ส่วนของการสร้างกระบวนงาน

๑. **ชื่อกระบวนงาน :** การแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล
๒. **หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน :** กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
๓. **ประเภทของงานบริการ :** กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยงานเดียว
๔. **หมวดหมู่ของงานบริการ :** การอนุญาต / ออกใบอนุญาต / รับรอง
๕. **กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง :** พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
๖. **ระดับผลกระทบ :** บริการทั่วไป
๗. **พื้นที่ให้บริการ :** จังหวัดลพบุรี
๘. **กฎหมาย/ ข้อกำหนด / ระเบียบที่ระบุระยะเวลาในการดำเนินการของงานบริการ :** ไม่มีกำหนดระยะเวลาไว้ตามกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ : ไม่มี
๙. **กลุ่มผู้ใช้บริการ :** ประชาชนทั่วไป / ภาคเอกชน / นิติบุคคล
๑๐. **ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน :** การแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล

ส่วนของคู่มือประชาชน

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ๒๖๐/๕๕ หมู่ที่ ๑ ตำบลเขาสามยอด อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี เบอร์โทรศัพท์ ๐๓๖-๔๒๑๒๐๖-๘ ต่อ ๑๑๑ หรือ ๑๔๑
วันที่ให้บริการ : เปิดให้บริการ วันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ – ๑๖:๓๐ น. (พักเที่ยงเวลา ๑๒:๐๐ – ๑๓:๐๐ น.)

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

<u>หลักเกณฑ์</u>

ผู้รับอนุญาตผู้ใดประสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาล ต้องแจ้งเป็นหนังสือและจัดทำรายงานที่จะปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ป่วยให้ผู้อนุญาตทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสิบห้าวันทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อได้รับแจ้งตามวรรคหนึ่ง ผู้อนุญาตมีอำนาจสั่งให้ผู้รับอนุญาตต้องปฏิบัติอย่างหนึ่งอย่างใดก่อนเลิกกิจการก็ได้ ทั้งนี้โดยให้พิจารณาถึงประโยชน์และส่วนได้เสียของผู้ป่วยในสถานพยาบาลนั้นเป็นสำคัญ (พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และฉบับแก้ไขเพิ่ม มาตรา ๔๔)

<u>วิธีการ</u>

๑. ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ประสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาล ให้แจ้งเป็นหนังสือตามแบบคำขอแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาลให้ผู้อนุญาตทราบไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน
๒. พนักงานเจ้าหน้าที่ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ตรวจสอบหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาลและเอกสารประกอบ

๓. ผู้อนุญาตพิจารณาการแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล ลงนามรับทราบในหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล และลงบันทึกการแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาลลงในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ ใบอนุญาตให้ดำเนินการ และสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

<u>เงื่อนไข</u>

๑. การนับระยะเวลา ๗ วันทำการ

ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

๒. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจและติดอากรแสตมป์ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่า “ผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้” (บันทึกสองฝ่าย)

๓. หนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล (สพ.๑๗) รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบ ดังนี้

๑) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.๗)

๒) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ.๘)

๓) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.๑๙)

หมายเหตุ :

ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน ๗ วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หน่วยเวลา	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ตรวจสอบการยื่นหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล	๑	วันทำการ	จุดให้บริการเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
๒	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารและหลักฐานประกอบหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล	๒	วันทำการ	งานสถานพยาบาลฯ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
๓	การลงนามรับทราบ	เสนอผู้อนุญาตลงนามในหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล	๓	วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
๔	แจ้งเลิกกิจการ	บันทึกข้อมูลในระบบ	๑	วันทำการ	งานสถานพยาบาลฯ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

ระยะเวลาดำเนินการรวม : ๗ วัน

๑๔. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	จำนวนตัวจริง	จำนวนสำเนา	เงื่อนไขการรับรองสำเนา	หน่วยงานผู้ออกเอกสาร
๑	หนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล (สพ.๑๗)	๑	๐	-	งานสถานพยาบาลฯ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
๒	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.๗)	๑	๐	-	งานสถานพยาบาลฯ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
๓	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ.๘)	๑	๐	-	งานสถานพยาบาลฯ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
๔	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.๑๙)	๑	๐	-	งานสถานพยาบาลฯ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
๕	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ)	๑	๐	ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์	ผู้แสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล
๖	เอกสารอื่น เช่น ใบรับแจ้งความเอกสารหาย (กรณีเอกสารหาย)	๑	๐	-	กองบัญชาการตำรวจนครบาล (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ) หรือหน่วยงานภายใต้สังกัด

๑๕. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

๑๖. ช่องทางการร้องเรียน

๑. หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ๒๖๐/๕๕ หมู่ที่ ๑ ตำบลเขาสามยอด อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี ๑๕๐๐๐

๒. ไปรษณีย์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ๒๖๐/๕๕ หมู่ที่ ๑ ตำบลเขาสามยอด อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี ๑๕๐๐๐

๓. อีเมล์ (E-mail) : fdapv๑๖@fda.moph.go.th

๔. โทรศัพท์ : ๐๓๖-๔๒๑๒๐๖-๘ ต่อ ๑๑๑, ๑๔๑

๕. หน่วยงานต้นสังกัด : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๗.ตัวอย่างการกรอก คู่มือการกรอก และแบบฟอร์มคำขอ แบบคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

๑. หนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล (สพ.๑๗)

วันที่ปรับปรุงแก้ไข	๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒
จัดทำโดย	งานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
ร่าง/พิมพ์/ทาน	ภก.อลงกรณ์ นิติธัญญรัตนา หัวหน้างานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
ตรวจสอบโดย	ภญ.กนกวรรณ ทรงผาสุข หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
อนุมัติโดย	นพ.ไพโรจน์ สุรัตนวนิช นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
มีผลบังคับใช้วันที่	๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒

แบบ ส.พ. ๑๗

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับ

หนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เตียง

ลักษณะของสถานพยาบาล .....

ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....

ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. มีความประสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาล เนื่องจาก .....

.....

ทั้งนี้ตั้งแต่ ..... เป็นต้นไป

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

สำหรับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องจัดทำรายงานการดำเนินการ ดังต่อไปนี้แนบมาด้วย คือ

☐ รายงานยอดผู้ป่วยที่คงค้างอยู่ในสถานพยาบาลและแผนการดำเนินการต่อผู้ป่วยที่ยังคงค้างอยู่หลังจากเลิกกิจการสถานพยาบาล

☐ รายงานการประกาศแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาลทางหนังสือพิมพ์และหรือสื่ออื่น ๆ ที่แพร่หลาย เพื่อให้ผู้ป่วยมาขอรับเวชระเบียน ฟิล์มเอกซเรย์ และอื่น ๆ

☐ รายงานการจำหน่ายเวชระเบียน ฟิล์มเอกซเรย์ และอื่น ๆ ที่ยังไม่มีผู้มาขอรับ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

(.....)

รับทราบ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้อนุญาต

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

หมายเหตุ 1.ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ