

เอกสารประกอบการต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.11)

ลำดับ	เอกสาร	จำนวน	หมายเหตุ
1	แบบคำร้อง ส.พ.11	1	
2	ใบประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) ฉบับจริง	1	
3	สมุดทะเบียน ทุกเล่ม	1	
4	สำเนาทะเบียนบ้านที่ตั้งโรงพยาบาล	1	
5	สำเนาหนังสือรับรองบริษัท (กรณีเป็นนิติบุคคล)	1	
6	สำเนาบัตรประชาชน (กรรมการที่มีอำนาจลงนาม)	1	
7	สำเนาทะเบียนบ้าน (กรรมการที่มีอำนาจลงนาม)	1	
8	ใบรับรองแพทย์ ไม่เกิน 6 เดือน (กรรมการที่มีอำนาจลงนาม)	1	
9	แบบแปลนทางสถาปัตยกรรม ในมาตราส่วนที่วัดได้ จำนวน 2 ชุด จัดส่งทั้งในรูปแบบเอกสาร (กรรมการที่มีอำนาจลงนาม) และ PDF File	2	
10	แบบถอดรายละเอียดพื้นที่ใช้สอยภายในอาคารสถานพยาบาล	1	
11	สำเนาใบอนุญาต อ.1	1	
12	สำเนาใบอนุญาต อ.6	1	
13	สำเนารับรองคุณภาพเครื่องกำเนิดรังสีฯ จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พร้อมเอกสารแนบท้ายรายการ	1	
14	รายงานผลการตรวจสอบคุณภาพน้ำเสีย และรายงาน ทส.1 ทส.2	1	
15	เอกสารการดูแลเครื่องมือ (แผนการบำรุงรักษา, Calibration)	1	
16	สำเนาใบอนุญาตให้ใช้สัญญาณไฟฉุกเฉิน ไฟสว่างแสงสีน้ำเงิน-น้ำเงิน จากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ	1	
17	สำเนาสัญญาการจัดเก็บขยะติดเชื้อ	1	
18	ตารางสรุปจำนวนบุคลากรที่ยื่นขึ้นทะเบียนปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ตามที่กฎหมายกำหนด	1	
19	ตารางสรุปการจัดวางจำนวนเตียงที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในสถานพยาบาล	1	
	กรณีเข้าข่ายที่กฎหมายกำหนดว่าต้องตรวจสอบ สำเนาใบรับรองการตรวจสอบอาคาร แบบ ร.1	1	
	กรณีเข้าข่ายจัดทำรายงาน EIA สำเนารายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อม, EIA		
	กรณีใช้ระบบสนับสนุนบริการจากหน่วยงานภายนอก สำเนาสัญญาการใช้ระบบสนับสนุนบริการร่วมกับหน่วยงานภายนอก (เช่น ซักฟอก โภชนาการ ระบบ CSSD รถฉุกเฉิน เป็นต้น)	1	
	กรณีไม่มีห้องเก็บศพในโรงพยาบาล ให้จัดส่งแนวทางการจัดการศพ พร้อมสำเนาบันทักข้อตกลงร่วมกับโรงพยาบาลที่ส่งร่างผู้เสียชีวิตไปจัดเก็บ		
	กรณีมีบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้จัดส่งตารางการปฏิบัติงานของบุคลากรในแผนก (ตัวอย่างตามเอกสารแนบ)	1	

****หมายเหตุ**** สำเนาเอกสารทุกฉบับให้ผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาพร้อมประทับตรา

โรงพยาบาลต้องจัดอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ทางการแพทย์ ที่จำเป็นประจำแผนกให้ครบถ้วนตามที่กฎกระทรวงกำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล พ.ศ. 2558

.....

.....

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อเลขประจำตัว

 สัญชาติ อายุ ปี☐ ๑.๒ นิตินบุคคล.....โดย (๑) เลขประจำตัว

และ (๒) เลขประจำตัว

เป็นนิตินบุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อเลขทะเบียน

๑.๓ มี ☐ บ้าน ☐ สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

เป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเตียง

๒. ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ตามใบอนุญาตที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัดรหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ขอต่ออายุใบอนุญาต (ซึ่งเป็นการต่ออายุตาม พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ครั้งที่)

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว☐ ใบรับรองแพทย์☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต☐ สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล☐ หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา ๔๕ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ 1.ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

เขียนที่

.....

.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้าเลขประจำตัว

อายุ ปี สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก
ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเตียง ตามใบอนุญาตที่.....ออกให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
 ลักษณะของสถานพยาบาล
 ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่..... ซอย/ตรอก ถนน
 ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์ โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
 วัน/เวลาทำการ.....

☐ เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภท ลักษณะของสถานพยาบาล.....
 ณ สถานพยาบาลชื่อ.....ที่ตั้ง.....เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
 วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

☐ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้
 (ชี้แจงชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)

[illegible]

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- ☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- ☐ รูปถ่าย ขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
- ☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- ☐ ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด
- ☐ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ) ผู้ดำเนินการ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต

(.....)

หมายเหตุ ๑. ต้องมายื่นคำขอด้วยตนเอง

๒. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

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

คำขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้า

☐ (บุคคลธรรมดา).....เลขที่บัตรประชาชน

☐ (นิติบุคคล).....โดย (ผู้มีอำนาจลงนาม)

๑. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

๒. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

เป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลชื่อ สถานพยาบาลชื่อ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล.....

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ขนาด.....เตียง

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล

ประจำปี.....จำนวนเงิน.....บาท (.....)

และเงินเพิ่ม จำนวน.....บาท (.....) (กรณีชำระหลังวันที่ ๓๑ ธันวาคม)

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานมาพร้อมนี้

☐ ๓.๑ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ส.พ.๙ (กรณีชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ทุกปี)

☐ ๓.๒ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลฉบับจริง ส.พ.๗ (กรณีใบอนุญาตสิ้นอายุ ตามที่ระบุไว้ในอนุญาต)

(ลายมือชื่อ)ผู้รับอนุญาต
(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้แทน
(.....)

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ใบสำคัญรับเงิน เล่มที่...../เลขที่.....

วันที่...../...../.....

ชำระแล้วเป็นเงิน.....

ได้รับเอกสารและใบอนุญาตสถานพยาบาลแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับคืน

(.....) (ตัวบรรจง)

วันที่...../...../.....

รายงานประจำปีสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

ประจำปีงบประมาณ.....

(บันทึกข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคมของปีที่ผ่านมา ถึง 30 กันยายน ของปีปัจจุบัน)

๑. ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อสถานพยาบาล
 ตั้งอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ซอย/ตรอก ถนน
 ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ โทรสาร.....
 ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
 ๑.๒ ชื่อผู้รับอนุญาต.....เลขที่ใบอนุญาต.....
 ๑.๓ ชื่อผู้ดำเนินการ.....เลขที่ใบอนุญาต.....

๒. ลักษณะสถานพยาบาล.....(เฉพาะสาขา,เฉพาะทาง ระบุ).....
 จำนวน.....เตียง

๓. สถิติการบริการ

๓.๑ ผู้ป่วยนอกรวมคน.....ครั้ง
 ๓.๒ ผู้ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ
 (๑) จราจร.....คน.....ครั้ง
 (๒) ชนส่งคน.....ครั้ง
 (๓) อื่นๆคน.....ครั้ง
 ๓.๓ ผู้ป่วยในรวม คน, จำนวนวันนอนรวม วัน
 ๓.๔ ผู้มารับบริการอื่นๆคน.....ครั้ง
 ๓.๕ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักคน
 ๓.๖ ผู้ป่วยผ่าตัด
 (๑) การผ่าตัดใหญ่พิเศษ ครั้ง
 ก. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ครั้ง
 ข. การผ่าตัดเปิดหัวใจ ครั้ง
 (๒) การผ่าตัดใหญ่ ครั้ง
 (๓) การผ่าตัดเล็ก ครั้ง

๓.๗ ผู้ป่วยคลอดบุตร

- (๑) การดูแลก่อนคลอด.....คน, การดูแลหลังคลอด.....คน
 (๒) การคลอดปกติ คน
 (๓) การคลอดผิดปกติ คน
 ก. การผ่าตัดคลอด คน
 ข. การคลอดโดยใช้คีม คน
 ค. การคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ คน
 ง. การคลอดทำผิดปกติ คน

๓.๘ จำนวนทารกแรกเกิด

- (๑) ทารกคลอดครบกำหนด คน
 (๒) ทารกคลอดก่อนกำหนด คน

๓.๙ การสวนหัวใจ ครั้ง

๓.๑๐ การล้างไต ครั้ง

๓.๑๑ รังสีวินิจฉัย ครั้ง

- (๑) ด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ครั้ง

- (๒) ด้วยเครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ครั้ง

๓.๑๒ รังสีบำบัด ครั้ง

๓.๑๓ ทันตกรรม

- ส่งเสริม, ป้องกัน.....ครั้ง

- รักษา.....ครั้ง

๓.๑๔ เวชศาสตร์ฟื้นฟู

- กายภาพบำบัด.....ครั้ง

- กายอุปกรณ์.....ครั้ง

๓.๑๕ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ..... ครั้ง

๓.๑๖ การแพทย์แผนไทย ครั้ง

๓.๑๗ การส่งต่อผู้ป่วย (จำแนกตามสาเหตุ)

- (๑) เกินขีดความสามารถที่จะให้บริการ ครั้ง

- (๒) เป็นความประสงค์ของผู้ป่วย ครั้ง

๓.๑๘ การให้บริการนอกสถานที่ โดย

- (๑) จำนวนผู้รับบริการเอกซเรย์..... คน

- (๓) จำนวนผู้รับบริการทันตกรรม คน

- (๔) จำนวนผู้รับบริการชันสูตรพลิกศพ..... คน

- (๕) จำนวนผู้รับบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่..... คน

๓.๒๑ การตายของผู้ป่วย

- (๑) ตายก่อนถึงสถานพยาบาล คน

- (๒) ตายก่อนรับไว้รักษาภายใน คน

- (๓) ตายหลังรับไว้รักษาภายใน คน

(๔) โรคที่เป็นสาเหตุการตาย ๕ อันดับแรกของโรงพยาบาล (ตามคู่มือสอบสวนสาเหตุการตายของกระทรวงสาธารณสุข)

ก..... คน
 ข. คน
 ค คน
 ง. คน
 จ. คน

๔. เครื่องมือที่สำคัญและยานพาหนะ

๔.๑ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เครื่อง
 ๔.๒ เครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า เครื่อง
 ๔.๓ เครื่องล้างไต เครื่อง
 ๔.๔ เครื่องสลายนิ่ว เครื่อง
 ๔.๕ เครื่องแกมมาไนฟ์.....เครื่อง
 ๔.๖ เครื่องอัลตราซาวด์ เครื่อง
 ๔.๗ เครื่องเลเซอร์ เครื่อง
 ๔.๘ รถรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน..... คัน
 ๔.๙ รถเอกซเรย์.....คัน
 ๔.๑๐ รถทันตกรรม.....คัน
 ๔.๑๑ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕. ข้อมูลด้านคุณภาพบริการ

๕.๑ ระบบพัฒนาคุณภาพบริการ

๕.๑.๑. ISO ☐ อยู่ในช่วงการจัดทำ ☐ ได้รับการรับรองจากองค์กรภายนอกแล้ว
 ได้รับ ISO ☐ เฉพาะส่วน ☐ ทั้งหมด
 จาก เมื่อวันที่

๕.๑.๒. HA ☐ อยู่ในช่วงการจัดทำ ☐ ได้รับการรับรองจากองค์กรภายนอกแล้ว
 จากเมื่อวันที่

๕.๒ ระบบประกันสุขภาพ

๕.๒.๑ เข้าร่วมโครงการประกันสังคม จำนวนผู้ประกันตน.....คน
 ๕.๒.๒ เข้าร่วมโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวนผู้ขึ้นทะเบียน.....คน
 ๕.๓ การส่งบุคลากรไปอบรมหรือฟื้นฟูวิชาการ เรื่อง คน
 ๕.๔ การจัดอบรมวิชาการหรือพัฒนาการบริการภายในจำนวน เรื่อง คน
 ๕.๕ จำนวนการตายผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน (Preadmission Resuscitation Failure) คน
 ๕.๖ จำนวนมารดาตาย คน
 ๕.๗ จำนวนทารกเกิดไร้ชีพ คน
 ๕.๘ จำนวนทารกที่ตายก่อนอายุครบ 7 วัน คน
 ๕.๙ จำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 1 ปีตาย คน

๖. อัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ

๖.๑ แพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง

๖.๑.๑ แพทย์ทั่วไปที่อยู่ประจำ.....คน แพทย์ทั่วไปที่อยู่บางเวลา คน

๖.๑.๒ แพทย์เฉพาะทางที่อยู่ประจำ จำแนกตามสาขา

เวชปฏิบัติทั่วไป	 คน	ประสาทศัลยศาสตร์	 คน
พยาธิวิทยาทั่วไป	 คน	ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	 คน
พยาธิวิทยากายวิภาค	 คน	ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	 คน
พยาธิวิทยาคลินิก	 คน	กุมารศัลยศาสตร์	 คน
อายุรศาสตร์	 คน	ศัลยศาสตร์ทวารหนัก	 คน
จิตเวชศาสตร์	 คน	ศัลยศาสตร์ทรวงอก	 คน
ศัลยศาสตร์	 คน	รังสีวิทยาวินิจฉัย	 คน
สูติศาสตร์นรีเวช	 คน	รังสีรักษา	 คน
กุมารเวชศาสตร์	 คน	เวชศาสตร์นิวเคลียร์	 คน
รังสีวิทยา	 คน	เวชศาสตร์ฟื้นฟู	 คน
วิสัญญีวิทยา	 คน	เวชศาสตร์ป้องกัน	 คน
ประสาทวิทยา	 คน	โลหิตวิทยา	 คน
สรีรวิทยา	 คน	อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร	 คน
จักษุวิทยา	 คน	อายุรศาสตร์โรคหัวใจ	 คน
โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา	 คน	อายุรศาสตร์โรคทรวงอก	 คน
นิติเวชศาสตร์	 คน	อื่น ๆ (ระบุ).....	 คน
ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	 คน		 คน

๖.๒ ทันตแพทย์ประจำ คน ทันตแพทย์บางเวลาคน

๖.๓ ผู้ช่วยทันตแพทย์ คน

๖.๔ ช่างทันตกรรม คน

๖.๕ เภสัชกรประจำ คน เภสัชกรบางเวลา คน

๖.๖ ผู้ช่วยเภสัชกรรม คน

๖.๗ พยาบาลวิชาชีพประจำ คน พยาบาลวิชาชีพบางเวลา คน

๖.๘ พยาบาลเทคนิคประจำ คน พยาบาลเทคนิคบางเวลา คน

๖.๙ วิสัญญีพยาบาล คน

๖.๑๐ เจ้าหน้าที่พยาบาล คน

๖.๑๑ นักกายภาพบำบัดประจำ คน นักกายภาพบำบัดบางเวลา คน

๖.๑๒ ผู้ช่วยกายภาพบำบัด คน

๖.๑๓ พนักงานอาชีวบำบัด คน

๖.๑๔ พนักงานเวชกรรมฟื้นฟู..... คน

๖.๑๕ นักเทคนิคการแพทย์ประจำ คน นักเทคนิคการแพทย์บางเวลา คน

๖.๑๖ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ คน

๖.๑๗ เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ คน

- ๖.๑๘ นักโภชนาการคน
 ๖.๑๙ โภชนาการ คน
 ๖.๒๐ นักจิตวิทยา คน
 ๖.๒๑ นักสังคมสงเคราะห์ คน
 ๖.๒๒ นักสถิติ คน
 ๖.๒๓ เจ้าหน้าที่เวชสถิติ คน
 ๖.๒๔ ลูกจ้างหรือพนักงานอื่นๆ คน

(ลายมือชื่อ)

(.....)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ)

(.....)

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

วันที่รายงาน

กฎกระทรวง (พ.ศ.2543)
ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 6 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 อันเป็นพระราชบัญญัติที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา 29 ประกอบกับมาตรา 50 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้กำหนดค่าธรรมเนียม ดังต่อไปนี้

- (1) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- | | | |
|----------------------------------|--------|-----------|
| ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน | ฉบับละ | 1,000 บาท |
|----------------------------------|--------|-----------|
- (2) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- | | | |
|--|--------|----------------|
| ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน | | |
| (ก) ไม่เกิน 10 เตียง | ฉบับละ | 2,000 บาท |
| (ข) เกิน 10 เตียง แต่ไม่เกิน 25 เตียง | ฉบับละ | 5,000 บาท |
| (ค) เกิน 25 เตียง แต่ไม่เกิน 50 เตียง | ฉบับละ | 10,000 บาท |
| (ง) เกิน 50 เตียง แต่ไม่เกิน 100 เตียง | ฉบับละ | 20,000 บาท |
| (จ) เกิน 100 เตียง | ฉบับละ | 20,000 บาท และ |
| ให้คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้น | | |
| สำหรับที่เกิน 100 เตียง | ฉบับละ | 100 บาท |
- (3) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- | | | |
|----------------------------------|--------|---------|
| ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน | ฉบับละ | 250 บาท |
|----------------------------------|--------|---------|
- (4) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- | | | |
|--|--------|-----------|
| ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน | | |
| (ก) ไม่เกิน 10 เตียง | ฉบับละ | 500 บาท |
| (ข) เกิน 10 เตียง แต่ไม่เกิน 25 เตียง | ฉบับละ | 1,250 บาท |
| (ค) เกิน 25 เตียง แต่ไม่เกิน 50 เตียง | ฉบับละ | 2,500 บาท |
| (ง) เกิน 50 เตียง แต่ไม่เกิน 100 เตียง | ฉบับละ | 5,000 บาท |

(จ) เกิน 100 เดียง	ฉบับละ	5,000 บาท และ
ให้คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้น		
สำหรับที่เกิน 100 เดียง	เดียงละ	50 บาท
(5) การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งละเท่ากับค่าธรรมเนียมใบอนุญาตแต่ละฉบับตาม (1)		
(2) (3) และ (4) แล้วแต่กรณี		
(6) ใบแทนใบอนุญาต	ฉบับละ	200 บาท
(7) การเปลี่ยนแปลงแก้ไขในใบอนุญาต	ครั้งละ	100 บาท
(8) ค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล		
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน	ปีละ	500 บาท
(9) ค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล		
ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน		
(ก) ไม่เกิน 10 เดียง	ปีละ	500 บาท
(ข) เกิน 10 เดียง แต่ไม่เกิน 25 เดียง	ปีละ	1,250 บาท
(ค) เกิน 25 เดียง แต่ไม่เกิน 50 เดียง	ปีละ	2,500 บาท
(ง) เกิน 50 เดียง แต่ไม่เกิน 100 เดียง	ปีละ	5,000 บาท
(จ) เกิน 100 เดียง	ปีละ	5,000 บาท และ
ให้คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้น		
สำหรับที่เกิน 100 เดียง	เดียงละ	50 บาท
แต่ทั้งนี้ เมื่อรวมค่าธรรมเนียมที่คิดเพิ่มขึ้นแล้วต้องไม่เกินปีละ 10,000 บาท		

ข้อ 2 ให้ยกเว้นค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลสำหรับปีที่ได้รับใบอนุญาต และสำหรับปีที่ได้รับการต่อใบอนุญาต

ให้ไว้ ณ วันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ.2543

(ลงชื่อ) กร ทัพพะรังสี

(นายกร ทัพพะรังสี)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข