

## คู่มือสำหรับประชาชน: การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
  - 1) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2555 และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
  - 2) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1498/2555 ลงวันที่ 11 ตุลาคม 2555 เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้อนุญาตตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -  
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 40 วันทำการ
9. ข้อมูลสถิติ  
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 2  
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 5  
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก
11. ช่องทางการให้บริการ
  - 1) **สถานที่ให้บริการ** ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา 31 ถ.ยุทธดำเนิน ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000 / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน  
**ระยะเวลาเปิดให้บริการ** เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)  
**หมายเหตุ** 4 ขั้นตอน 1 จุดบริการรวมระยะเวลา 37 วันทำการ (ไม่รวมระยะเวลารอคอย)

## 12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

### หลักเกณฑ์

1. ห้ามมิให้บุคคลใดประกอบกิจการสถานพยาบาล เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอ การออกใบอนุญาต และการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประเภทใดให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (มาตรา16)
2. ห้ามมิให้บุคคลใดดำเนินการสถานพยาบาล เว้นแต่ ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอและการออกใบอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (มาตรา 24)

### เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 37 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้ว ทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

### วิธีการ

ในการพิจารณาออกใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ สถานพยาบาลของผู้อนุญาต จะต้องปรากฏว่าผู้ขอรับใบอนุญาตได้จัดให้มีกรณี ดังต่อไปนี้โดยถูกต้องครบถ้วนแล้ว

- (1) มีแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติแล้วตาม หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง
- (2) มีสถานพยาบาลตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวงที่ออก ตามมาตรา 14
- (3) มีเครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็น ประจำสถานพยาบาลนั้น ตามชนิดและจำนวนที่กำหนดในกฎกระทรวง
- (4) มีผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลตามวิชาชีพและจำนวนที่ กำหนดในกฎกระทรวง
- (5) ชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

### คุณสมบัติผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

- 1) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
- (2) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย
- (3) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วย กฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับ

ความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ

(4) ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา

(5) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

(6) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือน ไร้ความสามารถ

ในกรณีที่นิติบุคคลเป็นผู้ขอรับอนุญาต ผู้จัดการหรือผู้แทนของนิติบุคคล นั้นต้องมีคุณสมบัติ ตามคุณสมบัติข้างต้น

คุณสมบัติผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(1) ผู้ประกอบวิชาชีพ/เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

(2) ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง

กรณีที่เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอยู่แล้วแห่งหนึ่ง จะอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ ค้างคืนอีกแห่งหนึ่งไม่ได้

(3) เป็นผู้ที่สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดย ใกล้เคียง

### 13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน การบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	1.ยื่นคำขออนุมัติแผนงาน การจัดตั้งสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้าง คคืน/รับคำขอและรับเอกสาร แผนงานการจัดตั้ง สถานพยาบาล/ นัดตรวจ สถานที (ตรวจสอบผู้ขอ อนุมัติแผนการจัดตั้งไม่มี ลักษณะต้องห้ามตาม มาตรา17 สถานที่เป็นไปตามลักษณะ ที่กำหนดในกฎกระทรวง ตามมาตรา 14 วรรคสอง และมีผู้ประกอบวิชาชีพ	1 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข	( 4 ขั้นตอน 1 จุดบริการรวม ระยะเวลา 37 วันทำการ (ไม่ รวมระยะเวลา รอคอย))

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		ตามกฎหมายกระทรวง 18(4) 2.ระยะเวลาของการตรวจสถานที่			
2)	การพิจารณา	1.พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล 2.พนักงานเจ้าหน้าที่นัดตรวจสถานที่ 3.พนักงานเจ้าหน้าที่ไปตรวจสถานที่ 4.สรุปผล/ให้แก้ไขปรับปรุง 5.เสนอคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนพิจารณาเห็นชอบการประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาล	30 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
3)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล	5 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
4)	-	แจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นคำขออนุญาต	1 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 37 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว  
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชน	-	0	1	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับ มอบอำนาจและ สำเนาบัตร ประชาชนผู้รับมอบ อำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล รับรองสำเนาบัตร ประชาชนผู้มีสิทธิ ลงนามทุกคน)
2)	หนังสือเดินทาง	-	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็น ชาวต่างชาติ รับรองสำเนา ถูกต้อง)
3)	ใบสำคัญการ เปลี่ยนชื่อ	-	1	1	ฉบับ	(กรณีการเปลี่ยน ชื่อหรือสกุล รับรองสำเนา ถูกต้อง)
4)	หนังสือรับรองนิติ บุคคล	-	0	1	ฉบับ	(กรณีเป็นนิติ บุคคล รับรอง สำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
5)	ทะเบียนสมรส	-	1	1	ฉบับ	(กรณีมีการสมรส หรือมีการ เปลี่ยนแปลงคำ นำหน้านาม รับรองสำเนา ถูกต้อง)

## 15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขออนุมัติ แผนงานการ จัดตั้ง สถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับ ผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สป.1)	-	1	0	ฉบับ	-
2)	แผนงานการ จัดตั้ง สถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับ ผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สป.2)	-	1	0	ฉบับ	-
3)	คำขออนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (แบบ สป.5)	-	1	0	ฉบับ	-
4)	หนังสือแสดง เจตจำนงเป็น	-	1	0	ฉบับ	(กรณีเป็น ผู้ดำเนินการ ต้อง

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	ผู้ปฏิบัติงานใน สถานพยาบาล ของผู้ประกอบ วิชาชีพ (แบบ สป.6)					ยื่นต่อหน้า พนักงาน เจ้าหน้าที่)
5)	คำขอรับ ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ สถานพยาบาล / คำขออนุญาต เปลี่ยนตัว ผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล (แบบ สป.18)	-	1	0	ฉบับ	(กรณีเป็น ผู้ดำเนินการ ต้อง ยื่นต่อหน้า พนักงาน เจ้าหน้าที่)
6)	สำเนาทะเบียน บ้าน (ผู้ขอประกอบ กิจการ และ ผู้ดำเนินการ)	-	0	1	ฉบับ	(กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับ มอบอำนาจและ สำเนาทะเบียน บ้านผู้รับมอบ อำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล รับรองสำเนาบัตร ทะเบียนบ้านผู้มี สิทธิ์ลงนามทุก คน)
7)	ใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพ/ ประกอบกร ประกอบโรค	-	1	1	ฉบับ	(หากเป็นเฉพาะ ทาง ต้องมีสำเนา ใบอนุญาตบัตร/อนุ บัตร )

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	ศิลปะ					
8)	ใบรับรองแพทย์ผู้ ขอประกอบ กิจการ และ ผู้ดำเนินการ	-	1	0	ฉบับ	(ใบรับรองแพทย์ ไม่เป็นโรค ต้องห้ามและไม่ เกิน 6 เดือนนับ แต่วันยื่นคำขอ)
9)	รูปถ่ายขนาด 2.5x3 ซม	-	3	0	รูป	-
10)	รูปถ่ายขนาด 8 x13 ซม	-	1	0	รูป	-
11)	แผนผังใน สถานพยาบาล	-	1	0	ฉบับ	(ต้องแสดง ภาพถ่ายห้อง ตรวจโรคและ อุปกรณ์ภายใน ห้องทุกห้อง ประกอบว่าเสร็จ เรียบร้อยแล้ว)
12)	แผนที่แสดงที่ตั้ง สถานพยาบาล ต้องชัดเจน	-	1	0	ฉบับ	(และต้องแสดงจุด ที่ใกล้เคียงโดยให้ มีจุดสังเกตที่ สำคัญ)
13)	เอกสารแสดง กรรมสิทธิ์ (โฉนด ที่ดิน)	-	0	1	ฉบับ	(หากไม่ใช่เจ้าของ กรรมสิทธิ์ ต้องมี เอกสารดังนี้ 1.สัญญาเช่า 2. สำเนาบัตร ประชาชนและ สำเนาทะเบียน บ้านของผู้ให้เช่า



ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						3.รับรองสำเนา ถูกต้อง)
14)	ทะเบียนบ้าน ที่ตั้ง สถานพยาบาล	-	0	1	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง)
15)	สำเนาหนังสือ รับรองการจด ทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลง ชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอ เป็นนิติบุคคล)	-	0	1	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง)
16)	1.มีการเก็บและ กำจัดขยะ ติด เชื้อ โดยมีหนังสือ ตอบรับจาก หน่วยงาน ที่ กำจัดขยะ หรือ หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง 2.ต้องมีเอกสาร/ หนังสือรับการ ตรวจสอบ เครื่องเอกซเรย์ ในกรณีที่มี เครื่องเอกซเรย์ 3.ต้องได้รับความ ยินยอมให้ใช้ชื่อ	-	0	1	ฉบับ	(เอกสารอื่นๆ มี 7 ข้อ หากเป็น สำเนาต้องรับรอง สำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	สถานพยาบาล จากผู้ได้รับ ใบอนุญาตก่อน หากชื่อ สถานพยาบาล ในเขตเดียวกันมี ชื่อซ้ำกัน 4.แสดงอัตรา ค่าบริการและค่า รักษาพยาบาลให้ ครอบคลุม ลักษณะ ให้บริการ 5.หนังสือ ประสานงาน โรงพยาบาลที่จะ ส่งต่อและ โรงพยาบาลที่จะ ส่งต่อ 6.มีแผนแสดง ระบบการ ควบคุมทำความ สะอาดเครื่องมือ เครื่องใช้ใน คลินิกที่ เหมาะสม 7.กรณีมี เครื่องมือพิเศษ ในการทำ					

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	หัตถการต้องมี หนังสือรับรอง เครื่องมือฯ จาก สำนักงาน คณะกรรมการ อาหารและยา					

## 16. ค่าธรรมเนียม

มีค่าธรรมเนียม

- 1) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 1,000 บาท
- 2) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 250 บาท

## 17. ช่องทางการร้องเรียน

### 1) ช่องทางการร้องเรียน

1) หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช  
สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา 31 ถ.ยุทธดำเนิน ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา  
24000 /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

2) ไปรษณีย์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา  
31 ถ.ยุทธดำเนิน ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000

### 2) ช่องทางการร้องเรียน E-mail noinoiok@gmail.com

### 3) ช่องทางการร้องเรียน โทรศัพท์ 0 3851 1189 ต่อ 144 , 08 1843 3647


### 4) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ ( เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111  
เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

## 18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.1)
- 2) แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.2)
- 3) คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.5)

- 4) หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ สพ.6)
- 5) คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล/คำขออนุญาตเปลี่ยนตัว ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ส.พ18

วันที่พิมพ์	30/06/2558
สถานะ	อนุมัติขั้นที่ 1 โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
จัดทำโดย	 (นางกนกกาญจน์ จันวะโร)  (นางแนนน้อย เรืองรักษา)
ผู้ตรวจสอบ	 (นายเลิศชาย เลิศวุฒิ)
อนุมัติโดย	 (นายประสิทธิ์ คงเคารพธรรม) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
เผยแพร่โดย	 นายอานันติ ประดิษแจ้ง

### วิธีการยื่นคำขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

