

**คู่มือสำหรับประชาชน: การขอแบบรับแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่ไม่ต้องอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541**

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอแบบรับแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่ไม่ต้องอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: รับแจ้ง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
  - 1) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่3) พ.ศ. 2555 และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบ ที่ออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541
  - 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                      14 วันทำการ
9. ข้อมูลสถิติ  
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 1  
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 1  
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอไปรับแจ้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนซึ่งไม่ต้องอยู่ในบังคับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541
11. ช่องทางการให้บริการ
  - 1) **สถานที่ให้บริการ** ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา 31 ถ.ยุทธดำเนิน ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000 โทร 0 3851 1640 ต่อ 102 /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน  
**ระยะเวลาเปิดให้บริการ** เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)

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

1. เป็นสถานพยาบาลที่จัดให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัย และการควบคุมและป้องกันโรค ในลักษณะที่เป็นการจัดสวัสดิการให้แก่เจ้าหน้าที่ พนักงาน ลูกจ้าง หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยไม่ได้มีความประสงค์ที่จะเป็นการประกอบธุรกิจเพื่อหวังผลกำไรตอบแทน และเป็นการจัดสวัสดิการของ

ก. รัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

ข. องค์การมหาชนตามกฎหมายว่าด้วยองค์การมหาชน

ค. สถานศึกษาของเอกชน

ง. นายจ้าง ตามกฎหมายว่าด้วยแรงงานและสวัสดิการสังคม

จ. ผู้ให้บริการขนส่งผู้โดยสารในยานพาหนะต่าง ๆ

2. เป็นสถานพยาบาลที่ใช้ยานพาหนะในการออกไปให้บริการเคลื่อนที่ ณ สถานที่ใดที่หนึ่งเป็นการชั่วคราว และมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือหรือสงเคราะห์โดยไม่เรียกเก็บค่าบริการใด ๆ ไม่ว่าจะเป็นการจัดให้บริการขององค์กรการกุศลต่าง ๆ มูลนิธิ สถานพยาบาลหรือของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง โดยผู้ให้บริการต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

3. เป็นสถานพยาบาล ณ ที่พำนักของผู้ป่วย โดยผู้ให้บริการต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์หรือผู้ประกอบโรคศิลปะ

4. ยานพาหนะที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

### เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 12 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

## 13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

| ที่ | ประเภทขั้นตอน    | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ          | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|-----|------------------|--|-------------------|--------------------------------|----------|
| 1)  | การตรวจสอบเอกสาร | ผู้ยื่นคำขอแสดงความประสงค์เพื่อจัดแจ้ง | 1 วัน             | กลุ่มงาน<br>คุ้มครองผู้บริโภค  | -        |

| ที่ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ  | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ                         | หมายเหตุ |
|-----|---------------|--|-------------------|--|----------|
|     |               | สถานพยาบาล   |                   | และเภสัช<br>สาธารณสุข                                  |          |
| 2)  | การพิจารณา    | พนักงานเจ้าหน้าที่<br>ตรวจสอบเอกสาร/<br>ตรวจสอบสถานที่   | 5 วัน             | กลุ่มงาน<br>คุ้มครองผู้บริโภค<br>และเภสัช<br>สาธารณสุข | -        |
| 3)  | การลงนาม      | เสนอหัวหน้ากลุ่มงาน<br>คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช<br>สาธารณสุข  | 3 วัน             | กลุ่มงาน<br>คุ้มครองผู้บริโภค<br>และเภสัช<br>สาธารณสุข | -        |
| 4)  | -             | ออกใบรับแจ้งการประกอบ<br>กิจการสถานพยาบาล<br>ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้าง<br>คืนที่ไม่ต้องอยู่ในบังคับของ<br>พระราชบัญญัติ<br>สถานพยาบาล พ.ศ.2541 | 3 วัน             | กลุ่มงาน<br>คุ้มครองผู้บริโภค<br>และเภสัช<br>สาธารณสุข | -        |

ระยะเวลาดำเนินการรวม 12 วัน

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว  
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยืนยันตัวตน | หน่วยงานภาครัฐ<br>ผู้ออกเอกสาร | จำนวน<br>เอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ                                   |
|-----|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|--|
| 1)  | บัตรประจำตัว<br>ประชาชน     | -                              | 1                           | 1                    | ฉบับ               | (ผู้มีอำนาจลงนาม<br>ลงนามสำเนา<br>ถูกต้อง) |

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยื่นยันตัวตน | หน่วยงานภาครัฐ<br>ผู้ออกเอกสาร | จำนวน<br>เอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ   |
|-----|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|--|
| 2)  | สำเนาทะเบียน<br>บ้าน         | -                              | 1                           | 1                    | ฉบับ               | (ผู้มีอำนาจลงนาม<br>ลงนามสำเนา<br>ถูกต้อง)       |
| 3)  | หนังสือรับรองนิติ<br>บุคคล   | -                              | 1                           | 1                    | ฉบับ               | (หากเป็นกรณีนิติ<br>บุคคล ลงนาม<br>สำเนาถูกต้อง) |

## 15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยื่นเพิ่มเติม   | หน่วยงานภาครัฐ<br>ผู้ออกเอกสาร | จำนวน<br>เอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ   |
|-----|---|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|--|
| 1)  | แบบ ส.พ.1<br>ส.พ.2 ส.พ.5<br>ส.พ.6 ส.พ.18  | -                              | 1                           | 0                    | ฉบับ               | -  |
| 2)  | แบบแจ้งการ<br>ประกอบกิจการ<br>สถานพยาบาลที่<br>ไม่ต้องอยู่ใน<br>บังคับของ<br>พระราชบัญญัติ<br>สถานพยาบาล<br>พ.ศ. 2541 | -                              | 1                           | 0                    | ฉบับ               | (ใช้ฉบับจริง)  |
| 3)  | สำเนาบัตร<br>ประชาชน  | -                              | 1                           | 1                    | ฉบับ               | (ผู้ประกอบการวิชาชีพ<br>เวชกรรม ลงนาม<br>สำเนาถูกต้อง) |
| 4)  | สำเนาทะเบียน<br>บ้าน  | -                              | 1                           | 1                    | ฉบับ               | (ผู้ประกอบการวิชาชีพ<br>เวชกรรม ลงนาม<br>สำเนาถูกต้อง) |
| 5)  | ใบประกอบ<br>วิชาชีพเวชกรรม  | -                              | 0                           | 1                    | ฉบับ               | (ลงนามสำเนา<br>ถูกต้อง)                                |

## 16. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

## 17. ช่องทางการร้องเรียน

### 1) ช่องทางการร้องเรียน

1) หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข 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



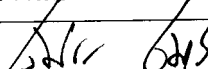


### 3) ช่องทางการร้องเรียน โทรศัพท์ 0 3851 1189 ต่อ 144 , 08 1843 3647

### 4) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักงานนายกรัฐมนตรี

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) แบบแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ต้องอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

|             |   |
|-------------|---|
| วันที่พิมพ์ | 30/06/2558  |
| สถานะ       | อนุมัติขั้นที่ 1 โดย<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา  |
| จัดทำโดย    | <br>(นางกนกกาญจน์ จันระโร)<br><br>(นางแนนน้อย เรืองรักษา) |
| ผู้ตรวจสอบ  | <br>(นายเลิศชาย เลิศวุฒิ)  |
| อนุมัติโดย  | <br>(นายประสิทธิ์ คงเคารพธรรม)<br>นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา   |
| เผยแพร่โดย  | <br>นายอานันต์ ประดิษแจ้ง  |

วิธีการขอการขอแบบรับแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  
ที่ไม่ต้องอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541

