ ส.พ. ๒๐

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับคำขอ

คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เตียง ตามใบอนุญาตที่.....ออกให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ลักษณะของสถานพยาบาล .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก ..... ถนน.....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ .....โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

วัน/เวลาทำการ.....

๓. ขณะนี้ข้าพเจ้า

☐ เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภท ..... ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....ที่ตั้ง.....เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

☐ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้

(ชี้แจงชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

☐ รูปถ่าย ขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

☐ ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด

☐ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ดำเนินการ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

(.....)

<u>หมายเหตุ</u> ๑. ต้องมายื่นคำขอด้วยตนเอง

๒. ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบ ส.พ. ๒๓

รายงานประจำปีของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
ประจำปีงบประมาณ.....
(บันทึกข้อมูลตั้งแต่ ๑ ตุลาคมของปีที่ผ่านมา ถึง ๓๐ กันยายน ของปีปัจจุบัน)

๑. ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อสถานพยาบาล.....
ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
๑.๒ ชื่อผู้รับอนุญาต.....เลขที่ใบอนุญาต.....
๑.๓ ชื่อผู้ดำเนินการ.....เลขที่ใบอนุญาต.....

๒. ลักษณะสถานพยาบาลและจำนวนการให้บริการ

๒.๑ ลักษณะสถานพยาบาล..... (คลินิกเฉพาะทางระบุสาขา).....
๒.๒ จำนวนผู้ป่วย.....คน.....ครั้ง
๒.๒.๑ จำนวนผู้ป่วยชาวไทย.....คน.....ครั้ง
๒.๒.๒ จำนวนผู้ป่วยต่างชาติ.....คน.....ครั้ง
๒.๓ จำนวนการให้บริการ
๒.๓.๑ เวชกรรม.....คน.....ครั้ง
๒.๓.๒ เวชกรรมเฉพาะทาง.....คน.....ครั้ง
๒.๓.๓ ล้างไต.....คน.....ครั้ง
๒.๓.๔ การผ่าตัดเล็ก.....คน.....ครั้ง
๒.๓.๕ ทันตกรรม
๑) ส่งเสริม ,ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
๒) รักษา.....คน.....ครั้ง
๒.๓.๖ ทันตกรรมเฉพาะทาง
๑) ส่งเสริม ,ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
๒) รักษา.....คน.....ครั้ง
๒.๓.๗ กายภาพบำบัด .....คน.....ครั้ง
๒.๓.๘ เทคนิคการแพทย์.....คน.....ครั้ง
๒.๓.๙ การพยาบาลและการผดุงครรภ์
๑) การตรวจก่อนคลอด.....คน.....ครั้ง
๒) การทำคลอดปกติ.....คน.....ครั้ง
๓) การดูแลหลังคลอด.....คน.....ครั้ง
๔) การพยาบาลอื่น (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๐ การพยาบาลและการผดุงครรภ์เฉพาะทาง

๑) สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์.....คน.....ครั้ง

: ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

: ป้องกัน.....คน.....ครั้ง

: ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง

: อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๒) สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

: ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

: ป้องกัน.....คน.....ครั้ง

: ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง

: อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๓) สาขาการผดุงครรภ์

: ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

: ป้องกัน.....คน.....ครั้ง

: ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง

: อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๔) สาขาการพยาบาลเด็ก

: ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

: ป้องกัน.....คน.....ครั้ง

: ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง

: อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๕) สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

: ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

: ป้องกัน.....คน.....ครั้ง

: ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง

: อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๖) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

: ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

: ป้องกัน.....คน.....ครั้ง

: ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง

: อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๑ การแพทย์แผนไทย

๑) รักษา.....คน.....ครั้ง

๒) ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๒ การแพทย์แผนไทยประยุกต์

๑) รักษา.....คน.....ครั้ง

๒) ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๓ การประกอบโรคศิลปะกิจกรรมบำบัด

๑) การให้บริการสำหรับเด็กและวัยรุ่น

: การตรวจประเมิน.....คน.....ครั้ง

: การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสภาพ.....คน.....ครั้ง

๒) การให้บริการสำหรับผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ

: การตรวจประเมิน.....คน.....ครั้ง

: การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสภาพ.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๔ การประกอบโรคศิลปะการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย

๑) การให้บริการการแก้ไขการพูด.....คน.....ครั้ง

๒) การให้บริการการแก้ไขการได้ยิน.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๕ การประกอบโรคศิลปะเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก

๑) การให้บริการระบบหัวใจ.....คน.....ครั้ง

๒) การให้บริการระบบปอด.....คน.....ครั้ง

๓) การให้บริการระบบหลอดเลือด.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๖ การประกอบโรคศิลปะรังสีเทคนิค

๑) เอกซเรย์.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๗ การประกอบโรคศิลปะจิตวิทยาคลินิก

๑) การให้บริการทางจิตวิทยาคลินิก.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๘ การประกอบโรคศิลปะกายอุปกรณ์

๑) ตรวจประเมิน.....คน.....ครั้ง

๒) ปรับแก้ไขอุปกรณ์.....คน.....ครั้ง

๓) ผลิตกายอุปกรณ์.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๙ การประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนจีน

๑) ฝังเข็ม.....คน.....ครั้ง

๒) นวดทุยนา.....คน.....ครั้ง

๓) สั่งยา.....คน.....ครั้ง

๔) อื่นๆ (โปรดระบุ).....คน.....ครั้ง

๓. เครื่องมือที่สำคัญ

๓.๑ เครื่องเอกซเรย์.....เครื่อง

๓.๒ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์.....เครื่อง

๓.๓ เครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า.....เครื่อง

๓.๔ เครื่องล้างไต.....เครื่อง

๓.๕ เครื่องสลายนิ่ว.....เครื่อง

๓.๖ เครื่องอัลตราซาวนด์.....เครื่อง

๓.๗ เครื่องเลเซอร์.....เครื่อง

๓.๘ อุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้น

☐ มี ☐ ไม่มี ๓.๘.๑ ถุงบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ

☐ มี ☐ ไม่มี ๓.๘.๒ ยา เวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์อื่นที่สามารถให้การรักษาพยาบาล และช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน **ตามลักษณะของสถานพยาบาล**

๑) คลินิกเวชกรรม/คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง (ระบุ).....

.....

.....

๒) คลินิกทันตกรรม/คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง (ระบุ).....

.....

.....

๓.๙ เครื่องมือชนิดอื่นๆ (ระบุ).....

.....

.....

๔. วิธีป้องกันการติดเชื้อในคลินิก

๔.๑ แช่น้ำยา (ระบุชนิดน้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้).....

ระยะเวลาในการแช่น้ำยา.....

๔.๒ ใช้ความร้อนในการทำความสะอาดเครื่องมือให้ปราศจากเชื้อ

☐ Autoclave (เครื่องอบนึ่งภายใต้ความดัน) ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ.....

☐ Hot air oven ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ.....

☐ อบด้วยก๊าซ ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ.....

☐ อื่นๆ(ระบุ).....

๔.๓ อื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับความร้อน

☐ Ultrasonic Cleaner ระยะเวลาในการทำความสะอาด.....

☐ อื่นๆ(ระบุ).....

๔.๔ การให้ความรู้แก่พนักงาน/เจ้าหน้าที่ในคลินิกเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการทำความสะอาดเครื่องมือ .....ครั้ง/ปี ให้ความรู้ครั้งล่าสุด (วัน/เดือน/ปี) .....

๔.๕ มีเอกสารแสดงขั้นตอนในการปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการทำลายเชื้อที่ผู้ปฏิบัติงานสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน

☐ มี ☐ ไม่มี

๔.๖ วิธีการจัดการขยะติดเชื้อ

☐ มี ☐ ไม่มี ๔.๖.๑ มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป (มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ ใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”)

☐ มี ☐ ไม่มี ๔.๖.๒ วิธีกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ (ระบุ).....

.....

.....

☐ มี ☐ ไม่มี ๔.๖.๓ วิธีจัดการของมีคม(ระบุ).....

.....

.....

...

..

.

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

วัน/เดือน/ปีที่รายงาน.....

.