คู่มือสำหรับประชาชน: ๙.การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก
หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

---

๑. **ชื่อกระบวนงาน**: การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก
๒. **หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน:** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
๓. **ประเภทของงานบริการ:** กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
๔. **หมวดหมู่ของงานบริการ:** อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
๕. **กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:**
   ๑) *พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๓) พ.ศ.๒๕๕๕ และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘*

๖. **ระดับผลกระทบ:** บริการทั่วไป
๗. **พื้นที่ให้บริการ:** ส่วนภูมิภาค
๘. **กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา** ไม่มีการกำหนดระยะเวลาตามกฎหมาย
   ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ ๐ นาที
๙. **ข้อมูลสถิติ**
   จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐
   จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐
   จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐
๑๐.**ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน** [สำเนาคู่มือประชาชน] การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก ๒๙/๐๗/๒๕๕๘ ๑๔:๑๔
๑๑.**ช่องทางการให้บริการ**
   ๑) ***สถานที่ให้บริการ*** *สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี*
   ระยะเวลาเปิดให้บริการ *เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น.*

๑๒.หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
๑.หลักเกณฑ์
๒.๑ ตามกฎหมายกำหนดให้ผู้รับอนุญาตต้องชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลรายปีภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคมของทุกปี ให้ยกเว้นสำหรับปีที่ได้รับอนุญาตและสำหรับปีที่ได้รับการต่ออายุใบอนุญาต ตลอดเวลาที่ยังประกอบกิจการ ถ้าไม่ชำระภายในเวลาที่กำหนดให้ชำระเงินเพิ่มอีกร้อยละห้าต่อเดือนถ้ายังไม่ยินยอมชำระค่าธรรมเนียมหลังพ้นจากกำหนดหกเดือน ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้ ผู้รับอนุญาตดำเนินการตามมาตรา ๔๙ ให้ระงับหรือปฏิบัติให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่เห็นสมควร แต่ทั้งนี้ ไม่เป็นเหตุลบล้างความผิดตามพระราชบัญญัตินี้
๒.๒ ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลสามารถยื่นคำขอชำระค่าธรรมเนียมได้ตั้งแต่เดือนตุลาคมของทุกปี

๒.เงื่อนไข
๒.๑ การนับระยะเวลา ๗ วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิเช่นนั้นจะถือ

ว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ
๒.๒ กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน ๗ วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

๑๓.ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขอต่ออายุที่สสจ.ชลบุรีหรือสสอ.ตามแผนการออกต่ออายุใบอนุญาต	๑ วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	-
๒)	การพิจารณาและลงนาม	๑.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอชำระค่าธรรมเนียม ๒.ลงข้อมูลในระบบสารสนเทศ ๓.บันทึกการชำระค่าธรรมเนียมในสมุดทะเบียน ๔.เสนอผู้มีอำนาจลงนามในสพ.๑๒ ๕.ผู้มายื่นคำขอฯรับใบอนุญาตประกอบกิจการฯและสมุดทะเบียนกลับคืน หมายเหตุ(ระยะเวลานี้กรณีที่ผู้มีอำนาจลงนามไม่ติดราชการในและต่างจังหวัด)	๑ วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑ วันทำการ (*ไม่รวมระยะเวลารอคอย*) ในกรณีที่มาดำเนินการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สามารถรับใบอนุญาตกลับได้เลย

๑๔.งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวประชาชนในกรณีที่มีการมอบอำนาจ	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	(๑.ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง ๒.กรณีมอบอำนาจต้องมีสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ(ผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลทุกคน) และผู้รับมอบอำนาจที่ลงนามเรียบร้อยครบถ้วน)
๒)	หนังสือรับรองนิติบุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า	๐	๑	ฉบับ	(กรณีผู้มอบอำนาจเป็นนิติบุคคลต้องประทับตรานิติบุคคล และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

๑๕.๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	คำขอชำระค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประจำปี	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	๑	๐	ฉบับ	-
๒)	ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.๗)	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	๑	๐	ฉบับ	-
๓)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ.๘)	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	๑	๐	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๔)	รายงานประจำปี (สพ.๒๓)	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	๑	๐	ฉบับ	-
๕)	หนังสือมอบอำนาจ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	๑	๐	ฉบับ	-

๑๖.ค่าธรรมเนียม

๑) **ค่าธรรมเนียมประจำปี**

ค่าธรรมเนียม ๕๐๐ บาท

๑๗.ช่องทางการร้องเรียน

๑) **ช่องทางการร้องเรียน** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ๒๙/๙ ม.๔ ถ.วชิรปราการ ต.บ้านสวน อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี

๒) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๘๔

๑๘.ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

๑) คำขอชำระค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประจำปี

๒) รายงานประจำปี (สพ.๒๓)

๑๙. หมายเหตุ

๑.ผู้ขออนุญาตจะควรยื่นก่อนเวลา ๑๑.๓๐น. และ ๑๕.๐๐น. เพื่อความสะดวกในการชำระค่าธรรมเนียม

๒.เพื่อความสะดวกในการรับบริการ ผู้ขออนุญาตควรโทรศัพท์ติดต่อนัดหมายเจ้าหน้าที่ก่อนทุกครั้งที่จะเข้ามาติดต่อ

๓.ระยะเวลาที่แจ้งไม่นับระยะเวลารอคอย

๔.เอกสารที่เป็นสำเนาทั้งหมดต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาทุกฉบับ กรณีนิติบุคคลต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาทุกฉบับโดยผู้ดำเนินกิจการหรือกรรมการที่มีอำนาจลงนามจามหนังสือรับรองของนิติบุคคลหรือผู้รับมอบอำนาจทั่วไปที่มีอำนาจลงนามรับรองเอกสารได้พร้อมประทับตราสำคัญของบริษัท

ปรับปรุงวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๕