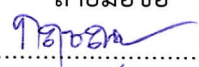


	ระเบียบปฏิบัติ	หน้าที่ : 1 / 12
	เรื่อง : กระบวนการควบคุมเอกสารคุณภาพ	รหัสเอกสาร: SP-QIC-001
ชื่อหน่วยงาน : ศูนย์พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน		วันที่ประกาศใช้: 1 มิถุนายน 2567

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
1. น.ส.กฤษณา สีชนะ	เจ้าพนักงานธุรการ	
2. นางกัลยาณี มาลาสาย	ผู้ช่วยเลขานุการศูนย์พัฒนาคุณภาพ	
3. นายบัณฑิต พรหมมานนท์	เลขานุการศูนย์พัฒนาคุณภาพ	
ผู้ทบทวน :  (ญ.ปรัดดา ศรีสมบัติ) หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพ		ผู้อนุมัติ :  (นายทง คำศรี) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

ประวัติการแก้ไข

ครั้งที่	วันที่	รายละเอียดการแก้ไข	หน้า
1	1 มิถุนายน 2567	การประกาศใช้เอกสารทั้งฉบับ	1-12

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง : กระบวนการควบคุมเอกสารคุณภาพ	หน้าที่ : 2 / 12
		รหัสเอกสาร: SP-QIC-001
ชื่อหน่วยงาน : ศูนย์พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน		วันที่ประกาศใช้: 1 มิถุนายน 2567

1. วัตถุประสงค์ (objectives)

เพื่อสนับสนุนระบบบริหารคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ ให้มั่นใจได้ว่าเอกสารและบันทึกที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานขององค์กรทั้งในรูปแบบกระดาษและเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้เป็นปัจจุบัน พร้อมใช้งาน มีการบ่งชี้และควบคุมการใช้ และมีการทบทวนเป็นระบบ โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนได้เสีย

2. ขอบเขต (scope)

2.1 ข้อกำหนดด้านเอกสาร (documentation requirements) ประเภทเอกสารเพื่อสนับสนุน ระบบบริหารคุณภาพขององค์กร แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่

2.1.1 เอกสารคุณภาพระดับ 1: คู่มือคุณภาพ (Quality Manual: QM) เป็นเอกสารที่ระบุนโยบายวัตถุประสงค์ ในเรื่องหลักที่แสดงภาพรวมของระบบบริหารคุณภาพ และข้อกำหนดการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพขององค์กร จัดทำโดยตัวแทนฝ่ายบริหารระดับสูงเป็นเอกสารแม่บท อนุมัติโดยผู้อำนวยการ

2.1.2 เอกสารคุณภาพระดับ 2: ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure: SP) เป็นเอกสารที่แสดงถึงกระบวนการปฏิบัติงานหลักที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานหรือหลายคน เพื่อการควบคุมคุณภาพ จัดทำขึ้นโดยหัวหน้ากลุ่มงาน/ประธานหรือเลขาธิการงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายความรับผิดชอบ อนุมัติโดยผู้อำนวยการ

2.1.3 เอกสารคุณภาพระดับ 3: วิธีปฏิบัติ (Work Instruction: WI) เป็นเอกสารที่แสดงถึง ขั้นตอนวิธีการปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน เพื่อช่วยให้การทำงานถูกต้อง จัดทำขึ้นโดยหัวหน้าฝ่าย นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายความรับผิดชอบ อนุมัติโดยรองผู้อำนวยการหรือผู้ช่วยผู้อำนวยการ

2.1.4 เอกสารคุณภาพระดับ 4: แบบฟอร์มและเอกสารสนับสนุนอื่น (Form/Supporting document: FM/SD) เป็นเอกสารที่องค์กรจัดให้มีขึ้น เพื่อให้มั่นใจถึงประสิทธิผลของการวางแผนการดำเนินงาน การควบคุมกระบวนการ และบันทึกตามที่ได้มีข้อกำหนดไว้ ได้แก่ แบบฟอร์มหรือแบบบันทึกข้อมูลต่างๆ ที่ถูกนำมาใช้อ้างอิงหรือประกอบรายละเอียดของเอกสารคุณภาพในระดับระเบียบปฏิบัติ (SP) หรือวิธีปฏิบัติ (WI) อาจเป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเอง หรือเอกสารที่รับมาจากภายนอก เอกสารสนับสนุนคู่มือปฏิบัติ แนวทางปฏิบัติ อนุมัติโดยรองผู้อำนวยการ หรือผู้ช่วยผู้อำนวยการ

2.2 การควบคุมเอกสารคุณภาพ (document control)

การควบคุมเอกสารอยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ โดยเอกสารที่ถูกกำหนดให้มีขึ้นในระบบบริหารคุณภาพได้ถูกออกแบบ เริ่มตั้งแต่การจัดทำ การอนุมัติเพื่อ แสดงความจำเป็นก่อนใช้งาน การขึ้นทะเบียนควบคุม การเผยแพร่ การบันทึก การจัดเก็บที่เหมาะสม และพร้อมใช้งาน การทบทวน การปรับปรุงทำให้ทันสมัยตามความจำเป็นและได้รับการบ่งชี้ และการทำลาย ตามข้อกำหนดซึ่งองค์กรได้จัดทำระเบียบปฏิบัตินี้

2.3 รูปแบบการจัดทำเอกสารคุณภาพ

กำหนดรูปแบบระดับการจัดทำเอกสารคุณภาพ ตามที่ระบุใน ภาคผนวก 1 ประกอบด้วย

2.3.1 รูปแบบสำหรับเอกสารหน้าแรก

2.3.2 รูปแบบสำหรับเอกสารหน้าต่อ ๆ ไป

2.3.3 รูปแบบการเรียบเรียงเนื้อหาเอกสาร

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง : กระบวนการควบคุมเอกสารคุณภาพ	หน้าที่ : 3 / 12
		รหัสเอกสาร: SP-QIC-001
ชื่อหน่วยงาน : ศูนย์พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน		วันที่ประกาศใช้: 1 มิถุนายน 2567

2.4 ระบบตรวจสอบเอกสารคุณภาพ

ผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบตามระบบเอกสารคุณภาพ ในแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับเอกสาร	ผู้จัดทำ	ผู้ทบทวน	ผู้อนุมัติ
QM	ตัวแทนฝ่ายบริหารระดับสูง	รองผู้อำนวยการ	ผู้อำนวยการ/รองผู้อำนวยการ
SP	เลขาคณะทำงาน	ประธาน	ผู้อำนวยการ/รองผู้อำนวยการ
WI	หัวหน้าฝ่าย/นักวิชาการ/ ผู้ปฏิบัติงาน	หัวหน้างาน	ผู้อำนวยการ/รองผู้อำนวยการ
FM, SD	หัวหน้าฝ่าย/ นักวิชาการ/ ผู้ปฏิบัติงาน	หัวหน้างาน	ผู้อำนวยการ/รองผู้อำนวยการ

2.5 รูปแบบระบบรหัสเอกสารคุณภาพ

2.5.1 คู่มือคุณภาพ (QM) ให้ใช้ชื่อย่อ QM-AAA-XX

QM : Quality Manual

AAA : อักษร 2-3 ตัว แสดงชื่อย่อ คณะกรรมการ/กลุ่มงาน/หน่วยงาน

XX : ตัวเลข 2 ตัว แสดง ลำดับที่ของเอกสาร

ตัวอย่าง QM-ST-01 หมายถึง คู่มือคุณภาพ ฉบับที่ 1 ของ กรรมการบริหารโรงพยาบาล

2.5.2 ระเบียบปฏิบัติ (SP) ให้ใช้ชื่อย่อ SP-AAA-XX

SP : Standard Procedure

AAA : อักษร 2-3 ตัว แสดงชื่อย่อ คณะกรรมการ/กลุ่มงาน/หน่วยงาน

XX : ตัวเลข 2 ตัว แสดง ลำดับที่ของเอกสาร

ตัวอย่าง SP-QIC-01 หมายถึง ระเบียบปฏิบัติ ลำดับที่ 1 ของ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

2.5.3 วิธีปฏิบัติ (WI) ให้ใช้ชื่อย่อ WI-AAA-SS-XX

WI : Work Instruction

AAA : อักษร 2-3 ตัว แสดงชื่อย่อ คณะกรรมการ/กลุ่มงาน/หน่วยงาน

SS : ตัวเลข 2 ตัว แสดง ลำดับที่ของเอกสารระเบียบปฏิบัติในหมวดหมู่

XX : ตัวเลข 3 ตัว แสดง ลำดับที่ของเอกสารวิธีปฏิบัติ

ตัวอย่าง WI-HRM-01-01

หมายถึง วิธีปฏิบัติ ลำดับที่ 01 ของระเบียบปฏิบัติในหมวดหมู่การบริหารทรัพยากรบุคคล ลำดับที่ 01

2.5.4 แบบฟอร์ม (FM)/ เอกสารสนับสนุน (SD) ให้ใช้ชื่อย่อ FM/SD-AAA-XXX

FM/ SD : Form/ Supporting Document

AAA : อักษร 2-3 ตัว แสดงชื่อย่อ คณะกรรมการ/กลุ่มงาน/หน่วยงาน

XXX : ตัวเลข 3 ตัว แสดง ลำดับที่ของเอกสาร

YY : ตัวเลข 2 ตัว แสดง ครั้งที่ของการแก้ไขเอกสาร

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง : กระบวนการควบคุมเอกสารคุณภาพ	หน้าที่ : 4 / 12
		รหัสเอกสาร: SP-QIC-001
ชื่อหน่วยงาน : ศูนย์พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	วันที่ประกาศใช้: 1 มิถุนายน 2567	

ตัวอย่าง FM-HRM-001-00 หมายถึง แบบฟอร์ม ในหมวดหมู่การบริหารทรัพยากรบุคคล ลำดับที่ 001 เริ่มใช้งานครั้งแรกยังไม่มีมีการปรับปรุง
 ตัวอย่าง FM-HRM-001-01 หมายถึง แบบฟอร์ม ในหมวดหมู่การบริหารทรัพยากรบุคคล ลำดับที่ 001 แก้ไขครั้งที่ 01

2.6 การควบคุมบันทึก (record control)

บันทึกได้ถูกจัดทำขึ้นและได้รับการจํารักษา เพื่อใช้เป็นหลักฐานของความสอดคล้องในข้อกำหนด และประสิทธิภาพของการดำเนินงานของระบบบริหารคุณภาพ บันทึกต้องชัดเจน มีการบ่งชี้ และนำมาใช้ได้โดยสะดวก โดยองค์กรได้ระบุงการควบคุมที่จําเป็นในการบ่งชี้ การจัดเก็บ การป้องกัน การเรียกใช้ ระยะเวลาการจัดเก็บ และการนำออกจากที่ใช้งาน ไว้ในระเบียบปฏิบัติ โดยการควบคุม เอกสารอยู่ในความรับผิดชอบของคณะทำงานจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ

3. คำจำกัดความ นิยามและคำย่อ (definitions)

3.1 ระบบเอกสารคุณภาพ หมายถึง เอกสารที่แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการ ขั้นตอน หรือ แนวทางการปฏิบัติงาน ซึ่งครอบคลุมการดำเนินงานตามกระบวนการหลักของหน่วยงาน หรือ คร่อมสายงานระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีผลต่อการปฏิบัติงานในเรื่องที่สำคัญ และการป้องกันโอกาสเกิดความผิดพลาด รวมถึงใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงในการปฏิบัติงาน ซึ่งทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมและตรวจสอบได้

3.2 คณะทำงานจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ หมายถึง คณะทำงานที่ผู้อํานวยการแต่งตั้ง ทำหน้าที่รับผิดชอบกระบวนการจัดทำ และควบคุมเอกสารเพื่อสนับสนุนระบบบริหารคุณภาพ โดยมีตัวแทนฝ่ายบริหารระดับสูงเป็นประธานคณะทำงาน ตัวแทนหน่วยงานที่รับผิดชอบงานระบบ บริหารคุณภาพเป็นเลขานุการ และคณะทำงานประกอบด้วยตัวแทนของหน่วยงาน

3.3 ผู้ประสานงานระบบเอกสารคุณภาพ หมายถึง คณะทำงานจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ ซึ่งได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนควบคุมเอกสารในระบบเอกสารคุณภาพ การออกรหัสเอกสาร ลงทะเบียน สื่อสาร และควบคุมทะเบียนเอกสาร (master lists)

3.4 ผู้จัดทำ หมายถึง ผู้จัดทำเอกสาร เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำและทบทวนเอกสารคุณภาพ

3.5 ผู้ทบทวน หมายถึง ผู้ทบทวน กำกับตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของเอกสารคุณภาพนั้น

3.6 ผู้อนุมัติ หมายถึง ผู้มีอำนาจเห็นชอบอนุมัติเอกสารคุณภาพ

3.7 อักษรย่อชื่อหมวดหมู่ของกระบวนการที่จําเป็น ได้แก่

ลำดับ	ชื่อหมวดหมู่ระบบ/กระบวนการ	อักษรย่อ	ชื่อภาษาอังกฤษ
1	การควบคุมเอกสารคุณภาพ	DCC	Document Control Center
2	การประเมินรับรอง	ACD	Accreditation Management System

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง : กระบวนการควบคุมเอกสารคุณภาพ	หน้าที่ : 5 / 12
		รหัสเอกสาร: SP-QIC-001
ชื่อหน่วยงาน : ศูนย์พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน		วันที่ประกาศใช้: 1 มิถุนายน 2567

ลำดับ	ชื่อหมวดหมู่ระบบ/กระบวนการ	อักษรย่อ	ชื่อภาษาอังกฤษ
3	การสร้างเครือข่ายพัฒนาคุณภาพ	QNM	Quality Network Management System
4	การฝึกอบรม/การเผยแพร่ความรู้	KTD	Knowledge Management System
5	การสร้างการจัดการข้อมูลและความรู้	KMS	Knowledge Management System
6	การอภิบาลและนำองค์กร	GOV	Governance
7	การบริหารงานทั่วไป	SAM	System Support and Administration Management
8	การบริหารระบบคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง และการควบคุมภายใน	QRM	Quality, Risk management and Internal control
9	การบริหารทรัพยากรบุคคล	HRM	Human Resource Management
10	การบริหารเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	ICT	Information Communication and Technology management
11	การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ	SOP	Strategic and Operation Plan

4. หน้าที่ความรับผิดชอบ

4.1 ตัวแทนฝ่ายบริหารระดับสูง เป็นผู้จัดทำระเบียบปฏิบัติฉบับนี้

4.2 คณะทำงานจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ มีหน้าที่รับผิดชอบกระบวนการจัดทำ และควบคุม เอกสาร เพื่อสนับสนุนระบบบริหารคุณภาพ

4.3 ผู้ประสานงานระบบเอกสารคุณภาพ มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนควบคุมเอกสาร ในระบบเอกสารคุณภาพ การออกรหัสเอกสาร ลงทะเบียน สื่อสาร และควบคุมทะเบียนเอกสาร

5. ขั้นตอนการจัดทำเอกสารคุณภาพระดับนโยบาย (ระดับโรงพยาบาล)

5.1 ขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ

กระบวนการและแนวทางปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
1. ร่างพิมพ์เอกสารคุณภาพให้ถูกต้อง เหมาะสมทั้งด้านเนื้อหาและรูปแบบในแต่ละระดับของเอกสารคุณภาพ ที่กำหนดในคู่มือการจัดทำเอกสารคุณภาพ ที่กำหนดในคู่มือการจัดทำ	ผู้จัดทำเอกสารคุณภาพที่เป็นเจ้าของเอกสาร
2. เสนอผู้บริหารหน่วยงาน คือ หัวหน้าฝ่าย / หัวหน้ากลุ่มงาน / ประธานทีมคร่อมสายงาน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา รายละเอียดของขั้นตอนหรือกระบวนการนั้น ๆ ของหน่วยงาน / ทีมคร่อมสายงาน	
3. เมื่อผู้บริหารหน่วยงานตามสายงานบังคับบัญชาเห็นชอบแล้ว ส่งขอขึ้นทะเบียนในรูปแบบ paper และ file ที่ศูนย์คุณภาพเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง (ทำบันทึกข้อความ)	

	ระเบียบปฏิบัติ	หน้าที่ : 6 / 12
	เรื่อง : กระบวนการควบคุมเอกสารคุณภาพ	รหัสเอกสาร: SP-QIC-001
ชื่อหน่วยงาน : ศูนย์พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน		วันที่ประกาศใช้: 1 มิถุนายน 2567

กระบวนการและแนวทางปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
4. ศูนย์คุณภาพตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร กรณีต้องปรับปรุงต้องส่งกลับหน่วยงานภายใน 1 สัปดาห์	ศูนย์คุณภาพ
5. เสนอผู้อำนวยการ / หัวหน้ากลุ่มงาน/ประธานศูนย์คุณภาพที่มีอำนาจอนุมัติตามประเภทเอกสาร 5.1 กรณีเห็นชอบ ผู้อำนวยการ/หัวหน้างาน/ประธานศูนย์คุณภาพ ลงนามอนุมัติเอกสารคุณภาพส่งกลับให้ศูนย์คุณภาพ เพื่อประกาศใช้ต่อไป 5.2 กรณีไม่เห็นชอบ ศูนย์คุณภาพแจ้งหน่วยงานที่ขอขึ้นเอกสารคุณภาพให้นำไฟล์มาแก้ไขในวันเวลาที่กำหนด	ศูนย์คุณภาพ
6. หลังจากเอกสารได้รับการอนุมัติแล้ว 6.1 ศูนย์คุณภาพลงทะเบียน อนุมัติรหัสเอกสารตามประเภทเอกสาร 6.2 จัดเก็บต้นฉบับในแฟ้มเอกสารคุณภาพ และจัดทำไฟล์ PDF ส่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 6.3 ลงทะเบียนระบุรหัสเอกสาร หน่วยงานที่ใช้เอกสารตามประเภทเอกสารให้เป็นบัญชีแม่บท (Master list) คู่มือเอกสารในแบบฟอร์มทะเบียนเอกสารคุณภาพ 6.4 ประกาศใช้เอกสารหลังได้รับการอนุมัติ 1 สัปดาห์	ศูนย์คุณภาพ
7. การใช้เอกสารคุณภาพ หน่วยงานรับสำเนาเอกสารคุณภาพรูปแบบ paper และสื่อสารการใช้แก่หน่วยงาน หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องและทดลองใช้เอกสารได้ภายใน 3 เดือน สามารถแก้ไขและส่งไฟล์แก้ไขใหม่ โดยไม่ต้องส่งขึ้นทะเบียนปรับปรุงเอกสาร	ผู้จัดทำเอกสารคุณภาพที่เป็นเจ้าของเอกสาร

5.2 กรณีเปลี่ยนแปลง แก้ไขเอกสารคุณภาพ

กระบวนการและแนวทางปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
1. จัดพิมพ์เอกสารหน้าที่มีการเปลี่ยนแปลงเอกสาร หรือฉบับที่แก้ไขใหม่และดำเนินการดังนี้ 1.1 เขียนใบแจ้งข้อดำเนินการแก้ไข ตามระบบเอกสารคุณภาพ ระบุรายละเอียดของการแก้ไขเรียบร้อยแล้วส่งเอกสารคุณภาพที่แก้ไขรูปแบบ paper พร้อมเอกสารคุณภาพเดิมที่ยกเลิก มาที่ศูนย์คุณภาพ	ผู้จัดทำเอกสารคุณภาพ
2. ศูนย์คุณภาพตรวจสอบ กรณีแก้ไข ส่งไฟล์กลับให้หน่วยงานนำกลับไปแก้ไข	ศูนย์คุณภาพ
3. หน่วยงานที่ทำการแก้ไข พร้อมแนบต้นฉบับเอกสารคุณภาพและไฟล์ที่แก้ไขแล้ว มาที่ศูนย์คุณภาพ	ผู้จัดทำเอกสารคุณภาพ
4. ตรวจสอบและเสนออนุมัติตามขั้นตอนเดิม	ศูนย์คุณภาพ
5. เมื่ออนุมัติแล้ว	ศูนย์คุณภาพ

	ระเบียบปฏิบัติ	หน้าที่ : 7 / 12
	เรื่อง : กระบวนการควบคุมเอกสารคุณภาพ	รหัสเอกสาร: SP-QIC-001
ชื่อหน่วยงาน : ศูนย์พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน		วันที่ประกาศใช้: 1 มิถุนายน 2567

กระบวนการและแนวทางปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
5.1 จัดทำสำเนาเอกสารคุณภาพ 5.2 จัดเก็บต้นฉบับในแฟ้มเอกสารคุณภาพ และจัดทำไฟล์ PDF เก็บไว้ใน server งานเอกสารคุณภาพ 5.3 ลงทะเบียนในรายการทะเบียนเอกสาร ตามประเภทเอกสารให้เป็นบัญชีแม่บท (Master list) คู่มือเอกสาร ในแบบฟอร์มทะเบียนเอกสารคุณภาพ 5.4 เรียกคืนเอกสารฉบับเก่าจากผู้จัดทำเอกสารคุณภาพทั้งหมดเพื่อทำลาย 5.5 ประกาศใช้เอกสารฉบับใหม่ หลังได้รับการอนุมัติ 1 สัปดาห์	ผู้จัดทำเอกสารคุณภาพ
6. ผู้จัดทำเอกสารรับเอกสารคุณภาพที่ศูนย์คุณภาพ และสื่อสารแก่หน่วยงานหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	

5.3 กรณียกเลิกเอกสารคุณภาพ

กระบวนการและแนวทางปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
1. เขียนใบแจ้งขอดำเนินการเอกสารตามระบบเอกสารคุณภาพ ที่ระบุรายละเอียดของการยกเลิกเอกสารคุณภาพ พร้อมระบุรายละเอียดของการยกเลิกเอกสารคุณภาพ พร้อมระบุรายละเอียดเหตุผลของการขอยกเลิกเสนอตามลำดับขั้นตอน	ผู้ดำเนินการขอยกเลิกเอกสารคุณภาพ
2. ผู้จัดทำเอกสารแจ้งยกเลิกการใช้เอกสารต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเรียกคืนเอกสารที่ยกเลิกจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งทำลายที่ศูนย์คุณภาพ	ศูนย์คุณภาพ
3. ทำลายเอกสาร ยกเลิกไฟล์ใน server งานเอกสารคุณภาพ	ผู้ดำเนินการขอยกเลิกเอกสารคุณภาพ
4. จัดเก็บเอกสารใบแจ้งขอดำเนินการเอกสารตามระบบเอกสารคุณภาพแนบกับเอกสารคุณภาพที่ขอยกเลิกไว้เป็นหลักฐาน	ศูนย์คุณภาพ

6. ขั้นตอนการจัดทำเอกสารคุณภาพ (ระดับหน่วยงาน)/วิธีปฏิบัติ/เอกสารสนับสนุน/แบบฟอร์ม

6.1 ขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ (ระดับหน่วยงาน)

กระบวนการและแนวทางปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
1. ร่างพิมพ์เอกสารคุณภาพให้ถูกต้อง เหมาะสมทั้งด้านเนื้อหาและรูปแบบในแต่ละระดับของเอกสารคุณภาพ ที่กำหนดในคู่มือการจัดทำเอกสารคุณภาพ ที่กำหนดในคู่มือการจัดทำ	ผู้จัดทำเอกสารคุณภาพที่เป็นเจ้าของเอกสาร
2. หน่วยงาน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา รายละเอียดของขั้นตอนหรือกระบวนการนั้นๆของหน่วยงาน	
3. เสนอผู้บริหารหน่วยงาน/หัวหน้ากลุ่มงาน หรือผู้ที่มีอำนาจอนุมัติตามประเภท	

	ระเบียบปฏิบัติ	หน้าที่ : 8 / 12
	เรื่อง : กระบวนการควบคุมเอกสารคุณภาพ	รหัสเอกสาร: SP-QIC-001
ชื่อหน่วยงาน : ศูนย์พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน		วันที่ประกาศใช้: 1 มิถุนายน 2567

กระบวนการและแนวทางปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
เอกสาร 3.1 กรณีเห็นชอบ ผู้ที่มีอำนาจอนุมัติตามประเภทเอกสาร ลงนามอนุมัติเอกสารคุณภาพ 3.2 กรณีไม่เห็นชอบ หน่วยงานจะต้องนำเอกสารไปแก้ไขแล้วนำมาเสนอใหม่ 4. หลังจากเอกสารได้รับการอนุมัติแล้ว 4.1 หน่วยงานอนุมัติรหัสเอกสารตามประเภทเอกสารและควบคุมเอกสารตามประเภทเอกสารให้เป็นบัญชีแม่บท (Master list) 4.2 จัดเก็บต้นฉบับในแฟ้มเอกสารคุณภาพของหน่วยงาน 4.3 ประกาศใช้เอกสารหลังได้รับการอนุมัติ 1 สัปดาห์ 5. การใช้เอกสารคุณภาพ 5.1 สำเนาเอกสารคุณภาพรูปแบบ paper และสื่อสารการใช้แก่หน่วยงานหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	

6.2 กรณีเปลี่ยนแปลง แก้ไขเอกสารคุณภาพ (ระดับหน่วยงาน)

กระบวนการและแนวทางปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
1. จัดพิมพ์เอกสารหน้าที่มีการเปลี่ยนแปลงเอกสาร หรือฉบับที่แก้ไขใหม่	ผู้จัดทำเอกสารคุณภาพ
2. หน่วยงาน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา รายละเอียดของขั้นตอนหรือกระบวนการนั้นๆของหน่วยงาน	
3. ตรวจสอบและเสนออนุมัติตามขั้นตอนเดิม	
4. เมื่ออนุมัติแล้ว	
4.1 หน่วยงานคุมเอกสารตามประเภทเอกสารให้เป็นบัญชีแม่บท (Master list) 4.2 จัดเก็บต้นฉบับในแฟ้มเอกสารคุณภาพหน่วยงาน 4.3 หน่วยงานผู้จัดทำเอกสารเรียกคืนเอกสารฉบับเก่าจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดเพื่อทำลาย 4.4 ประกาศใช้เอกสารฉบับใหม่ หลังได้รับการอนุมัติ 1 สัปดาห์	
5. การใช้เอกสารคุณภาพ หน่วยงานรับสำเนาเอกสารคุณภาพรูปแบบ paper และสื่อสารการใช้แก่หน่วยงานหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง : กระบวนการควบคุมเอกสารคุณภาพ	หน้าที่ : 9 / 12 รหัสเอกสาร: SP-QIC-001
	ชื่อหน่วยงาน : ศูนย์พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	วันที่ประกาศใช้: 1 มิถุนายน 2567

6.3 กรณียกเลิกเอกสารคุณภาพ (ระดับหน่วยงาน)

กระบวนการและแนวทางปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
1. หน่วยงานผู้จัดทำเอกสารแจ้งยกเลิกการใช้เอกสาร และเรียกคืนเอกสารที่ยกเลิกจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อทำลาย โดยจะต้องให้หน่วยงานนั้นๆ ลงนามรับทราบ	ผู้ดำเนินการขอยกเลิกเอกสารคุณภาพ
2. ทำลายเอกสาร หรือคุมเอกสารตามประเภทเอกสารให้เป็นบัญชีแม่บท (Master list)	
3. จัดเก็บเอกสารใบแจ้งขอดำเนินการเอกสารตามระบบเอกสารคุณภาพแนบกับเอกสารคุณภาพที่ขอยกเลิกไว้เป็นหลักฐาน	

7. เอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

- 7.1 ตัวอย่างหัตถกระดาศเอกสารคุณภาพโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร
- 7.2 การกำหนดสัญลักษณ์ตัวอักษรแสดงผู้จัดทำเอกสารคุณภาพ
- 7.3 ตัวอย่าง “บัญชีเอกสารหลัก (Master List of QA Document)”

7.1 ตัวอย่างหัตถกระดาศหน้าแรกเอกสารคุณภาพโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง :	หน้าที่ : หน้า/หน้าทั้งหมด รหัสเอกสาร:
	ชื่อหน่วยงาน :	วันที่ประกาศใช้:

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
1.		
2.		
3.		
ผู้ทบทวน : () หัวหน้าหน่วยงาน/ประธาน/หัวหน้างาน		ผู้อนุมัติ : (นายทนง คำศรี) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง : กระบวนการควบคุมเอกสารคุณภาพ	หน้าที่ : 10 / 12
		รหัสเอกสาร: SP-QIC-001
ชื่อหน่วยงาน : ศูนย์พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	วันที่ประกาศใช้: 1 มิถุนายน 2567	

ประวัติการแก้ไข

ครั้งที่	วันที่	รายละเอียดการแก้ไข	หน้า
1		ประกาศใช้ทั้งฉบับ	

7.2 การกำหนดสัญลักษณ์ตัวอักษรแสดงระดับเอกสารและผู้จัดทำคู่มือคุณภาพ

7.2.1 สัญลักษณ์ระดับเอกสาร

ลำดับ	หน่วยงาน	อักษร
1	คู่มือคุณภาพ (Quality manual)	QM
2	ระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure)	SP
3	วิธีปฏิบัติ (Work Instruction)	WI
4	แบบฟอร์มและเอกสารสนับสนุนอื่น (Form/Supporting document)	FM/SD

7.2.2 สัญลักษณ์แสดงผู้จัดทำเอกสารคุณภาพ

องค์กรวิชาชีพ ทีมคร่อมสายงานและทีมงานเฉพาะด้าน

ลำดับ	หน่วยงาน	อักษร
1	กรรมการบริหารโรงพยาบาล (Steering Team)	ST
2	ศูนย์พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน (Quality Improvement Center)	QIC
3	ทีมองค์กรแพทย์ (Medical Staff Organization)	MSO
4	ทีมองค์กรพยาบาล (Nursing Organization)	NSO
5	ทีมบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล (Risk Management)	RM
6	ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Control)	IC
7	ทีมบริหารแผนยุทธศาสตร์ (Strategic Planning)	SP
8	ทีมพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource Development)	HRD
9	ทีมโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (Healing Environment and Occupational Health)	ENV
10	ทีมบริหารจัดการระบบเครื่องมือแพทย์ (Management Systems of Medical Equipment)	EQM
11	ทีมระบบสารสนเทศ (Information Management)	IM
12	ทีมประสานงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (District Health Coordinating)	DHC
13	ทีมเภสัชและการบำบัด(Pharmacy and Therapeutic Committee)	PTC
14	ทีมพัฒนาระบบยา (Medication Management System)	MMS
15	ทีมพัฒนาคุณภาพคลินิกบริการ (Clinical Lead Team)	CLT

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง : กระบวนการควบคุมเอกสารคุณภาพ	หน้าที่ : 11 / 12
		รหัสเอกสาร: SP-QIC-001
ชื่อหน่วยงาน : ศูนย์พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	วันที่ประกาศใช้: 1 มิถุนายน 2567	

ลำดับ	หน่วยงาน	อักษร
16	ทีมดูแลผู้ป่วย สาขาสูติ-นรีเวชกรรม (Patient Care Team-Obstetric Gynecology)	PCT-OBG
17	ทีมดูแลผู้ป่วย สาขาศัลยกรรม (Patient Care Team-Surgical)	PCT-SUR
18	ทีมดูแลผู้ป่วย สาขาอายุรกรรม (Patient Care Team-Medicine)	PCT-MED
19	ทีมดูแลผู้ป่วย สาขากุมารเวชกรรม (Patient Care Team- Pediatrics)	PCT-PED
20	ทีมดูแลผู้ป่วย สาขาออร์โธปิดิกส์ (Patient Care Team-Orthopedics)	PCT-ORTHO

ทีมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน

ลำดับ	หน่วยงาน	อักษร
1	กลุ่มบริหารงานทั่วไป	ADM
2	กลุ่มงานการแพทย์	MSO
3	กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	LAB
4	กลุ่มงานทันตกรรม	DEN
5	กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค	PHA
6	กลุ่มงานโภชนศาสตร์	NUT
7	กลุ่มงานรังสีวิทยา	RAD
8	กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู	REH
9	กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์	STR
10	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	PCU
11	กลุ่มงานการพยาบาล	NSO
12	งานพยาบาลผู้ป่วยนอก	OPD
13	งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช	ER
14	งานการพยาบาลผู้คลอด	LR
15	งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล	OR
16	งานพยาบาลผู้ป่วยในสูติ-นรีเวช	IPD-OBG
17	งานพยาบาลผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม	IPD-PED
18	งานพยาบาลผู้ป่วยในชาย	IPD-MEDM
19	งานพยาบาลผู้ป่วยในหญิง	IPD-MEDF
20	งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม	IPD-SUR
21	งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก	IPD-ORTHO
22	งานพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลางซักฟอก	IC
23	งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	ICU
24	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	TTM
25	กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด	PSY

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง : กระบวนการควบคุมเอกสารคุณภาพ	หน้าที่ : 12 / 12
		รหัสเอกสาร: SP-QIC-001
ชื่อหน่วยงาน : ศูนย์พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน		วันที่ประกาศใช้: 1 มิถุนายน 2567

7.3 ตัวอย่าง “บัญชีเอกสารหลัก (Master List of QA Document)”

1.คู่มือคุณภาพ (Quality Manual: QM)						
ลำดับ	รหัสเอกสาร	ชื่อเอกสาร	ลงวันที่	แก้ไขครั้งที่	หน่วยงาน	ผู้จัดทำ
1	QM-ST-01					
2.ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure: SP)						
ลำดับ	รหัสเอกสาร	ชื่อเอกสาร	ลงวันที่	แก้ไขครั้งที่	หน่วยงาน	ผู้จัดทำ
1	SP-QIC-01					
3.วิธีปฏิบัติ (Work Instruction: WI)						
ลำดับ	รหัสเอกสาร	ชื่อเอกสาร	ลงวันที่	แก้ไขครั้งที่	หน่วยงาน	ผู้จัดทำ
1	WI-HRD-01-01					
4.แบบฟอร์มและเอกสารสนับสนุนอื่น (Form/Supporting document: FM/SD)						
ลำดับ	รหัสเอกสาร	ชื่อเอกสาร	ลงวันที่	แก้ไขครั้งที่	หน่วยงาน	ผู้จัดทำ
1	FM-HRD-001-00					