

คู่มือสำหรับประชาชน : การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1.หลักเกณฑ์

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

2.เงื่อนไข

- 1.การนับระยะเวลา 67วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

3.วิธีการ

ในการพิจารณาออกใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ สถานพยาบาลของผู้อนุญาต จะต้องปรากฏว่าผู้ขอรับ

ใบอนุญาตได้จัดให้มีกรณี ดังต่อไปนี้โดยถูกต้องครบถ้วนแล้ว

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

4.คุณสมบัติผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

- 1) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
- (2) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย
- (3) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอด้วย กฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ

(4) ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา

(5) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

(6) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือน ไร้ความสามารถ

ในกรณีที่นิติบุคคลเป็นผู้ขอรับอนุญาต ผู้จัดการหรือผู้แทนของนิติบุคคล นั้นต้องมีคุณสมบัติ ตามคุณสมบัติข้างต้นคุณสมบัติ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(1) ผู้ประกอบวิชาชีพ/เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

(2) ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง

กรณีที่เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอยู่แล้วแห่งหนึ่ง จะอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน อีกแห่งหนึ่งไม่ได้

(3) เป็นผู้ที่สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดย ใกล้เคียง

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือ ประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ (หมายเหตุ: -) ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ ชั้น 1 อาคารคลังพัสต ถนนสาทรสุข 6 กระทรวงสาธารณสุข เบอร์โทรศัพท์ 0 2590 1997 ต่อ 716 , 720/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
--	--

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 67 วันทำการ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร 1.ยื่นคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน/รับคำขอและรับเอกสารแผนงานการจัดตั้ง สถานพยาบาล/ นัดตรวจสถานที่ (ตรวจสอบผู้ขออนุมัติแผนการ จัดตั้งไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา17 สถานที่ที่เป็นไปตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวงตามมาตรา 14 วรรคสอง และมีผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมาย 18(4) 2.ระยะเวลาการตรวจสอบสถานที่ หมายเหตุ:	1 วันทำการ	สำนักสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ
2)	การพิจารณา 1.พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้ง สถานพยาบาล 2.พนักงานเจ้าหน้าที่นัดตรวจสถานที่ 3.พนักงานเจ้าหน้าที่ไปตรวจสถานที่ 4.สรุปผล/ให้แก้ไขปรับปรุง 5.เสนอคณะกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ ค้างคืนพิจารณาเห็นชอบการประกอบกิจการสถานพยาบาลและ การดำเนินการสถานพยาบาล	60 วันทำการ	สำนักสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
	คณะกรรมการสถานพยาบาลพิจารณาอนุมัติการอนุญาตการประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาล (หมายเหตุ: -)		
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล (หมายเหตุ: -)	5 วันทำการ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
4)	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นคำขออนุญาต (หมายเหตุ: -)	1 วันทำการ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล รับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิลงนามทุกคน)	กรมการปกครอง
2)	หนังสือเดินทาง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีเป็นชาวต่างชาติรับรองสำเนาถูกต้อง)	กองตรวจลงตราและเอกสารเดินทางคนต่างด้าว
3)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีการเปลี่ยนชื่อหรือสกุล รับรองสำเนาถูกต้อง)	กรมการปกครอง
4)	หนังสือรับรองนิติบุคคล ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีเป็นนิติบุคคล รับรองสำเนาถูกต้อง)	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
5)	ทะเบียนสมรส ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านามรับรองสำเนาถูกต้อง)	กรมการปกครอง
6)	คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.1) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
7)	แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.2) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
8)	คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.5) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
9)	หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	ประกอบวิชาชีพ (แบบ สพ.6) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีเป็นผู้ดำเนินการ ต้องยื่นต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่)	
10)	คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล / คำขออนุญาต เปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.18) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีเป็นผู้ดำเนินการ ต้องยื่นต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
11)	สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ขอประกอบกิจการ และ ผู้ดำเนินการ) ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนา ทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล รับรองสำเนาบัตร ทะเบียนบ้านผู้มีสิทธิลงนามทุกคน)	กรมการปกครอง
12)	ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบการประกอบโรคศิลปะ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (หากเป็นเฉพาะทาง ต้องลงนามสำเนาถูกต้องใบอนุญาต บัตร/อนุบัตร)	-
13)	ใบรับรองแพทย์ผู้ขอประกอบกิจการ และผู้ดำเนินการ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (ใบรับรองแพทย์ไม่เป็นโรคต้องห้ามและไม่เกิน 6 เดือนนับ แต่วันยื่นคำขอ)	-
14)	รูปถ่ายขนาด 2.5x3 ซม 3 รูป ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
15)	รูปถ่ายขนาด 8 x13 ซม 1 รูป ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
16)	แผนผังในสถานพยาบาล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (ต้องแสดงภาพถ่ายห้องตรวจโรคและอุปกรณ์ภายในห้องทุก ห้องประกอบว่าเสร็จเรียบร้อยแล้ว)	-
17)	แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลต้องชัดเจน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (และต้องแสดงจุดที่ใกล้เคียงโดยให้มีจุดสังเกตที่สำคัญ)	-
18)	เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ (โฉนดที่ดิน) ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (หากไม่ใช่เจ้าของกรรมสิทธิ์ ต้องมีเอกสารดังนี้ 1.สัญญาเช่า 2. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า 3.รับรองสำเนาถูกต้อง)	-
19)	ทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล ฉบับจริง 0 ฉบับ	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (รับรองสำเนาถูกต้อง)	
20)	สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล) ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
21)	1.มีการเก็บและกักจัดขยะ ติดเชื้อ โดยมีหนังสือตอบรับจากหน่วยงาน ที่กักจัดขยะ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2.ต้องมีเอกสาร/หนังสือรับการตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์ ในกรณีที่มีเครื่องเอกซเรย์ 3.ต้องได้รับความยินยอมให้ใช้ชื่อสถานพยาบาลจากผู้ได้รับใบอนุญาตก่อน หากชื่อสถานพยาบาลในเขตเดียวกันมีชื่อซ้ำกัน 4.แสดงอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลให้ครอบคลุมลักษณะให้บริการ 5.หนังสือประสานงานโรงพยาบาลที่จะส่งต่อและโรงพยาบาลที่จะส่งต่อ 6.มีแผนแสดงระบบการควบคุมทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้ในคลินิกที่เหมาะสม ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (เอกสารอื่นๆ มี 6 ข้อ หากเป็นสำเนาต้องรับรองสำเนาถูกต้อง)	-
22)	หากมีเครื่องมือพิเศษ เช่นเครื่องมือแพทย์ ต้องมีเอกสารรับรองจาก อย. ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	มีค่าธรรมเนียม ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 1,000 บาท (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท
2)	2ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 250 บาท (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 250 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	1) หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 หมายเหตุ:
2)	กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี () (หมายเหตุ: -)
3)	ไปรษณีย์ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 (หมายเหตุ: -)
4)	ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 (หมายเหตุ: -)
5)	อีเมล mrdonline2014@gmail.com (หมายเหตุ: -)
6)	โทรศัพท์ 0 2193 7999 7

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
	(หมายเหตุ: -)
7)	facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online (หมายเหตุ: -)
8)	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)

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1)	1)คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.1) (หมายเหตุ: -)
2)	2)แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.2) (หมายเหตุ: -)
3)	3)คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.5) (หมายเหตุ: -)
4)	4)หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ สพ.6) (หมายเหตุ: -)
5)	คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล / คำขออนุญาตเปลี่ยนตัว ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ส.พ18 (หมายเหตุ: -)

หมายเหตุ

-

ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่

ชื่อกระบวนงาน: (ใส่ชื่อกระบวนงาน)

หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนงาน: (ชื่อหน่วยงานผู้รับผิดชอบ ในส่วนของกระบวนงาน) (Division, Department, Ministry)

ประเภทของงานบริการ: (ใส่ชื่อประเภทงานบริการ)

หมวดหมู่ของงานบริการ: (ใส่ชื่อประเภทงานบริการ)

กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง: (ใส่ชื่อ ก.ม.ที่ให้อำนาจการอนุญาต)

ระดับผลกระทบ: (ใส่ระดับผลกระทบ)

พื้นที่ให้บริการ: (ใส่พื้นที่ให้บริการ)

กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา: (ใส่กฎหมายที่กำหนดระยะเวลา)

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ: (ใส่ระยะเวลาตามที่กฎหมายกำหนด)

ข้อมูลสถิติของกระบวนงาน:

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน

จำนวนคำขอที่มากที่สุด

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด

ชื่ออ้างอิงของกลุ่มประชาชน: