

คู่มือสำหรับประชาชน : การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กระทรวงสาธารณสุข

1. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

❖ หลักเกณฑ์

1. ห้ามมิให้บุคคลใดประกอบกิจการสถานพยาบาลเว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาตการขอการออกใบอนุญาตและการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทใดให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (มาตรา16)
2. ห้ามมิให้บุคคลใดดำเนินการสถานพยาบาลเว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาตการขอและการออกใบอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (มาตรา 24)

❖ เงื่อนไข

1. การนี้ระยะเวลา 67 วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในวันที่ยื่นนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทนต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในวันที่ยื่นแก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

❖ วิธีการ

ในการพิจารณาออกใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลของผู้อนุญาตจะต้องปรากฏว่าผู้ขอรับใบอนุญาตได้จัดให้มีกรณีดังต่อไปนี้โดยถูกต้องครบถ้วนแล้ว

- (1) มีแผนงานการจัดตั้งสถานบาลที่ได้รับอนุมัติแล้วตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง
- (2) มีสถานพยาบาลตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวงที่ออกตามมาตรา 14
- (3) มีเครื่องมือเครื่องใช้เวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาลนั้นตามชนิดและจำนวนที่กำหนดในกฎกระทรวง
- (4) มีผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลตามวิชาชีพและจำนวนที่กำหนดในกฎกระทรวง
- (5) ชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

❖ คุณสมบัติผู้ประกอบการสถานพยาบาล

- 1) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
- (2) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย
- (3) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุกเว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (4) ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
- (5) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
- (6) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

ในกรณีที่นิติบุคคลเป็นผู้ขอรับอนุญาตผู้จัดการหรือผู้แทนของนิติบุคคลนั้นต้องมีคุณสมบัติตามคุณสมบัติข้างต้นคุณสมบัติผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

- (1) ผู้ประกอบวิชาชีพ/เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ
- (2) ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง

กรณีที่ผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอยู่แล้วแห่งหนึ่งจะอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอีกแห่งหนึ่งไม่ได้

- (3) เป็นผู้ที่สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้วและแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

2. ช่องทางการให้บริการ

| สถานที่ให้บริการ | ระยะเวลาเปิดให้บริการ |
|--|---|
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (One Stop Service Center : OSSC) ถนนพรหมเทพ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัด อุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 0 4526 2699, 0 4526 2692-8 ต่อ 1000, 3220/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน | เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง 12.00 – 13.00 น.) |

3. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 67 วันทำการ

หมายเหตุ: ไม่นับวันที่รอผู้ประกอบการปรับปรุงแก้ไข/ส่งเอกสารเพิ่มเติม

| ลำดับ | ขั้นตอน | ระยะเวลา | ส่วนที่รับผิดชอบ |
|-------|---|-------------|---|
| 1) | การตรวจสอบเอกสาร 1.ผู้ประกอบการยื่นคำขอพร้อมลงลายมือชื่อไว้ในส่วนของผู้ยื่นคำขอ 2.เจ้าหน้าที่รับคำขอตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของคำขอ และเอกสารประกอบคำขอ 3.เจ้าหน้าที่บันทึกการรับคำขอ (หมายเหตุ: -) | 1 วันทำการ | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี |
| 2) | การพิจารณา 1.พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้ง สถานพยาบาล 2.พนักงานเจ้าหน้าที่นัดตรวจสอบสถานที่ 3.พนักงานเจ้าหน้าที่ไปตรวจสอบสถานที่ 4.สรุปผลให้แก้ไขปรับปรุง | 60 วันทำการ | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี |

| ลำดับ | ขั้นตอน | ระยะเวลา | ส่วนที่รับผิดชอบ |
|-------|---|------------|--|
| | 5.เสนอคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนพิจารณาเห็นชอบการประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาล 6.คณะกรรมการสถานพยาบาลพิจารณาอนุมัติการอนุญาตการประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาล (หมายเหตุ: -) | | |
| 3) | การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ ผู้มีอำนาจลงนามในใบอนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล (หมายเหตุ: -) | 5 วันทำการ | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี |
| 4) | - แจ้งผลการพิจารณา/ส่งมอบใบอนุญาตให้ผู้ยื่นคำขออนุญาต (หมายเหตุ: -) | 1 วันทำการ | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี |

4. รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

| ลำดับ | ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร |
|-------|--|--|
| 1) | บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง0ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีมอบอำนาจต้องมีหนังสือมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบ อำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคลรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิลงนามทุกคน) | กรมการปกครอง |
| 2) | หนังสือเดินทาง ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(กรณีเป็นชาวต่างชาติรับรองสำเนาถูกต้อง) | กองตรวจลงตราและเอกสารเดินทางคน ต่างด้าว |
| 3) | ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(กรณีการเปลี่ยนชื่อหรือสกุลรับรองสำเนาถูกต้อง) | กรมการปกครอง |
| 4) | หนังสือรับรองนิติบุคคล ฉบับจริง0ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(กรณีเป็นนิติบุคคลรับรองสำเนาถูกต้อง) | กรมพัฒนาธุรกิจการค้า |
| 5) | ทะเบียนสมรส ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา1ฉบับ | กรมการปกครอง |

| ลำดับ | ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร |
|-------|--|----------------------------|
| | หมายเหตุ (กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านามรับรองสำเนาถูกต้อง) | |
| 6) | คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบสพ.1) ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ- | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| 7) | แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบสพ.2) ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ- | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| 8) | คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบสพ.5) ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ- | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| 9) | หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบสพ.6) ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ(กรณีเป็นผู้ดำเนินการต้องเซ็นต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่) | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| 10) | คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล / คำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบสพ.18) ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ(กรณีเป็นผู้ดำเนินการต้องเซ็นต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่) | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| 11) | สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ขอประกอบกิจการและผู้ดำเนินการ) ฉบับจริง0ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(กรณีมีมอบอำนาจต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคลรับรองสำเนาบัตรทะเบียนบ้านผู้มีสิทธิลงนามทุกคน) | กรมการปกครอง |
| 12) | ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบการประกอบโรคศิลปะ ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(หากเป็นเฉพาะทางต้องลงนามสำเนาถูกต้องใบอนุญาตบัตร/อนุบัตร) | - |
| 13) | ใบรับรองแพทย์ผู้ขอประกอบกิจการและผู้ดำเนินการ ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ | - |

| ลำดับ | ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร |
|-------|--|----------------------------|
| | หมายเหตุ(ในรับรองแพทย์ไม่เป็นโรคต้องห้ามและไม่เกิน 6 เดือนนับแต่วันยื่นคำขอ)) | |
| 14) | รูปถ่ายขนาด 2.5x3 ซม 3 รูป ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ- | - |
| 15) | รูปถ่ายขนาด 8 x13 ซม 1 รูป ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ- | - |
| 16) | แผนผังในสถานพยาบาล ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ(ต้องแสดงภาพถ่ายห้องตรวจโรคและอุปกรณ์ภายในห้องทุกห้องประกอบว่าเสร็จเรียบร้อยแล้ว) | - |
| 17) | แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลต้องชัดเจน ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ(และต้องแสดงจุดที่ใกล้เคียงโดยให้มีจุดสังเกตที่สำคัญ) | - |
| 18) | เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ (โฉนดที่ดิน) ฉบับจริง0ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(หากไม่ใช่เจ้าของกรรมสิทธิ์ต้องมีเอกสารดังนี้ 1.สัญญาเช่า 2. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า 3.รับรองสำเนาถูกต้อง) | - |
| 19) | ทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล ฉบับจริง0ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(รับรองสำเนาถูกต้อง) | - |
| 20) | สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนวัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล) ฉบับจริง0ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) | กรมพัฒนาธุรกิจการค้า |
| 21) | 1.มีการเก็บและกำจัดขยะติดเชื้อโดยมีหนังสือตอบรับจากหน่วยงานที่กำจัดขยะหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2.ต้องมีเอกสาร/หนังสือรับการตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์ในกรณีที่มีเครื่องเอกซเรย์ | - |

| ลำดับ | ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร |
|-------|---|------------------------------|
| | <p>3.ต้องได้รับความยินยอมให้ใช้ชื่อสถานพยาบาลจากผู้ได้รับใบอนุญาตก่อน หากชื่อสถานพยาบาลในเขตเดียวกันมีชื่อซ้ำกัน</p> <p>4.แสดงอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลให้ครอบคลุมลักษณะให้บริการ</p> <p>5.หนังสือประสานงานโรงพยาบาลที่จะส่งต่อและโรงพยาบาลที่จะส่งต่อ</p> <p>6.มีแผนแสดงระบบการควบคุมทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้ในคลินิกที่เหมาะสม</p> <p>ฉบับจริง0ฉบับ</p> <p>สำเนา1ฉบับ</p> <p>หมายเหตุ(เอกสารอื่นฯมี 6 ข้อหากเป็นสำเนาต้องรับรองสำเนาถูกต้อง)</p> | |
| 22) | <p>หากมีเครื่องมือพิเศษเช่นเครื่องมือแพทย์ต้องมีเอกสารรับรองจากอย.</p> <p>ฉบับจริง0ฉบับ</p> <p>สำเนา1ฉบับ</p> <p>หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)</p> | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |

5. ค่าธรรมเนียม

| ลำดับ | รายละเอียดค่าธรรมเนียม | ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ) |
|-------|--|-----------------------------|
| 1) | <p>มีค่าธรรมเนียมใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 1,000 บาท</p> <p>(หมายเหตุ:-)</p> | ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท |
| 2) | <p>2ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 250 บาท</p> <p>(หมายเหตุ: (-)</p> | ค่าธรรมเนียม 250 บาท |

6. ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

| | ช่องทางการร้องเรียน แนะนำ บริการ |
|----|--|
| 1) | <p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ถนนพรหมเทพ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 0 4526 2699, 0 4526 2692-8 ต่อ 1000, 3220 E-mail : fdapv34@fda.moph.go.th</p> |
| 2) | <p>ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรป.) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ชั้น 1 อาคาร 1 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์หมายเลข 0 2590 7354 -55 โทรสาร 0 2590 1556 E-mail: 1556@fda.moph.go.th สายด่วน 1556 สำนักอาหาร โทร. 02-590-7320</p> |
| 3) | <p>ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี</p> <p>หมายเหตุ (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)</p> |

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ตามประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วัน/เดือน/ปี : ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๖

หัวข้อ : คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน

Link ภายนอก : ไม่มี

หมายเหตุ:.....
.....
.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

อภิรดี จิตรแสง

(นางสาวอภิรดี จิตรแสง)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการ

วันที่ ๒๒ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ผู้อนุมัติรับรอง

พิทักษ์ มูลประดับ

(นายพิทักษ์ มูลประดับ)

ตำแหน่ง นิติกรชำนาญการ

วันที่ ๒๒ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

หรรษา ชื่นชูผล

(นางหรรษา ชื่นชูผล)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

วันที่ ๒๒ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖