

คู่มือสำหรับประชาชน : การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1.หลักเกณฑ์

1. ตามกฎหมายกำหนดให้ผู้รับอนุญาตต้องชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลรายปีภายในวันที่ 31 ธันวาคม ของทุกปี ให้ยกเว้นสำหรับปีที่ได้รับอนุญาตและสำหรับปีที่ได้รับการต่ออายุใบอนุญาต ตลอดเวลาที่ยังประกอบกิจการ ถ้าไม่ชำระภายในเวลาที่กำหนดให้ชำระเงินเพิ่มอีกร้อยละห้าต่อเดือนถ้ายังไม่ยินยอมชำระค่าธรรมเนียมหลังพ้นจากกำหนดหกเดือน ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้ ผู้รับอนุญาตดำเนินการตามมาตรา 49 ให้ระงับหรือปฏิบัติให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่เห็นสมควร แต่ทั้งนี้ ไม่เป็นเหตุลบล้างความผิดตามพระราชบัญญัตินี้

2. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลสามารถยื่นคำขอชำระค่าธรรมเนียมได้ตั้งแต่เดือนตุลาคมของทุกปี

2.เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 1 ชั่วโมงทำการในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็น ต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือ ประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ (หมายเหตุ: -) ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ชั้น 1 อาคารคลังพิสด ถนนสาธารณสุข 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขโทรศัพท์ 0 2590 1997 ต่อ 716 , 720/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 1 ชั่วโมง

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและ ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	30 นาที	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
3)	การพิจารณา ยื่นเอกสารขอชำระเงิน (หมายเหตุ: -)	5 นาที	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
4)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ ผู้อนุญาตลงนามในสพ.12 (หมายเหตุ: -)	10 นาที	สำนักสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ
5)	รับ สพ.12และสมุดทะเบียน (หมายเหตุ: -)	10 นาที	สำนักสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (1.ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง 2.กรณีมอบอำนาจ ต้องมีสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ(ผู้มี อำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลทุกคน) และผู้รับมอบอำนาจที่ลงนาม เรียบร้อย ครบถ้วน)	กรมการปกครอง
2)	หนังสือรับรองนิติบุคคล ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีผู้มอบอำนาจเป็นนิติบุคคลต้องประทับตรานิติบุคคล และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
3)	คำขอชำระค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประจำปี ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบ โรคศิลปะ
4)	ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบ โรคศิลปะ
5)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ.9) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบ โรคศิลปะ
6)	รายงานประจำปี (สพ.23) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบ โรคศิลปะ
7)	หนังสือมอบอำนาจ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบ โรคศิลปะ

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ค่าธรรมเนียมประจำปี (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 500 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	ณ จุดยื่นคำขอ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 (หมายเหตุ: -)
2)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 (หมายเหตุ: -)
3)	ส่งไปรษณีย์ - สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 (หมายเหตุ: -)
4)	ส่งไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 (หมายเหตุ: -)
5)	E-mail : mrdonline2014@gmail.com (หมายเหตุ: -)
6)	โทรศัพท์ 0 2193 7999 (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)	คำขอชำระค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประจำปี (หมายเหตุ: -)
2)	รายงานประจำปี (สพ.23) (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: (ใส่ระยะเวลาดำเนินการตามกฎหมายกำหนด)

ข้อมูลสถิติของกระบวนงาน:

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน

จำนวนคำขอที่มากที่สุด

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด

ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน: