---

๑. **ชื่อกระบวนงาน**: การชำระค่าธรรมเนียมที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
๒. **หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน:** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
๓. **ประเภทของงานบริการ:** กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
๔. **หมวดหมู่ของงานบริการ:** อนุญาต
๕. **กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:**
๑) *พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่๓) พ.ศ.๒๕๕๕ และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑*
๖. **ระดับผลกระทบ:** บริการทั่วไป
๗. **พื้นที่ให้บริการ:** ส่วนภูมิภาค
๘. **กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา** -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ ๐ นาที
๙. **ข้อมูลสถิติ**
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐
จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐
๑๐.**ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน** [สำเนาคู่มือประชาชน] การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก ๒๙/๐๗/๒๕๕
๑๑.**ช่องทางการให้บริการ**
สถานที่ให้บริการ *สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข*
ระยะเวลาเปิดให้บริการ *เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)*

๑๒.หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
หลักเกณฑ์
๑. ตามกฎหมายกำหนดให้ผู้รับอนุญาตต้องชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลรายปี ภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคมของทุกปี ให้ยกเว้นสำหรับปีที่ได้รับอนุญาตและสำหรับปีที่ได้รับการต่ออายุใบอนุญาต ตลอดเวลาที่ยังประกอบกิจการ ถ้าไม่ชำระภายในเวลาที่กำหนดให้ชำระเงินเพิ่มอีกร้อยละห้าต่อเดือนถ้ายังไม่ยินยอมชำระค่าธรรมเนียมหลังพ้นจากกำหนดหกเดือน ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้ผู้รับอนุญาตดำเนินการตามมาตรา ๔๙ ให้ระงับหรือปฏิบัติให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่เห็นสมควร แต่ทั้งนี้ ไม่เป็นเหตุลบล้างความผิดตามพระราชบัญญัตินี้
๒. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลสามารถยื่นคำขอชำระค่าธรรมเนียมได้ตั้งแต่เดือนตุลาคมของทุกปี เงื่อนไข ๑.การนับระยะเวลา ๑๐ วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ

อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น

๒. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

๑๓.ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ	๕ นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	-
๒)	การพิจารณา	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม	๒๐ นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	-
๓)	การพิจารณา	ยื่นเอกสารขอชำระเงิน	๕ นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	-
๔)	การลงนาม	ผู้มีอำนาจอนุญาต ลงนามในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) และส.พ.๙ (สมุดทะเบียนสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน)	๑๐ นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	-
๕)	การรับเอกสาร	รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และสมุดทะเบียน(ส.พ.๙)	๑๐ นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๕๐ นาที/วันทำการ

๑๔.งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน แต่ลดระยะเวลา

๑๕.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวประชาชน	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	๐	๑	ฉบับ	(๑.รับรองสำเนาถูกต้อง ๒.กรณีมอบอำนาจต้องมีสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ(ผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลทุกคน) และผู้รับมอบอำนาจที่ลงนามเรียบร้อยครบถ้วน)
๒)	หนังสือรับรองนิติบุคคล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	๐	๑	ฉบับ	(กรณีผู้มอบอำนาจเป็นนิติบุคคลต้องประทับตรานิติบุคคล และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลรับรองสำเนาถูกต้อง)

๑๕.๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑)	คำขอชำระค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประจำปี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	๑	๐	ฉบับ	-
๒)	ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.๗)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	๑	๐	ฉบับ	-
๓)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ.๙)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	๑	๐	ฉบับ	-
๔)	รายงานประจำปี	สำนักงาน	๑	๐	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
	(สพ.๒๔)	สาธารณสุขจังหวัด				
๕)	หนังสือมอบอำนาจ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	๑	๐	ฉบับ	-

๑๖.ค่าธรรมเนียม

๑) **ค่าธรรมเนียมประจำปี ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตามจำนวนเตียงของสถานพยาบาล**

หมายเหตุ -

๑๗.ช่องทางการร้องเรียน

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

หมายเหตุ -

๒) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๘๔

หมายเหตุ -

๑๘.แบบฟอร์ม

๑) คำขอชำระค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประจำปี

๒) รายงานประจำปี (สพ.๒๔)

ปรับปรุงวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๕