



SP-OPT-001-01

ระเบียบปฏิบัติ

เรื่อง

การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ

โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

	ชื่อ - สกุล	ลายเซ็น	ว.ต.ป.
ผู้จัดทำ	นายศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ (คณะกรรมการทีมจัดการกระบวนการ)		15 ม.ค. 61
ผู้ทบทวน	น.ส.บุษบา ประสมผล (ประธานทีมจัดการกระบวนการ)		15 ม.ค. 61
ผู้อนุมัติ	นายสมยศ พนธรา (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ)		17 ม.ค. 61

สำเนาฉบับที่ A(1)

เอกสาร ควบคุม ไม่ควบคุม



ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(1)	หน้า 2 จาก 26
เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP-OPT-001-01	
ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธาร่า	

สารบัญ


	หน้า
1) นโยบาย	3
2) วัตถุประสงค์	3
3) ขอบเขต	3
4) ผู้รับผิดชอบ	4
5) คำจำกัดความ	5
6) วิธีปฏิบัติ	6
7) เครื่องชี้วัดคุณภาพ	23
8) เอกสารอ้างอิง	23
9) ภาคผนวก	24

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข

จำนวนทั้งหมด 26 หน้า

ครั้งที่	วันที่ประกาศใช้	รายละเอียด	แผ่นที่
00	1 มี.ค. 2560	ฉบับใหม่	-
01	15 พ.ค. 2561	ประกาศใช้เอกสารทั้งฉบับ	-

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(1)	หน้า 3 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ		เลขที่	SP-OPT-001-01	
	ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธาร

1. นโยบาย

การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ เป็นสิ่งที่เขียนไว้เพื่อแสดงรายละเอียดของระบบเอกสารคุณภาพ ที่ประกอบด้วยความสัมพันธ์กันในกระบวนการกับผลที่ได้จากกระบวนการ ซึ่งจะถูกใช้ในกระบวนการลำดับถัดไป โดยมีแนวทางการจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ เริ่มต้นจากการจัดระเบียบปฏิบัติงานก่อน จากนั้นจึงจัดทำคู่มือคุณภาพ การกำหนดรหัสเอกสาร การแจกจ่ายเอกสารที่เป็นคู่มือการปฏิบัติงานในทุกระดับงาน และประกาศใช้ในโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้การดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมและตรวจสอบได้

2.2 เพื่อให้การจัดทำเอกสารคุณภาพ การอนุมัติ การประกาศใช้ และการควบคุมเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพกำหนดไว้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร

2.3 เพื่อให้เอกสารคุณภาพทุกฉบับที่ใช้เป็นคู่มือการปฏิบัติงานมีความถูกต้องและทันสมัย

3. ขอบเขต

ครอบคลุมกระบวนการจัดทำระบบเอกสารคุณภาพทุกระดับ ในทุกหน่วยงานโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ ทั้งระบุงการดำเนินการ กิจกรรม และความรับผิดชอบของบุคลากร อันมีผลต่อคุณภาพของเอกสาร


3.1 เอกสารคุณภาพที่ต้องขออนุมัติขึ้นทะเบียน ได้แก่

- 1) นโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (Quality Manual : QM)
- 2) ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure : SP)
- 3) วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction : WI)
- 4) แบบฟอร์ม (Form : FM)
- 5) เอกสารสนับสนุน (Support Document : SD)

3.2 กรณีที่ต้องดำเนินการจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพ มีดังนี้

- 1) จัดทำเอกสารคุณภาพใหม่
- 2) ปรับปรุงหรือแก้ไขเอกสารคุณภาพ
- 3) ยกเลิกเอกสารคุณภาพ
- 4) ขอสำเนาเอกสารคุณภาพ

3.3 ควบคุมด้วยบัญชีแม่บทแสดงรายการเอกสารคุณภาพ บ่งชี้จุดที่นำไปใช้งาน และสถานะการปรับปรุงเอกสารให้ทันสมัยตลอดเวลา

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(1)	หน้า 4 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ		เลขที่	SP-OPT-001-01	
	ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธาร

4. ผู้รับผิดชอบ

4.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ

- มีอำนาจในการลงนามอนุมัตินโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (QM) และระเบียบปฏิบัติ (SP) เพื่อรับรองว่าเอกสารฉบับนั้นสามารถนำไปเผยแพร่และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

4.2 ประธาน/คณะกรรมการทีมพัฒนาคุณภาพ (ทีมคร่อมสายงาน)

- จัดทำ แก้ไข ปรับปรุง นโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (QM) และระเบียบปฏิบัติ (SP) ครอบคลุมพันธกิจหลักของแต่ละทีมพัฒนาคุณภาพ

- ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเอกสารที่ทีมพัฒนาคุณภาพได้นำเสนอให้มีความสอดคล้องกับนโยบายไม่ขัดแย้งหรือซ้ำซ้อนกับเอกสารอื่น และลงนามอนุมัติเอกสารคุณภาพระดับวิธีปฏิบัติงาน (WI) แบบฟอร์ม (FM) และเอกสารสนับสนุน (SD)

- นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาอนุมัติ ในกรณีที่ขอขึ้นทะเบียนเอกสารที่เป็นนโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (QM) และระเบียบปฏิบัติ (SP)

4.3 หัวหน้ากลุ่มงาน/คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

- จัดทำ แก้ไข ปรับปรุง นโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (QM) และระเบียบปฏิบัติ (SP) ครอบคลุมพันธกิจหลักนำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาอนุมัติ ขึ้นทะเบียนเอกสาร

- ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเอกสารที่หน่วยงานในความรับผิดชอบได้นำเสนอ ให้มีความสอดคล้องกับนโยบายไม่ขัดแย้งหรือซ้ำซ้อนกับเอกสารอื่น และลงนามอนุมัติวิธีปฏิบัติงาน (WI) แบบฟอร์ม (FM) และเอกสารสนับสนุน (SD)

- นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาอนุมัติ ในกรณีที่ขอขึ้นทะเบียนเอกสารที่เป็นนโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (QM) และระเบียบปฏิบัติ (SP)

4.4 หัวหน้างาน

- จัดทำ แก้ไข ปรับปรุง เอกสารคุณภาพระดับวิธีปฏิบัติงาน (WI) แบบฟอร์ม (FM) และเอกสารสนับสนุน (SD) ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและเสนอขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพต่อหัวหน้ากลุ่มงาน/ประธานทีมพัฒนาคุณภาพ(ทีมคร่อมสายงาน)

4.5 ศูนย์ระบบเอกสารคุณภาพโรงพยาบาล (OPT)

- 1) ดำเนินการรวบรวมเอกสารคุณภาพจากหน่วยงานต่างๆ
- 2) ออกรหัสและลงทะเบียนกำกับในเอกสารคุณภาพแต่ละระดับ
- 3) ส่งต่อเอกสารที่ได้รับอนุมัติกลับคืนหน่วยงาน/ทีมคุณภาพ
- 4) แจกจ่ายเอกสารคุณภาพแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 5) ควบคุมการเผยแพร่เอกสารคุณภาพ



ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(1)	หน้า 5 จาก 26
เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP-OPT-001-01	
ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา	

5. คำจำกัดความ

เอกสารคุณภาพ หมายถึง หลักฐานซึ่งทำให้ปรากฏความหมายด้วยตัวอักษร ตัวเลข ผังแบบแผน โดยวิธีพิมพ์ ถ่ายภาพ หรือด้วยวิธีอื่นใด เพื่อใช้เป็นสื่อถึงแนวทางการปฏิบัติงาน ซึ่งครอบคลุมเฉพาะงานที่ปฏิบัติจริงตามกระบวนการหลักของหน่วยงาน หรือক্রוםสายงาน ระหว่างหน่วยงาน โดยทั่วไปควรเป็นข้อความสั้นอ่านง่าย ทำความเข้าใจง่าย เมื่อเอกสารคุณภาพได้รับการอนุมัติและถูกนำมาขึ้นทะเบียนแล้ว บุคลากรต้องปฏิบัติตามแนวทางนั้น ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมและตรวจสอบได้

ชื่อหน่วยงาน หมายถึง ทีมพัฒนาคุณภาพ/กลุ่มงาน/หน่วยงานที่เป็นเจ้าของเอกสาร ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักหรือคณะกรรมการทีมพัฒนาคุณภาพในการจัดทำเอกสาร

คณะผู้จัดทำ หมายถึง รายชื่อผู้รับผิดชอบจัดทำเอกสารคุณภาพเรื่องนั้นๆ พร้อมลงลายมือชื่อ

ผู้ตรวจสอบเอกสาร หมายถึง ผู้ที่มีความรู้หรือผู้รับผิดชอบโดยตรงในเรื่องนั้นๆ ทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจสอบรายละเอียดและความถูกต้องของเอกสารคุณภาพ

ผู้อนุมัติ หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบและรับรองว่าเอกสารคุณภาพฉบับนั้นๆ สามารถนำไปเผยแพร่หรือปฏิบัติในองค์กรหรือหน่วยงานได้ ซึ่งผู้อนุมัติมีอำนาจในการอนุมัติใช้เอกสารตามระดับชั้นคุณภาพของเอกสาร และเอกสารที่ได้รับการอนุมัติแล้วสามารถนำไปเผยแพร่และบังคับใช้ได้หน่วยงานต่างๆ

ระดับเอกสารคุณภาพ หมายถึง การแบ่งระดับเอกสารตามระดับคุณภาพของเอกสาร โดยในโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ แบ่งระดับเอกสารคุณภาพออกเป็น 5 ระดับดังนี้

ระดับที่ 1 นโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (Quality Manual : QM) หมายถึง เอกสารที่ระบุนโยบาย และวัตถุประสงค์ในเรื่องหลักที่แสดงภาพรวมของระบบคุณภาพ ระบุแนวทางอย่างกว้างๆ เพื่อให้บุคลากรทุกคนในองค์กรหรือหน่วยงานยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และสะท้อนให้เห็นจุดยืนและค่านิยมด้านคุณภาพขององค์กรหรือหน่วยงานนั้นๆ

นโยบายคุณภาพ เป็นเอกสารระดับสูงสุดอนุมัติโดยผู้บริหารสูงสุดขององค์กร เพื่อกำหนดกรอบหรือทิศทางการทำงานอย่างกว้างๆ ใช้อ้างอิงและกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยงานหรือขององค์กร จัดทำขึ้นโดยผู้บริหารองค์กรหรือคณะกรรมการที่ได้รับการอนุมัติให้จัดตั้งขึ้น

คู่มือคุณภาพ เป็นเอกสารแม่บทอนุมัติโดยผู้บริหารสูงสุดขององค์กร เพื่อใช้อ้างอิงและกำหนดแนวทางปฏิบัติตามข้อกำหนดของระบบการบริหารคุณภาพที่ใช้เป็น แนวทางร่วมกันขององค์กรที่ขอรับรองคุณภาพ จัดทำขึ้นโดยผู้บริหารองค์กรหรือคณะกรรมการที่ได้รับการอนุมัติให้จัดตั้งขึ้น เช่น Hospital Profile คู่มือบริหารการพยาบาล เป็นต้น

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(1)	หน้า 6 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ		เลขที่	SP-OPT-001-01	
	ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธาร

ระดับที่ 2 ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure : SP) หมายถึง เอกสารคุณภาพที่จัดทำอย่างมีกระบวนการ ซึ่งแสดงขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่องกันระหว่างหน่วยงานหรือบุคคลของกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือระบบใดระบบหนึ่งอย่างละเอียด เพื่อให้เป็นแนวทางในการประสานงานร่วมกัน

ระดับที่ 3 วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction: WI) หมายถึง เอกสารที่ใช้ประกอบการปฏิบัติงานภายในหน่วยงานที่ทำโดยบุคคลเดียวหรือหน่วยงานเดียว หรือรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ โดยระบุขั้นตอนการปฏิบัติงานเฉพาะด้านที่มีความละเอียดที่ละเอียดขั้นต้นอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานปฏิบัติได้ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน ไม่ผิดพลาด และเกิดความมั่นใจว่าผลของงานที่ได้ออกมาตรงตามเป้าหมายที่วางไว้ เช่น วิธีการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในหน่วยงาน

ระดับที่ 4 แบบฟอร์ม (Form : FM) หมายถึง แบบฟอร์มหรือแบบบันทึกที่ใช้เป็นเครื่องมือการปฏิบัติงานในการบันทึกข้อมูล เพื่อเป็นหลักฐาน สื่อสาร หรือทบทวนตรวจสอบการปฏิบัติงาน นำมาอ้างอิงหรือประกอบรายละเอียดของเอกสารคุณภาพระดับระเบียบปฏิบัติหรือระดับวิธีปฏิบัติงาน ซึ่งอาจเป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเองหรือรับมาจากภายนอกก็ได้ เช่น แบบประเมิน 2Q, Standing order ทารกแรกคลอด

ระดับที่ 5 เอกสารสนับสนุน (Support Document : SD) หมายถึง เอกสารที่ถูกนำมาใช้ในการอ้างอิงหรือประกอบรายละเอียดของเอกสารคุณภาพระดับระเบียบปฏิบัติหรือระดับวิธีปฏิบัติงาน ซึ่งอาจเป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเองหรืออ้างอิงจากที่อื่น เช่น คู่มือการปฏิบัติงาน คู่มือการใช้เครื่องมือ เอกสารทางด้านเทคนิค ระเบียบกฎหมาย หนังสือชี้แจง มาตรฐานต่างๆ

การควบคุมเอกสารในระบบเอกสารคุณภาพ หมายถึง การดูแล การควบคุม การทบทวนและทราบ การถือครองเอกสารคุณภาพที่เป็นปัจจุบัน

6. วิธีปฏิบัติ

6.1 การวางระบบควบคุมเอกสาร

ศูนย์ระบบเอกสารคุณภาพโรงพยาบาลเป็นผู้วางระบบเอกสาร ประธานทีมพัฒนาคุณภาพ/หัวหน้ากลุ่มงานจะเป็นผู้พิจารณาถึงความจำเป็นในการจัดทำนโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (QM) และระเบียบปฏิบัติ (SP) และคณะกรรมการทีมพัฒนาคุณภาพ/หัวหน้างาน พิจารณาจัดทำวิธีปฏิบัติงาน (WI) แบบฟอร์ม (FM) และเอกสารสนับสนุน (SD)



ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(1)	หน้า 7 จาก 26
เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP-OPT-001-01	
ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา	

6.2 ผู้จัดทำเอกสารคุณภาพ ผู้ตรวจสอบ ผู้อนุมัติเอกสารในระบบเอกสารคุณภาพ ดังนี้

ระดับเอกสารคุณภาพ	ผู้จัดทำ	ผู้ตรวจสอบ	ผู้อนุมัติ
1.นโยบาย/คู่มือคุณภาพ (Quality Manual : QM)	หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมพัฒนา คุณภาพ	หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมพัฒนา คุณภาพ	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล
2.ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure : SP)	หัวหน้างาน/หน่วยงาน/ คณะกรรมการทีมพัฒนา คุณภาพ	หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมพัฒนา คุณภาพ	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล
3.วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction : WI)	หัวหน้างาน/หน่วยงาน/ คณะกรรมการทีมพัฒนา คุณภาพ	หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมพัฒนา คุณภาพ	หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมพัฒนา คุณภาพ
4.แบบฟอร์ม (Form : FM)	หัวหน้างาน/หน่วยงาน/ คณะกรรมการทีมพัฒนา คุณภาพ	หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมพัฒนา คุณภาพ	หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมพัฒนา คุณภาพ
5.เอกสารสนับสนุน (Support Document : SD)	หัวหน้างาน/หน่วยงาน/ คณะกรรมการทีมพัฒนา คุณภาพ	หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมพัฒนา คุณภาพ	หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมพัฒนา คุณภาพ

6.3 รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานด้านเอกสารคุณภาพ

กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
1. การขึ้น ทะเบียน เอกสาร คุณภาพ	1.1 กรอกรายละเอียดในแบบฟอร์มเฉพาะ ส่วนที่ 1 (ผู้เสนอ) จำนวน 1 ใบต่อเอกสารที่ ขอขึ้นทะเบียน 1 เรื่อง 1.2 แนบเอกสารคุณภาพพร้อมไฟล์ที่ขอขึ้น ทะเบียน	ใบคำขอขึ้นทะเบียน/ ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ (เอกสารแนบท้าย)	ผู้จัดทำ เอกสาร คุณภาพ
2. การ ตรวจสอบ เบื้องต้น	2.1 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเอกสารดังนี้ - ระดับเอกสารเป็นไปตามข้อกำหนดเบื้องต้น - รูปแบบเอกสารเป็นไปตามระเบียบปฏิบัติ เรื่องการเขียนเอกสารคุณภาพ - ความถูกต้อง เหมาะสมของเนื้อหาเอกสาร	ระเบียบปฏิบัติเรื่อง การจัดทำเอกสาร ระบบคุณภาพ SP-OPT-001-01	หัวหน้า กลุ่มงาน/ ประธานทีม พัฒนา คุณภาพ



ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(1)	หน้า 8 จาก 26
เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ		เลขที่	SP-OPT-001-01	
ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธารธา

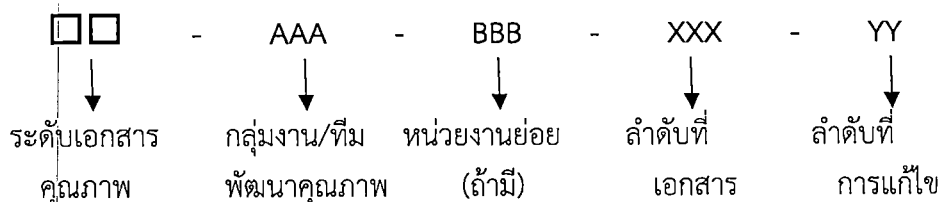
กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
3. การตรวจสอบรายละเอียด	3.1 รายละเอียดของเนื้อหาในเอกสารคุณภาพต้องไม่ขัดแย้งกับนโยบาย/คู่มือคุณภาพที่มีการนำไปใช้	- เอกสารคุณภาพที่ขอขึ้นทะเบียน - ใบคำขอขึ้นทะเบียน/ ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก	หัวหน้า กลุ่มงาน/ ประธานทีมพัฒนา
	3.2 ความจำเป็นในการจัดทำเอกสารดังกล่าว	เอกสารคุณภาพ	คุณภาพ
	3.3 ความถูกต้อง เหมาะสมของเนื้อหาเอกสาร	(เอกสารแนบท้าย)	
	3.4 กรณีผ่านการเห็นชอบให้ ลงนามในผู้ตรวจสอบส่วนที่ 2		
	3.5 กรณีไม่เห็นชอบให้ส่งกลับ ผู้เสนอในส่วนที่ 1 เพื่อแก้ไข		
4. การเสนอขออนุมัติ/การอนุมัติ	4.1 ผู้อนุมัติพิจารณาเอกสารคุณภาพหากพบว่าต้องแก้ไขให้ส่งกลับผู้จัดทำเอกสารคุณภาพ	- เอกสารคุณภาพที่ขอขึ้นทะเบียน	หัวหน้า กลุ่มงาน/ ประธานทีมพัฒนา
	4.2 กรณีที่พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติให้ลงนามผู้อนุมัติส่วนที่ 3 และส่งต่อศูนย์ระบบเอกสารคุณภาพ		คุณภาพ
	4.3 เอกสารระดับวิธีปฏิบัติงาน (WI) แบบฟอร์ม (FM) และเอกสารสนับสนุน (SD) อนุมัติใช้โดยหัวหน้ากลุ่มงาน/ประธานทีมพัฒนาคุณภาพ		
	4.4 เอกสารระดับนโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (QM) และระเบียบปฏิบัติ (SP) ที่ได้รับการตรวจสอบและลงนามจากหัวหน้ากลุ่มงาน/ประธานทีมพัฒนาคุณภาพแล้วให้ดำเนินการนำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาอนุมัติและประกาศใช้	- ใบคำขอขึ้นทะเบียน/ ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ (เอกสารแนบท้าย)	



ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(1)	หน้า 9 จาก 26
เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP-OPT-001-01	
ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธารธา	

กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
5. การขึ้นทะเบียนและจัดเก็บเอกสาร	ศูนย์ระบบเอกสารคุณภาพ (OPT) ดำเนินการขึ้นทะเบียนและออกรหัสเอกสารพร้อมประทับตราวันที่ลงในเอกสาร โดยจัดเก็บในระบบอิเล็กทรอนิกส์และเก็บรวบรวมต้นฉบับ	- ทะเบียนเอกสารคุณภาพ	ศูนย์ระบบเอกสารคุณภาพ
6. การส่งคืนเอกสาร	เอกสารที่ได้รับการออกรหัสและประทับวันที่แล้วจะถูกส่งกลับไปยังกลุ่มงาน/ทีมงานคุณภาพ/หน่วยงานของผู้เสนอเพื่อปฏิบัติหรือเผยแพร่ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้	เอกสารที่ขอขึ้นทะเบียน/ ปรับปรุงแก้ไข/ ยกเลิก	ศูนย์ระบบเอกสารคุณภาพ
7. การเก็บเอกสารที่ได้รับการอนุมัติ	กลุ่มงาน/ทีมงานคุณภาพ/หน่วยงานจัดเก็บเอกสารที่ได้รับการอนุมัติไว้ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขหรือยกเลิกตามความเหมาะสม		หน่วยงาน/ทีมพัฒนาคุณภาพ
8. การแก้ไข/ยกเลิกการใช้เอกสาร	ดำเนินการตามขั้นตอนการขอขึ้นทะเบียนโดยการแนบเอกสารเดิมก่อนการแก้ไข/ยกเลิก	- เอกสารที่ต้องการแก้ไข/ ยกเลิก - เอกสารใหม่ที่ขอขึ้นทะเบียน	หน่วยงาน/ทีมพัฒนาคุณภาพ

6.4 การกำหนดรหัสเอกสารคุณภาพ ประกอบด้วยตัวอักษรและตัวเลข รวมกัน 4 - 5 ชุด ดังนี้



ความหมายของรหัสแต่ละชุด

ชุดที่ 1 หมายถึง ชื่อย่อของระดับเอกสารคุณภาพที่ได้กำหนดไว้ข้างต้น คือ

- | | | |
|--|------------|----|
| - นโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (Quality Manual) | รหัสเอกสาร | QM |
| - ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) | รหัสเอกสาร | SP |
| - วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction) | รหัสเอกสาร | WI |
| - แบบฟอร์ม (Form) | รหัสเอกสาร | FM |
| - เอกสารสนับสนุน (Support Document) | รหัสเอกสาร | SD |

เช่น QM - PCM หมายถึง เอกสารนโยบายคุณภาพของทีมพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย



ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(1)	หน้า 10 จาก 26
เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP-OPT-001-01	
ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา	

ชุดที่ 2 AAA หมายถึง ชื่อกลุ่มงาน/ทีมพัฒนาคุณภาพ โดยการใช้อักษรย่อเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ไม่เกิน 4 ตัวอักษร เช่น PCM หมายถึง ทีมนำทางคลินิก

ชุดที่ 3 BBB หมายถึง ชื่อทีมย่อย/หน่วยงานย่อย (ถ้ามี) โดยการใช้อักษรย่อเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ไม่เกิน 4 ตัวอักษร เช่น IPD หมายถึง แผนกผู้ป่วยใน

ชุดที่ 4 XXX หมายถึง ลำดับที่ของเอกสารคุณภาพที่ออกจากหน่วยงาน/ทีมพัฒนาคุณภาพ กำหนดให้แสดงเป็นตัวเลข 3 หลักตั้งแต่ 001 ถึง 999 เช่น QM-PCM-005 หมายถึง เอกสารนโยบายคุณภาพของทีมนักวิชาการดูแลผู้ป่วยฉบับที่ 5

ชุดที่ 5 YY หมายถึง ลำดับที่ของการแก้ไขเอกสารคุณภาพฉบับดังกล่าวที่ออกจากหน่วยงาน/ทีมพัฒนาคุณภาพ กำหนดให้แสดงเป็นตัวเลข 2 หลักตั้งแต่ 01 - 99 เช่น QM-PCM-005-01 หมายถึง เอกสารนโยบายคุณภาพของทีมนักวิชาการดูแลผู้ป่วยฉบับที่ 5 แก้ไขครั้งที่ 1

6.5 การออกรหัส/แก้ไข/หรือยกเลิกเอกสารคุณภาพ

1) หน่วยงาน/ทีมพัฒนาคุณภาพ ที่ได้จัดทำเอกสารคุณภาพและได้รับการลงนามอนุมัติแล้ว ศูนย์ระบบเอกสารคุณภาพโรงพยาบาลจะดำเนินการออกเลขรหัสเอกสารตามวิธีปฏิบัติที่กำหนดไว้ข้างต้น

2) กรณีที่ต้องการแก้ไขหรือยกเลิกเอกสารคุณภาพให้ใช้ใบขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพ (ภาคผนวก) พร้อมเอกสารฉบับเดิมและเสนอต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับ เมื่อเอกสารได้รับการอนุมัติแล้ว ศูนย์ระบบเอกสารคุณภาพโรงพยาบาลจะดำเนินการออกเลขรหัสเอกสารตามวิธีปฏิบัติที่กำหนดไว้ข้างต้นพร้อมทั้งเรียกคืนเอกสารคุณภาพฉบับเก่าเพื่อทำลายทิ้ง

3) เอกสารที่ยกเลิกแล้วหากต้องการนำกลับมาใช้ใหม่ ให้ขอขึ้นทะเบียนใหม่โดยเลขรหัสจะไม่ใช้รหัสเอกสารเดิม

4) เอกสารคุณภาพระดับเอกสารสนับสนุน (SD) และแบบฟอร์ม (FM) รูปแบบอิสระแต่ให้พิมพ์รหัสกำกับเอกสารแต่ละชุด พร้อมทั้งวันที่ประกาศใช้ไว้ที่รหัสเอกสาร ที่มุมล่างของกระดาษทางขวามือ และเมื่อมีการแก้ไขให้พิมพ์คำว่า Rev. แล้วตามด้วยวันที่ประกาศใช้ ไว้ที่รหัสเอกสาร

ตัวอย่าง FM-PCM-005-01

Rev.15/04/54

คือ เอกสารแบบฟอร์มของทีมนักวิชาการดูแลผู้ป่วยฉบับที่ 5 แก้ไขครั้งที่ 1 ประกาศ

ใช้วันที่ 15 เมษายน 2554

หมายเหตุ 1. แบบฟอร์มที่มาจากหน่วยงานภายนอกที่ให้หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลบันทึกเพื่อนำส่งข้อมูล สามารถนำมาใช้งานได้ โดยไม่ต้องกำหนดรหัสเอกสาร

2. แบบฟอร์มบางประเภทที่เป็นเรื่องเฉพาะ ไม่ต้องกำหนดรหัสเอกสารสามารถนำมาใช้งานได้ เช่น แบบฟอร์มทางบัญชี, ใบเสร็จรับเงิน, แบบฟอร์มจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เป็นต้น




ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(1)	หน้า 11 จาก 26
เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP-OPT-001-01	
ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธาร่า	

6.6 การกำหนดอักษรย่อของทีมพัฒนาคุณภาพ ดังนี้

ลำดับ	รหัสทีม	ชื่อทีมพัฒนาคุณภาพ
1	LED	ทีมนำองค์กร (Leadership Team)
2	STG	ทีมยุทธศาสตร์ (Strategic Management Team)
3	PCM	ทีมนำทางคลินิก (Patient / Customer Management Team)
4	MAK	ทีมวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ (Measurement, Analysis and Knowledge Management Team)
5	WKF	ทีมจัดการกำลังคน (Workforce Focus Team)
6	OPT	ทีมจัดการกระบวนการ (Operational Management Team)
7	RSQ	ทีมบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (Risk, Safety and Quality Management Team)
8	NUR	ทีมวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing Governance Team)
9	MED	ทีมวิชาชีพด้านการแพทย์ (Medical Staff Governance Team)
10	ENV	ทีมสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (Environment of Care Team)
11	IC	ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control and Prevention Team)
12	MRS	ทีมระบบเวชระเบียน (Medical Record System Team)
13	MMS	ทีมระบบการจัดการด้านยา (Medication Management System Team)
14	DIN	ทีมเทคนิคการแพทย์ (Diagnostic Investigation and Related Services Team)
15	DHS	ทีมเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Health Hazard Surveillance Team)
16	COM	ทีมทำงานกับชุมชน (Working with Community Team)

6.7 การกำหนดอักษรย่อของกลุ่มงาน/งาน ดังนี้

ลำดับ	รหัสกลุ่มงาน/งาน	ชื่อกลุ่มงาน/งาน
1	MEDG	กลุ่มงานการแพทย์ (Medical Group)
2	DEN	กลุ่มงานทันตกรรม (Dentistry Group)
3	PHA	กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค (Pharmacy and consumer protection Group)

	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(1)	หน้า 12 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP-OPT-001-01	
	ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธารธา	

ลำดับ	รหัสกลุ่มงาน/งาน	ชื่อกลุ่มงาน/งาน
4	NURG	กลุ่มงานการพยาบาล (Nursing Group)
	OPD	- งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก (Out Patient Department)
	ER	- งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช (Emergency and forensic Department)
	IPD	- งานการพยาบาลผู้ป่วยใน (In Patient Department)
	LR	- งานการพยาบาลผู้คลอด (Labor Department)
	CSSD	- งานพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลาง (Central Supply Sterile Department)
5	PCU	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม (Primary Care System Group)
6	LAB	กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ (Medical Laboratory Group)
7	RAD	กลุ่มงานรังสีวิทยา (Radiology Group)
8	PHY	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู (Physical Medicine and Rehabilitation Group)
9	TTM	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine Group)
10	ISI	กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ (Health Insurance, Strategy and Medical Informatics Group)
	INS	- งานประกันสุขภาพ (Health Insurance Department)
	IT	- งานเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology Department)
	MR	- งานเวชระเบียน (Medical record Department)
11	ADM	กลุ่มงานการจัดการทั่วไป (General Administration Group)
	FIN	- งานการเงินและบัญชี (Finance and Accounting Department)
	SER	- งานธุรการ (General Service Department)
	SUP	- งานพัสดุ (Supplies Department)
	PER	- งานการเจ้าหน้าที่ (Personnel Administration Department)
	LAU	- งานซักฟอก (Laundry Department)



ระเบียบปฏิบัติ		ฉบับที่	A(1)	หน้า 13 จาก 26
เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ		เลขที่	SP-OPT-001-01
ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ นพ.สมยศ พนธาร

6.8 รูปแบบการจัดทำเอกสารคุณภาพ

6.8.1 การจัดทำเอกสารนโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (QM) ประกอบด้วย

- แผ่นหน้า ประกอบด้วยข้อความดังต่อไปนี้

- 1) ชื่อโรงพยาบาล : โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ
- 2) หมายเลขเอกสาร : เขียนรหัสของระดับเอกสาร ตามด้วยรหัสของทีมพัฒนาคุณภาพ/ กลุ่มงาน/ หน่วยงานตามด้วยหมายเลขเอกสารที่เป็นลำดับที่ฝ่ายและงานนั้นรับผิดชอบ
- 3) ชื่อของเอกสารนโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพฉบับนั้น
- 4) ลายมือชื่อและตำแหน่งของผู้จัดทำ ผู้ทบทวน และผู้อนุมัติ พร้อมวันที่ประกาศใช้

(ตัวอย่างแผ่นหน้า)



QM - AAA - BBB - XXX - YY

นโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ


เรื่อง

.....
โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

	ชื่อ - สกุล	ลายเซ็น	ว.ต.ป.
ผู้จัดทำ	..... (ประธานทีมคุณภาพ/หัวหน้ากลุ่มงาน/งาน)	.....	.....
ผู้ทบทวน	..... (ประธานทีมคุณภาพ/หัวหน้ากลุ่มงาน)	.....	.....
ผู้อนุมัติ	..... (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)	.....	.....

สำเนาฉบับที่ A(1)


เอกสาร [/] ควบคุม [] ไม่ควบคุม

	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(1)	หน้า 14 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP-OPT-001-01	
	ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธาร	

- หน้าสารบัญ จัดทำในหน้าที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้

- 1) หัวกระดาษ
- 2) สารบัญ
- 3) บันทึกการแก้ไขเอกสาร วันที่แก้ไข และรายละเอียดการแก้ไข

(ตัวอย่างหน้าสารบัญ)

	คู่มือคุณภาพ				ฉบับที่		หน้า 14 จาก 26
	เรื่อง				เลขที่	QM-AAA-BBB-XXX-YY	
	ผู้จัดทำ		วันที่เริ่มใช้		ผู้อนุมัติ		

สารบัญ

หน้า

- 1)
- 2)
- 3)


การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข

จำนวนทั้งหมด หน้า

ครั้งที่	วันที่ประกาศใช้	รายละเอียด	แผ่นที่

- รายละเอียดเอกสารนโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพสามารถใช้รูปแบบใดก็ได้ตามความเหมาะสม แต่ต้องมีความชัดเจน เช่น Hospital profile ใช้รูปแบบของ สรพ.

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(1)	หน้า 15 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ		เลขที่	SP-OPT-001-01	
	ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธาร่า

6.8.2 การจัดทำเอกสารระเบียบปฏิบัติ (SP) ประกอบด้วย
- แผ่นหน้า

(ตัวอย่างแผ่นหน้า)



SP – AAA – BBB – XXX – YY

ระเบียบปฏิบัติ


เรื่อง

.....
โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

	ชื่อ – สกุล	ลายเซ็น	ว.ด.ป.
ผู้จัดทำ	..... (คณะกรรมการทีมคุณภาพ/หัวหน้ากลุ่มงาน/งาน)	.....	.....
ผู้ทบทวน	..... (ประธานทีมคุณภาพ/หัวหน้ากลุ่มงาน)	.....	.....
ผู้อนุมัติ	..... (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)	.....	.....

สำเนาฉบับที่ A(1)

เอกสาร [/] ควบคุม [] ไม่ควบคุม

	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(1)	หน้า 16 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP-OPT-001-01	
	ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา	

- หน้าสารบัญ

(ตัวอย่างหน้าสารบัญ)

	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่		หน้า 16 จาก 26
	เรื่อง				เลขที่	SP-AAA-BBB-XXX-YY	
	ผู้จัดทำ		วันที่เริ่มใช้		ผู้อนุมัติ		

สารบัญ

หน้า


- 1) นโยบาย
- 2) วัตถุประสงค์
- 3) ขอบเขต
- 4) ผู้รับผิดชอบ
- 5) คำจำกัดความ
- 6) วิธีปฏิบัติ
- 7) เครื่องชี้วัดคุณภาพ
- 8) เอกสารอ้างอิง (ถ้ามี)
- 9) ภาคผนวก

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข


จำนวนทั้งหมด หน้า

ครั้งที่	วันที่ประกาศใช้	รายละเอียด	แผ่นที่

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(1)	หน้า 17 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ		เลขที่	SP-OPT-001-01	
	ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธารธา

- รายละเอียดเอกสาร ให้เรียงเรียงตามหัวข้อที่กำหนดให้ดังนี้

- 1) นโยบาย : เพื่อระบุข้อกำหนดในการให้ผู้ปฏิบัติยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติ
- 2) วัตถุประสงค์ : อธิบายว่าระเบียบปฏิบัติดังกล่าว ทำเพื่ออะไร มีจุดมุ่งหมายอย่างไรหรือจะป้องกันปัญหาอะไร
- 3) ขอบเขต : เป็นการวางขอบเขตและกรอบให้ผู้อ่านเข้าใจว่าครอบคลุมการนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์แค่ไหน สถานที่ใดบ้าง เป็นต้น ตัวอย่างเช่น ระเบียบปฏิบัติงานตามเอกสารคุณภาพฉบับนี้ใช้สำหรับงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
- 4) ผู้รับผิดชอบ : ระบุตำแหน่งและหน้าที่ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานนั้น เช่น แพทย์พยาบาล เภสัชกรและนักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ
- 5) คำจำกัดความ : ใช้อธิบายคำศัพท์เทคนิคเฉพาะ/คำที่น่าจะแปลหรือมีความหมายหลายนัยเพื่อให้ผู้ใช้เอกสารคุณภาพเข้าใจชัดเจนถูกต้อง หรืออธิบายคำย่อที่ไม่ต้องการเขียนยืดยาวในรายละเอียด ถ้าไม่มีคำจำกัดความ หรือเป็นเรื่องเข้าใจกันโดยทั่วก็ให้เขียนหัวข้อคำจำกัดความว่า “ไม่มี”
- 6) วิธีปฏิบัติ : อธิบายรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานเรื่องนั้น ซึ่งกล่าวถึงใครรับผิดชอบ ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร ตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นกิจกรรม
- 7) เครื่องชี้วัดคุณภาพ : ให้เขียนเป็นรูปธรรม โดยสอดคล้องกับนโยบายและวัตถุประสงค์
- 8) เอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) : ระบุเอกสารคุณภาพที่ถูกพาดพิงถึงในขั้นตอนการปฏิบัติงาน เช่น ที่อ้างอิงในรายละเอียดของระเบียบปฏิบัติอื่น วิธีปฏิบัติงานอื่น มาตรฐานหรือเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
- 9) ภาคผนวก : ใช้สำหรับเพิ่มเติมข้อมูลเพื่อความสมบูรณ์ของการปฏิบัติงาน ได้แก่ Flow chart, แบบฟอร์มที่อ้างอิง และเอกสารแนบที่เกี่ยวข้อง

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(1)	หน้า 18 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP-OPT-001-01
	ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธารธา

6.8.3 การจัดทำเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (WI) ประกอบด้วย
- แผ่นหน้า

(ตัวอย่างแผ่นหน้า)



WI - AAA - BBB - XXX - YY

วิธีปฏิบัติงาน


เรื่อง

.....
โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

	ชื่อ - สกุล	ลายเซ็น	ว.ต.ป.
ผู้จัดทำ	..... (คณะกรรมการทีมคุณภาพ/หัวหน้างาน/งาน)	.....	.....
ผู้ทบทวน	..... (ประธานทีมคุณภาพ/หัวหน้ากลุ่มงาน)	.....	.....
ผู้อนุมัติ	..... (ประธานทีมคุณภาพ/หัวหน้ากลุ่มงาน)	.....	.....


สำเนาฉบับที่ A(1)

เอกสาร [/] ควบคุม [] ไม่ควบคุม

	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A(1)	หน้า 19 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP-OPT-001-01	
	ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธารธา	

- หน้าสารบัญ

(ตัวอย่างหน้าสารบัญ)

	วิธีปฏิบัติงาน				ฉบับที่		หน้า 19 จาก 26
	เรื่อง				เลขที่	WI-AAA-BBB-XXX-YY	
	ผู้จัดทำ		วันที่เริ่มใช้		ผู้อนุมัติ		

สารบัญ

หน้า

- 1) นโยบาย
- 2) วัตถุประสงค์
- 3) ขอบเขต
- 4) อุปกรณ์/เครื่องมือ (ถ้ามี)
- 5) ผู้รับผิดชอบ
- 6) คำจำกัดความ
- 7) วิธีปฏิบัติ
- 8) เครื่องชี้วัดคุณภาพ
- 9) เอกสารอ้างอิง (ถ้ามี)
- 10) ภาคผนวก

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข

จำนวนทั้งหมด หน้า

ครั้งที่	วันที่ประกาศใช้	รายละเอียด	แผ่นที่

- รายละเอียดเอกสาร ให้เรียงเรียงตามหัวข้อที่กำหนดไว้ในหน้าสารบัญ



ระเบียบปฏิบัติ		ฉบับที่	A(1)	หน้า 20 จาก 26
เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ		เลขที่	SP-OPT-001-01
ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ นพ.สมยศ พนธารธา

6.8.4 การจัดทำเอกสารแบบฟอร์ม (FM) และเอกสารสนับสนุน (SD) ประกอบด้วย
- แผ่นหน้า

(ตัวอย่างแผ่นหน้า)



FM - AAA - BBB - XXX - YY

แบบฟอร์ม

เรื่อง

.....
โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

	ชื่อ - สกุล	ลายเซ็น	ว.ด.ป.
ผู้จัดทำ	..... (คณะกรรมการทีมคุณภาพ/หัวหน้างาน/งาน)	.....	.....
ผู้ทบทวน	..... (ประธานทีมคุณภาพ/หัวหน้ากลุ่มงาน)	.....	.....
ผู้อนุมัติ	..... (ประธานทีมคุณภาพ/หัวหน้ากลุ่มงาน)	.....	.....

สำเนาฉบับที่ A(1)


เอกสาร ควบคุม ไม่ควบคุม

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ


ประวัติการแก้ไข

จำนวนทั้งหมด หน้า


ครั้งที่	วันที่ประกาศใช้	รายละเอียด	แผ่นที่

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(1)	หน้า 21 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ		เลขที่	SP-OPT-001-01	
	ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธารา

(ตัวอย่างส่วนหัวเอกสารแบบฟอร์ม)

	แบบฟอร์ม			ฉบับที่		หน้า 21 จาก 26
	เรื่อง			เลขที่	FM-AAA-BBB-XXX-YY	
	ผู้จัดทำ		วันที่เริ่มใช้		ผู้อนุมัติ	

(ตัวอย่างส่วนหัวเอกสารสนับสนุน)

	เอกสารสนับสนุน			ฉบับที่		หน้า 21 จาก 26
	เรื่อง			เลขที่	SD-AAA-BBB-XXX-YY	
	ผู้จัดทำ		วันที่เริ่มใช้		ผู้อนุมัติ	

- แบบฟอร์ม (FM) และเอกสารสนับสนุน (SD) ของเดิมที่ใช้อยู่ก่อนการประกาศใช้ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้คงเหลืออยู่ยังไม่ได้เปลี่ยนแปลงหรือจัดทำใหม่ ไม่ต้องมีข้อความดังกล่าวหรือระบุลักษณะเดิมไปก่อนจนกว่าจะจัดทำใหม่

- ในการขออนุมัติ การประกาศใช้ การทบทวนแก้ไข การเผยแพร่และการควบคุมให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเรื่องการควบคุมเอกสารคุณภาพ

6.9 การจัดทำหัวกระดาษ

ต้องจัดทำหัวกระดาษให้เป็นแบบฟอร์มเดียวกัน ในการพิมพ์หัวกระดาษให้ใช้รูปแบบอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 ซึ่งประกอบด้วย สัญลักษณ์ตราประจำโรงพยาบาล และข้อความดังต่อไปนี้
ข้อความระบุ “ระดับเอกสาร” “เลขที่เอกสาร” “ชื่อเรื่อง” “ฉบับที่” “ผู้จัดทำ” “วันที่ประกาศใช้” และ “ผู้อนุมัติ”


1) ฉบับที่

1.1) ใช้แทนด้วยตัวอักษร A B C ถ้าเป็นต้นฉบับ ให้เป็นฉบับ A


1.2) การแก้ไขห้ามใช้การลบ ให้ใช้การขีดฆ่าแล้วใส่ตัวเลขที่แก้ไขครั้งใหม่ หรือใช้วิธีพิมพ์ตัวเลขที่แก้ไขครั้งใหม่แล้วใส่วงเล็บ ต้องกระทำโดยผู้ที่มีอำนาจเท่านั้น

1.3) กรณีแก้ไขเนื้อหาเพียงเล็กน้อยมากกว่า 5 ครั้งให้เปลี่ยนฉบับที่เป็นตัวอักษรใหม่ เช่น ฉบับที่ A (5) และได้รับการแก้ไขอีกเป็นครั้งที่ 6 ให้เปลี่ยนเป็นฉบับที่ B แต่ถ้าแก้ไขเนื้อหาเป็นส่วนใหญ่ให้เปลี่ยนเป็น ฉบับที่ B เลยโดยไม่ต้องเป็น A (1-5)

2) วันที่ประกาศใช้ : หมายถึง วัน เดือน ปี ที่อนุมัติ

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(1)	หน้า 22 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ		เลขที่	SP-OPT-001-01	
	ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา

(ตัวอย่างหัวกระดาษ)

	คู่มือคุณภาพ			ฉบับที่	A(2)	หน้า 22 จาก 26
	เรื่อง			เลขที่	SP-AAA-BBB-XXX-YY	
	ผู้จัดทำ	ชื่อทีมคุณภาพ/กลุ่มงาน/งาน	วันที่เริ่มใช้	DD MM YYYY	ผู้อนุมัติ	

6.10 การจัดพิมพ์เอกสาร

- 1) ตั้งค่านำกระดาษ ด้านบน ล่าง ซ้าย ขวา ห่างจากขอบกระดาษ 1" (2.54 ซม.) ยกเว้นเอกสารคุณภาพระดับแบบฟอร์ม (FM) ตั้งค่านำกระดาษตามความเหมาะสม
- 2) พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word ตัวอักษรใช้รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16
- 3) หัวข้อใหญ่ให้พิมพ์ตัวหนา ขนาด 16 ยกเว้นในส่วนของชื่อเรื่องให้พิมพ์ตัวหนา ขนาด 20
- 4) หัวข้อย่อยให้ใช้หมายเลขหลังจุดทศนิยมตามหัวข้อใหญ่ไปเรื่อยๆ
- 5) รายละเอียดในหัวข้อที่กำหนด กรณีที่ไม่มีให้ระบุโดยพิมพ์ว่า “ไม่มี” กำกับ
- 6) หน่วยงานที่ขอขึ้นทะเบียนเอกสารหลังได้รับการอนุมัติแล้วต้องส่งเอกสารพร้อมกับไฟล์ข้อมูลมาที่ คณะอนุกรรมการเอกสารคุณภาพ

6.11 การใช้สัญลักษณ์ในการทำ Process flow diagram



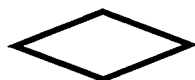
จุดเริ่มต้น / จุดสิ้นสุด (Start / Finish)



กิจกรรม (Activity)



ทิศทางการไหล (Flow)



การตัดสินใจ (Decision)



จุดเชื่อมต่อ (Connection)



ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(1)	หน้า 23 จาก 26
เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ		เลขที่	SP-OPT-001-01	
ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธรา

6.12 สารบัญและบันทึกการประกาศใช้

1) ศูนย์คุณภาพจะเป็นผู้ควบคุม/ บันทึก สารบัญ และการประกาศใช้ รวมทั้งบันทึกการแก้ไขตามตาราง

2) ตารางการควบคุมการกระจายเอกสาร

2.1) รายชื่อหน่วยงานที่ถือครองเอกสาร

ลำดับ	ชื่อหน่วยงาน ที่ถือครองเอกสาร	ว/ด/ป ที่บังคับใช้	ว/ด/ป ที่เรียกคืน	ลงนามผู้รับเอกสาร

หมายเหตุ ศูนย์คุณภาพเก็บต้นฉบับ สำเนาส่งหน่วยงานเจ้าของเอกสาร

2.2) บัญชีคุมเอกสาร/ แบบฟอร์ม/ คู่มือ ของหน่วยงาน

ลำดับ	รหัส	ชื่อเอกสาร	หน่วยงานอื่น ที่ใช้เอกสาร	วันบังคับ ใช้	วันที่ แก้ไข	วันที่ ยกเลิก

6.13 การทบทวน ปรับปรุงแก้ไขเอกสารระยะยาว

กำหนดให้มีการทบทวน แก้ไขเอกสารคุณภาพทุก 2 ปี หลังการประกาศใช้ หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง ยกเว้น Hospital profile ต้องมีการปรับปรุงแก้ไขทุกปี

7 เครื่องชี้วัดคุณภาพ

7.1 ร้อยละของหน่วยงานที่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเรื่องระบบเอกสารคุณภาพได้อย่างถูกต้อง เป้าหมาย ร้อยละ 80

7.2 ร้อยละของหน่วยงานที่ขอขึ้นทะเบียนหลังจากผ่านอนุมัติแล้วได้รับการขึ้นทะเบียนเรียบร้อย ภายในเวลาที่กำหนด (5 วันทำการ) เป้าหมาย ร้อยละ 100

8. เอกสารอ้างอิง

ไม่มี



ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(1)	หน้า 25 จาก 26
เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP-OPT-001-01
ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธารธา

9.2 ใบแจ้งขอดำเนินการเอกสารตามระบบเอกสารคุณภาพ (FM-OPT-001-01)

ตัวอย่างเอกสาร

FM-OPT-001-01

ใบขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ

ส่วนที่ 1 ผู้เสนอขอทำกิจกรรม

คณะกรรมการ/ หน่วยงาน..... วันที่.....

- เรื่อง [] 1. การขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ
[] 2. การขอปรับปรุงแก้ไขข้อความในเอกสารคุณภาพ
[] 3. การยกเลิกเอกสารคุณภาพ

ประเภทเอกสารคุณภาพ [] 1. นโยบายคุณภาพ [] 2. ระเบียบปฏิบัติ [] 3. วิธีปฏิบัติงาน
[] 4. แบบฟอร์ม [] 5. เอกสารสนับสนุน

เอกสารคุณภาพเรื่อง

รหัสเอกสารคุณภาพ

เหตุผลการจัดทำ

- [] กรณีที่เป็นเอกสารคุณภาพขึ้นทะเบียนใหม่ ได้ส่งเอกสารคุณภาพใหม่ พร้อมไฟล์ข้อมูลแนบมาด้วย
[] กรณีที่เป็นการแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพที่เคยทำแล้ว ได้ส่งเอกสารเดิมพร้อมกับเอกสารที่จัดทำขึ้นใหม่ มาด้วย

ลงชื่อ.....ผู้เสนอขอ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 2 ผู้ตรวจสอบ

[] เห็นชอบให้จัดทำเอกสาร ดำเนินการขออนุมัติ

[] ไม่เห็นชอบ ส่งคืนผู้จัดทำ


เหตุผลและข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่

	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A(1)	หน้า 26 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP-OPT-001-01
	ผู้จัดทำ	ทีมจัดการกระบวนการ	วันที่เริ่มใช้	15 พ.ค. 2561	ผู้อนุมัติ	นพ.สมยศ พนธารธา

ส่วนที่ 3 ผู้อนุมัติ

[] อนุมัติ

[] ไม่อนุมัติ

เหตุผลและข้อเสนอแนะ.....

เห็นควรให้งานคุณภาพดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่