

## คู่มือสำหรับประชาชน: การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก
  2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
  3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
  4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
  5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
    - 1) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541
  6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
  7. พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดมหาสารคาม
  8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -  
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
  9. ข้อมูลสถิติ  
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0  
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0  
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
  10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก 19/05/2558 14:14
  11. ช่องทางการให้บริการ  
สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (One Stop Service Center ; OSSC)  
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร  
เบอร์โทรศัพท์ 0 4377 7973 ต่อ 130 หรือ 350  
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)  
ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง 12.00 – 13.00 น.)  
หมายเหตุ -
  12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต  
หลักเกณฑ์
- มาตรา 20 ผู้รับอนุญาตต้องชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลรายปีภายในวันที่ 31 ธันวาคมของ ทุกปี  
ให้ยกเว้นสำหรับปีที่ได้รับอนุญาตและสำหรับปีที่ได้รับการต่ออายุใบอนุญาต ตลอดเวลาที่ยังประกอบกิจการ ถ้าไม่ชำระ  
ภายในเวลาที่กำหนดให้ชำระเงินเพิ่มอีกร้อยละห้าต่อเดือนถ้ายังไม่ยินยอมชำระค่าธรรมเนียมหลังพ้นจากกำหนดหกเดือน

ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้ ผู้รับอนุญาตดำเนินการตามมาตรา 49 ให้ระงับหรือปฏิบัติให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่เห็นสมควร แต่ทั้งนี้ ไม่เป็นเหตุลบล้างความผิดตามพระราชบัญญัตินี้

ผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาลสามารถยื่นคำขอชำระค่าธรรมเนียมได้ตั้งแต่เดือนตุลาคมของทุกปี จนถึงวันสิ้นปีปฏิทิน

### เงื่อนไข

- 1.การนับระยะเวลา 1 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุงร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประทุรัง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

- คำขอชำระค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประจำปี
- รายงานประจำปีสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.23)

### 13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ	5 นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	งาน OSSC กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ
2)	การพิจารณา	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม	30 นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	งาน OSSC กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ
3)	การพิจารณา	ยื่นเอกสารขอชำระเงิน	5 นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	งาน OSSC กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ
4)	การลงนาม	ผู้อนุญาตลงนามในสพ.12	10 นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	งาน OSSC กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ
5)	-	รับ สพ.12และสมุดทะเบียน	10 นาที	สำนักงาน	งาน OSSC กลุ่ม

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
				สาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม	งานคุ้มครอง ผู้บริโภคฯ

ระยะเวลาดำเนินการรวม 1 ชั่วโมง

#### 14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

-

#### 15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

##### 15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน	-	0	1	ฉบับ	(1.รับรองสำเนาถูกต้อง 2.กรณีมอบอำนาจต้องมีสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ(ผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลทุกคน) และผู้รับมอบอำนาจที่ลงนามเรียบร้อย (ครบถ้วน)
2)	หนังสือรับรองนิติบุคคล	-	0	1	ฉบับ	(กรณีผู้มอบอำนาจเป็นนิติบุคคลต้องประทับตรานิติบุคคล และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลรับรองสำเนา

ที่	รายการเอกสาร ยื่นต้นตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						ถูกต้อง)

### 15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอชำระ ค่าธรรมเนียม สถานพยาบาล ประจำปี	สำนัก สถานพยาบาลและ การประกอบโรค ศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
2)	ใบอนุญาต ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (สพ.7)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด มหาสารคาม	1	0	ฉบับ	(ตาม พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ.2541)
3)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (สพ.9)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด มหาสารคาม	1	0	ฉบับ	(ตาม พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ.2541)
4)	รายงานประจำปี (สพ.23)	สำนัก สถานพยาบาลและ การประกอบโรค ศิลปะ	1	0	ฉบับ	(ตาม พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ.2541)
5)	หนังสือมอบ อำนาจ	-	1	0	ฉบับ	-

### 16. ค่าธรรมเนียม

#### 1) ค่าธรรมเนียมประจำปี

ปีละ 500 บาท ยกเว้นปีที่ 10 เนื่องจากต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการคลินิก

### 17. ช่องทางการร้องเรียน

- ศูนย์ดำรงธรรมสำนักสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สำนักสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ถนน  
ตำบล อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000

โทรศัพท์ ๘ ต่อ130

- 2) ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี  
**หมายเหตุ** ( เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / [www.1111.go.th](http://www.1111.go.th) / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)
- 3) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
 ไปรษณีย์ - สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2193 7999  
 ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
- 4) Facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online

#### 18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) คำขอชำระค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประจำปี  
 -
- 2) รายงานประจำปี (สพ.23)  
 -

วันที่พิมพ์	
สถานะ	
จัดทำโดย	
อนุมัติโดย	
เผยแพร่โดย	