

## ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง สถานพยาบาลอื่นที่มีลักษณะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ  
หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการยกเว้นตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดสถานพยาบาลอื่นที่มีลักษณะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ วรรคหนึ่งและวรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ และมาตรา ๖ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาลจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นที่มีลักษณะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการยกเว้นตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“การแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุข” หมายความว่า การดูแลสุขภาพแต่แรก แบบองค์รวม ผสมผสาน ต่อเนื่อง ทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรค คัดกรองผู้บริโภค และปัญหาที่คุกคามสุขภาพ บริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ สนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว การดูแลสุขภาพที่บ้าน ชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งการรับส่งต่อ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“หน่วยบริการปฐมภูมิ” หมายความว่า หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามที่กระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกาศกำหนด

“เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียน เป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกาศกำหนด

ข้อ ๔ สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ ต้องมีลักษณะของสถานพยาบาล ดังต่อไปนี้

(ก) เป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและต้องได้รับใบอนุญาต ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

(ข) ต้องได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

(ค) ต้องให้บริการด้านการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมจากบริการที่ได้รับอนุญาตจากกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

ข้อ ๕ สถานพยาบาลอื่นตามข้อ ๔ ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิแล้ว ให้ผู้รับอนุญาตแจ้งผลการขึ้นทะเบียนให้ผู้อนุญาตทราบ และให้ถือว่าสถานพยาบาลอื่นนั้นได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ เฉพาะหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดในข้อ ๖ ตามประกาศฉบับนี้

การยื่นแบบแจ้ง ในกรุงเทพมหานครให้ยื่น ณ สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำหรับในจังหวัดอื่นให้ยื่น ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งนี้ อาจจัดให้มีการยื่นแบบแจ้งผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ด้วยก็ได้

แบบการแจ้งและแบบรับแจ้งให้เป็นไปตามแบบที่แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๖ สถานพยาบาลอื่นตามข้อ ๕ ต้องจัดบริการตามลักษณะและเงื่อนไขการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังต่อไปนี้

(๑) จัดบริการด้านการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุขตามประเภทและขอบเขตของการบริการตามที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานตามที่กฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกำหนด

(๒) ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการในการให้บริการทางการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุขตามที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานตามที่กฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกำหนด

(๓) จัดทำระบบข้อมูลและการรายงานผลการให้บริการทางการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุขเพื่อการตรวจสอบคุณภาพ มาตรฐานและการบริการตามที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานตามที่กฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกำหนด

(๔) การออกให้บริการด้านการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุขนอกสถานที่ต้องให้บริการกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ๆ

ข้อ ๗ ในกรณีสถานพยาบาลอื่นตามข้อ ๕ ถูกสั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้สถานพยาบาลนั้นระงับการให้บริการด้านการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุข และให้ผู้รับอนุญาตแจ้งให้ผู้อนุญาตทราบภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ได้รับทราบคำสั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ให้นำความในข้อ ๕ วรรคสองและวรรคสามมาใช้บังคับโดยอนุโลม

ข้อ ๘ สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ ตามประกาศนี้ ไม่เป็นการตัดอำนาจของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการที่จะเข้าไปตรวจสอบและควบคุมสถานพยาบาลเพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

ข้อ ๙ หากปรากฏในภายหลังว่าสถานพยาบาลอื่นที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ ตามประกาศนี้ มีการให้บริการที่มีลักษณะอันน่าจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ใช้บริการ พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้แก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมหรือสั่งให้ระงับหรือปฏิบัติให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่กำหนดให้ หากยังมีการฝ่าฝืนคำสั่งของพนักงานเจ้าหน้าที่ดังกล่าวให้ผู้อนุญาตมีอำนาจออกคำสั่งปิดสถานพยาบาลเป็นการชั่วคราวหรืออาจสั่งเพิกถอนสถานพยาบาลนั้น โดยรัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑

ปิยะสกล สกลสัตยาทร

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

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

แบบแจ้งสถานพยาบาลอื่นที่มีลักษณะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ  
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับ  
ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

เขียนที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า..... โดย นาย/นาง/นางสาว .....

อายุ ..... ปี ..... สัญชาติ ..... อยู่เลขที่ ..... ซอย..... ตรอก .....  
ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....  
จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....  
ขอแจ้งสถานพยาบาลประเภท.....เป็นสถานพยาบาลอื่นที่ได้ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่าย  
หน่วยบริการปฐมภูมิ...จาก.....เมื่อวันที่.....  
โดยสถานพยาบาล ..... ตั้งอยู่ที่ .....  
ซอย ..... ตรอก ..... ถนน ..... หมู่ที่ .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....  
จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

โดยข้าพเจ้าขอรับรองว่ามี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะที่ปฏิบัติงาน

- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| ๑. แพทย์ .....             | ๒. พยาบาล .....            |
| ๓. ทันตแพทย์ .....         | ๔. เภสัชกร .....           |
| ๕. นักกายภาพบำบัด .....    | ๖. นักเทคนิคการแพทย์ ..... |
| ๗. แพทย์แผนไทย .....       |                            |
| - เวชกรรมไทย .....         | - เภสัชกรรมไทย .....       |
| - การผดุงครรภ์ไทย.....     | - การนวดไทย .....          |
| - การแพทย์พื้นบ้านไทย..... |                            |

๘. แพทย์แผนไทยประยุกต์ ..... คน

๙. ผู้ประกอบโรคศิลปะ

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| (๑) กิจกรรมบำบัด .....            | (๒) การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย ..... |
| (๓) เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ..... | (๔) รังสีเทคนิค .....                           |
| (๕) จิตวิทยาคลินิก .....          | (๖) กายอุปกรณ์.....                             |
| (๗) การแพทย์แผนจีน.....           |   |
| (๘) อื่นๆ.....                    |   |

เป็นผู้ให้บริการและเปิดให้บริการเวลาระหว่าง ..... น.

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ  
( ..... )  
ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานนั้น



แบบรับแจ้งสถานพยาบาลอื่นที่มีลักษณะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ  
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

ใบรับแจ้งเลขที่ /

ใบรับแจ้งฉบับนี้เพื่อแสดงว่า สถานพยาบาล .....  
.....  
ตั้งอยู่เลขที่ ..... ซอย ..... ตรอก .....  
ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง .....  
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....  
เป็นสถานพยาบาลอื่นที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโดยได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่  
ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

ให้ไว้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับแจ้ง  
( ..... )

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

แบบแจ้งสถานพยาบาลอื่นที่ถูกเพิกถอนจากการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ  
หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

เขียนที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า..... โดย นาย/นาง/นางสาว .....  
.....  
อายุ ..... ปี ..... สัญชาติ ..... อยู่เลขที่ ..... ซอย..... ตรอก .....  
ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....  
จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....  
ขอแจ้งสถานพยาบาลประเภท.....เป็นสถานพยาบาลอื่นที่ได้ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่าย  
หน่วยบริการปฐมภูมิ...จาก.....เมื่อวันที่.....  
โดยสถานพยาบาล ..... ตั้งอยู่ที่ .....  
ซอย ..... ตรอก ..... ถนน ..... หมู่ที่ .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....  
จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....  
โดยข้าพเจ้าขอแจ้งว่าสถานพยาบาล.....ได้ถูกเพิกถอนจากการเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วย  
บริการปฐมภูมิ จาก.....ตามหนังสือ/คำสั่ง.....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้แจ้ง  
( ..... )  
ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานนั้น

.....ทราบ

หมายเหตุ .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับแจ้ง  
( ..... )  
ผู้อนุญาต