คู่มือสำหรับประชาชน: การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

---

1. **ชื่อกระบวนงาน**: การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก
2. **หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน**: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
3. **ประเภทของงานบริการ**: กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. **หมวดหมู่ของงานบริการ**: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. **กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง**:
   1) *พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.*2541*และแก้ไขเพิ่มเติม* (*ฉบับที่*3) *พ.ศ.*2555 *และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบ ที่ออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.*2541
6. **ระดับผลกระทบ**: บริการทั่วไป
7. **พื้นที่ให้บริการ**: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
8. **กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา** -
   ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. **ข้อมูลสถิติ**
   จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 30
   จำนวนคำขอที่มากที่สุด 177
   จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. **ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน** [สำเนาคู่มือประชาชน] การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก 19/05/2558 14:14
11. **ช่องทางการให้บริการ**
    1) ***สถานที่ให้บริการ*** *ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ชั้น* 1 *อาคารคลังพัสดุ 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)*
       หมายเหตุ –
    2) ***สถานที่ให้บริการ*** *สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี*
       ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน(โทรนัดหมายก่อนอย่างน้อย 1 *วัน) โทร* 034-518106
       ระยะเวลาเปิดให้บริการ *เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)*

ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 *น. (มีพักเที่ยง)*
หมายเหตุ เวลาการให้บริการขึ้นกับแต่ละจังหวัด

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

หลักเกณฑ์

1. ตามกฎหมายกำหนดให้ผู้รับอนุญาตต้องชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลรายปีภายในวันที่ 31 ธันวาคมของทุกปี ให้ยกเว้นสำหรับปีที่ได้รับอนุญาตและสำหรับปีที่ได้รับการต่ออายุใบอนุญาต ตลอดเวลาที่ยังประกอบกิจการ ถ้าไม่ชำระภายในเวลาที่กำหนดให้ชำระเงินเพิ่มอีกร้อยละห้าต่อเดือนถ้ายังไม่ยินยอมชำระค่าธรรมเนียมหลังพ้นจากกำหนดหกเดือน ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้ ผู้รับอนุญาตดำเนินการตามมาตรา 49 ให้ระงับหรือปฏิบัติให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่เห็นสมควร แต่ทั้งนี้ ไม่เป็นเหตุลบล้างความผิดตามพระราชบัญญัตินี้
2. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลสามารถยื่นคำขอชำระค่าธรรมเนียมได้ตั้งแต่เดือนตุลาคมของทุกปี

เงื่อนไข

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

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ	10 นาที	สสจ.กาญจนบุรี	-
2)	การพิจารณา	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐาน	30 นาที	สสจ.กาญจนบุรี	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		ลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม			
3)	การพิจารณา	ยื่นเอกสารขอชำระเงิน	10 นาที	สสจ.กาญจนบุรี	-
4)	การลงนาม	ผู้อนุญาตลงนามในสพ.12	10 นาที	สสจ.กาญจนบุรี	-
5)	-	รับ สพ.12และสมุดทะเบียน	30 นาที	สสจ.กาญจนบุรี	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 2 ชั่วโมง

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	0	1	ฉบับ	(1.รับรองสำเนาถูกต้อง 2.กรณีมอบอำนาจ ต้องมีสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ(ผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลทุกคน) และผู้รับมอบอำนาจที่ลงนาม

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
						เรียบร้อยครบถ้วน)
2)	หนังสือรับรองนิติบุคคล	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	0	1	ฉบับ	(กรณีผู้มอบอำนาจเป็นนิติบุคคลต้องประทับตรานิติบุคคล และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลรับรองสำเนาถูกต้อง)

15.2) **เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม**

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอชำระค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประจำปี	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
2)	ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
3)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ.9)	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
4)	รายงานประจำปี (สพ.23)	สำนักสถานพยาบาล	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
		และการประกอบโรคศิลปะ				
5)	หนังสือมอบอำนาจ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-

16. **ค่าธรรมเนียม**

1) **ค่าธรรมเนียมประจำปี** 500 ต่อ

หมายเหตุ -

17. **ช่องทางการร้องเรียน**

1) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

หมายเหตุ -

2) **ช่องทางการร้องเรียน** กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

หมายเหตุ -

3) **ช่องทางการร้องเรียน** ส่งไปรษณีย์ - สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

หมายเหตุ -

4) **ช่องทางการร้องเรียน** ส่งไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

หมายเหตุ –

5) **ช่องทางการร้องเรียน** E-mail : mrdonline2014@gmail.com

หมายเหตุ -

6) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 2193 7999

หมายเหตุ -

7) **ช่องทางการร้องเรียน** facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online

หมายเหตุ -

8) **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) คำขอชำระค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประจำปี

-

2) รายงานประจำปี (สพ.23)

-

19. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	06/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 2 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	Sirilak Bunyok
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-