

Dental Safety Goals and Solutions

แนวทางปฏิบัติสำหรับฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลบ้านนา

Safe Dental Treatment

SD ๑ ถูกคน ถูกตำแหน่ง

๑. การเรียกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องทันตกรรม ควรระบุอย่างน้อย ๒ ตัวบ่งชี้ เช่น ชื่อ-นามสกุล และวันเกิด หรือ ชื่อ-นามสกุล และดูบัตรประชาชน เป็นต้น และมีการทวนสอบโดยผู้ให้การรักษาอีกครั้ง
๒. การส่งต่อเพื่อการถอนฟัน ควรระบุชี้ฟันอย่างน้อย ๒ วิธี เช่น ส่งถอนฟัน #๑๖ (๒) หรือใช้การ mark site เช่น ใน x-ray หรือ model ร่วมด้วย
๓. ในการให้การรักษาแต่ละครั้ง ควรมีการระบุตำแหน่งหรือชี้ฟันที่จะทำการรักษาร่วมกับผู้ป่วยหรือผู้ปกครองก่อนให้การรักษาทุกครั้ง

SD ๒ ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านสุขภาพร่างกาย ในการรับการรักษาทางทันตกรรม

๑. ควรวัดความดันโลหิตและชีพจรผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีทุกราย ก่อนการรักษาทางทันตกรรมทุกประเภท
๒. จัดให้มีการซักประวัติความเจ็บป่วยและประวัติการใช้ยาทุกครั้งที่มีรับบริการ และมีการบันทึกไว้
๓. ในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ หากผู้ป่วยอยู่ในระหว่างการรับการรักษาจากแพทย์ และควบคุมโรคได้ดี โดยพิจารณาจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจอื่นๆ และ / หรือ การรับรองจากแพทย์ผู้ให้การรักษา สามารถให้การรักษาทันตกรรมได้ หรือพิจารณาส่งต่อเพื่อการรักษาเฉพาะทางทันตกรรมที่เหมาะสมต่อไป
๔. ในผู้ป่วยโรคทางระบบที่ไม่อยู่ในระหว่างการรักษาจากแพทย์ หรือควบคุมโรคได้ไม่ดี ควรส่งปรึกษาแพทย์ทุกครั้งก่อนให้การรักษาทางทันตกรรม
๕. ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องหยุด หรือปรับการใช้ยาบางชนิดที่ผู้ป่วยใช้อยู่ ก่อนให้การรักษาทางทันตกรรม เช่น ยาละลายลิ่มเลือด เป็นต้น ควรปรึกษาแพทย์ก่อนทุกครั้ง

SD ๓ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่เหมาะสมและได้รับการรักษาที่ปลอดภัย

๑. ควรมีการตรวจวินิจฉัยด้วย x-ray ตามมาตรฐานของการรักษาทางทันตกรรมแต่ละสาขา
๒. ควร x-ray ก่อนการถอนฟันแท้ทุกซี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรณีต่อไปนี้

- ฟันกรามแท้ซี่ที่ ๓
- ฟันบนตั้งแต่ฟันเขี้ยวถึงฟันกรามใหญ่ที่รากหักขณะถอนฟัน เพื่อดูความสัมพันธ์กับ maxillary sinus ก่อนและรากฟันที่หัก
- ฟันที่มีลักษณะและอาการทางคลินิกที่แสดงถึงการมีพยาธิสภาพที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังการถอนฟัน เช่น benign and malignant tumors

๓. ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ การฉีดยาชา inferior alveolar nerve block ควรใช้เข็มยาว และ aspirate หรือหยุดสังเกตว่ามีเลือดไหลย้อนขึ้นมาจากปลายเข็มที่เข้าไปในเส้นเลือดหรือไม่ ก่อนฉีดยาชาทุกครั้ง
๔. ควรมีระบบการจัดการเพื่อให้แน่ใจว่า ผู้ป่วยจะได้รับยาชาที่เหมาะสมกับสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย เช่น การให้ผู้ช่วยทันตแพทย์ขออนุญาตเพื่อทดสอบชนิดของยาชาก่อนส่งให้ทันตแพทย์ทุกครั้ง
๕. ในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น ต้องเขียนใบส่งต่อเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมแนบหลักฐานอื่นๆ ที่จำเป็น เช่น ภาพถ่ายรังสี แบบจำลองฟัน ชิ้นส่วนฟันที่ถูกลบ และรากหัก เป็นต้น

SD ๔ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน ได้รับการรักษาภายใต้บุคลากรที่มีความสามารถความพร้อมของ อุปกรณ์ ยา

๑. บุคลากรทุกคนควรได้รับการฝึกอบรมเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
๒. ควรมีแนวทางปฏิบัติเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินเป็นลายลักษณ์อักษร
๓. ควรจัดให้มียาและอุปกรณ์เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วย โดยพิจารณาตามมาตรฐาน สถานพยาบาลของกองประกอบโรคศิลป์
๔. ควรมีระบบตรวจสอบยาและบำรุงรักษาอุปกรณ์ ให้มีความพร้อมใช้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

SD ๕ ผู้ป่วยเด็กต้องได้รับ medical immobilization อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

๑. เด็กที่มีโรคทางระบบร่วมด้วย ซึ่งภาวะความเครียด อาจมีผลต่อภาวะความปลอดภัยของคนไข้ ควรมีการประเมินและวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์ผู้ให้การรักษา และพิจารณาเรื่องการส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสมหากพบว่ามีความเสี่ยงสูง
๒. เมื่อมีการใช้ medical immobilization ส่งเสริมให้มีการใช้ papoose board ในขนาดที่เหมาะสม จะมีความปลอดภัยกว่าการ restraint โดยใช้คนจับ
๓. ผู้ให้การรักษาควรมีการสังเกตการหายใจของผู้ป่วยตลอดการรักษาและหยุดการรักษา และประเมินผู้ป่วยทันที ถ้าพบความผิดปกติ (การเปิดแผ่นปิดหน้าอกของ papoose board จะช่วยให้การสังเกตการหายใจทำได้ง่ายขึ้น)
๔. ควรใช้ rubber dam ในหัตถการที่มีความเสี่ยงที่จะมีน้ำหรือสิ่งแปลกปลอมตกลงไปในทางเดินหายใจ เช่น การอุดฟัน การรักษารากฟัน เป็นต้น

Safe Communication

SC ๑ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวิธีการรักษา ทางเลือกในการรักษา ผลลัพธ์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

๑. ควรมีการให้ข้อมูลก่อนการรักษา เป็นลายลักษณ์อักษร (informed consent) ในกรณีที่คาดว่าจะมีอาการแทรกซ้อนหลังการรักษา มีการพยากรณ์โรคไม่ดี หรืออาจไม่ได้ตามความคาดหวังของผู้ป่วย เช่น การผ่าตัดฟันคุด การจัดฟัน การทำ medical immobilization ในผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น
๒. ในผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา ส่งเสริมให้ทันตแพทย์ทำแผนการรักษาเป็นลายลักษณ์อักษรร่วมกับผู้ป่วย
๓. ในผู้ป่วยที่มีการรักษาโดยทันตแพทย์ตั้งแต่ ๒ ท่านขึ้นไป ควรระบุทันตแพทย์เจ้าของไข้เพื่อเป็นผู้บริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและเหมาะสม

SC ๒ ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามแผนการรักษาที่วางแผนร่วมกับทันตแพทย์ก่อนการรักษา

๑. ต้องจัดให้มีเอกสารแสดงอัตราค่าบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยและญาติเข้าถึงได้ง่าย
๒. ควรจัดให้มีระบบการแจ้งการค่าบริการอย่างเหมาะสม ก่อนที่จะให้การรักษาแต่ละครั้ง

SC ๓ เมื่อมีอาการแทรกซ้อนหรือความไม่สมบูรณ์ของการรักษา ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ปกครองต้องได้รับทราบและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งพยากรณ์โรคและแนวทางการรักษาที่จะได้รับ

๑. เมื่อมีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะให้การรักษา ควรพิจารณาแจ้งให้ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ปกครองทราบโดยเร็ว
๒. ควรอธิบายภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สมบูรณ์ของการรักษา พยากรณ์โรค และแนวทางการรักษาให้ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ปกครองได้เข้าใจอย่างชัดเจน และบันทึกการอธิบายในเวชระเบียน
๓. ควรพิจารณาส่งต่อหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ หากเกินความสามารถของผู้ให้การรักษา หรือผู้ป่วยร้องขอ

Safe record

SR ๑ มีการบันทึกเวชระเบียนที่แสดงถึงความเหมาะสมในการตรวจวินิจฉัย การประเมินผู้ป่วย การให้การรักษา การให้ข้อมูลผู้ป่วย และญาติเพื่อวางแผนการรักษาที่มีความซับซ้อน และการให้ข้อมูลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สมบูรณ์ของการรักษา

๑. ควรมีการบันทึกผลการซักประวัติความเจ็บป่วย (present ill) ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ในการมารับบริการทุกครั้ง
๒. ควรมีการบันทึกผลการวัดสัญญาณชีพ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการลงในเวชระเบียนทุกครั้งที่มีการตรวจวัด
๓. ควรบันทึกชนิดของยาชา ปริมาณยาชา และความเข้มข้นของยาฉีดหลอดเลือดที่ใช้ทุกครั้ง
๔. ส่งเสริมให้บันทึกการขอคำปรึกษาจากวิชาชีพทันตแพทย์หรือวิชาชีพอื่นๆ และข้อสรุปที่ได้ร่วมกันทุกครั้ง
๕. ส่งเสริมให้มีการบันทึกเวชระเบียนที่แสดงให้เห็นความสอดคล้องของการรักษากับการวินิจฉัย และอาการทางคลินิก ตลอดจนมีการประเมินซ้ำเป็นระยะ มีการแปลผลการส่งตรวจ x-ray และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
๖. เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้การรักษา ควรบันทึกรายละเอียดของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการให้การรักษาเพื่อแก้ไขภavnะนั้น ลงในเวชระเบียนรวมถึงบันทึกสิ่งที่เราได้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วย

Safe infection control

SI ๑ การสวมเครื่องป้องกันการติดเชื้อ (protective barriers)

ในการให้การรักษาศัลยกรรม ผู้ให้การรักษามีการป้องกันดังต่อไปนี้

๑. ล้างมือ ๒๐-๓๐ วินาทีก่อนสวมถุงมือ และหลังจากถอดถุงมือ
๒. ถุงมือตรวจ (examination gloves) ใช้กับผู้ป่วยแต่ละราย และทิ้งหลังใช้งาน
๓. ถุงมือที่ใช้ในงานศัลยกรรม ควรเป็นชนิดปลอดเชื้อ และมีความหนา (งานถอนฟันอาจพิจารณาใช้ examination glove)
๔. ถุงมือที่ปนเปื้อนเลือดและน้ำลายหลังใช้งานถือเป็นขยะติดเชื้อ
๕. หน้ากากอนามัย ควรมีประสิทธิภาพในการกรองได้อย่างน้อย ๙๗% สำหรับอนุภาคขนาด ๐.๓ ไมครอน
๖. แว่นตา หรือ face shield ควรสวมทุกครั้งที่มีละอองฝอย (aerosol) ในระหว่างการรักษา และใช้ร่วมกับหน้ากากอนามัยเสมอ แว่นที่ใช้ควรมีขอบปิดทั้งด้านข้างและด้านบน
๗. เสื้อกาวน์มีแขนยาว คอปิด หลีกเลียงการมีตะเข็บ กระเป๋

SI ๒ เครื่องมือที่ใช้บำบัดรักษาศัลยกรรม (instrument processing)

๑. เครื่องมือที่ผ่านการใช้งานแล้ว ก่อนนำกลับมาใช้ใหม่ ต้องผ่านการทำความสะอาด และฆ่าเชื้อ (disinfection) หรือทำให้ปลอดเชื้อ (sterilization) โดย

เครื่องมือที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในการติดเชื้อสูง เช่น เครื่องมือที่ใช้ในงานศัลยกรรม หรือศัลยกรรมปริทันต์ ต้องทำให้ปลอดเชื้อเท่านั้น

เครื่องมือที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในการติดเชื้อปานกลาง เช่นกระจกส่องในช่องปาก เครื่องมืออุดฟัน แก้วน้ำ ต้องฆ่าเชื้อหรือทำให้ปลอดเชื้อ

เครื่องมือที่ไม่ได้ใช้ในช่องปาก หรือสัมผัสกับผู้ป่วย ต้องทำความสะอาด หรือ ฆ่าเชื้อก่อนนำกลับมาใช้ใหม่

๒. เครื่องมือที่ผ่านการฆ่าเชื้อหรือทำให้ปลอดเชื้อแล้ว ต้องบรรจุในห่อหรือซอง หรือภาชนะที่เหมาะสม และจัดเก็บในภาชนะหรือตู้ที่ปลอดการปนเปื้อน จนกว่าเครื่องมือจะถูกนำออกใช้งาน

๓. ห่อเครื่องมือต้องติดหรือมีตัวบ่งชี้ทางเคมี ก่อนนำไปทำให้ปลอดเชื้อ

๔. ควรทำการตรวจสอบทางชีวภาพ (spore test) กับเครื่องมือทำให้ปลอดเชื้ออย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง เพื่อให้แน่ใจว่าเครื่องทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

๕. เครื่องมือที่ไม่สามารถนำมาฆ่าเชื้อหรือทำให้ปลอดเชื้อได้ ควรเลือกเครื่องมือชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง

หมายเหตุ

Glass bead ไม่ถือว่าเป็นเครื่องมือทำให้ปลอดเชื้อ (อ้างอิงมาตรฐาน Infection Control ทันตแพทยสมาคม)

SI ๓ การดูแลรักษาพื้นผิว ในบริเวณที่ให้การรักษ (surface asepsis)

๑. พื้นผิวที่ต้องสัมผัสในระหว่างให้การรักษ เช่น ด้ามปรับไฟ ปุ่มปรับยูนิตทันตกรรม ควรใช้วัสดุที่เหมาะสมคลุมพื้นผิวนั้นก่อนให้การรักษผู้ป่วยแต่ละราย หรือทำความสะอาด และฆ่าเชื้อ ภายหลังจากการให้การรักษผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อมิให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อระหว่างผู้ป่วย
๒. พื้นผิวที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษโดยตรง เช่น พื้นผิวโต๊ะ ผนังห้อง ให้เช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่ ในกรณีที่มีเลือดหรือเสมหะ หนอง หลังจากทำความสะอาดแล้วควรเช็ดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ
๓. ก้อนน้ำที่ใช้ในบริเวณที่ให้การรักษควรเป็นชนิดที่ไม่ใช้มือปิดเปิด

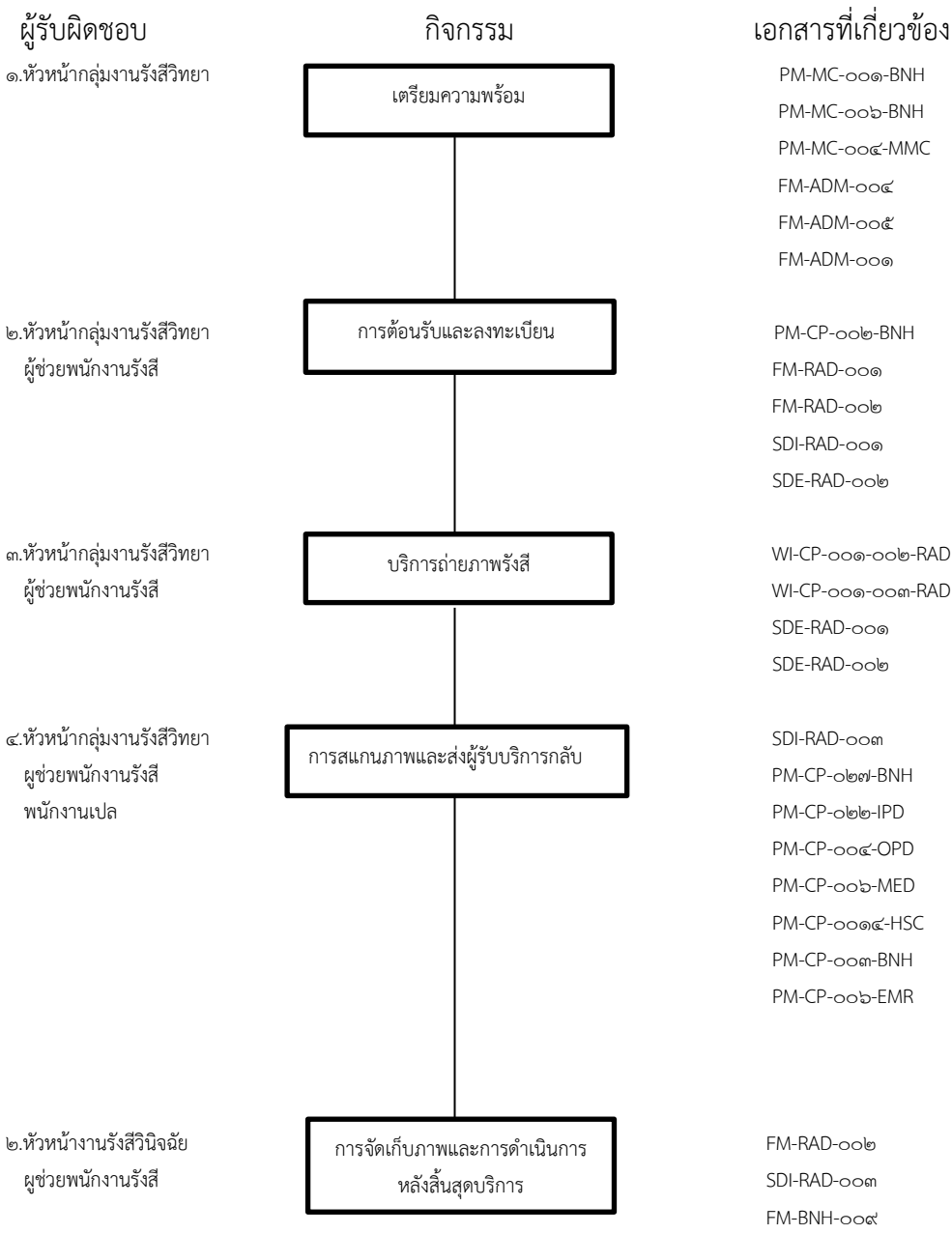
หมายเหตุ

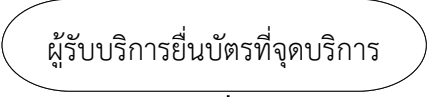
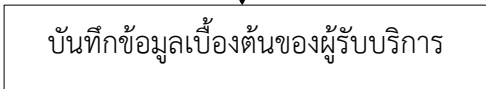
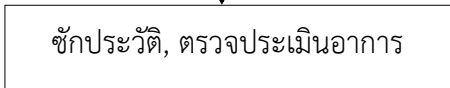
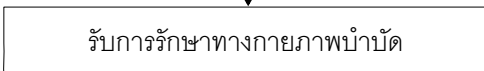
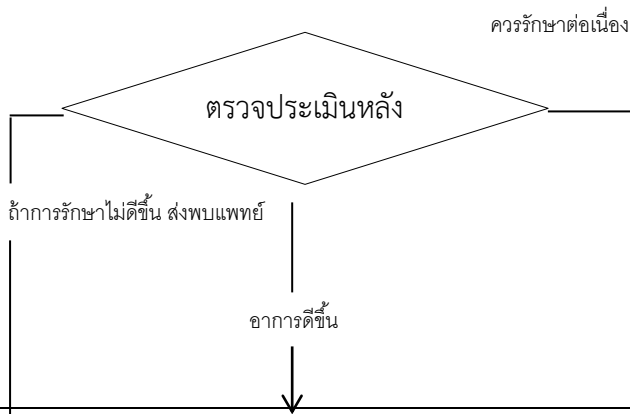
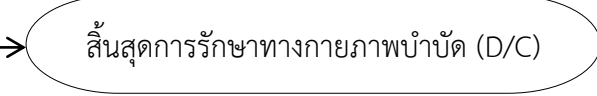
ไม่ใช่แอลกอฮอล์ เป็นสารฆ่าเชื้อทางทันตกรรม และไม่ใช้กลูตาแรลดีไฮด์ ในการฆ่าเชือบนพื้นผิว

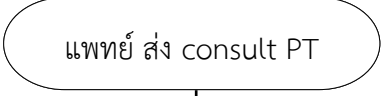
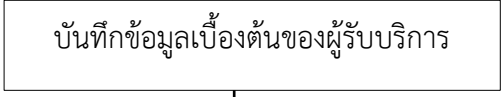
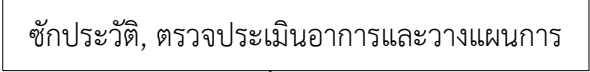
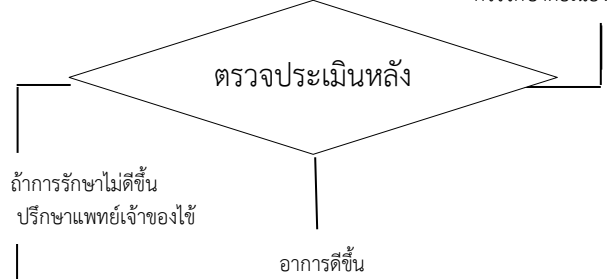
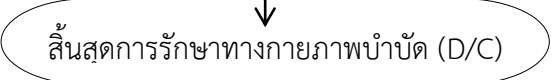
SI ๔ การให้การรักษผู้ป่วยทางทันตกรรมควรยึดหลักของ Standard precaution

๑. ผู้ป่วยวัณโรค หากสามารถกำหนดการนัดหมายได้ควรปฏิบัติดังนี้
- ควรให้การรักษเป็นรายสุดท้าย ให้การรักษในห้องที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก
 - หน้ากากอนามัยที่ใช้ในการรักษควรเป็นชนิด N๙๕
 - ไม่ควรให้การรักษผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระยะติดต่อ (active TB) เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน
 - ในกรณีที่สงสัยว่าผู้ป่วยที่มาขอรับการรักษาเป็นวัณโรคในระยะติดต่อ ควรส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพื่อตรวจรักษาก่อนให้การรักษทางทันตกรรม
๒. ในระหว่างให้การรักษไม่ควรใช้เครื่องดูดละอองหรือหัวดูดกำลังสูงร่วมกับหัวดูดน้ำลายในช่องปากในเวลาเดียวกัน เพราะจะทำให้เกิดการไหลย้อนกลับของน้ำลายในท่อดูดน้ำลาย
 ๓. กำหนดมาตรการในการควบคุมการติดเชื้อภายในสถานพยาบาลให้ชัดเจน และแจ้งหรือให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้ที่เกี่ยวข้องจนนำไปปฏิบัติได้อย่างแท้จริง
 ๔. ถุงมือ สำลี ผ้าก๊อซ แมสค์ และอื่นๆ ที่ปนเปื้อนเลือดหรือน้ำลาย หรือขยะมีคม ที่ผ่านการใช้งานแล้ว ให้นำไปกำจัดโดยถือเป็นขยะติดเชื้อ
 ๕. ขั้นตอนการ x-ray ต้องมีการป้องกันการติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้ออย่างเหมาะสม

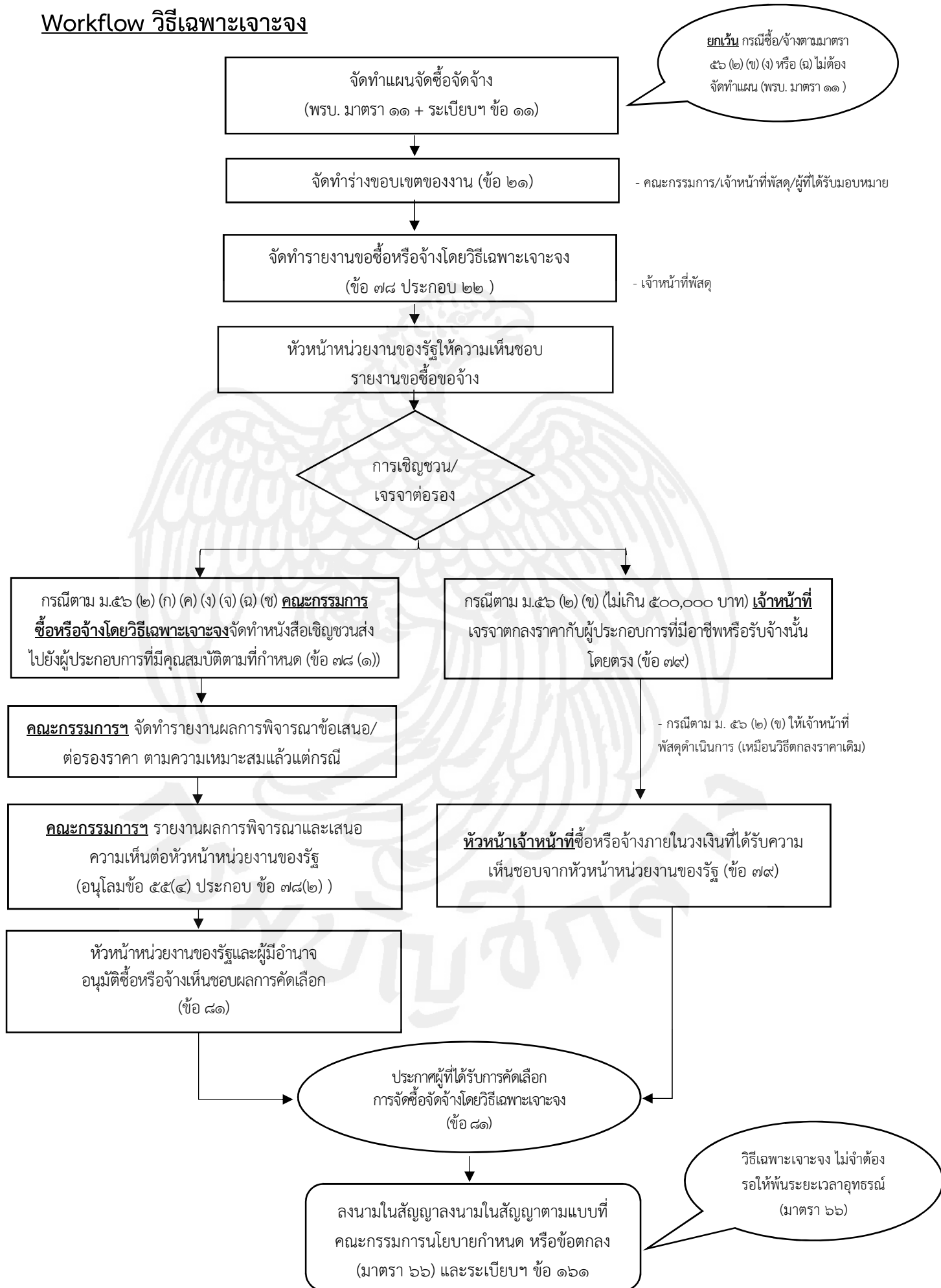
ผังกระบวนการบริการรังสีวิทยา



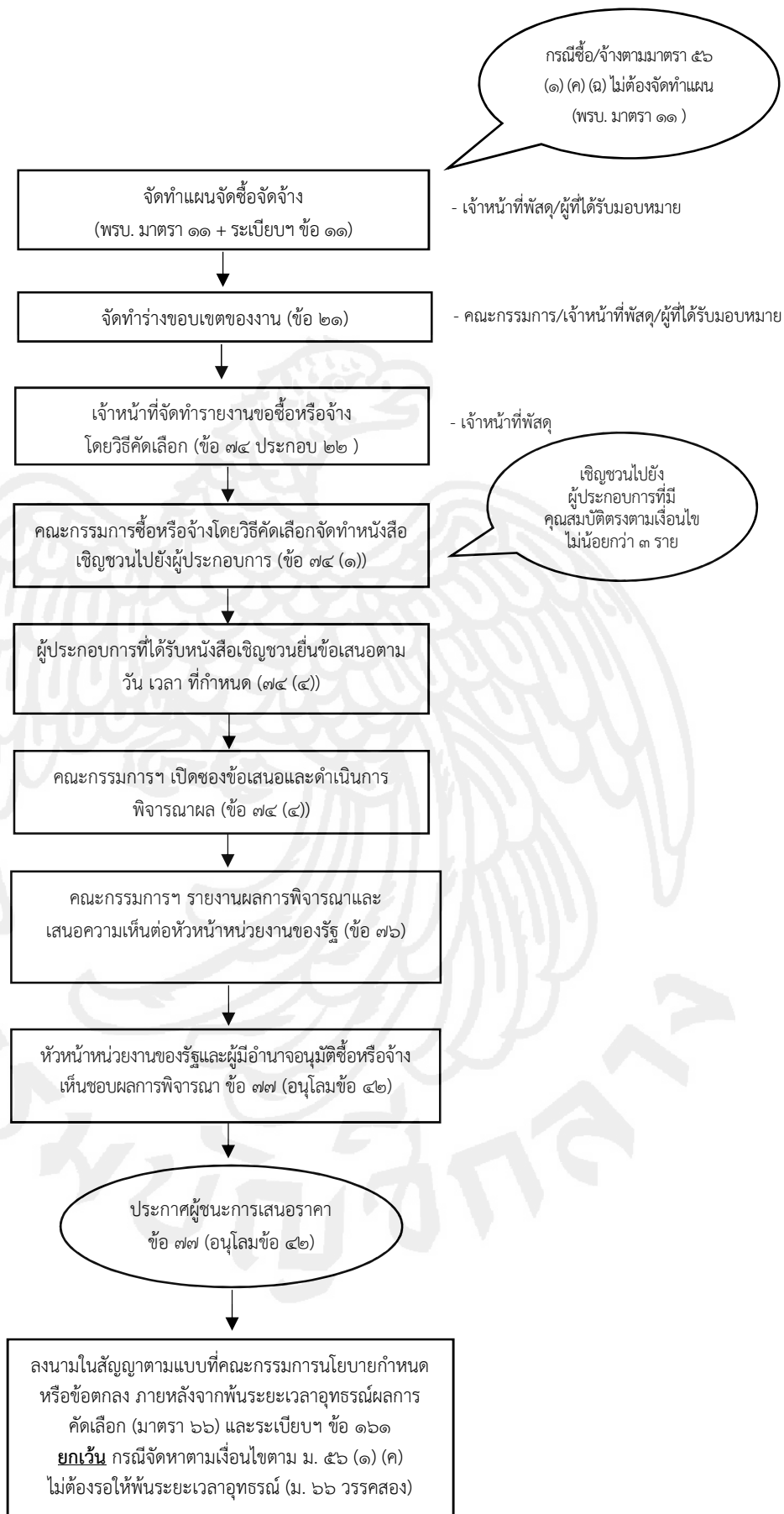
ชื่อกระบวนการ...ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยนอก งานกายภาพบำบัด ตัวชี้วัดที่สำคัญของกระบวนการ ... ร้อยละ ๙๕ ของผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่เกิน ๒๐ นาที				
ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	ผู้รับผิดชอบ
๑		๑ - ๕ นาที	กรณีผู้ป่วยรายใหม่ : กล่าวทักทาย,ระบุตัวผู้ป่วยจากบัตรและระบบคอมพิวเตอร์	ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด ภายใต้การควบคุมของ นักกายภาพบำบัด
๒		๕ - ๑๐ นาที	สอบถามอาการเบื้องต้น,วัดความดันโลหิต และ ชั่งน้ำหนัก/ส่วนสูง ตรวจสอบสิทธิการรักษาใน ระบบคอมพิวเตอร์	ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด ภายใต้การควบคุมของ นักกายภาพบำบัด
๓		๕ - ๑๐ นาที	ซักประวัติ และการเปลี่ยนแปลงของอาการ ตรวจร่างกายและวินิจฉัยโรคทางกายภาพบำบัด เลือกการรักษาที่เหมาะสม โดยผู้รับบริการร่วมเลือก วิธีการรักษาตามแผนที่วางไว้	นักกายภาพบำบัด
๔		๓๐-๖๐ นาที	อธิบายวิธีการ,วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการรักษา ให้การรักษาตามแผนที่วางไว้	นักกายภาพบำบัด
๕		๕ - ๑๐ นาที	-ตรวจสอบประเมินอาการของผู้ป่วย -อาการดีขึ้นหลังรักษา → สิ้นสุดการรักษา,จำหน่าย -ควรรักษาต่อเนื่อง→ ออกบัตรนัด และรับการ รักษาต่อ -รักษาต่อเนื่องแล้วอาการไม่ดีขึ้น ภายใน ๑๐ visit → ส่งพบแพทย์ เพื่อพิจารณาการ รักษาที่เหมาะสมต่อไป ลงข้อมูลการรักษาและหัตถการในระบบ คอมพิวเตอร์	นักกายภาพบำบัด
๖		๕ - ๑๕ นาที	ทบทวน Home program,จำหน่ายการรักษา	นักกายภาพบำบัด

ชื่อกระบวนการ...ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยใน งานกายภาพบำบัด ตัวชี้วัดที่สำคัญของกระบวนการ ... ร้อยละ ๙๕ ของผู้ป่วยรอรับการรักษาไม่เกิน ๒๐ นาที				
ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	ผู้รับผิดชอบ
๑		๑ - ๕ นาที	แพทย์ consult PT โดยพยาบาลประจำตึกจะส่ง consult ในระบบคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์รายงาน โดยงาน	ผู้ช่วย นักกายภาพบำบัด ภายใต้การควบคุมของ นักกายภาพบำบัด
๒		๕- ๑๐ นาที	กายภาพบำบัดให้บริการผู้ป่วยใน ในช่วงเวลา ๑๓.๐๐ - ๑๕.๐๐น. ถ้าส่ง consult หลังเวลา ๑๕.๐๐น. จะให้บริการในวันต่อไป ลงข้อมูลในสมุดและระบบคอมพิวเตอร์	ผู้ช่วย นักกายภาพบำบัด ภายใต้การควบคุมของ นักกายภาพบำบัด
๓		๕ - ๑๐ นาที	นักกายภาพบำบัดประเมินผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยควรรับบริการที่ตึกผู้ป่วย/ที่งานกายภาพบำบัด ตรวจร่างกายและวินิจฉัยโรคทางกายภาพบำบัด เลือกการรักษาที่เหมาะสม โดยผู้รับบริการร่วมเลือก วิธีการรักษาภายใต้เงื่อนไขที่จำเป็น	นักกายภาพบำบัด
๔		๓๐ - ๖๐ นาที	อธิบายวิธีการ, วัตถุประสงค์และขั้นตอนการรักษา ให้การรักษาตามแผนที่วางไว้	นักกายภาพบำบัด
๕		๕ - ๑๐ นาที	-ตรวจประเมินอาการของผู้ป่วย -อาการดีขึ้นหลังรักษา → สิ้นสุดการรักษา, จำหน่าย -ควรรักษาต่อเนื่อง→ออกบัตรนัด และรับการรักษาต่อ -รักษาต่อเนื่องแล้วอาการไม่ดีขึ้น ภายใน ๑๐ visit → ส่งพบแพทย์ เพื่อพิจารณาการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ลงข้อมูลการรักษาและหัตถการในระบบคอมพิวเตอร์	นักกายภาพบำบัด
๖		๕ - ๑๕ นาที	ทบทวน Home program, จำหน่ายการรักษา	นักกายภาพบำบัด

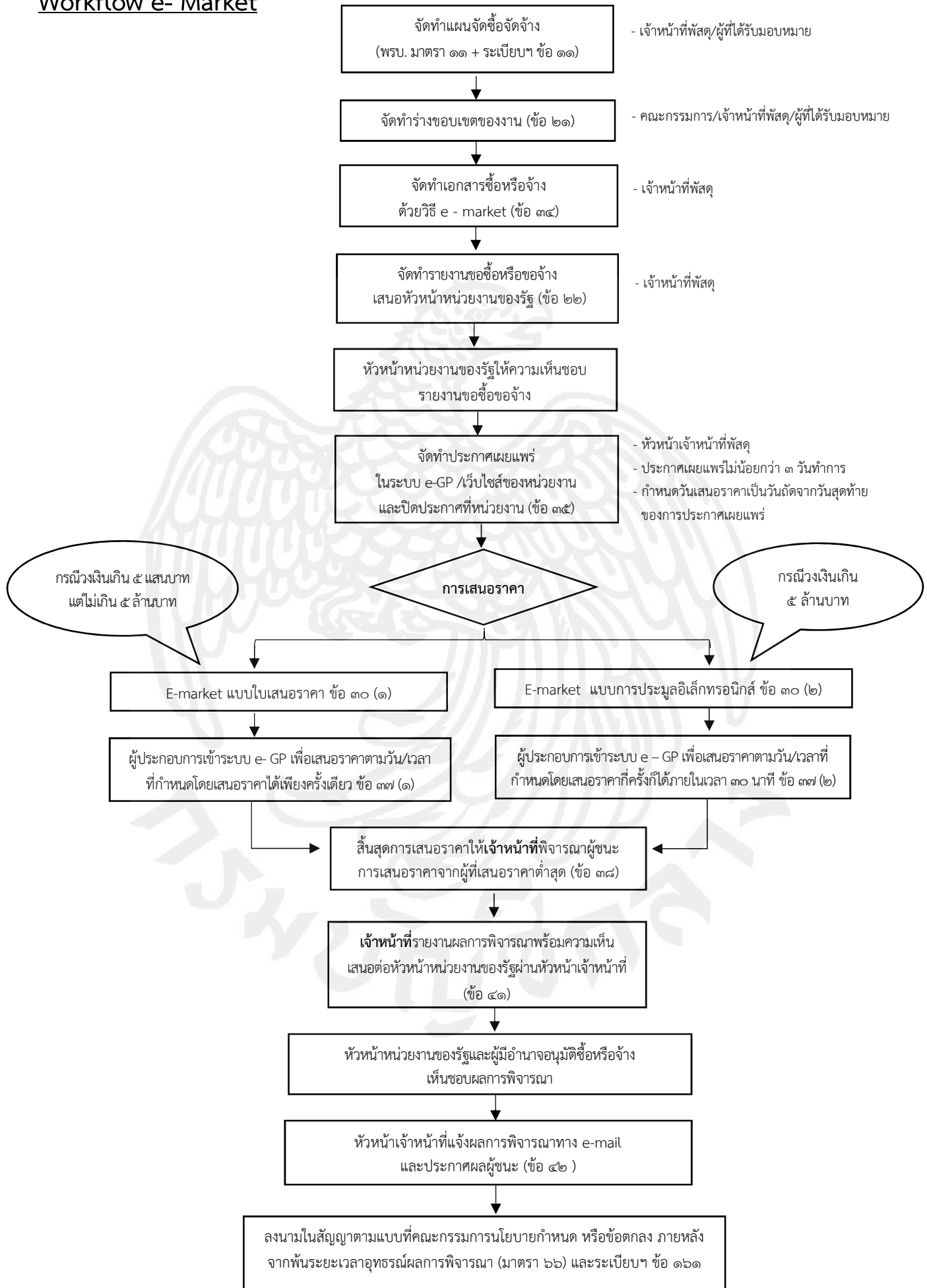
Workflow วิธีเฉพาะเจาะจง



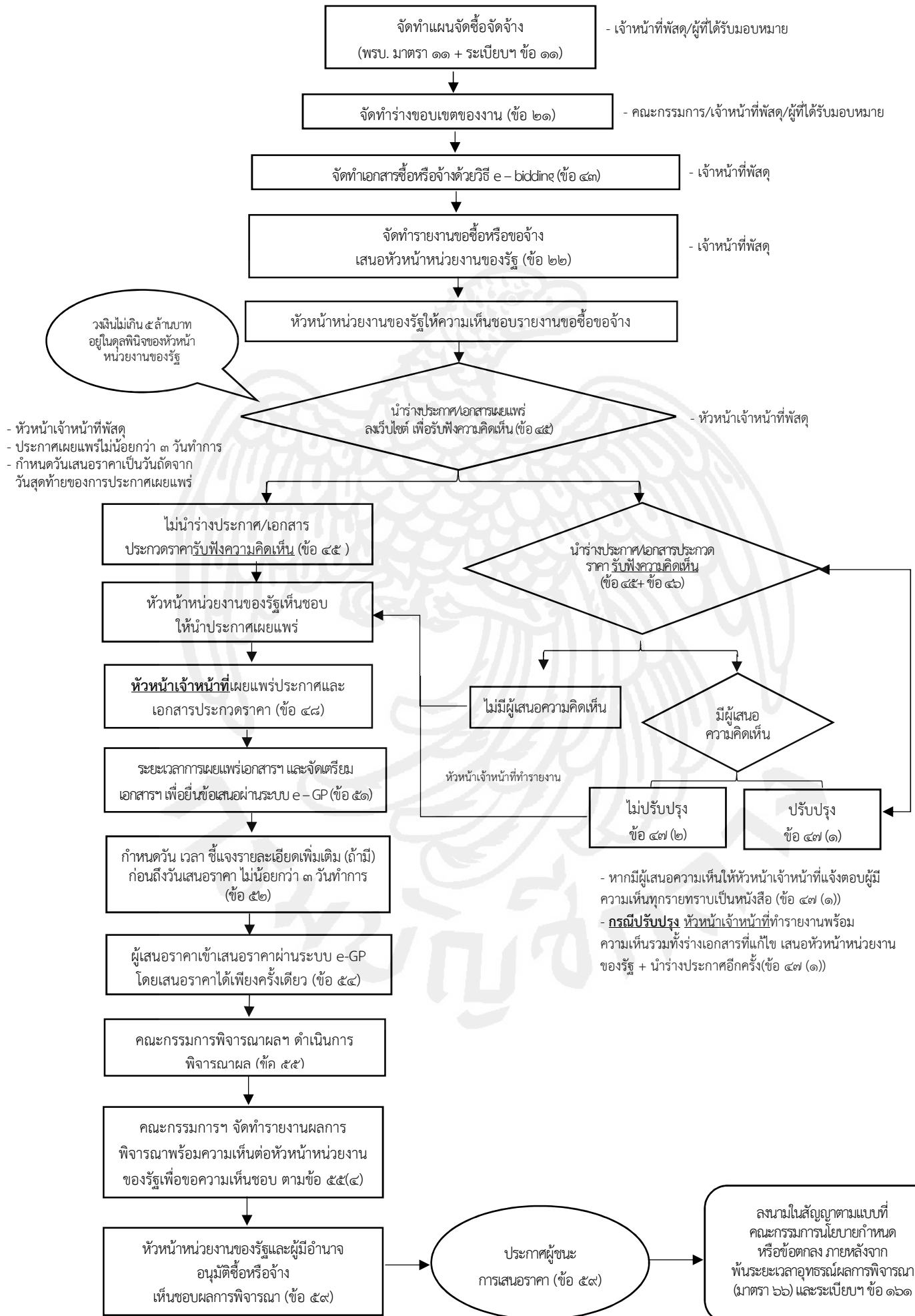
Workflow วิธีคัดเลือก



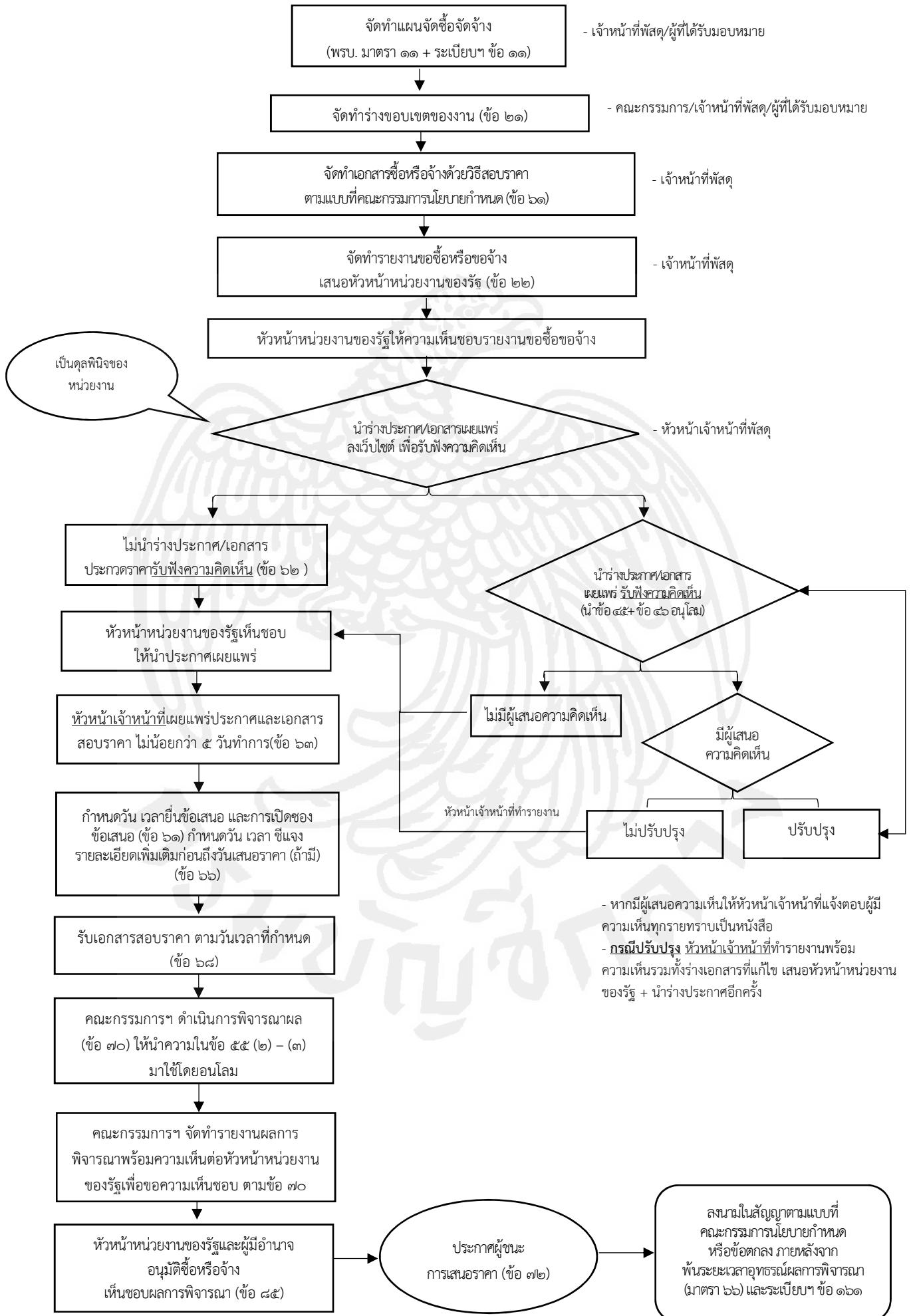
Workflow e- Market



Workflow e-bidding

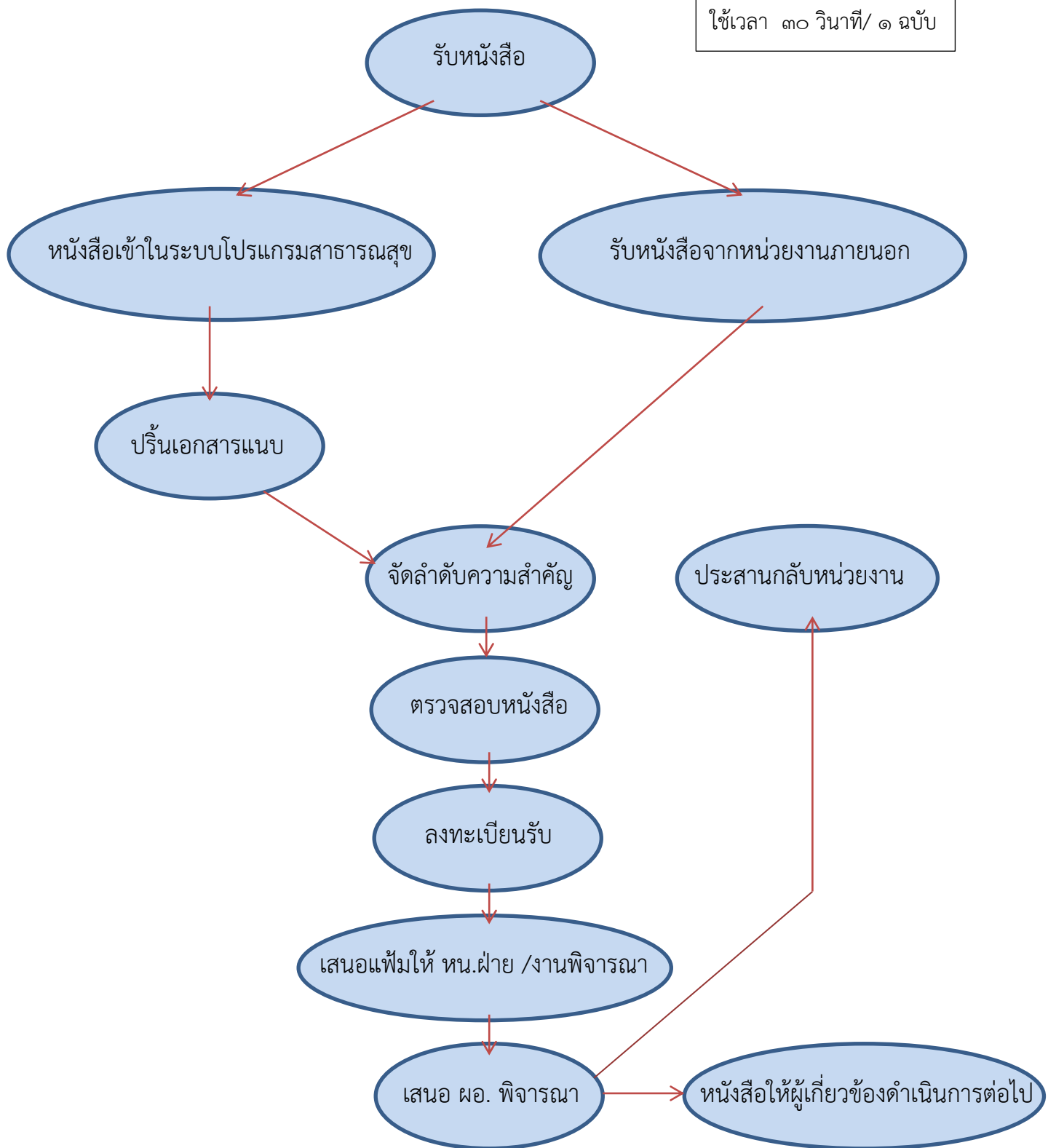


Workflow วิธีสอบราคา

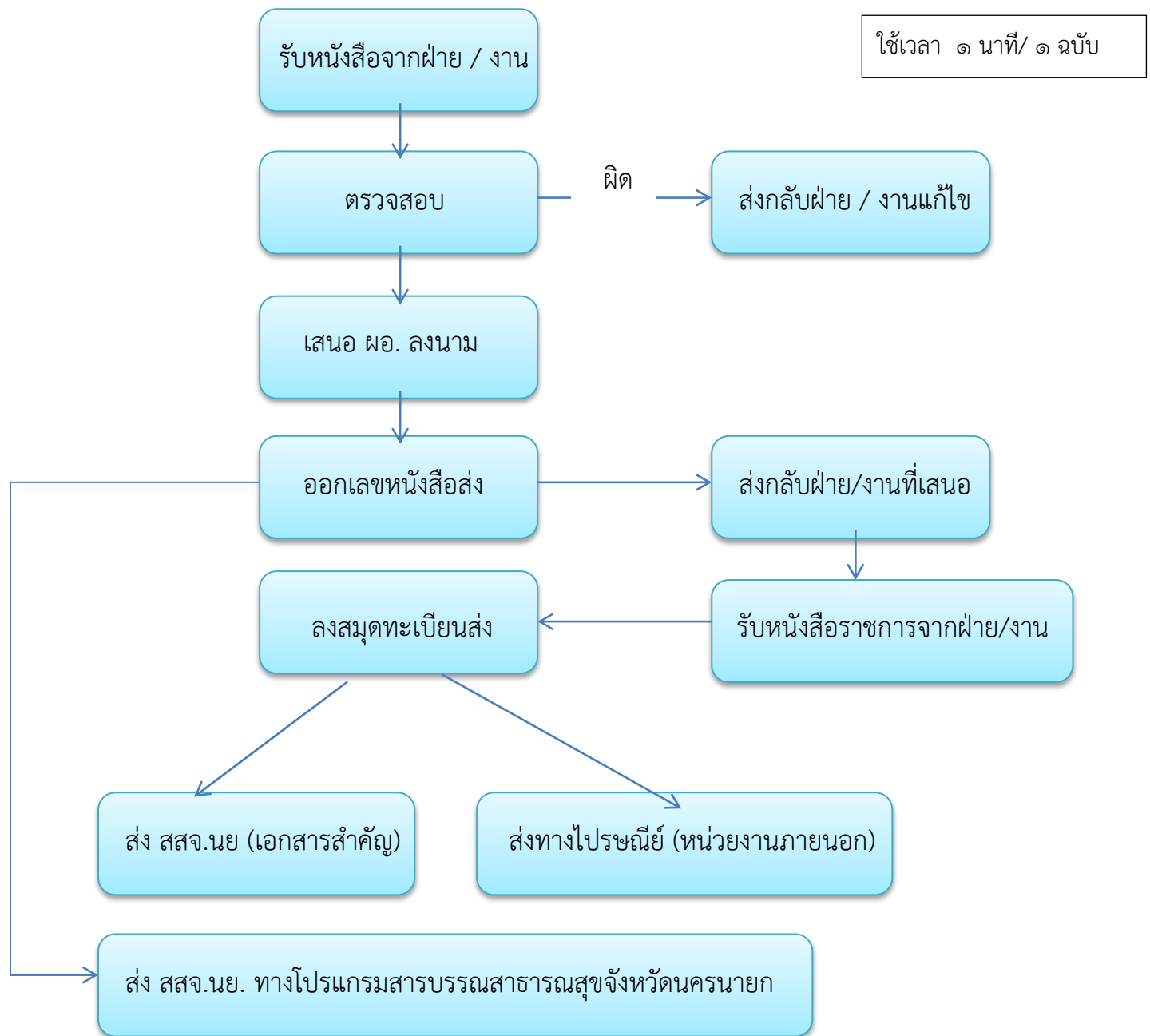


การรับหนังสือราชการ

ใช้เวลา ๓๐ วินาที/ ๑ ฉบับ



การส่งหนังสือราชการ



การทำลายหนังสือราชการ

มาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน การให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านนา

Flowchart การปฏิบัติงาน	วิธีดำเนินงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ระยะเวลา
	ผู้รับบริการยื่นบัตรนัดเจาะเลือด/ตรวจอื่นๆทางห้องปฏิบัติการ	๑.ใบนัดตรวจโรงพยาบาลบ้านนา ๒.ใบคัดกรองผู้ป่วยนอก ๓.บัตรนัด รพ.อื่นๆ	
	๑.จนท.ตรวจสอบใบนัดและใบคัดกรอง ๒.ถูกต้องตรงตามนัด ลงรายการตรวจใน HoSXP ๓.ไม่ถูกต้อง/ไม่ตรงนัด พบพยาบาลจุดคัดกรอง ๔.ผู้รับบริการที่ชำระเงินไปชำระเงินก่อนเก็บส่งส่งตรวจ	๔.บัตรประชาชน	๕-๑๕ นาที
	๑.เจ้าหน้าที่เก็บส่งส่งตรวจตามรายการ ตรวจสอบ ชื่อ-สกุล ให้ตรงกัน ๒.ระบุระยะเวลารอคอยผลในใบคัดกรอง	๑.SDI-LAB-๐๐๑ คู่มือการใช้บริการห้องปฏิบัติการ ๒.SDE-LAB-๐๐๑ มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ๒๕๕๕	๑๐-๓๐ นาที
	จนท.ตรวจสอบความถูกต้อง/ความเหมาะสม ของสิ่งส่งตรวจ		๑-๒ นาที
	๑.เตรียมสิ่งส่งตรวจก่อนทำการตรวจวิเคราะห์ ๒.ตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจ ๓.รายงานผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านระบบ LIS ๔.ทวนสอบผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านระบบ HosXP	๑.WI-LAB คู่มือปฏิบัติงานของแผนกต่างๆในห้องปฏิบัติการ ๒.WI-LAB-LAB-๐๐๘ การบันทึกและรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ ๓.WI-LAB-LAB-๐๐๙ การรายงานค่าวิกฤติ/ผลด่วน ๔.รายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทางระบบ HoSXP และใบรายงานที่พิมพ์จากคอมพิวเตอร์	๑๐-๙๐ นาที
จัดเก็บสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์	จนท.จัดเก็บสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสมถูกต้อง	WI-LAB-LAB-๐๐๗ การเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจหลังการวิเคราะห์	๑๐ นาที



ศูนย์พัฒนาระบบบริการ

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60
หน้าที่ 1 / 43	

บันทึกการประกาศใช้และแก้ไข

ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	รายละเอียด	แก้ไขโดย	อนุมัติโดย
1	24 มกราคม 2560	ฉบับใหม่	-	นพ.สุวรรณ เพ็ชรรุ่ง
2	15 พฤษภาคม 2560	เปลี่ยนแปลงรายละเอียด	น.ส.ชาวิณี ทรัพย์ประเสริฐ	นพ.สุวรรณ เพ็ชรรุ่ง



ศูนย์ทางการแพทย์

โรงพยาบาลบ้านนา (BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60

หน้าที่ 2 / 43

หมวด

หน้า

นโยบายคุณภาพ	3
1. องค์กรและการบริหาร	5
2. บุคลากร	14
3. เครื่องมือห้องปฏิบัติการ	19
4. การจัดซื้อ และการใช้บริการจากภายนอก	22
5. การควบคุมกระบวนการ	24
6. เอกสารคุณภาพ	28
7. การควบคุมสิ่งไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด	34
8. การตรวจติดตามภายใน	35
9. กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	37
10. การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ	38
รายชื่อเจ้าหน้าที่งานเทคนิคการแพทย์	40
อัตรากำลังบุคลากร	41
กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ	42
แผนผังห้องปฏิบัติการ	43



ศูนย์พัฒนาระบบบริการ

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60
	หน้าที่ 3 / 43

นโยบายคุณภาพ

ถ้อยแถลงนโยบายคุณภาพ

เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายคุณภาพของโรงพยาบาลบ้านนา และกระทรวงสาธารณสุขที่เน้น
ความสำคัญของคุณภาพมาตรฐานในการให้บริการผู้ป่วย งาน เทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านนาจึงมุ่งมั่นที่จะ
พัฒนานุคลากรและคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ด้วยความร่วมมือร่วมใจของเจ้าหน้าที่ทุกคนที่จะให้บริการทาง
ห้องปฏิบัติการอย่างมีคุณภาพโดยยึดสิทธิประโยชน์ของผู้ใช้บริการเป็นหัวใจสำคัญ การบริการเป็นไปตาม
มาตรฐานคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ระดับสากลตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ปี 2555 และ
มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA : Hospital Accreditation) และมุ่งหวังจะสร้างความเชื่อมั่นแก่
ผู้รับบริการว่า ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่ผู้รับบริการได้รับ มีความถูกต้อง รวดเร็ว เชื่อถือได้
รวมทั้งผู้รับบริการจะได้รับโลหิตและส่วนประกอบโลหิตที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ และท้ายที่สุดผู้รับบริการมี
ความพึงพอใจในการใช้บริการห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ ของโรงพยาบาลบ้านนา

ลงชื่อ

(นายแพทย์สุวรรณ เพ็ชรรุ่ง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา (BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60

หน้าที่ 4 / 43

บทนำ

การจัดระบบคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องทางงาน เทคนิค การแพทย์จำเป็นต้องมี “คู่มือคุณภาพ” เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในงาน เทคนิคการแพทย์ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน เกี่ยวกับการตรวจวิเคราะห์ทางเทคนิคการแพทย์สาขาต่าง ๆ เช่น โลหิตวิทยา ,จุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก ,ภูมิคุ้มกัน วิทยาคลินิก, จุลชีววิทยา, เคมีคลินิก, ธนาการเลือด, เซลล์วิทยา และการทดสอบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งส่งตรวจ ที่มาจากร่างกายมนุษย์

งานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านนาจึงได้จัดทำคู่มือคุณภาพทางงาน เทคนิคการแพทย์ ขึ้นมา โดยมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน งานเทคนิคการแพทย์ระดับคุณภาพสากลตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ปี 2555 (ที่กำหนดโดยสภาเทคนิคการแพทย์) เพื่อให้ผลการตรวจวิเคราะห์ทางงาน เทคนิคการแพทย์ ถูกต้อง เชื่อถือได้ เสร็จทันเวลา และเกิดประโยชน์กับผู้ใช้บริการมากที่สุด นอกจากนี้คู่มือคุณภาพยังมีความสำคัญสำหรับ ผู้บริหารทางงาน เทคนิคการแพทย์ ที่จะใช้ในการติดตามระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อขอการรับรองคุณภาพ มาตรฐานทางงานเทคนิคการแพทย์จากองค์กรภายนอกต่อไป



ศูนย์พัฒนาระบบบริการ

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60
	หน้าที่ 5 / 43

1. องค์กรและการบริหาร

1.1 องค์กร

1.1.1 งานเทคนิคการแพทย์ เป็นหน่วยงานหนึ่งในกลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลบ้านนา ทำหน้าที่ทดสอบและควบคุมผลการตรวจให้ได้คุณภาพมาตรฐาน โดยตรวจสอบส่งตรวจต่างๆ จากผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยดำเนินการถูกต้องตามกฎหมาย ปัจจุบันสังกัดโรงพยาบาลบ้านนา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่เลขที่ 77 หมู่ 1 ตำบลพิบูลนอก อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ซึ่งแบ่งการบริหารภายในโรงพยาบาลออกเป็น 9 กลุ่มภารกิจตามแผนภูมิ โดยมีงานเทคนิคการแพทย์ อยู่ในกลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์ ทำหน้าที่รับผิดชอบในการบริการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการแก่ผู้ใช้บริการของโรงพยาบาลบ้านนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายงานเทคนิคการแพทย์ เป็นหน่วยงานของโรงพยาบาลบ้านนา โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนาเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุด ทำหน้าที่กำหนดนโยบายในการปฏิบัติงานและมีหัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์และหัวหน้างานเทคนิคการแพทย์เป็นผู้รับนโยบายมาดำเนินการ โดยห้องปฏิบัติการสามารถปฏิบัติงานอย่างอิสระในการตัดสินใจและรักษาความเป็นกลางในการรายงานผลการตรวจ ปราศจากความกดดันใดๆ ซึ่งอาจมีผลเสียต่อคุณภาพงาน และมีความเป็นอิสระในการเลือกใช้วิธีการทดสอบในห้องปฏิบัติการ โดยใช้พื้นฐานความรู้ด้านวิชาชีพและมาตรฐานทางด้านวิชาการเพื่อประกอบการวินิจฉัยของแพทย์ โดยมีการจัดผังโครงสร้างองค์กร (Organization Chart) แสดงความเชื่อมโยงและการบริหารภายในงาน เทคนิคการแพทย์ และแสดงความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับองค์กรอื่น ดังนี้



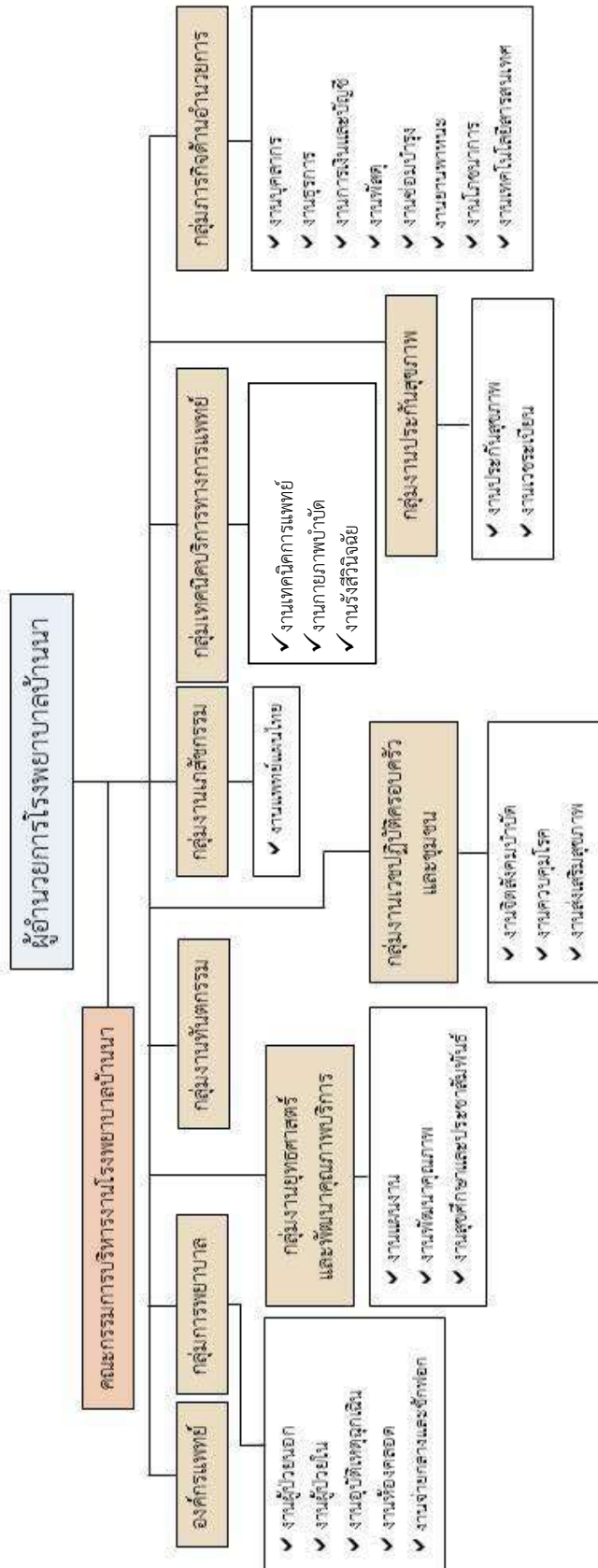
ศูนย์โรงพยาบาลบริการ

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์		
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01	วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60	หน้าที่ 6 / 43

โครงสร้างโรงพยาบาลบ้านนา





ศูนย์ห้องปฏิบัติการ

โรงพยาบาลบ้านนา (BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์

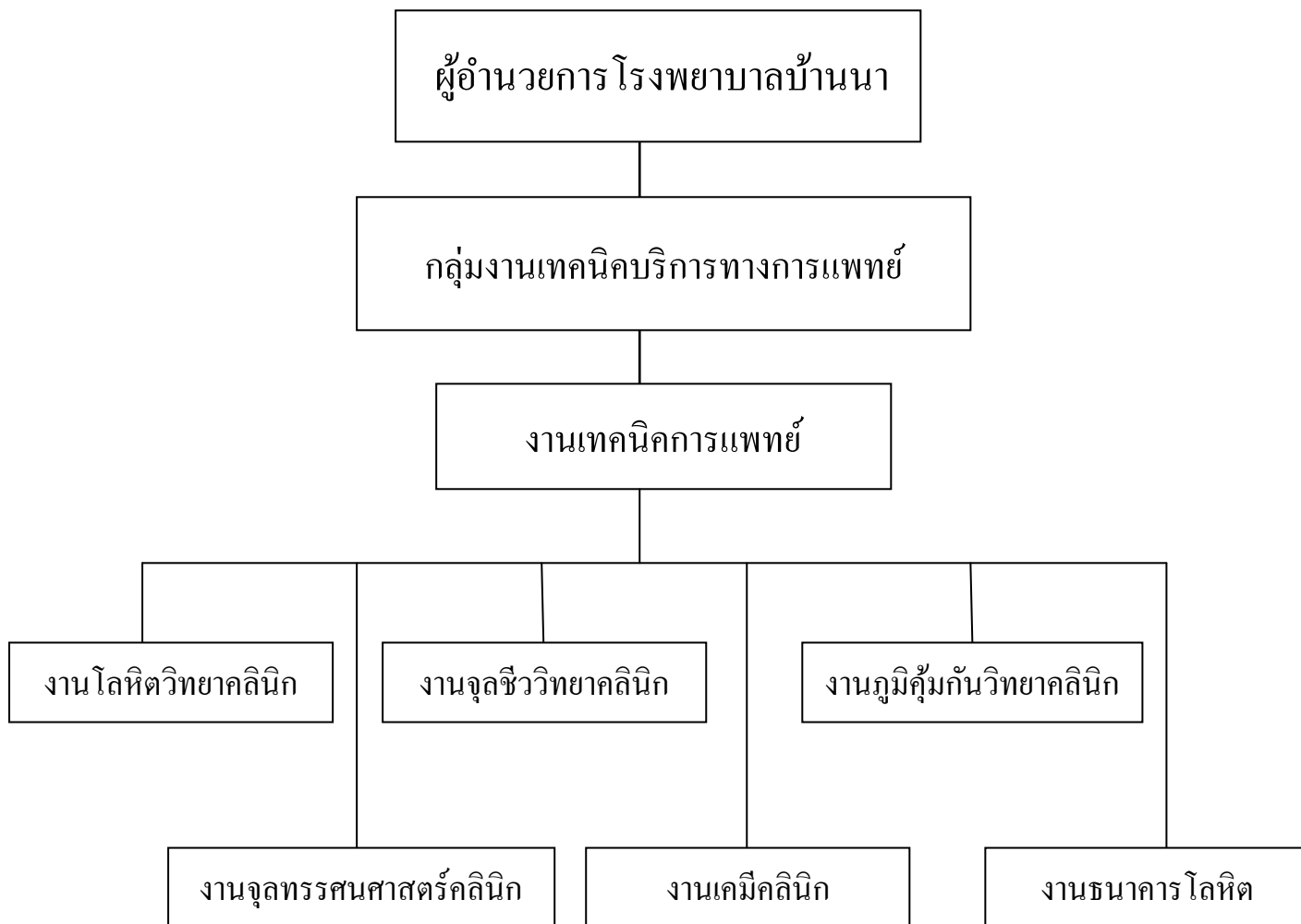
รหัส QM-LAB-001

แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60

หน้าที่ 7 / 43



โครงสร้างการบริหารงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านนา





โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์	
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60	หน้าที่ 8 / 43

1.1.2 การบริหารจัดการห้องปฏิบัติการ มีการวางแผนคุณภาพและจัดระบบบำรุงรักษาและพัฒนาคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1.2.1 หัวหน้างานเทคนิคการแพทย์ แต่งตั้งจากผู้มีคุณวุฒิทางเทคนิคการแพทย์ มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ มีประสบการณ์ทำงานในห้องปฏิบัติการ

1.1.2.2 งานเทคนิคการแพทย์ ได้มีการกำหนดผู้จัดการคุณภาพ ให้มีอำนาจและหน้าที่ในการดูแลกำกับงานให้ปฏิบัติตามข้อกำหนดในระบบคุณภาพ ตามคู่มือคุณภาพ รวมทั้งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ ซึ่งจะมีส่วนที่รับผิดชอบในการวางแผนคุณภาพ จัดระบบบำรุงรักษาและพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งวางแผนและดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งงบประมาณดำเนินการ บุคลากรและทรัพยากรอื่นๆอย่างพอเพียงและเหมาะสม และรายงานต่อหัวหน้างานกลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์และผู้อำนวยการตามลำดับ นอกจากนี้มีการกำหนดผู้จัดการวิชาการและทีมงานวิชาการ เพื่อทำหน้าที่รับผิดชอบด้านวิชาการของงาน เทคนิคการแพทย์

1.1.2.3 มีการควบคุมดูแลบุคลากรไม่ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมหรืออยู่ภายใต้อิทธิพลจากการ ติดต่อกับธุรกิจใด ๆ และไม่มีข้อขัดแย้งทางผลประโยชน์ อีกทั้งการเงินและการเมือง ไม่ให้มีอิทธิพลต่อการทดสอบอันจะมีผลต่อความเป็นกลางของผลการวิเคราะห์ ความน่าเชื่อถือ

1.1.2.4 มีการกำหนดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ทั้งภายในและร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.1.2.5 มีการกำหนดอำนาจหน้าที่ที่รับผิดชอบและความสัมพันธ์เชื่อมโยงของบุคลากรกำหนดผู้รักษาการแทนในตำแหน่งสำคัญกรณีที่ไม่ว่างหรือไม่สามารถปฏิบัติงานได้

1.1.2.6 มีการกำหนดอำนาจหน้าที่ที่รับผิดชอบของบุคลากรที่ปฏิบัติงานหรือมีส่วนเกี่ยวข้อง ที่ส่งผลกระทบต่อทดสอบทางห้องปฏิบัติการ

1.1.2.7 สนับสนุนการฝึกอบรมแก่บุคลากรอย่างพอเพียง เพื่อเพิ่มพูนทักษะความรู้ความชำนาญในหน้าที่ความรับผิดชอบ และมีการควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับตามความเหมาะสมตามคุณวุฒิของบุคลากรแต่ละระดับ เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ระเบียบปฏิบัติและผลการประเมินความสามารถของบุคลากรแต่ละบุคคล และกำหนดให้ผู้จัดการวิชาการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายมีหน้าที่ให้การฝึกอบรม และให้คำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติงานตามความเหมาะสมของประสบการณ์และหน้าที่ที่รับผิดชอบของเจ้าหน้าที่แต่ละระดับ มีการประเมินผลจากการสอบประเมินความสามารถของบุคลากรในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายของบุคลากร

1.1.2.8 มีการกำหนดระบบ ควบคุม ป้องกัน และติดตามความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานและผู้ใช้บริการ



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60

หน้าที่ 9 / 43

1.1.2.9 มีนโยบายในการรักษาความลับของผู้ป่วย โดยความลับของผู้ป่วยจะถูกเก็บและบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ โดยถูกจำกัดสิทธิ์ด้วย Username และ Password ซึ่งบุคคลที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องไม่สามารถเข้าถึงได้ และวิธีการรักษาความลับให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเรื่อง การรักษาความลับของผู้ป่วย (PM-LAB-001)

1.1.3 งานเทคนิคการแพทย์ มีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ (Key Performance Index-KPI) เพื่อเป็นการติดตามประสิทธิภาพ ประสิทธิผลการปฏิบัติงาน ตามวัตถุประสงค์คุณภาพ และประเมินผลการปฏิบัติงาน ติดตามข้อมูลสม่ำเสมอ และใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดโอกาสพัฒนาระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่องและมีการเฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินผลตัวชี้วัดคุณภาพของกระบวนการ (Quality Indicator-QI) เพื่อควบคุมกำกับขั้นตอนการปฏิบัติงานดังนี้

วัตถุประสงค์คุณภาพ

ตัวชี้วัดหลัก (Key Performance Indicators-KPI)

ผลการวิเคราะห์ถูกต้อง

1.อัตราการรายงานผลผิดพลาด < 5 ครั้ง/ปี

2.อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ < 15 ครั้ง/ปี

ผลการวิเคราะห์เชื่อถือได้

3.การควบคุมคุณภาพภายในครบทุกรายการและอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

4.การควบคุมคุณภาพภายนอกครบทุกรายการและอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ผลการวิเคราะห์รวดเร็ว

5.อัตราการรายงานผลด่วน Trop- T ทันตามเวลาที่กำหนด (<30 นาที) 100%

6.จำนวนอุบัติการณ์การรายงานผลไม่ทันตามกำหนด (TAT) < 15 ครั้ง/ปี

7.อัตราการรายงานค่าวิกฤติ/ฉุกเฉินทันตามกำหนดเวลา (ภายใน 45 นาที) 100%

ความปลอดภัยในการให้บริการ 8.จำนวนอุบัติการณ์การจ่ายเลือดผิดหมู่ / ผิดคน 0 ราย/ปี

9.อัตราการเกิดปฏิกิริยาหลังรับเลือดที่มีสาเหตุจากห้องปฏิบัติการ 0 ราย/ปี

ผู้รับบริการพึงพอใจ

10.อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ >80%

สำหรับตัวชี้วัดคุณภาพของกระบวนการ (Quality Indicator-QI) ได้แก่ การควบคุมคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการ (IQC) การควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA) การทำ Proficiency Test และ Inter-laboratory Comparison ถูกต้อง ครบถ้วน การบันทึกอุบัติการณ์ที่เป็นสิ่งไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด จำนวนเครื่องมือหลักได้รับการสอบเทียบ เป็นต้น

1.1.4 งานเทคนิคการแพทย์ ยึดถือและปฏิบัติตามมาตรฐานของสภาเทคนิคการแพทย์ ในการประชาสัมพันธ์กรณีได้รับการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ ในเรื่อง เครื่องหมายรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการ (LA) และเงื่อนไขการนำไปใช้งาน



ศูนย์พยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์	
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60	หน้าที่ 10 / 43

1.2 ระบบบริหารคุณภาพ

1.2.1 งานเทคนิคการแพทย์ได้จัดทำคู่มือคุณภาพ เป็นส่วนหนึ่งของระบบเอกสารคุณภาพเป็นลายลักษณ์อักษร ระบุนโยบายคุณภาพ และมีการสื่อสารสาระสำคัญให้เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานทราบ เพื่อศึกษาและถือปฏิบัติตามข้อกำหนด ดังนี้

1.2.1.1 ความมุ่งหมาย (Purpose)

ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการแก่ผู้ใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

1.2.1.2 ขอบข่ายของงาน การบริหารของหน่วยงาน เทคนิคการแพทย์ แบ่งเป็น 2 งานหลัก คืองานธุรการและงานบริการ

1. งานธุรการ งาน เทคนิคการแพทย์ทำหน้าที่รับผิดชอบงานสารบรรณ งานด้านสถิติ บริหารงานบุคคล บริหารพัสดุและวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์

2. งานบริการ แบ่งเป็น 6 งานหลัก รับผิดชอบการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โดยมีขอบเขตดังนี้

- งานเคมีคลินิก บริการตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารเคมีชนิดต่างๆในร่างกาย โดยตรวจวิเคราะห์จากสารคัดหลั่งของร่างกาย ได้แก่ เลือด น้ำไขสันหลัง ปัสสาวะและน้ำที่เจาะจากส่วนอื่นๆของร่างกาย ประกอบด้วยการวิเคราะห์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น การตรวจหาไขมันในเลือด การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจสมรรถภาพของตับ ไต การตรวจเอนไซม์ ระดับฮอร์โมนในเลือด เป็นต้น
- งานจุลทรรศน์ศาสตร์ บริการตรวจวิเคราะห์ความผิดปกติของปัสสาวะ อุจจาระและเสมหะ โดยใช้กล้องจุลทรรศน์และเครื่องมือตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ
- งานโลหิตวิทยา บริการตรวจวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ความผิดปกติของเม็ดเลือด การตรวจหาเชื้อปรสิตในกระแสเลือด โดยใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติและกล้องจุลทรรศน์
- งานจุลชีววิทยา บริการตรวจวิเคราะห์ชนิดของเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา เชื้อไวรัสโรค โดยวิธีการย้อมสีและตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์
- งานภูมิคุ้มกันวิทยา บริการตรวจหาภูมิคุ้มกันที่ร่างกายสร้างขึ้นเมื่อมีการติดเชื้อหรือสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย
- งานธนาคารเลือด บริการจัดหาและเตรียมผลิตภัณฑ์โลหิตให้ผู้ป่วยอย่างเพียงพอและปลอดภัย ทำการตรวจหมู่เลือด ตรวจสอบความเข้ากันได้ของเลือดผู้ให้กับผู้รับ วิเคราะห์ภูมิคุ้มกันต่อต้านเม็ดเลือด และตรวจหาสาเหตุภาวะของปฏิกิริยาหลังการรับเลือด



ศูนย์พัฒนาระบบบริการ

โรงพยาบาลบ้านนา (BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์	
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60	หน้าที่ 11 / 43

1.2.1.3 วัตถุประสงค์คุณภาพ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ถูกต้อง รวดเร็ว เชื่อถือได้ และได้รับความพึงพอใจจากผู้ใช้บริการ รวมทั้งได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดที่มีคุณภาพ ปลอดภัย อย่างพอเพียงและทันต่อการรักษา

1.2.2 งานเทคนิคการแพทย์มีนโยบายเกี่ยวกับการประกันคุณภาพของห้องปฏิบัติการ ดังนี้

1.2.2.1 การควบคุมคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการ (Internal Quality Control)

ทุกการทดสอบที่งานเทคนิคการแพทย์เปิดให้บริการ จะต้องมีการควบคุมคุณภาพภายใน เพื่อให้ได้ผลการตรวจวิเคราะห์ที่แม่นยำ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานยึดถือปฏิบัติและใช้ข้อมูลของผลการควบคุมคุณภาพภายในในการแก้ไข ปรับปรุงคุณภาพผลการวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง

1.2.2.2 มีการเข้าร่วมโครงการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (External quality assessment) ระดับประเทศ หรือระดับสากล ได้แก่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นต้น ในกรณีที่การทดสอบนั้นไม่มีโครงการสอบเทียบระดับประเทศและระดับสากล ห้องปฏิบัติการที่รับผิดชอบการทดสอบนั้นๆมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนตัวอย่างระหว่างห้องปฏิบัติการเก็บบันทึกไว้ และใช้เป็นโอกาสพัฒนาต่อไป

1.2.2.3 การเปรียบเทียบวิธีวิเคราะห์/เครื่องมือ ในกรณีที่มีการทดสอบชนิดเดียวกันแต่ใช้เครื่องมือ/วิธีวิเคราะห์ที่แตกต่างกันภายในห้องปฏิบัติการเดียวกันหรือต่างห้องปฏิบัติการ ต้องมีกลไกการเปรียบเทียบผลที่ใช้เครื่องมือหรือวิธีการที่ต่างกันในตัวอย่างส่งตรวจรายเดียวกัน เพื่อให้มั่นใจได้ว่าสิ่งส่งตรวจที่ส่งมาวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการหรือนอกห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาเดียวกัน มีการรายงานผลอยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกัน หากพบปัญหาในการเปรียบเทียบผล มีการแก้ไขและบันทึกผลการแก้ไขไว้เพื่อใช้เป็นโอกาสพัฒนาต่อไป

1.2.3 งาน เทคนิคการแพทย์ ได้กำหนดนโยบายในการเลือกใช้เครื่องมือ จะต้องเหมาะสมกับการะงาน เพื่อให้มั่นใจในประสิทธิภาพของเครื่องมือ รวมทั้งเครื่องมือ อุปกรณ์ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ จะต้องได้รับการสอบเทียบ บำรุงรักษา และตรวจสอบความพร้อมใช้งานตามระยะเวลาที่เหมาะสมหรือตามที่ผู้ผลิตกำหนด ส่วนสารมาตรฐาน วัสดุอ้างอิงและสารควบคุมที่ใช้ ต้องสามารถสอบกลับได้ถึงคุณสมบัติของผลการวัด หรือค่ามาตรฐานที่ใช้อ้างอิงระดับประเทศหรือระดับสากล



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60

หน้าที่ 12 / 43

1.3 การตรวจติดตามระบบคุณภาพ

1.3.1 งานเทคนิคการแพทย์ มีนโยบายการตรวจติดตามภายในตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินระบบคุณภาพและความเหมาะสมในการให้บริการของห้องปฏิบัติการอย่างเป็นรูปธรรม โดยคณะเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลนครนายก มีรายละเอียดดังนี้

1.3.1.1 ตรวจติดตามภายในตามข้อกำหนดมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ปี 2555

1.3.1.2 ห้องปฏิบัติการประเมินตนเองใน checklist ตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ปี 2555 และส่งให้ผู้ตรวจติดตามภายในใช้เป็นแนวทางในการตรวจติดตามและประเมินห้องปฏิบัติการ

1.3.1.3 จัดให้มีผู้ประสานงานคุณภาพของโรงพยาบาลบ้านนา เป็นผู้สังเกตการณ์ร่วมทุกครั้งที่มีการตรวจติดตามภายใน โดยมีหน้าที่จัดทำบันทึกผลการสังเกตการณ์ดังกล่าวแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรไปยังทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเพื่อหาโอกาสพัฒนาต่อไป

1.3.1.4 ผู้ตรวจติดตาม จัดทำบันทึกเมื่อพบสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด ส่งกลับให้ห้องปฏิบัติการใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการแก้ไขโอกาสพัฒนา ภายใน 30 วันหลังจากวันที่ทำการตรวจติดตาม

1.3.1.5 ห้องปฏิบัติการดำเนินการแก้ไขโอกาสพัฒนา จัดทำผลสรุปของการตรวจติดตามภายในของงานเทคนิคการแพทย์ เสนอต่อคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลบ้านนา และขอสนับสนุนในส่วนที่ไม่สามารถดำเนินการได้เอง และส่งเอกสารแก้ไขกลับไปยังผู้ตรวจติดตามภายใน 90 วันหลังจากได้รับเอกสารจากผู้ตรวจติดตาม

1.3.1.6 มีการทบทวนผลการดำเนินการภายในหลังมีการตรวจติดตามภายใน เพื่อติดตามว่า งานเทคนิคการแพทย์ ที่ได้รับการตรวจติดตามภายในได้มีการแก้ไขสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดที่พบจากการตรวจติดตามหรือไม่และมีการนำข้อเสนอแนะมาเป็นโอกาสพัฒนาหน่วยงานมากน้อยเพียงใด

1.3.2 งาน เทคนิคการแพทย์ มีนโยบายในการตรวจติดตามระบบความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยทีม ENV ของโรงพยาบาลบ้านนา

1.4 การทบทวนระบบบริหารคุณภาพ

งานเทคนิคการแพทย์ มีนโยบายในการทบทวนระบบบริหารคุณภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยการรวบรวมข้อมูลสำคัญในระบบบริหารคุณภาพ เพื่อนำมาใช้ในการทบทวนระบบบริหารคุณภาพ มีการจัดทำบันทึกผลจากการทบทวนระบบบริหารคุณภาพ และกำหนดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การปรับปรุงระบบบริการ และการกำหนดความจำเป็นของทรัพยากรที่ต้องนำมาใช้เพื่อการปรับปรุงแก้ไขและนำผลการทบทวนมาเป็นข้อมูลในการกำหนดแผนปฏิบัติการต่อไป



ศูนย์พัฒนาระบบบริการ

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60
	หน้าที่ 13 / 43

1.5 การทบทวนข้อตกลงกับผู้รับบริการ

1.5.1 นโยบาย เพื่อให้ผู้รับบริการมั่นใจว่าห้องปฏิบัติการมีศักยภาพและทรัพยากรเหมาะสม เพียงพอ และสามารถให้บริการแก่ผู้รับบริการได้อย่างเต็มที่ งานเทคนิคการแพทย์ได้กำหนดให้มีการทบทวนข้อตกลงกับผู้รับบริการ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ดังนี้

1.5.1.1 รายละเอียดในข้อตกลงที่เป็นเอกสารและรับทราบร่วมกัน ระหว่างห้องปฏิบัติการและผู้รับบริการ เช่น คู่มือการให้บริการ ระยะเวลาในการให้บริการ ค่าวิกฤติ เป็นต้น

1.5.1.2 ศักยภาพและทรัพยากรของห้องปฏิบัติการ ได้แก่ โครงสร้างทางกายภาพ ความสามารถ และทักษะ ความชำนาญของบุคลากรตามความจำเป็น มีเพียงพอต่อการดำเนินการตามข้อตกลง

1.5.1.3 การเลือกใช้วิธีวิเคราะห์ ค่าอ้างอิง ที่เหมาะสมตรงตามข้อตกลงและความจำเป็นของแพทย์

1.5.2 มีการจัดทำบันทึกการทบทวนข้อตกลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ และข้อหาหรือ

1.5.3 มีการทบทวนครอบคลุมถึงภาระงานงานส่งต่อห้องปฏิบัติการภายนอก

1.5.4 มีการแจ้งผู้รับบริการ เช่น แพทย์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ได้รับทราบกรณีมีเหตุที่เบี่ยงเบนไปจากข้อตกลง เช่น การเปลี่ยนค่าอ้างอิง เป็นต้น

1.5.5 กรณีมีความจำเป็นต้องแก้ไขข้อตกลง มีการทบทวนข้อตกลงซ้ำ และแจ้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อบุคคล หรือหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น การเปลี่ยนแปลงวิธีวิเคราะห์



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา (BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60
	หน้าที่ 14 / 43

2.บุคลากร

เพื่อให้การปฏิบัติงานของงาน เทคนิคการแพทย์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรภายในหน่วยงาน ประกอบด้วย นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และผู้ช่วยงานเทคนิคการแพทย์ จะต้องมีความเพียงพอและได้รับการฝึกอบรมการปฏิบัติงานที่เพียงพอ เพื่อให้มีทักษะความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. มีการวิเคราะห์ภาระงาน (Workload analysis) และใช้ข้อมูลจากการวิเคราะห์มาบริหารจัดการ และจัดสรรบุคลากรให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. มีการจัดทำบรรยายลักษณะงานที่สำคัญ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพงาน (Job Description-JD) มีการกำหนดคุณสมบัติบุคลากร (Job Specification-JS) และกำหนดหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงาน (Job Assignment-JA) สอดคล้องกับคุณสมบัติในตำแหน่งที่มีผลกระทบต่อคุณภาพ ตามข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพ เทคนิคการแพทย์ พ.ศ.2553
3. มีการกำหนดผู้มีอำนาจเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย มีการกำหนดให้หัวหน้าห้องปฏิบัติการมีอำนาจเข้าถึง ข้อมูลผู้ป่วยรวมถึงมีวิธีการเข้าถึงการเปลี่ยนแปลงและการทำลายข้อมูลระบบคอมพิวเตอร์ หรือหัวหน้า ห้องปฏิบัติการมอบหมายอำนาจให้เจ้าหน้าที่แต่ละบุคคล นอกจากนี้ผู้มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยจะต้องมี Username และ Password ส่วนตัวในการเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์
4. งานเทคนิคการแพทย์ มีการควบคุมดูแลบุคลากรที่มีคุณสมบัติไม่ครบถ้วนตามคำบรรยายลักษณะงาน โดยจะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของนักเทคนิคการแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความรู้ความชำนาญประสบการณ์
5. บุคลากรทุกระดับจะต้องได้รับการปฐมนิเทศ สอนงานและเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงาน เช่น บุคลากรบรรจุเข้างานใหม่ โดยมีหัวข้ออบรมครอบคลุมกระบวนการทำงานในระบบคุณภาพ พื้นที่สถานะ แวดล้อม ระบบความปลอดภัย โดยมีการบันทึกการอบรมและประเมินผล และทุกคนต้องได้ผ่านการทดสอบ ความรู้ความสามารถก่อนประจำการในงานที่เกี่ยวข้อง



ศูนย์พัฒนาระบบบริการ

โรงพยาบาลบ้านนา (BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์	
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60	หน้าที่ 15 / 43

2.1 หัวหน้าห้องปฏิบัติการ

2.1.1 หัวหน้าห้องปฏิบัติการ มีคุณสมบัติ ดังนี้

- 1) ต้องมีคุณวุฒิไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีทางวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาเทคนิคการแพทย์
- 2) ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์
- 3) มีความรู้วิชาการและวิชาชีพ ด้านห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ มีประสบการณ์การทำงานในห้องปฏิบัติการมากเพียงพอ

2.1.2 หัวหน้าห้องปฏิบัติการ มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

- 1) บริหารจัดการห้องปฏิบัติการ เพื่อให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยวางแผนงบประมาณและทรัพยากร ควบคุมและการบริหารงบประมาณ ตามที่ได้รับมอบหมาย
- 2) ให้คำปรึกษา หรือคำแนะนำในเชิงวิชาชีพและวิชาการ
- 3) วางแผน กำหนดเป้าหมาย และพัฒนางานบริหาร งานวิชาการ และงานบริการ ตามที่ได้รับมอบหมายจากองค์กร
- 4) จัดทำแผนการสอน และฝึกอบรมที่เกี่ยวข้อง
- 5) กำหนดระบบคุณภาพมาตรฐานในการปฏิบัติงาน นำมาใช้ติดตามและพัฒนาคุณภาพบริการ
- 6) คัดเลือกและประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการภายนอกที่ส่งต่อ
- 7) จัดให้มีบุคลากรที่มีความสามารถเหมาะสมในการปฏิบัติงานตามความจำเป็นของภาระงาน
- 8) จัดให้มีระบบความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ ตามข้อกำหนดของห้องปฏิบัติการที่ดี และสอดคล้องกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- 9) รับซื้อเครื่องเรือน หรือรับข้อเสนอแนะจากผู้ใช้บริการ
- 10) ส่งเสริม วางแผนงานวิจัยและพัฒนา
- 11) ควบคุม และส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ และจริยธรรมองค์กร
- 12) เป็นผู้จัดการคุณภาพ ซึ่งมีหน้าที่ความรับผิดชอบเพิ่มเติม ดังนี้
 - 12.1) ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆภายใน โรงพยาบาล และหน่วยงานอื่นๆภายนอก โรงพยาบาล
 - 12.2) เป็นที่ปรึกษา แนะนำและให้การสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมคุณภาพแก่คณะกรรมการประสานงานด้านคุณภาพต่างๆของโรงพยาบาล



ศูนย์พัฒนาระบบบริการ

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60
	หน้าที่ 16 / 43

12.3) เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

12.4) รายงานผลการปฏิบัติงานตามระบบคุณภาพต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2.2 นักเทคนิคการแพทย์

2.2.1 คุณสมบัติของนักเทคนิคการแพทย์ มีดังนี้

- 1) มีคุณวุฒิการศึกษา ไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีทางวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาเทคนิคการแพทย์
- 2) ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

2.2.2 หน้าที่ความรับผิดชอบของนักเทคนิคการแพทย์

- 1) เก็บตัวอย่าง และปฏิบัติงานตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจในหน่วยงานที่ได้รับมอบหมาย
- 2) ตรวจสอบผล แก้ไขเปลี่ยนแปลงผล รายงานผล บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้ปฏิบัติการเอง
- 3) ควบคุมคุณภาพผลการตรวจวิเคราะห์ให้มีความถูกต้อง แม่นยำ
- 4) บำรุงรักษาเครื่องมือตรวจวิเคราะห์ให้พร้อมใช้งาน
- 5) ให้คำแนะนำการใช้บริการทางห้องปฏิบัติการ
- 6) ควบคุม กำกับ ดูแลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบถ้วน
- 7) รับผิดชอบในงานการพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงาน
- 8) ตรวจสอบผล รายงานผล และบันทึกผลรายการตรวจที่ส่งตรวจภายนอกหน่วยงาน
- 9) จัดหาเลือด/ส่วนประกอบของเลือด ให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย

10) นักเทคนิคการแพทย์ที่ได้รับแต่งตั้งเป็น ผู้จัดการวิชาการ มีหน้าที่ความรับผิดชอบเพิ่มเติม ดังนี้

10.1) ทบทวน ปรับปรุง และแก้ไขเอกสารเรื่องระเบียบปฏิบัติ และวิธีปฏิบัติงานให้เหมาะสม

และทันสมัย

10.2) จัดทำและพัฒนาวิธีการตรวจวิเคราะห์ภายในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ ทันสมัยอยู่เสมอและเหมาะสมกับการให้บริการ

10.3) ดูแลรับผิดชอบเพื่อให้มั่นใจว่าการวิเคราะห์เป็นไปตามคู่มือคุณภาพ และวิธีการดำเนินการของงานชั้นสูตรโรค

10.4) รับผิดชอบการฝึกอบรม และประเมินบุคลากรใหม่ทุกระดับ รวมทั้งการฝึกอบรมระหว่างปฏิบัติงาน เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานที่กำหนด

10.5) เผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารด้านวิชาการให้กับบุคลากรทุกระดับตามความเหมาะสม



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา (BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60
	หน้าที่ 17 / 43

2.3 เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์

2.3.1 คุณสมบัติของเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์

1) จบการศึกษาหลักสูตรเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ สาขาพยาบาลวิชาชีพคลินิก / พยาธิวิทยาทั่วไป สาขาโลหิตวิทยาและธนาการเลือด

2.3.2 หน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์

- 1) เก็บตัวอย่างและปฏิบัติงานตรวจวิเคราะห์ส่งตรวจในหน่วยงานที่ได้รับมอบหมาย
- 2) รายงานผล บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้ปฏิบัติการเอง โดยมีนักเทคนิคการแพทย์เป็นผู้ตรวจสอบผล ยกเว้นนอกเวลาราชการสามารถตรวจสอบผลได้
- 3) ควบคุมผลการวิเคราะห์ให้มีความถูกต้อง แม่นยำ
- 4) บำรุงรักษาเครื่องมือตรวจวิเคราะห์ให้พร้อมใช้งาน
- 5) ให้คำแนะนำการใช้บริการห้องปฏิบัติการ
- 6) รับผิดชอบในงานการพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงาน

2.4 คณะกรรมการประกันคุณภาพงานเทคนิคการแพทย์

คณะกรรมการประกันคุณภาพงานเทคนิคการแพทย์ มีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

2.4.1 กำหนดนโยบาย แผนงาน และแนวทางการดำเนินงานด้านการประกันคุณภาพห้องปฏิบัติการทางเทคนิคการแพทย์

2.4.2 ทบทวน ติดตาม และตรวจสอบการดำเนินการของการประกันคุณภาพให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4.3 ประสานงานระหว่างผู้บริหารโรงพยาบาลกับผู้ใช้บริการ

2.4.4 เสนอแนะ รวบรวมปัญหา และแก้ไขปัญหาคาดการณ์ของการดำเนินงานประกันคุณภาพ

2.5 การบริหารงานทั่วไป

2.5.1 ในกรณีที่ผู้จัดการคุณภาพไม่อยู่หรือไม่สามารถปฏิบัติงานได้ กำหนดให้ผู้จัดการวิชาการ (1) ปฏิบัติหน้าที่แทน

2.5.2 หัวหน้างาน เทคนิคการแพทย์ ต้องกำหนดขอบเขตหน้าที่ ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน หรือบรรยายลักษณะงานที่สำคัญ (Job Description) ของทุกคนเป็นลายลักษณ์อักษร

2.5.3 เป็นนโยบายของงาน เทคนิคการแพทย์ ในการรักษาความลับหรือข้อมูลทางงานเทคนิคการแพทย์ไว้ และไม่อนุญาตให้เจ้าหน้าที่นำไปเผยแพร่ เว้นแต่จะได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60
	หน้าที่ 18 / 43

2.6 การพัฒนาบุคลากร

2.6.1 งานเทคนิคการแพทย์สนับสนุน/ส่งเสริมให้บุคลากรมีการศึกษาต่อได้ แต่จะต้องไม่กระทบต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่เหลือ มีแผนการศึกษาต่อเนื่อง และ/หรือ แผนการฝึกอบรมระยะประจำการสำหรับบุคลากรทุกระดับ หัวข้อการฝึกอบรมครอบคลุม ระบบบริหารจัดการระบบคุณภาพ กระบวนการปฏิบัติการและสารสนเทศ ระบบความปลอดภัยและการป้องกันอุบัติเหตุ จรรยาบรรณวิชาชีพ การรักษาความลับผู้ป่วย และมีการประเมินประสิทธิผลของการอบรมเป็นระยะ

2.6.2 มีการประเมินสมรรถนะ(Competency) และผลการปฏิบัติงาน (Performance) สำหรับบุคลากรทุกระดับ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลกำหนดความจำเป็นในการฝึกอบรม (Job training needs)

2.6.3 มีการจัดทำบันทึกประวัติบุคลากร ซึ่งประกอบด้วย ประวัติการศึกษา ใบประกอบวิชาชีพ ประวัติการฝึกอบรม ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ การได้รับวัคซีนและภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งบันทึกไว้ในระบบคอมพิวเตอร์ และประวัติบุคลากร

2.6.4 เจ้าหน้าที่ทุกคนในงาน เทคนิคการแพทย์ ถูกกำหนดให้ผ่านการอบรมทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ทั้งในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานด้านห้องปฏิบัติการโดยตรงหรือด้านอื่นๆ อย่างน้อย 10 วัน/คน/ปี



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์

รหัส QM-LAB-001

แก้ไขครั้งที่ : 01

วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60

หน้าที่ 19 / 43

3.เครื่องมือในห้องปฏิบัติการ

เครื่องมือห้องปฏิบัติการ ตามข้อกำหนดในมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์หมายถึง เครื่องมือ อุปกรณ์ วัสดุอ้างอิง วัสดุสิ้นเปลือง น้ำยาตรวจ ระบบการวิเคราะห์และระบบสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ

3.1 เครื่องมือหลัก เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในห้องปฏิบัติการ

3.1.1 ห้องปฏิบัติการจะต้องจัดหาเครื่องมือที่จำเป็นและเหมาะสมกับการปฏิบัติงานอย่างพอเพียง และมีคุณลักษณะที่เหมาะสม พร้อมทำงานได้ตามที่กำหนดและสอดคล้องกับ พรบ.เครื่องมือแพทย์ พ.ศ.2551

3.1.2 ห้องปฏิบัติการมีวิธีการขนส่ง เคลื่อนย้าย ติดตั้ง เก็บรักษาและการใช้เพื่อป้องกันการเสียหายของเครื่องมือ และกรณีมีการเคลื่อนย้ายเครื่องมือออกไปนอกเหนือจากห้องปฏิบัติการ หรือส่งซ่อม หรือรับบริการอื่นๆ ต้องมีการตรวจสอบสถานะ ความพร้อมใช้งานก่อนนำกลับมาใช้งานต่อไป

3.1.3 ห้องปฏิบัติการมีเครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเพียงพอและพร้อมใช้งาน

3.1.4 เครื่องมือทุกเครื่องในห้องปฏิบัติการต้องมีหมายเลขครุภัณฑ์ประจำเครื่อง

3.1.5 หัวหน้าห้องปฏิบัติการมีหน้าที่ในการจัดทำรายการเครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบ

3.2 การใช้เครื่องและการบำรุงรักษาเครื่องมือ

3.2.1 หัวหน้าห้องปฏิบัติการมีหน้าที่จัดทำเอกสารที่ระบุถึงวิธีการใช้และการบำรุงรักษาเครื่องมือทุกเครื่องและอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ใช้งาน

3.2.2 หัวหน้าห้องปฏิบัติการกำหนดให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเป็นผู้รับผิดชอบ ดูแล และบำรุงรักษา

3.2.3 กรณีที่เครื่องมือชำรุด หรือสอบเทียบแล้วพบว่ามิชอบพร้อม ไม่สามารถใช้งานได้ ให้หยุดการใช้ และมีป้าย “ชำรุด ห้ามใช้” ติดไว้ให้ชัดเจน

3.2.4 กำหนดให้หัวหน้าห้องปฏิบัติการเป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินการซ่อม การคืนพัสดุสำหรับเครื่องมือที่ชำรุด

3.2.5 กำหนดให้หัวหน้าห้องปฏิบัติการมีหน้าที่รับผิดชอบในการสอบเทียบเครื่องมือหลักและจัดหาสถานที่สำหรับเครื่องมือใหม่ที่ได้รับ



ศูนย์พัฒนาระบบบริการ

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์	
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60	หน้าที่ 20 / 43

3.3 บันทึกเครื่องมือ

- 3.3.1 มีการจัดทำประวัติเครื่องมือทุกเครื่องมือที่มีใช้ในห้องปฏิบัติการ
- 3.3.2 มีการจัดทำบันทึกการซ่อมแซมของเครื่องมือแต่ละเครื่อง
- 3.3.3 มีคู่มือการใช้เครื่องมือจากบริษัทผู้ผลิตและสัญญาผูกพันการใช้เครื่องมือ

3.4 การมอบหมายผู้มีสิทธิ์ใช้เครื่อง

- 3.4.1 ผู้มีสิทธิ์ใช้เครื่องมือ จะต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือชนิดนั้นๆ ผ่านการสอบประเมิน และได้รับอนุญาตจากหัวหน้าห้องปฏิบัติการ
- 3.4.2 หัวหน้าห้องปฏิบัติการเป็นผู้กำหนดของเขตในการใช้เครื่องมือแต่ละชนิดในงานนั้นๆ
- 3.4.3 เครื่องมือที่มีข้อมูลของผู้รับบริการจะกำหนดpassword ให้เข้าถึงได้เฉพาะผู้มีสิทธิเท่านั้น

3.5 การสอบเทียบและการบำรุงรักษา

- 3.5.1 หัวหน้าห้องปฏิบัติการจัดทำ บัญชีรายชื่อเครื่องมือแผนการสอบเทียบเครื่องมือ และแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพ ตลอดจนดำเนินการตามแผนนั้นๆ
- 3.5.2 ผู้ที่ได้รับมอบหมายติดสติ๊กเกอร์แสดงสถานะของเครื่องมือที่ผ่านการสอบเทียบและบำรุงรักษาแล้ว ให้เห็นชัดเจน
- 3.5.3 เครื่องมือที่ผ่านการสอบเทียบแล้ว ต้องมีการประเมินผลการสอบเทียบที่ระบุในใบรับรองการสอบเทียบว่าอยู่ในเกณฑ์ยอมรับ ณ จุดที่ใช้งาน จึงอนุมัติใช้ในงานประจำได้
- 3.5.4 เครื่องมือที่สอบเทียบไม่ผ่าน ให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายติดป้าย “หยุดใช้งาน” และหัวหน้าห้องปฏิบัติการดำเนินการแก้ไขจนกว่าจะใช้งานได้

3.6 การเฝ้าระวัง

เมื่อตรวจสอบพบข้อผิดพลาดใดๆของเครื่องมือในระหว่างการทำงาน ซึ่งอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในผลการตรวจวิเคราะห์ ให้ผู้ปฏิบัติงานที่พบบริษายานต่อหัวหน้าห้องปฏิบัติการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ดำเนินการแก้ไขอย่างรวดเร็วที่สุด



ศูนย์ห้องปฏิบัติการ

โรงพยาบาลบ้านนา (BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์	
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60	หน้าที่ 21 / 43

3.7 น้ำยาและวัสดุ

3.7.1 ห้องปฏิบัติการมีระบบควบคุมวัสดุคงคลัง เพื่อให้มีทรัพยากรเพียงพอต่อการใช้งานอย่างสม่ำเสมอ

3.7.2 มีบันทึกการตรวจรับน้ำยา วัสดุ ซึ่งระบุผู้ผลิต วันที่รับ วันหมดอายุ รุ่นที่ผลิต และจัดเก็บเอกสารประกอบชุดการตรวจไว้บริเวณที่ปฏิบัติงาน

3.7.3 การตรวจวิเคราะห์ที่ใช้เครื่องอัตโนมัติ มีข้อมูลบันทึกการสอบทวนกระบวนการวิเคราะห์ (Validation) ของน้ำยาตรวจวิเคราะห์ เก็บไว้ในบริเวณที่ปฏิบัติงาน



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60
	หน้าที่ 22 / 43

4. การจัดซื้อและการให้บริการภายนอก

4.1 การจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์

งานเทคนิคการแพทย์ มีนโยบายการคัดเลือกและจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์และบริการต่างๆที่มีผลต่อคุณภาพของงานวิเคราะห์ และมีขั้นตอนการปฏิบัติให้เป็นไปในทางเดียวกันและเหมาะสมกับลักษณะงาน และเป็นไปตามระเบียบวิธีการของทางราชการ

4.1.1 ห้องปฏิบัติการได้กำหนดให้มีการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์และเกณฑ์การให้บริการภายนอก โดยกำหนดหลักเกณฑ์ และคุณลักษณะเชิงเทคนิคในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ และบริการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพงานบริการไว้ใน วิธีปฏิบัติงานเรื่อง หลักเกณฑ์และการประเมินผู้ขายและ การจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์ เพื่อประโยชน์ดังนี้

- การจัดซื้อเพื่อสนับสนุนการตรวจวิเคราะห์ให้มีคุณภาพ
- วิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ วัสดุ และบริการต่าง ๆ เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดในการให้บริการตรวจวิเคราะห์

ทั้งนี้ผู้จัดการคุณภาพจะเป็นผู้กำหนดคุณสมบัติเครื่องมือ และวัสดุสิ้นเปลืองที่ทำการจัดซื้อเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าเครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์เป็นไปตามมาตรฐานกำหนด

4.1.2 จัดทำบัญชีรายชื่อบริษัทผู้ผลิต หรือตัวแทนจำหน่าย และบันทึกรายการวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งหมายเลขรุ่นที่ผลิต ของน้ำยาวิเคราะห์ วัสดุควบคุมคุณภาพและวัสดุสอบเทียบ วันที่รับวัสดุและวันที่นำออกใช้ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะมีการนำมาทบทวนในระบบคุณภาพประจำปีการจัดซื้อจะต้องซื้อจากผู้ขายที่มีชื่อในบัญชีรายชื่อที่มีการยอมรับแล้ว ยกเว้นแต่จะได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากหัวหน้างานชั้นสูงตรโรค

4.1.3 มีการตรวจสอบ ตรวจรับ วัสดุอุปกรณ์ หรือการบริการ ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์และคุณสมบัติเฉพาะ (spec) ตามที่กำหนด

นอกจากนี้ห้องปฏิบัติการกำหนดการตรวจสอบเพื่อความถูกต้อง โดยจะทำการสอบเทียบ / ทวนสอบเครื่องมือก่อนนำเครื่องมือขึ้นไปใช้ประจำวันก่อนที่จะทำการจัดซื้อ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะทำการคัดเลือกเครื่องมือ อุปกรณ์ที่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขการจัดซื้อโดยอาศัยเกณฑ์การเปรียบเทียบทั้งในด้านคุณภาพ ราคา การส่งมอบ การได้รับรองมาตรฐาน คุณภาพที่กำหนด และบริการหลังการขายเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด



ศูนย์พยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60

หน้าที่ 23 / 43

4.1.4 ห้องปฏิบัติการได้จัดทำบันทึกการประเมินผู้ขายโดยสรุปผลการประเมินผู้ขายทุก 1 ปี โดยใช้เกณฑ์การประเมินด้านคุณภาพ การส่งมอบ และมีการเก็บบันทึกการประเมินตามระยะเวลาที่กำหนด และนำมาปรับปรุงบัญชีรายชื่อผู้ขาย ซึ่งรับผิดชอบโดยผู้จัดการคุณภาพ

4.2 การส่งต่อห้องปฏิบัติการอื่น

การใช้บริการจากองค์กรภายนอกในการส่งตัวอย่างตรวจเพื่อตรวจวิเคราะห์รายการทดสอบที่งานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านนาไม่สามารถให้บริการได้ โดยหน่วยงานที่รับเหมาช่วงแบ่งออกเป็น

1. ห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ภาครัฐ เช่น โรงพยาบาลนครนายก โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี เป็นต้น
2. ห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ภาคเอกชน เช่น ศูนย์วิเคราะห์ทางการแพทย์ RIA ชลบุรี โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้ คือ

2.1 ห้องปฏิบัติการรับส่งต่อต้องมีสถานะเป็นห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่ถูกต้องตามกฎหมาย เป็นหน่วยงานของรัฐบาลหรือเอกชนที่ได้รับการยอมรับตามมาตรฐานวิชาชีพ

2.2 มีการคัดเลือกและประเมินความสามารถของห้องปฏิบัติการที่รับส่งต่อ

2.3 จัดทำบัญชีรายชื่อห้องปฏิบัติการรับส่งต่อ รายการทดสอบ ระยะเวลาให้บริการ ที่จะส่งต่อ ซึ่งจะทำการแจ้งให้ผู้ใช้บริการทราบเป็นลายลักษณ์อักษร และจะมีการทบทวนคุณภาพห้องปฏิบัติการที่รับส่งต่ออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2.4 รายงานผลที่มาจากห้องปฏิบัติการที่รับส่งต่อ จะมีการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน จากเจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่งานเทคนิคการแพทย์ จากนั้นจะดำเนินการส่งรายงานผลในรูปแบบ JPEG file ให้ผู้ให้บริการโดยไม่มีการแก้ไข จัดทำสำเนาถูกต้องเก็บไว้ที่ห้องปฏิบัติการ

2.5 กำหนดให้งานเทคนิคการแพทย์เป็นหน่วยงานรับผิดชอบพิจารณาการส่งตรวจภายนอก รวมทั้งการให้คำปรึกษา ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ งานระบาดวิทยา และหน่วยงานภายนอกด้วย ทั้งนี้ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดำเนินการตามวิธีปฏิบัติงานเรื่อง การส่งตรวจวิเคราะห์นอกหน่วยงาน



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60
	หน้าที่ 24 / 43

5.การควบคุมกระบวนการ

5.1 สถานที่ สภาพแวดล้อมและความปลอดภัย

ห้องปฏิบัติการของงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านนา มีความมุ่งหมายที่จะให้งานเทคนิคการแพทย์เป็นสถานที่ที่มีภาวะแวดล้อมที่ถูกต้อง และเหมาะสมต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โดย

5.1.1 มีการควบคุมอุณหภูมิ โดยการติดตั้งเครื่องปรับอากาศ เนื่องจากอุณหภูมิมีผลต่อการทำงานของเครื่องมือ รวมทั้งมีแสงสว่างเหมาะสม และการระบายอากาศที่ดี

5.1.2 มีแหล่งพลังงานสำรองไฟฟ้าสำหรับเครื่องมือภายในงานชันสูตรโรค และมีไฟฉุกเฉินให้แสงสว่างในกรณีที่เกิดไฟฟ้าขัดข้อง

5.1.3 เครื่องมือตรวจวิเคราะห์ขนาดใหญ่ต้องมีสายดิน เพราะกระแสไฟฟ้ารบกวนมีผลต่อการตรวจวิเคราะห์ของเครื่อง นอกจากนี้ยังป้องกันอันตรายจากไฟฟ้ารั่ว

5.1.4 มีการจัดวางเครื่องมืออย่างเหมาะสม

5.1.5 มีเครื่องดับเพลิงที่มีคุณภาพและมีการตรวจสอบการใช้งานอย่างสม่ำเสมอ มีบันทึกตรวจสอบเครื่องดับเพลิงทุกๆ 3 เดือนเพื่อให้มีความพร้อมในการใช้งาน

5.1.6 มีการการเข้า-ออกของบุคคลภายนอกที่จะเข้ามาภายในงานชันสูตรโรค ต้องได้รับอนุญาตจากหัวหน้างานเทคนิคการแพทย์

5.1.7 มีการรักษาความสะอาดพื้นที่ภายในงานเทคนิคการแพทย์ เป็นหน้าที่ของพนักงานทำความสะอาด ส่วนอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์และบริเวณที่ทำการทดสอบ เป็นหน้าที่ของผู้ช่วยงาน เทคนิคการแพทย์ สำหรับการฆ่าเชื้อบริเวณโต๊ะทำงานเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานแต่ละส่วนงาน ซึ่งต้องทำทุกวันก่อนและหลังการปฏิบัติงาน

5.1.8 มีอุปกรณ์ที่ป้องกันอันตรายจากสารเคมี หรือชุดเก็บขยะติดเชื้อฉุกเฉิน (Spill Kits)

5.1.9 มีการซ้อมแผนอัคคีภัย และการเตรียมพร้อมกรณีไฟดับ

5.1.10 มีการตรวจติดตามระบบความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานปีละ 1 ครั้ง เพื่อการพัฒนาระบบความปลอดภัย ลดความเสี่ยงและป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60

หน้าที่ 25 / 43

5.2 การประกันคุณภาพกระบวนการวิเคราะห์

5.2.1 งาน เทคนิคการแพทย์มีการควบคุมคุณภาพภายในก่อนการปฏิบัติงาน (Internal Quality Control) และเข้าร่วมโครงการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ หรือการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (External Quality Control) หากผลการการควบคุมคุณภาพไม่อยู่ในช่วงที่ยอมรับได้จะต้องทบทวนหาสาเหตุ การดำเนินการแก้ไข ผลการแก้ไขและต้องบันทึกการทบทวนดังกล่าว

5.2.2 วัสดุอ้างอิง / น้ำยาทุชนิต และวิธีวิเคราะห์สามารถสอบกลับได้ ต้องจัดเก็บในที่เหมาะสมและ ควบคุมอุณหภูมิตามที่กำหนด

5.2.3 เครื่องมือที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการทดสอบ / บริการ จะต้องปรับเทียบตามกำหนดเวลา

5.2.4 การเปรียบเทียบวิธีวิเคราะห์ / เครื่องมือ ในกรณีที่มีการทดสอบชนิดเดียวกัน แต่ใช้เครื่องมือที่ แตกต่างกันภายในห้องปฏิบัติการเดียวกัน หรือนอกห้องปฏิบัติการ มีการเปรียบเทียบผลที่ใช้เครื่องมือต่างกัน ที่ ส่งวิเคราะห์ในช่วงเวลาเดียวกัน มีการรายงานผลอยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงกัน หากพบปัญหาในการเปรียบเทียบผล มีการแก้ไขและบันทึกผลการแก้ไขไว้เพื่อใช้เป็นโอกาสพัฒนาต่อไป

5.3 ขั้นตอนก่อนการวิเคราะห์

5.3.1 งานเทคนิคการแพทย์ได้มีการจัดทำคู่มือการใช้บริการห้องปฏิบัติการ (SDI-LAB-001) แจกจ่าย ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดที่จำเป็นสำหรับผู้รับบริการ ได้แก่ รายการทดสอบที่เปิดให้บริการ รายการทดสอบที่ส่งต่อภายนอก เวลาทำการ วิธีการจัดเก็บตัวอย่าง ชนิด ปริมาณ ข้อจำกัดของตัวอย่างส่งตรวจ วิธีการและสถานะนำส่ง วิธีวิเคราะห์ที่ใช้ ค่าอ้างอิง/ค่าปกติ และระยะเวลาทดสอบ เกณฑ์การปฏิเสธตัวอย่าง วิธีการรายงานผล เป็นต้นโดยมีการทบทวนหรือปรับปรุงคู่มือส่งตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

5.3.2 ใบส่งตรวจและการนำส่ง ปัจจุบันงาน เทคนิคการแพทย์ มีการปรับปรุงใบส่งตรวจให้มีความ เหมาะสมตามความสะดวกของผู้ใช้บริการ โดยการส่งทางระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล (HOSxP) ซึ่ง แผนกที่เก็บสิ่งส่งตรวจต้องทำงานบันทึกการส่งตรวจให้ถูกต้อง ครบถ้วน รวมถึงตัวอย่างส่งตรวจ มีการขึ้นบ่ง อย่างถูกต้อง เหมาะสม ก่อนนำส่งห้องปฏิบัติการ

5.3.3 การรับสิ่งส่งตรวจ ห้องปฏิบัติการกำหนดเกณฑ์การรับและปฏิเสธสิ่งส่งตรวจในคู่มือการใช้บริการ ห้องปฏิบัติการ สำหรับแจ้งให้หน่วยงานที่ส่งตรวจทราบและให้บุคลากรในห้องปฏิบัติการตรวจรับและปฏิเสธ สิ่งส่งตรวจในแนวทางเดียวกัน ตามความเหมาะสมของการทดสอบและสิ่งส่งตรวจแต่ละชนิด

5.3.4 บันทึกการรับตัวอย่าง มีการบันทึกการรับตัวอย่าง โดยระบบชื่อผู้รับตัวอย่าง วันที่/เวลา เพื่อการ ทวนสอบได้โดยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล (HOSxP) และระบบ LIS ของห้องปฏิบัติที่สามารถ บันทึกข้อมูลการรับสิ่งส่งตรวจได้



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์	
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60	หน้าที่ 26 / 43

5.3.5 กรณีมีการขอส่งตรวจด้วยวจา/ทางโทรศัพท์ โดยที่ยังไม่มีการลงใบส่งตรวจทางระบบคอมพิวเตอร์ ให้รับไว้แล้วบันทึกชื่อผู้ขอตรวจ วันที่/เวลาที่ขอตรวจ และกำหนดให้ต้องส่งใบขอตรวจตามมาภายหลัง

5.4 ขั้นตอนการวิเคราะห์

5.4.1 วิเคราะห์

- งาน เทคนิคการแพทย์กำหนดให้มีการเลือกใช้วิธีวิเคราะห์ซึ่งเป็นที่ยอมรับตามหลักวิชาการ และมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามเทคโนโลยีและหลักฐานทางวิชาการที่ทันสมัย
- มีการแจ้งแก่ผู้รับบริการทราบถึงวิธีวิเคราะห์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ระบุอยู่ในคู่มือการใช้บริการห้องปฏิบัติการ ซึ่งมีการทบทวนค่าอ้างอิง การสอบทวนวิธีวิเคราะห์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันในช่วงเวลาทุก 1 ปี โดยการสอบทวนเองภายในห้องปฏิบัติการ สอบทวนวิธีวิเคราะห์โดยผู้ผลิตน้ำยาสำเร็จรูป หรือทวนสอบวิธีวิเคราะห์ที่ใช้ปัจจุบันกับวิธีที่เป็นวิธีมาตรฐาน
- หากห้องปฏิบัติการพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับผลการตรวจวิเคราะห์จากการควบคุมคุณภาพ ภายใน หรือจากการเข้าร่วมโครงการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ ต้องมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนวิธีวิเคราะห์ให้เหมาะสมต่อไป

5.4.2 คู่มือวิธีการปฏิบัติงาน

- มีการจัดทำคู่มือวิธีการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับวิธีทดสอบในงาน เมคณิกการแพทย์ (WI) เพื่อให้การปฏิบัติงานตรวจวิเคราะห์และทดสอบเป็นไปอย่างถูกต้องอยู่ในระบบเดียวกัน
- มีการอบรมผู้ปฏิบัติงานทุกคนที่เกี่ยวข้องกับคู่มือวิเคราะห์นั้นเพื่อนำมาใช้ตามที่กำหนดไว้
- มีการประเมินคู่มือเพื่อปรับปรุงเอกสารในช่วงเวลาอย่างน้อยทุก 1 ปี กรณีมีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดของการปฏิบัติ ต้องมีการแก้ไขเอกสารคุณภาพตามระบบการแก้ไขของงานเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลบ้านนา
- กรณีมีการใช้คอมพิวเตอร์หรือเครื่องมืออัตโนมัติในการประมวลผล บันทึกผล รายงาน ผลการส่งผ่านข้อมูล การเก็บข้อมูลต้องมีการควบคุม กำหนดรหัสผ่านเฉพาะบุคคล เพื่อป้องกันการใช้และการเข้าถึงข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต และมีการสำรองข้อมูลทุกวันเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย

5.5 ขั้นตอนหลังการวิเคราะห์

5.5.1 มีการระบุผู้รับผิดชอบซึ่งมีคุณสมบัติและประสบการณ์เหมาะสม ในเวลาราชการ ได้แก่ นักเทคนิคการแพทย์ นอกเวลาราชการ ได้แก่ นักเทคนิคการแพทย์หรือ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60
	หน้าที่ 27 / 43

ในขณะนั้น ในการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ และลงนามในใบรายงานผลก่อนรายงานผล เพื่อให้สามารถทวนสอบผู้รับผิดชอบในการรายงานผลใบนั้น

5.5.2 มีการเก็บสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์ไว้ในช่วงเวลาที่เหมาะสมตามชนิดของสิ่งส่งตรวจ เพื่อการทดสอบซ้ำหรือตรวจสอบการชี้แจงหากต้องการ หรือกรณีมีปัญหา

5.5.3 มีวิธีการทำลายสิ่งส่งตรวจอย่างถูกต้องโดยไม่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในด้านการแพร่กระจายเชื้อ และปฏิบัติตามหลักการกำจัดขยะมูลฝอยของโรงพยาบาล

5.6 การรายงานผล

5.6.1 มีการกำหนดวิธีรายงานผล ใบรายงานผลที่ชัดเจน มีรายละเอียดของข้อมูลครบถ้วน เช่น ชื่อผู้ป่วย หน่วยงานที่ส่งตรวจ ผลของการทดสอบ หน่วยวัด(ถ้ามี) ชื่อผู้รายงานผล ชื่อผู้ตรวจสอบผล วันที่/เวลารายงานผล เป็นต้น

5.6.2 มีวิธีการป้องกันรายงานผลหรือสำเนารายงานผลไม่ให้เข้าถึงโดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง เพื่อปกป้องความลับของผู้ป่วย

5.6.3 ในกรณีที่มีการรายงานผลผิดพลาด หรือมีการแก้ไขใบรายงานผล ใบรายงานผลที่ถูกส่งไปแล้วให้เรียกเก็บกลับมา และเปลี่ยนใบรายงานผลใหม่ และบันทึกรายละเอียดของการแก้ไขไว้

5.6.4 ในกรณีที่ผลการตรวจของผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติ ผลเร่งด่วน กำหนดให้รายงานผลเร่งด่วนทางโทรศัพท์และมีการลงบันทึกไว้



ศูนย์พัฒนาศักยภาพบริการ

โรงพยาบาลบ้านนา

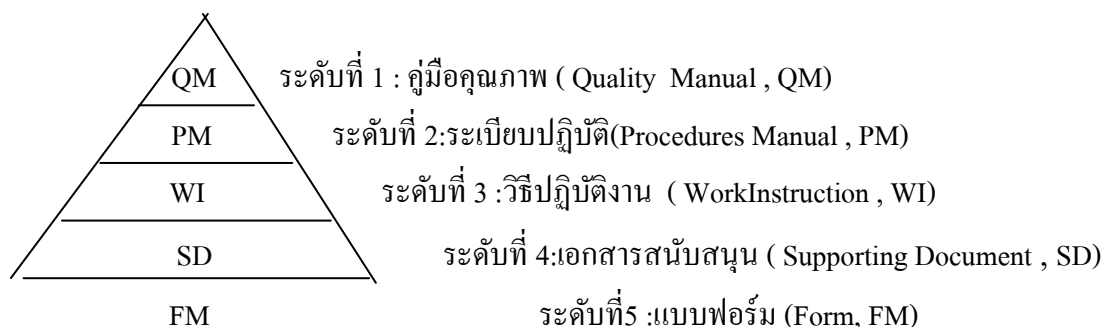
(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60
	หน้าที่ 28 / 43

6.เอกสารคุณภาพ

6.1 เอกสารคุณภาพและการควบคุม

เพื่อให้เอกสารคุณภาพงานเทคนิคการแพทย์ถูกจัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบและปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันมากที่สุดและจัดเก็บอย่างเป็นระเบียบ สามารถนำมาใช้งานได้อย่างสะดวก ดังนั้นผู้จัดการคุณภาพจึงจัดให้ออกหมายเลขเอกสาร การแจกจ่าย แก้ไขปรับปรุงให้ทันสมัย เรียกค้น เก็บรักษาและทำลายเอกสาร โดยให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเรื่อง การควบคุมเอกสารคุณภาพและเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทุกคนสามารถเข้าถึงเอกสารคุณภาพทั้ง 5 ระดับได้ เพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ตามนโยบายคุณภาพที่ตั้งไว้ งาน เทคนิคการแพทย์ ได้จัดวางโครงสร้างระบบเอกสารของหน่วยงานไว้ เป็น 5 ระดับดังนี้



คู่มือคุณภาพ (Quality Manual : QM) หมายถึง เอกสารระดับที่ 1 ที่ระบุนโยบายคุณภาพ และวัตถุประสงค์ในเรื่องหลักที่แสดงภาพรวมของระบบคุณภาพ

ระเบียบปฏิบัติ (Procedures Manual : PM) หมายถึง เอกสารระดับที่ 2 ซึ่งอธิบาย วิธีการปฏิบัติงานภายในหรือระหว่างหน่วยงาน ให้รับทราบและปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction: WI) หมายถึง เอกสารระดับที่ 3 ซึ่งอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน โดยระบุขั้นตอน รายละเอียดของการปฏิบัติงาน

เอกสารสนับสนุน (Support Document : SD) หมายถึง เอกสารระดับที่ 4 เอกสารอื่นๆที่นำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ หรืออ้างอิงทั้งเอกสารที่จัดทำขึ้นเอง (SDI) และเอกสารภายนอกเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ (SDE) เช่นมาตรฐานต่างๆ กฎหมายต่างๆที่รัฐบังคับใช้



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์

รหัส QM-LAB-001

แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60

หน้าที่ 29 / 43

แบบฟอร์ม (Form : FM) หมายถึง เอกสารระดับ 5 เป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในหน่วยงานหรือใช้ร่วมกันของโรงพยาบาล เช่น แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง รวมถึง เอกสารแผ่นพับ (BP) แผ่นโปสเตอร์คำแนะนำต่างๆ (FL)

6.1.1 คู่มือคุณภาพ

1. ในการจัดทำคู่มือคุณภาพซึ่งเป็นเอกสารที่ใช้ควบคุมการดำเนินงานภายในงานเทคนิคการแพทย์ให้เป็นไปตามมาตรฐานและอยู่ในความรับผิดชอบของผู้จัดการคุณภาพและผู้ควบคุมเอกสารคุณภาพ โดยผู้จัดการคุณภาพเป็นผู้ทบทวน และอนุมัติในการกำหนดผู้ถือครองคู่มือคุณภาพฉบับนั้น
2. คู่มือคุณภาพจะได้รับการทบทวนให้เหมาะสมกับการใช้งานโดยผู้จัดการคุณภาพ ผู้จัดการวิชาการ และผู้ควบคุมเอกสารคุณภาพ โดยผู้จัดการคุณภาพ และผู้จัดการวิชาการจะเป็นผู้รับผิดชอบระบบคุณภาพ และนำระบบคุณภาพไปปฏิบัติ การแก้ไขคู่มือคุณภาพจะต้องได้รับการทบทวนจากผู้จัดการคุณภาพ ผู้จัดการวิชาการ และผู้ควบคุมเอกสารคุณภาพ
3. การเก็บรักษาและแจกจ่ายคู่มือคุณภาพ

สำเนาฉบับ	ผู้ถือครองเอกสาร
ต้นฉบับ	งานเทคนิคการแพทย์
ฉบับที่ 2	ผู้ที่ได้รับการยินยอมจากผู้จัดการคุณภาพ

6.1.2 การควบคุมเอกสาร

- เอกสารในระบบคุณภาพจะถูกควบคุมโดยเจ้าหน้าที่ควบคุมเอกสารคุณภาพ ซึ่งจะรับผิดชอบ ดูแล ควบคุมและเก็บรักษาเอกสาร และข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์
- การนำเอกสารในระบบคุณภาพไปใช้แจกจ่ายจะต้องมีระบบควบคุมเอกสารโดยจะต้องเป็นไปในแนวทางที่กำหนด และจะต้องได้รับอนุญาตจากผู้จัดการคุณภาพทุกครั้งโดยผ่านทางผู้ควบคุมเอกสารคุณภาพงานเทคนิคการแพทย์เพื่อลงบันทึกในระบบการจัดการเกี่ยวกับเอกสารคุณภาพ
- การทบทวนเอกสารคุณภาพ ระบบเอกสารคุณภาพจะต้องมีความจำเป็น และสอดคล้องต่อการบริการทางงาน เทคนิคการแพทย์ จึงต้องมีการทบทวนเอกสารคุณภาพ เพื่อการแก้ไข ยกเลิก เพิ่มเติม รายละเอียดกรณีที่เป็นโดยทีมพัฒนาคุณภาพงาน เทคนิคการแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยแผนกิจกรรมการทบทวนเอกสารคุณภาพกำหนดโดยผู้จัดการคุณภาพ มีเจ้าหน้าที่ควบคุมเอกสารคุณภาพเป็นผู้รับผิดชอบ



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60
	หน้าที่ 30 / 43

6.2 บันทึกคุณภาพ

กำหนดบันทึกคุณภาพของห้องปฏิบัติการต้องจัดเก็บอย่างน้อย 5 ปี เช่น สำเนาใบรายงานผล บันทึกการควบคุมคุณภาพภายใน ผลการเข้าร่วมโครงการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ ประวัติเครื่องมือ ผลการสอบเทียบเครื่องมือ รายการวัสดุที่จัดซื้อ เป็นต้น

6.3 การจัดเก็บเอกสารคุณภาพและบันทึกคุณภาพ

มีการจัดเก็บที่สะดวกต่อผู้ปฏิบัติงาน และมีการป้องกันการแก้ไข เปลี่ยนแปลงโดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง เมื่อมีการใช้งานของเอกสารคุณภาพและบันทึกคุณภาพ ต้องสามารถนำมาใช้ได้อย่างรวดเร็ว

6.4 ระบบสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ

ทางงานเทคนิคการแพทย์จะทำการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวอย่างสิ่งส่งตรวจซึ่งมีการรับจากผู้ให้บริการด้วยระบบคอมพิวเตอร์ รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการตรวจวิเคราะห์ เพื่อสามารถทวนสอบหาสาเหตุของข้อผิดพลาด หรือสามารถตรวจซ้ำได้ในสถานะที่ใกล้เคียงกับสถานะเดิม ในกรณีที่มีการร้องเรียนของการใช้บริการ หรือผลการตรวจวิเคราะห์ บันทึกสามารถสอบกลับไปยังตัวอย่างตรวจ และรายงานผลการตรวจวิเคราะห์รวมทั้งข้อมูลดิบโดยอาศัยข้อมูลดังนี้

- ชื่อ สกุล HN (Hospital Number) ของผู้ให้บริการ
- วันที่ขอตรวจวิเคราะห์
- ชนิด และสภาพของตัวอย่าง
- รายการ และผลการตรวจวิเคราะห์
- วัน เดือน ปี และเวลาที่รายงานผลการตรวจวิเคราะห์
- ชื่อ สกุล ของเจ้าหน้าที่ผู้ทำการตรวจวิเคราะห์

ข้อมูลที่ได้ทำการบันทึกไว้นี้ไม่อนุญาตให้มีการลบหรือทำลาย การแก้ไขเพิ่มเติมบันทึกต่าง ๆ ในเอกสาร งาน เทคนิคการแพทย์ ได้กำหนดให้ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานเรื่อง การดำเนินการแก้ไขเมื่อพบข้อผิดพลาดของการตรวจทดสอบ (WI-LAB-LAB-008)



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา (BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60

หน้าที่ 31 / 43

รายชื่อเจ้าหน้าที่ ผู้มีอำนาจในการลงนามออกผลการตรวจวิเคราะห์และบันทึกผล ในระบบคอมพิวเตอร์ HOSxP ตามความรับผิดชอบในงาน พร้อมลายมือชื่อดังนี้

	ชื่อ	สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
1	นางสาวธาวินี	ทรัพย์ประเสริฐ	นักเทคนิคการแพทย์	
2	นายณัฐพล	ชินสมบูรณ์	นักเทคนิคการแพทย์	
3	นายนวพล	เจียนดอน	นักเทคนิคการแพทย์	
4	นายกรรณา	มาพุก	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	
5	นางสมจิตร	สมพงษ์	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	

รายนามักเทคนิคการแพทย์ผู้มีอำนาจในการลงนามตรวจสอบผลการตรวจวิเคราะห์ แก้วไข รับรองรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทางงานเทคนิคการแพทย์พร้อมลายมือชื่อดังนี้

	ชื่อ	สกุล	เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ	ลายมือชื่อ
1	นางสาวธาวินี	ทรัพย์ประเสริฐ	ทน.10654	
2	นายณัฐพล	ชินสมบูรณ์	ทน.11715	
3	นายนวพล	เจียนดอน	ทน.12525	

6.5 การป้องกันและเก็บรักษาข้อมูล

งานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านนา ได้จัดทำกรเก็บบันทึกข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ที่สามารถทำการบันทึกผลด้วยระบบสารสนเทศ HOSxP ของโรงพยาบาล ซึ่งมีการป้องกันและเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นเวลา 5 ปี โดยอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ดูแลระบบสารสนเทศ ของโรงพยาบาล สำหรับผลการตรวจวิเคราะห์ที่ไม่สามารถบันทึกในระบบสารสนเทศได้ จะจัดเก็บบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกผล ซึ่งมีการเก็บรักษาไว้เป็นเวลา 5 ปี ส่วนเอกสารรายงานผลทางคดีและใบรายงานผลทางธนาคารเลือดจะเก็บรักษาไว้เป็นเวลา 10 ปี โดยอยู่ในความรับผิดชอบของหัวหน้างานเทคนิคการแพทย์



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์

รหัส QM-LAB-001

แก้ไขครั้งที่ : 01

วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60

หน้าที่ 32 / 43

6.6 บันทึกลงและการรักษาเอกสาร

1. การบันทึก

1.1 ระบบบันทึก

1.1.1 จุดมุ่งหมายของการมีระบบบันทึก เพื่อที่จะเป็นข้อมูลในการบ่งชี้ข้อผิดพลาดบางประการที่อาจเกิดขึ้นได้ และสามารถทดสอบซ้ำในระยะเวลาใกล้เคียง

1.1.2 ระบบบันทึก แบ่งเป็น 2 แบบ

- ผลการตรวจวิเคราะห์จะบันทึกในใบส่งตรวจและระบบสารสนเทศงานเทคนิคการแพทย์ โดยระบุรายการทดสอบ วันที่ ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อผู้ทำการตรวจวิเคราะห์ และผลการตรวจวิเคราะห์
- ในกรณีที่ไม่สามารถลงผลการตรวจวิเคราะห์ในระบบสารสนเทศของงานเทคนิคการแพทย์ได้ ให้บันทึกผลไว้ในสมุดทะเบียน

1.2 ข้อมูลที่บันทึก

1.2.1 แบบบันทึกหรือสมุดบันทึกใช้บันทึกค่าที่อ่านได้ต่างๆ หรือข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

1.2.2 มีการลงนามโดยผู้ที่ทำการทดสอบ

1.2.3 เมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้นในการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ หากมีการแก้ไขผลการตรวจวิเคราะห์ ต้องบันทึกในใบแจ้งรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทุกครั้ง

1.2.4 มีการทบทวนข้อมูลในแบบบันทึกใบแจ้งรายงานผลการตรวจวิเคราะห์โดยผู้จัดการ ด้านคุณภาพ มีการทบทวนตั้งแต่สิ่งส่งตรวจมาที่งานเทคนิคการแพทย์ จนกระทั่งรายงานผล

1.3 การป้องกัน

ข้อมูลที่ถูกทบทวนแล้วจะถูกเก็บรักษาไว้ ซึ่งจะถูกลบตัวอย่างอย่างน้อย 5% ของสิ่งส่งตรวจ จะมีการทบทวนปีละ 1 ครั้ง ข้อมูลที่มีการแก้ไขจะต้องมีบันทึกการแจ้งรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทุกครั้ง

2. การรักษาเอกสาร

- ผลการตรวจวิเคราะห์จะถูกเก็บรักษาไว้ในระบบสารสนเทศงานเทคนิคการแพทย์ 5 ปี
- ทะเบียนบันทึกผลการตรวจวิเคราะห์ทางงานเทคนิคการแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในระบบสารสนเทศเก็บรักษาไว้ 5 ปี
- ใบนำส่งตรวจทางงานเทคนิคการแพทย์ (request paper) จะถูกเก็บรักษาไว้ 1 ปี
- เอกสารผลการตรวจ anti HIV, CD4, Viral load, เก็บรักษา 5 ปี



ศูนย์ห้องปฏิบัติการ

โรงพยาบาลบ้านนา (BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์	
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60	หน้าที่ 33 / 43

- เอกสารผลการตรวจ Acid phosphatase , Methamphetamine หรือเอกสารทางคดี และเอกสารทางงาน
ธนาคารเลือด เก็บรักษา 10 ปี

- เอกสารผลการทดสอบคุณภาพ เก็บรักษา 5 ปี

โดยเอกสารเกี่ยวกับการส่งตรวจ และรายงานผลการตรวจวิเคราะห์จะถูกเก็บไว้ที่ห้องเก็บเอกสารของ
งานเทคนิคการแพทย์ และมีหัวหน้างานเทคนิคการแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์	
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60	หน้าที่ 34 / 43

7.การควบคุมสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด

7.1 ปฏิบัติการแก้ไข

หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติ

สิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด หมายถึง สิ่งที่ไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ หรือไม่ได้ปฏิบัติตามนโยบายคุณภาพฉบับนี้ หรือ ระเบียบปฏิบัติ (PM) วิธีปฏิบัติงาน (WI) ของห้องปฏิบัติการที่เขียนไว้ หรือไม่ได้ปฏิบัติตามข้อตกลงระหว่างทีมสหวิชาชีพ ในทีมดูแลผู้ป่วย (PCT) หรือมอบหมาย หรือประสานงานให้ทีมพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ ปฏิบัติตามข้อตกลงดังกล่าว หรือไม่ได้ปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการ

เมื่อพบสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด โดยมีที่มาจากการตรวจติดตามภายใน ข้อมูลจากข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการ ผลการตรวจสอบงาน บันทึกอุบัติการณ์ และอื่นๆ ให้บันทึกสิ่งที่พบ นำเข้าวาระการประชุมของทีมพัฒนาคุณภาพ และใช้กระบวนการกลุ่มของทีมในการหาข้อสรุป แนวทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน โดยดำเนินการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา (root cause analysis) ผลกระทบต่อระบบคุณภาพ และผู้ให้บริการ กำหนดผู้แก้ไขหรือประสานงานการแก้ไข บันทึกผลการแก้ไขไว้ในรายงานการประชุม

7.2 ปฏิบัติการป้องกัน

การป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ

หัวหน้างานในทีมพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการเป็นผู้ดำเนินการ หรือมอบหมาย/กำหนดผู้รับผิดชอบในการประเมินผลจากตัวชี้วัดตามความจำเป็น โดยพิจารณาจากผลการวิเคราะห์ความเสี่ยง อุบัติการณ์ หรือผลจากการแก้ไข และติดตามผลการแก้ปัญหา เพื่อให้มั่นใจว่าปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว และบันทึกไว้ในรายงานการประชุมของทีม

7.3. การป้องกันความคลาดเคลื่อนของระบบคุณภาพ

กรณีที่ทีมพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ เทคนิคการแพทย์ วิเคราะห์ว่าสาเหตุของปัญหาอาจมีผลกระทบต่อระบบคุณภาพ ทีมพัฒนาคุณภาพจะนำเสนอต่อผู้บริหาร หรือ หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล หรือทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอคำปรึกษาและขอการสนับสนุนด้านต่างๆ ในการแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนของระบบคุณภาพ



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์	
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60	หน้าที่ 35 / 43

8.การตรวจติดตามภายใน

1. จุดมุ่งหมาย

จุดมุ่งหมายของการตรวจติดตามภายใน เพื่อให้มั่นใจได้ว่านโยบาย และวิธีการที่กำหนดไว้ในคู่มือคุณภาพได้มีการปฏิบัติทุกกิจกรรม และความรับผิดชอบทั้งหมดต้องเป็นไปตามที่กำหนด รวมถึงวิธีการทดสอบ ซึ่งต้องถูกติดตามด้วยเช่นเดียวกัน เพื่อให้มั่นใจว่าระบบคุณภาพมีการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพตามคุณภาพมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ระดับคุณภาพสากล และตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ ปี 2555 อย่างต่อเนื่อง

2. แผนการตรวจติดตามภายในของงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านนา

กำหนดแผนการตรวจติดตามภายในปีละ 1 ครั้ง ผู้รับผิดชอบหลักของการตรวจติดตามภายใน คือ ผู้ตรวจติดตามจากกลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลนครนายกที่มีใบรับรอง

3. รายละเอียดของการตรวจติดตามภายใน

3.1 ตรวจติดตามภายในตามข้อกำหนดในมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ปี 2555

3.2 ห้องปฏิบัติการในทีม ประเมินตนเองใน check list ตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ปี 2555 และส่งให้ผู้ตรวจติดตามภายในใช้เป็นแนวทางในการตรวจติดตามและประเมินห้องปฏิบัติการ

3.3 จัดให้มีผู้ประสานงานคุณภาพ ของโรงพยาบาลบ้านนา เป็นผู้สังเกตการณ์ร่วมทุกครั้งที่มีการตรวจติดตามภายใน ตามตารางเวลาที่กำหนดไว้ โดยมีหน้าที่สังเกตบรรยากาศในการเยี่ยมชมสำรวจหรือการตรวจติดตาม ในเรื่องของการตั้งคำถามตลอดจนท่าทีของทีมตรวจติดตาม สังเกตปฏิกิริยาของผู้ถูกติดตาม ซึ่งผู้สังเกตการณ์สามารถให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงการตรวจติดตามครั้งต่อไป และจัดทำบันทึกผลการสังเกตดังกล่าวแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรมายังทีมพัฒนาคุณภาพของงาน เทคนิคการแพทย์ เพื่อหาโอกาสในการพัฒนาต่อไป

3.4 ผู้ตรวจติดตามจัดทำบันทึกเมื่อพบสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดและโอกาสพัฒนา ส่งกลับให้ห้องปฏิบัติการที่รับการตรวจติดตามภายใน 30 วันนับจากวันที่เข้าตรวจติดตาม

3.5 งานเทคนิคการแพทย์จัดทำผลสรุปของการตรวจติดตามภายในและผลการแก้ไขโอกาสพัฒนา เสนอต่อผู้บริหาร และขอสนับสนุนในส่วนที่ไม่สามารถดำเนินการได้เองและส่งรายงานการแก้ไขโอกาสพัฒนากลับให้ผู้ตรวจติดตามภายใน 90 วัน นับจากวันที่ได้รับเอกสารจากผู้ตรวจติดตาม



ศูนย์วิจัยทางการแพทย์

โรงพยาบาลบ้านนา (BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์		
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01	วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60	หน้าที่ 36 / 43

3.6 มีการทบทวนผลการดำเนินการภายหลังมีการตรวจติดตามภายใน เพื่อติดตามว่างานเทคนิคการแพทย์ที่ได้รับการตรวจติดตามภายในได้มีการแก้ไขสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดที่พบจากการตรวจติดตามหรือไม่ และมีการนำข้อเสนอแนะมาเป็นโอกาสในการพัฒนาหน่วยงานมากขึ้นน้อยเพียงใด



ศูนย์พัฒนาระบบบริการ

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60
	หน้าที่ 37 / 43

9.กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

9.1 การทบทวนระบบบริหารคุณภาพ

กำหนดแผนการทบทวนระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการในทีมพัฒนาคุณภาพงาน เทคนิคการแพทย์ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ซึ่งรวมถึงการทบทวนการให้บริการตรวจวิเคราะห์และการให้คำปรึกษาในงานที่เกี่ยวข้อง วิชาชีพ เพื่อให้มั่นใจว่าระบบการให้บริการยังตรงความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องผลลัพธ์ของการดำเนินงานโดยการ ทบทวนครอบคลุมทรัพยากรนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ ผลกระทบต่อผู้ใช้บริการ ซึ่งการทบทวนดังกล่าวระบุไว้ในรายงานการประชุมและแจ้งผลการทบทวน กิจกรรมพัฒนาคุณภาพของทีมที่ผ่านมา สื่อสารไปยังผู้ปฏิบัติทุกระดับและผู้เกี่ยวข้อง นำสรุปผลการทบทวนเสนอต่อที่ประชุมผู้บริหารเพื่อพิจารณาให้การสนับสนุนทรัพยากรและ/หรือปรับเปลี่ยนกระบวนการ ให้บริการ

9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพและโอกาสพัฒนา

กำหนดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและโอกาสพัฒนาจากผลจากการทบทวนจะเป็นข้อมูลนำไปพัฒนาการบริหารจัดการคุณภาพอย่างต่อเนื่องทั้งก่อนการวิเคราะห์กระบวนการวิเคราะห์หลังการวิเคราะห์ โดยพิจารณาจากข้อมูลผลการทบทวนระบบบริหารคุณภาพ ความเสี่ยง อุบัติการณ์ เป็นต้น เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนระบบคุณภาพ หรือวิธีการปฏิบัติงานใหม่ มีการกำหนดตัวแทนของทีมในการร่วมการพัฒนาคุณภาพร่วมกันระหว่าง ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล (PCT) มีการติดตามและประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ อย่างสม่ำเสมอ

9.1 การติดตามและประเมินผลตัวชี้วัดคุณภาพ

มีการเฝ้าระวังติดตามและประเมินผลตัวชี้วัดคุณภาพของกระบวนการ (quality indicators, QI) ที่ใช้ ติดตามควบคุมกำกับขั้นตอนการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกเดือน เมื่อข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพมี ข้อบกพร่องหรือพบโอกาสพัฒนาต้องค้นหาสาเหตุของปัญหาคำหนดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพรวมถึงการฝึกอบรม ผู้เกี่ยวข้องและมั่นใจได้ว่ากิจกรรมพัฒนาคุณภาพนั้นสามารถแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องและส่งผลดีต่อผู้รับบริการ หรือการดูแลผู้ป่วย



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์	
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60	หน้าที่ 38 / 43

10. การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ

10.1 การกำหนดที่ปรึกษา

กำหนดแพทย์ผู้ให้บริการห้องปฏิบัติการเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับงานวิชาการ เช่น ประสิทธิภาพของการทดสอบที่ให้บริการในปัจจุบัน ความเหมาะสมของค่าอ้างอิง ความสอดคล้องของผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกับอาการทางคลินิก เป็นต้น กลไกการขอคำปรึกษาคือ กลุ่มงานจัดทำหนังสือขอคำแนะนำปรึกษาหรือเชิญแพทย์ที่ปรึกษาเข้าร่วมการประชุมของทีม วิเคราะห์ความต้องการของแพทย์ ปัญหาในเชิงวิชาการและงานบริการ และขอคำปรึกษาเพื่อนำมาทบทวนระบบคุณภาพของทีมต่อไป

10.2 การจัดการกับข้อร้องเรียน

10.2.1 การดำเนินการเกี่ยวกับข้อร้องเรียน

หัวหน้างานเทคนิคการแพทย์ ผู้จัดการคุณภาพ ผู้จัดการวิชาการและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการร่วมกับเจ้าหน้าที่ในห้องปฏิบัติการดำเนินการวิเคราะห์หาสาเหตุเมื่อได้รับการร้องเรียนในด้านการให้บริการและผลการตรวจทดสอบเพื่อดำเนินการแก้ไขและป้องกันการซ้ำของการเกิดปัญหารวมทั้งการแจ้งผลของการแก้ไขปัญหามาถึงผู้ร้องเรียนให้กับผู้ให้บริการทราบ

ในกรณีที่มีข้อร้องเรียนหรือเหตุอันควรให้เกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามนโยบายหรือวิธีการของห้องปฏิบัติการหรือเกี่ยวกับคุณภาพของการตรวจทดสอบห้องปฏิบัติการจะ ดำเนินการให้มีการตรวจติดตามคุณภาพในกิจกรรมและหน้าที่ความรับผิดชอบในจุดนั้นทันทีและจะมีการนำผลการแก้ไขเข้าสู่ที่ประชุม

10.2.2 การปฏิบัติการแก้ไขข้อร้องเรียน

ห้องปฏิบัติการได้กำหนดให้มี ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การควบคุมสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด (PM-LAB-003) จากผู้ให้บริการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในกิจกรรมของห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการให้บริการและผลการตรวจทดสอบของห้องปฏิบัติการ เพื่อหาสาเหตุแก้ไข และป้องกันการเกิดซ้ำของปัญหา หากผลของมาตรการการแก้ไขและป้องกันนั้นมีผลทำให้การเปลี่ยนแปลงระเบียบปฏิบัติงานหรือวิธีการปฏิบัติงานใด ห้องปฏิบัติการจะต้องทำการแก้ไขเอกสารดังกล่าวเพื่อให้สอดคล้องนโยบาย

ในกรณีที่มีการร้องเรียนจากผู้ให้บริการภายนอกทางวาจาหรือลายลักษณ์อักษรเจ้าหน้าที่ที่รับข้อร้องเรียนมีหน้าที่ดำเนินการแก้ไขตามความเหมาะสมและรับผิดชอบในเรื่องนั้นทันทีพร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดการแก้ไขในใบรับข้อร้องเรียนและแจ้งให้หัวหน้า งานเทคนิคการแพทย์ ทราบถ้าไม่สามารถแก้ไขได้ให้แจ้งหัวหน้างาน



ศูนย์พยาบาลบริการ

โรงพยาบาลบ้านนา (BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60
	หน้าที่ 39 / 43

ทราบโดยทันทีเพื่อรายงานให้ผู้จัดกา รคุณภาพทราบเพื่อร่วมดำเนินการแก้ไขโดยผู้จัดการ คุณภาพจะออกไปคำ
ขอให้แก้ไขให้กับหน่วยงานเพื่อบันทึกรายละเอียดของการดำเนินการแก้ไข

10.4 การค้นหาความต้องการของผู้ใช้บริการ

ห้องปฏิบัติการ มีการสอบถามความคิดเห็นการสำรวจความพึงพอใจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งครอบคลุม
ผู้ให้บริการภายนอกและภายในที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยนอก ประเด็นในการสอบถามความ
คิดเห็นต้องครอบคลุมคุณภาพการบริการและมีจำนวนแบบสอบถามที่เพียงพอในการเป็นตัวแทนกลุ่มผู้รับบริการ
มีการค้นหาความต้องการและการรับข้อเสนอแนะจากผู้ให้บริการ ทั้งที่เป็นลายลักษณ์อักษรและทางวาจา นำมา
วิเคราะห์และพัฒนาต่อไป

10.5 การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ

ห้องปฏิบัติการนำข้อมูลจากการค้นหาความต้องการของผู้ใช้บริการมาใช้ประโยชน์ในการกำหนด
กิจกรรมหรือวิธีการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา (BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์	
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60	หน้าที่ 40 / 43

รายชื่อเจ้าหน้าที่งานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านนา

นักเทคนิคการแพทย์



ธาวินี ทรัพย์ประเสริฐ
Thawinee Supprasert
นักเทคนิคการแพทย์

เลขที่ ทน.10654



นาวพล เจียนดอน
Nawaphon Jindon
นักเทคนิคการแพทย์

เลขที่ ทน.12525



ณัฐพล ชินสมบูรณ์
Natapon Chinsomboon
นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ

เลขที่ ทน.11715

เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์



กรรณา มาพุก
Karrunna Marpuka
จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญงาน



สมจิตร สมพงษ์
Somchit Sompong
จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญงาน

พนักงานจุลทัศน์กร



รุ่งตะวัน หีบสัมฤทธิ์
Rungtawan Heebsoomrit
พนักงานจุลทัศน์กร



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์

รหัส QM-LAB-001

แก้ไขครั้งที่ : 01

วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60

หน้าที่ 41 / 43

อัตรากำลังบุคลากร

1. ส่วนงานตรวจทางโลหิตวิทยาคลินิก (Clinical Hematology) จุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก (Clinical Microscopy)

จุลชีววิทยาคลินิก (Clinical Microbiology)

- 1.1 นายณัฐพล ชินสมบูรณ์ นักเทคนิคการแพทย์ (หัวหน้าส่วนงาน)
- 1.2 น.ส.ธาวินี ทรัพย์ประเสริฐ นักเทคนิคการแพทย์
- 1.3 นายณวัฒน์ เจียนดอน นักเทคนิคการแพทย์
- 1.4 นางสาวจิตรา สมพงษ์ เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์
- 1.5 นายกรรณ มาพุก เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์
- 1.6 น.ส.รุ่งตะวัน หีบสัมฤทธิ์ พนักงานจุลทัศน์กร

2. ส่วนงานตรวจทางเคมีคลินิก (Clinical Chemistry) ภูมิคุ้มกันวิทยา (Clinical Immunology) และงานธนาคาร

เลือด (Blood Bank)

- 2.1 นายณวัฒน์ เจียนดอน นักเทคนิคการแพทย์ (หัวหน้าส่วนงาน)
- 2.2 นางสาวธาวินี ทรัพย์ประเสริฐ นักเทคนิคการแพทย์
- 2.3 นายณัฐพล ชินสมบูรณ์ นักเทคนิคการแพทย์
- 2.4 นางสาวจิตรา สมพงษ์ เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์
- 2.5 นายกรรณ มาพุก เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์

3. ส่วนงานเก็บ ตรวจรับสิ่งส่งตรวจ และเตรียมสิ่งส่งตรวจ

- 3.1 นางสาวจิตรา สมพงษ์ เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์
- 3.2 นายกรรณ มาพุก เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์
- 3.3 น.ส.ธาวินี ทรัพย์ประเสริฐ นักเทคนิคการแพทย์
- 3.3 นายณัฐพล ชินสมบูรณ์ นักเทคนิคการแพทย์
- 3.4 นายณวัฒน์ เจียนดอน นักเทคนิคการแพทย์
- 3.5 น.ส.รุ่งตะวัน หีบสัมฤทธิ์ ผู้ช่วยงานชันสูตรโรค



โรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลบ้านนา

(BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60
	หน้าที่ 42 / 43

กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพงานเทคนิคการแพทย์

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลบ้านนา

- 1.น.ส.ชวินี ทรัพย์ประเสริฐ นักเทคนิคการแพทย์ ประธานกรรมการ/ผู้จัดการคุณภาพ
- 2.นายณพล เจียนดอน นักเทคนิคการแพทย์ กรรมการ/ผู้จัดการวิชาการ
- 3.นายณัฐพล ชินสมบูรณ์ นักเทคนิคการแพทย์ กรรมการ
- 4.นางสมจิตร สมพงษ์ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรรมการ
- 5.น.ส.รุ่งตะวัน หีบสัมฤทธิ์ พนักงานจุลทัศน์กร กรรมการ
- 6.นายกรรณา มาพุก เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรรมการ/เลขานุการ

ให้คณะกรรมการมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

- 1.ดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ เพื่อรักษาและยกระดับคุณภาพให้พร้อมสำหรับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- 2.จัดทำและทบทวนคู่มือคุณภาพและเอกสารทุกประเภทที่เกี่ยวข้องในระบบคุณภาพ
- 3.ประสานงานกับ HA center และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพสาขาอื่นๆของโรงพยาบาล เพื่อดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพภายในโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาที่ได้รับการประสาน
- 4.ร่วมวางแผนและดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการทุกประเภท
- 5.รวบรวมผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคต่างๆจากการปฏิบัติงานมาทบทวน
- 6.งานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย

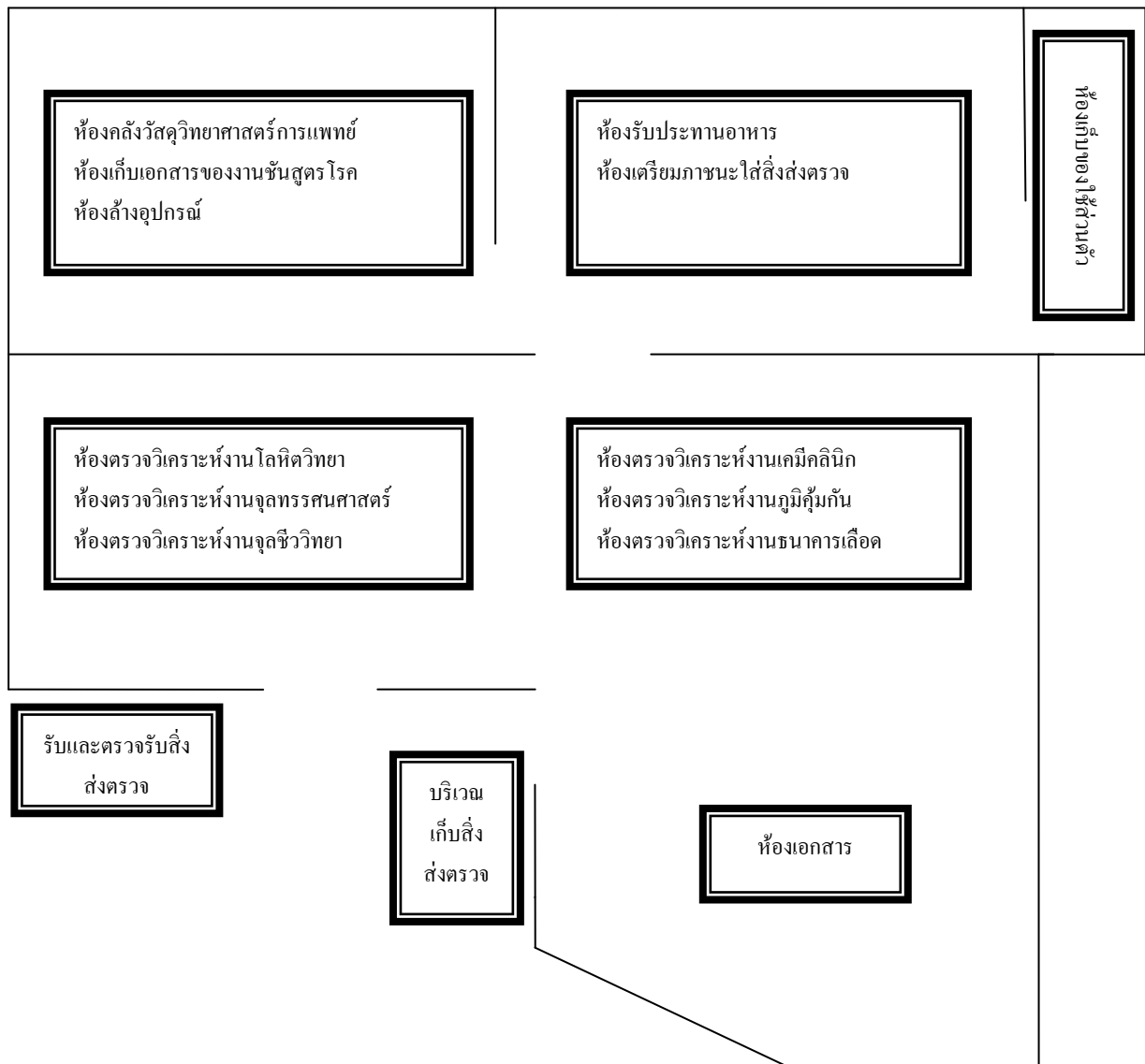


ศูนย์พัฒนาระบบบริการ

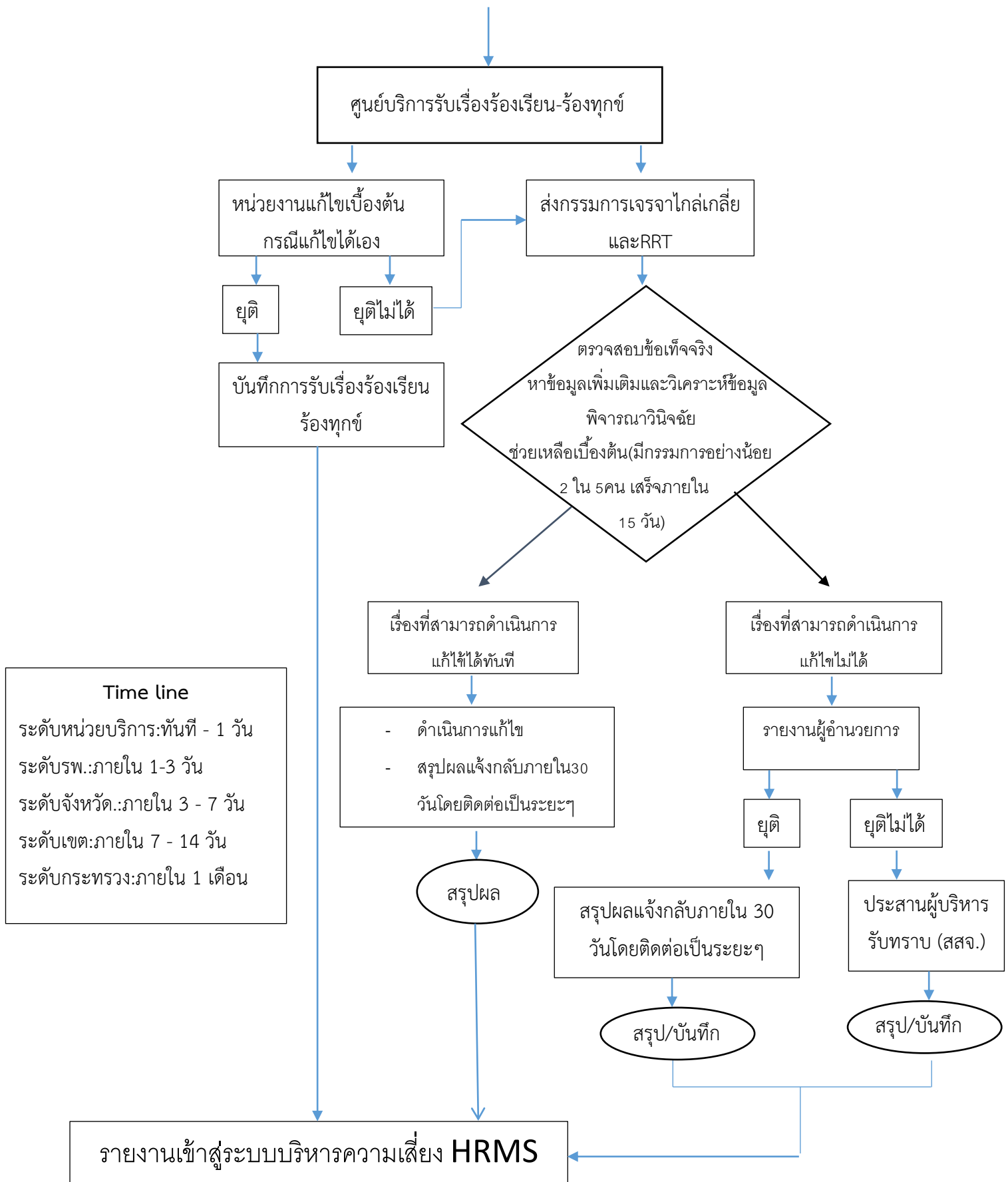
โรงพยาบาลบ้านนา (BANNA HOSPITAL)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	ผู้จัดทำ : งานเทคนิคการแพทย์	
รหัส QM-LAB-001	แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ วันที่ 15 / 05 / 60	หน้าที่ 43 / 43

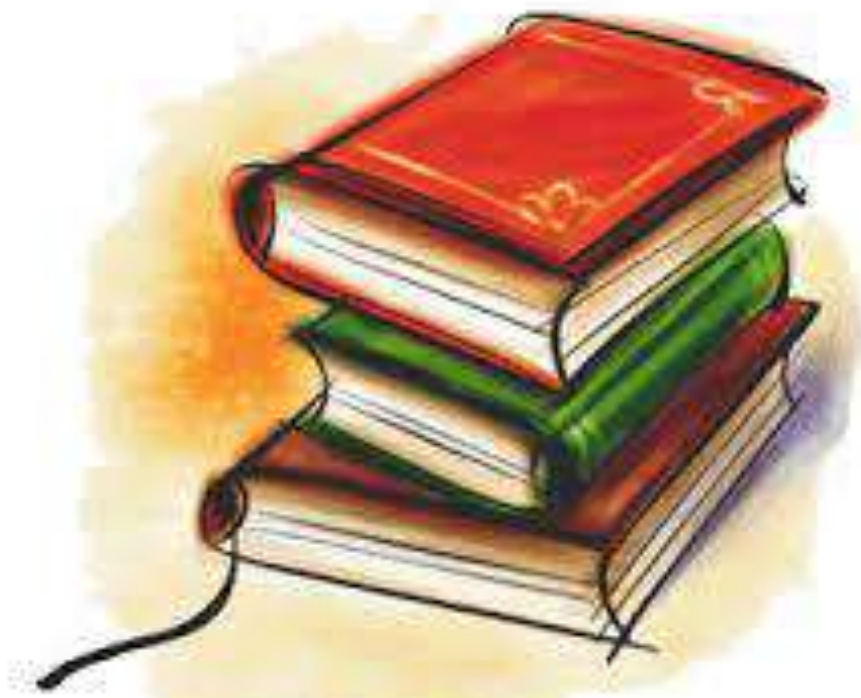
แผนผังห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์



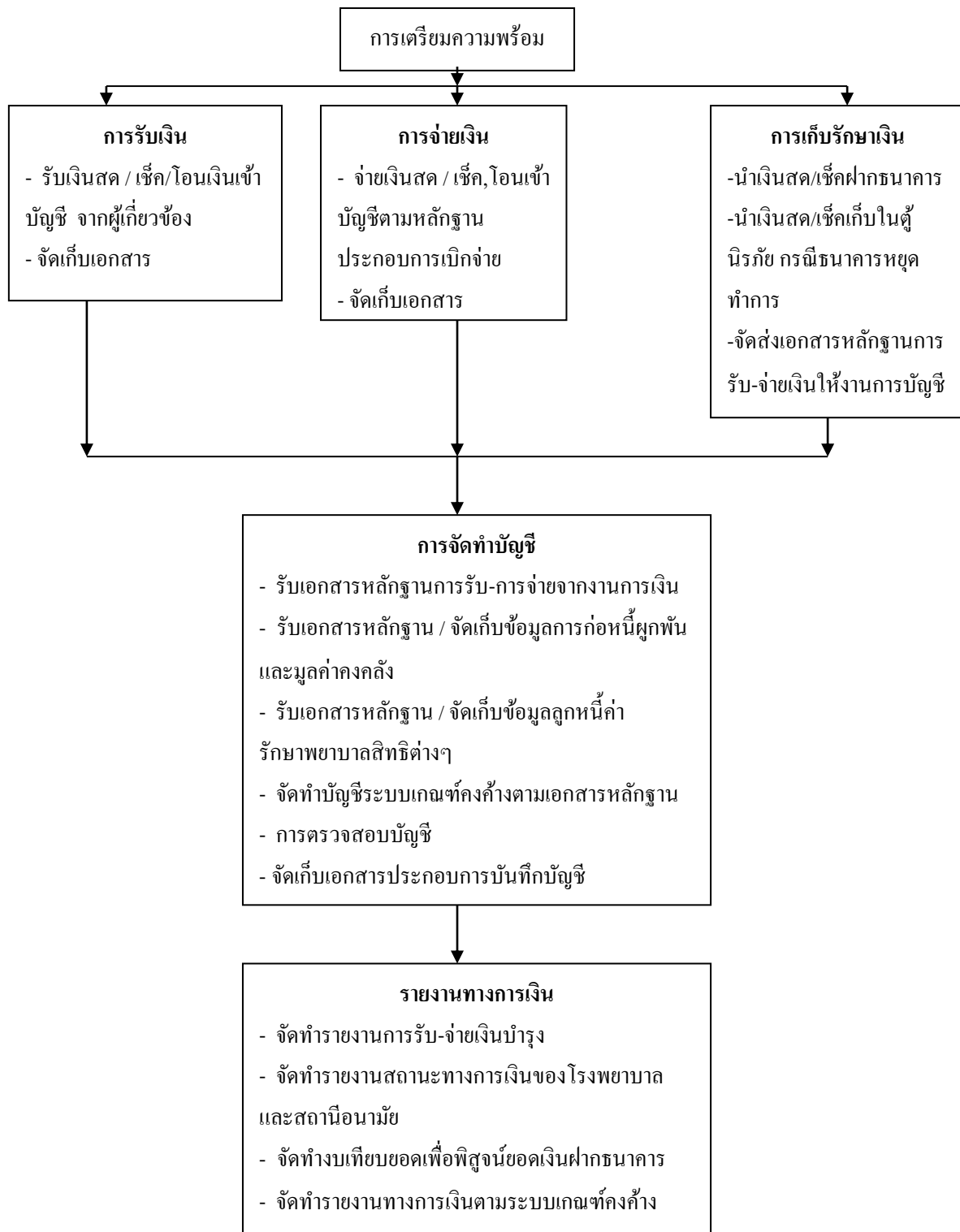
การดำเนินงาน จัดการข้อร้องเรียนและเจรจาไกล่เกลี่ย
รับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน - ด้วยตนเอง - จดหมาย - โทรศัพท์ - ผู้รับเรื่องร้องเรียน - สื่อต่างๆ



คู่มือการปฏิบัติงาน
งานการเงินและบัญชี
โรงพยาบาลบ้านนา

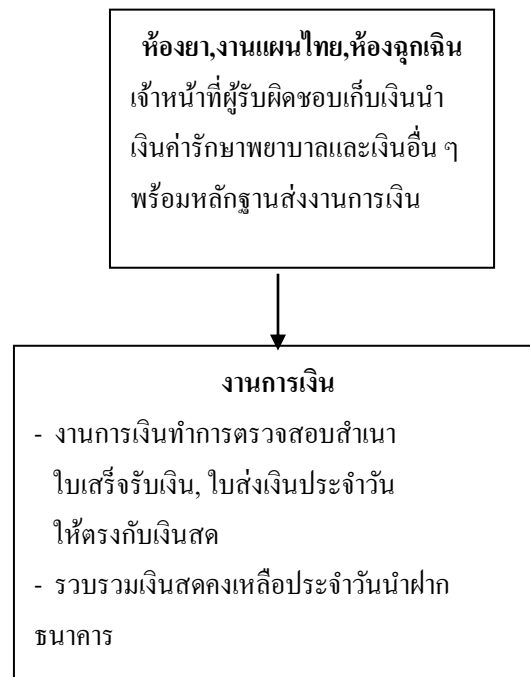


2.1 กระบวนการหลักของหน่วยงาน (Top-Down Flow Chart)¹

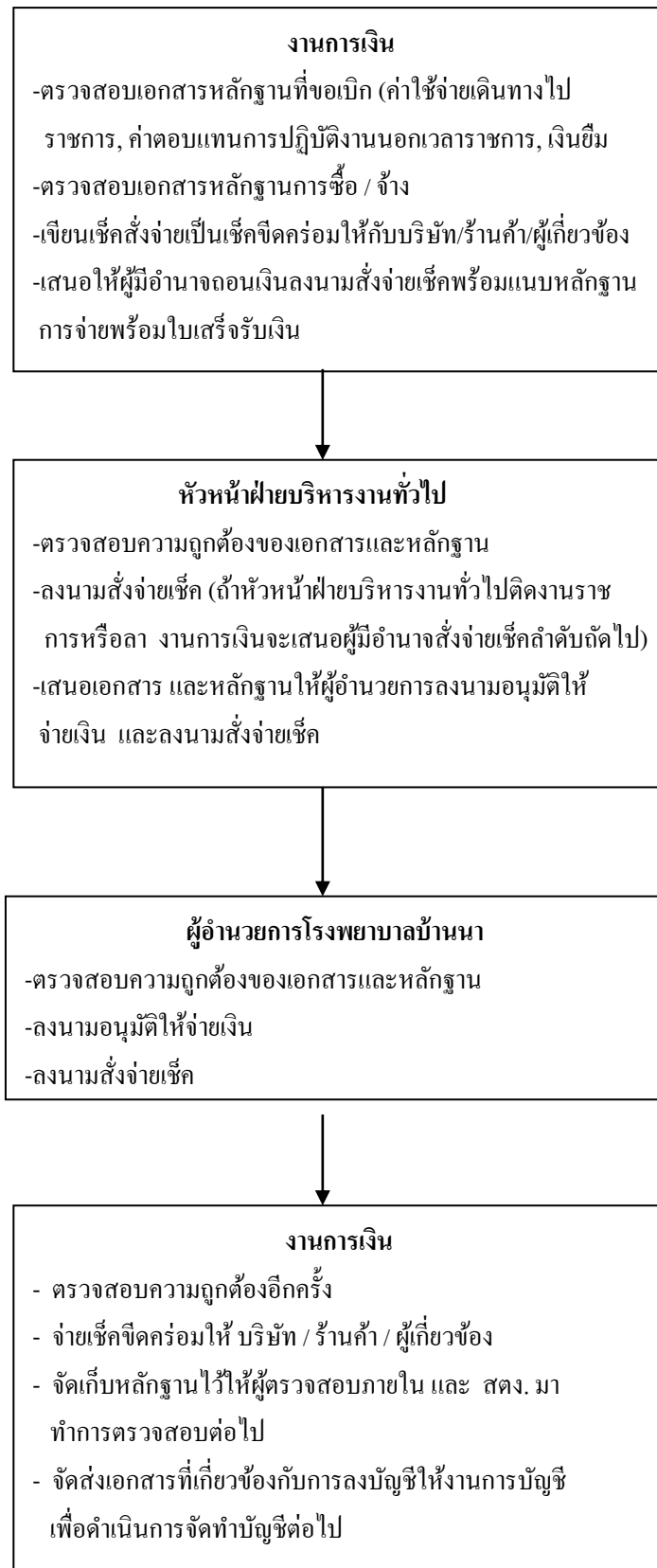


¹ ทีมงานอาจใช้ flow chart ประเภทอื่นแทนได้ตามความเหมาะสม ที่จะสื่อให้เห็นกระบวนการทำงานทั้งหมด อาจจะแยกเป็น flow chart คนละภาพ หากกระบวนการทำงานนั้นไม่เกี่ยวข้องกัน

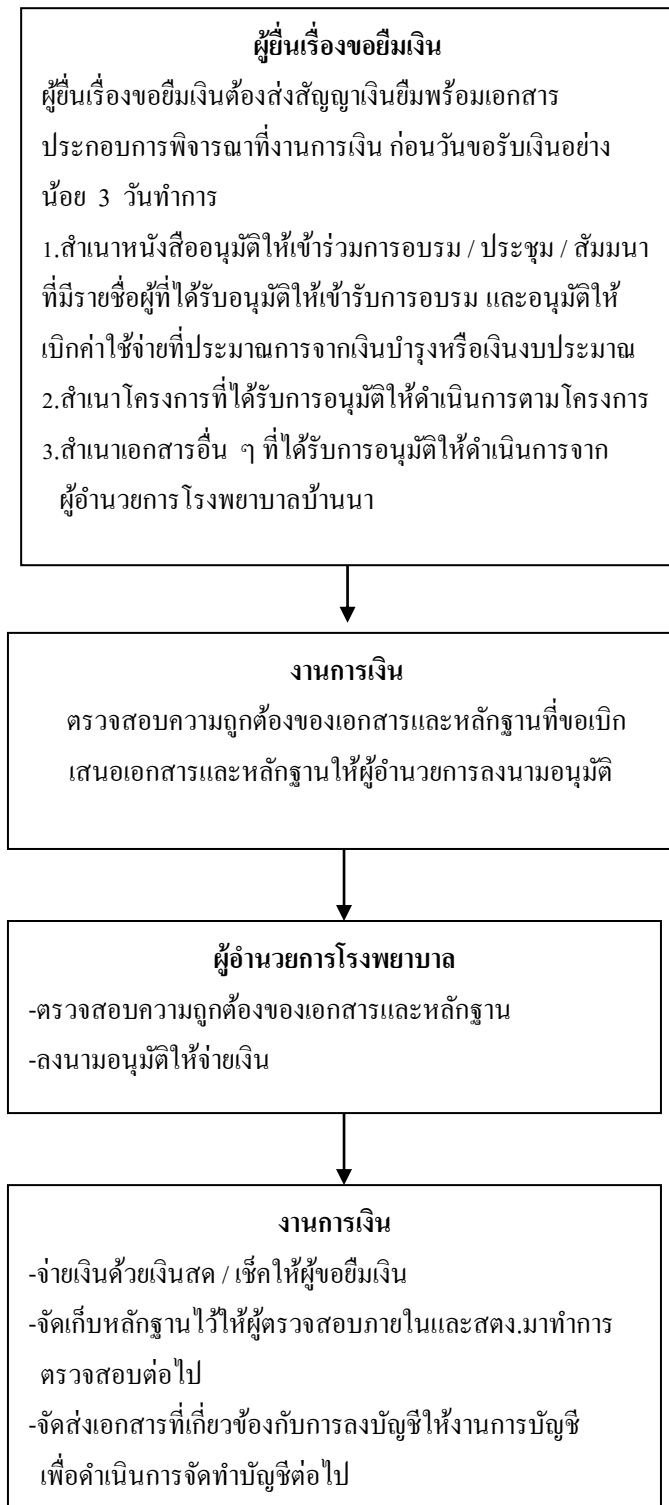
2.1.1 กระบวนการรับเงิน



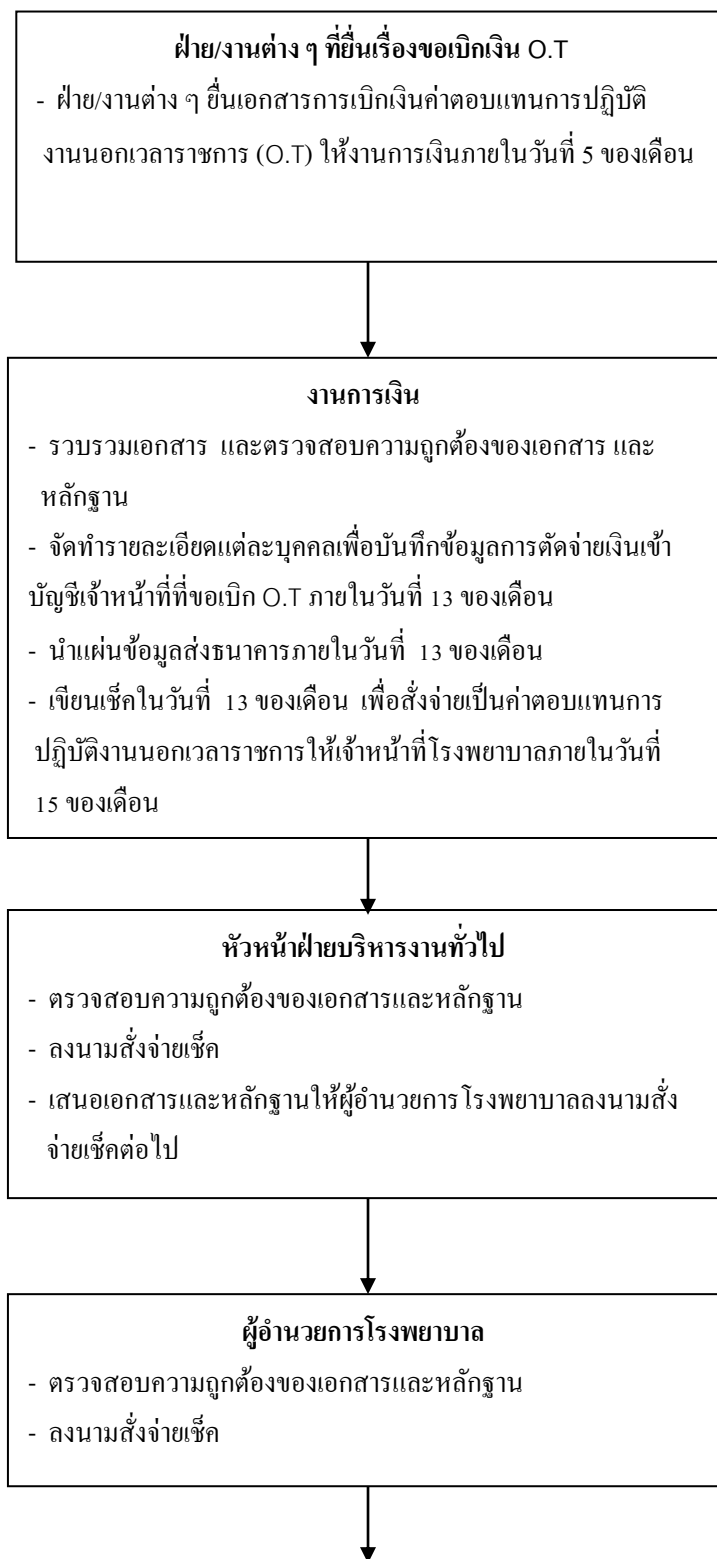
2.1.2 กระบวนการจ่ายเงิน



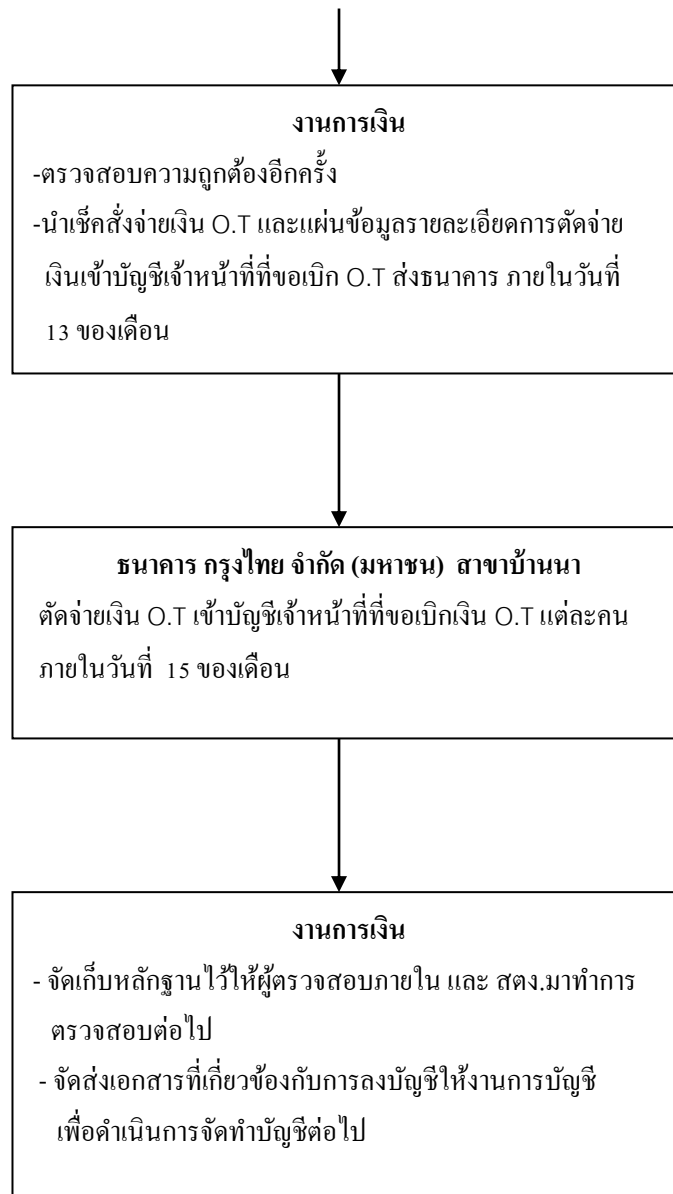
2.1.3 กระบวนการจ่ายเงินยืมสำรองค่าใช้จ่ายต่าง ๆ



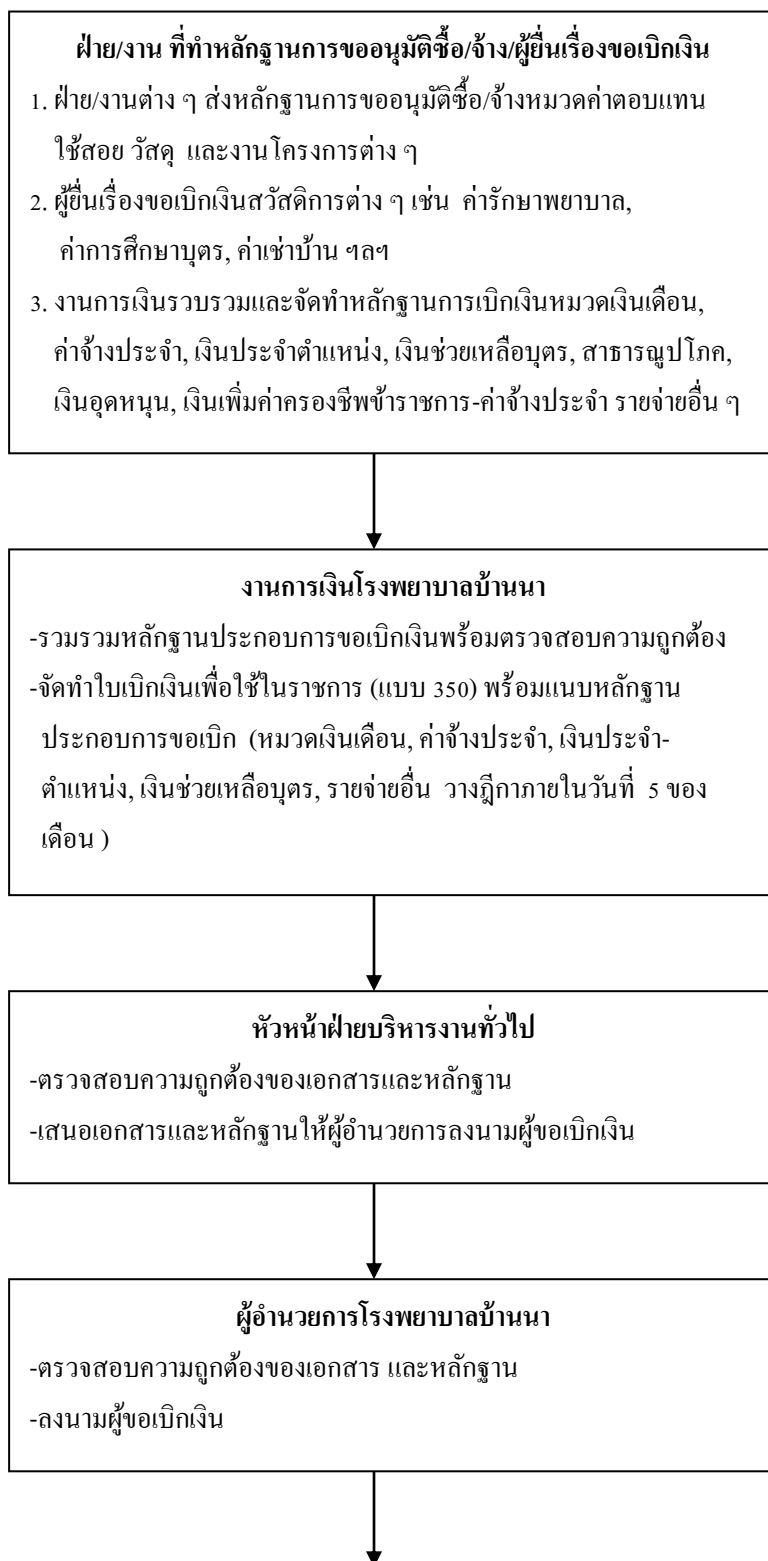
2.1.4 กระบวนการจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ (O.T)



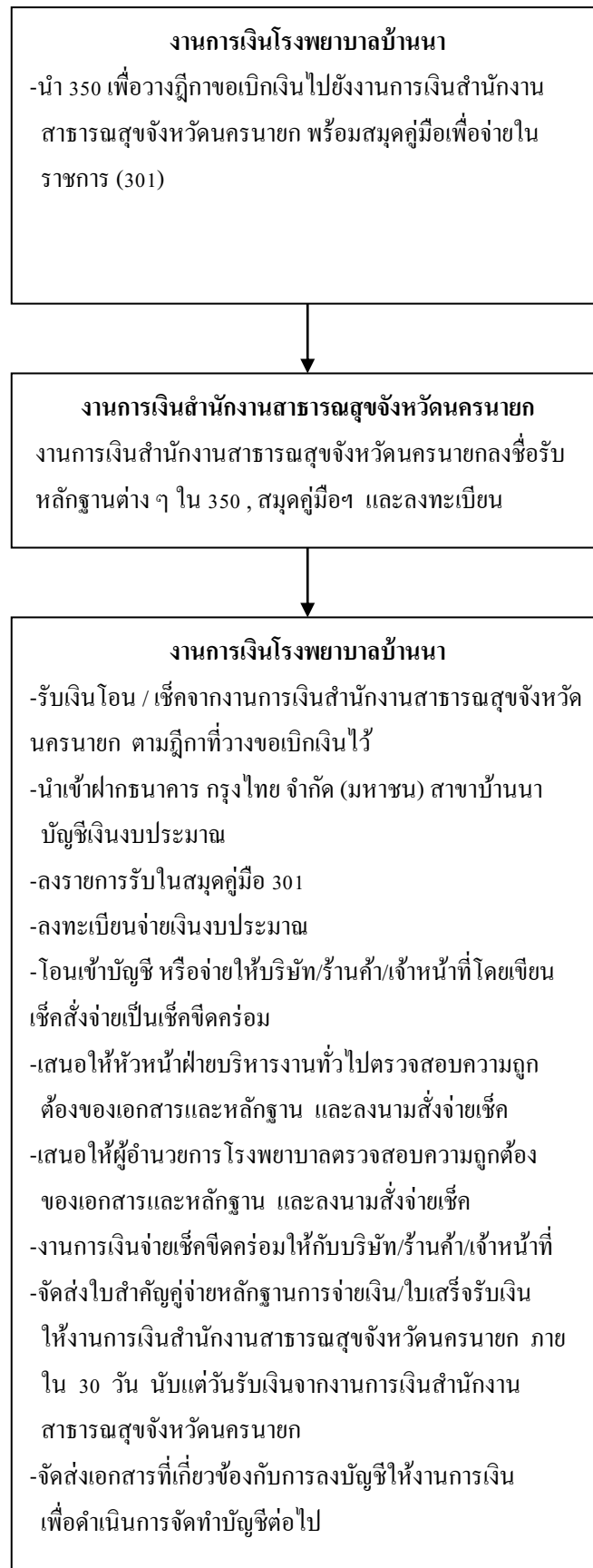
2.1.4 กระบวนการจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ (ต่อ)



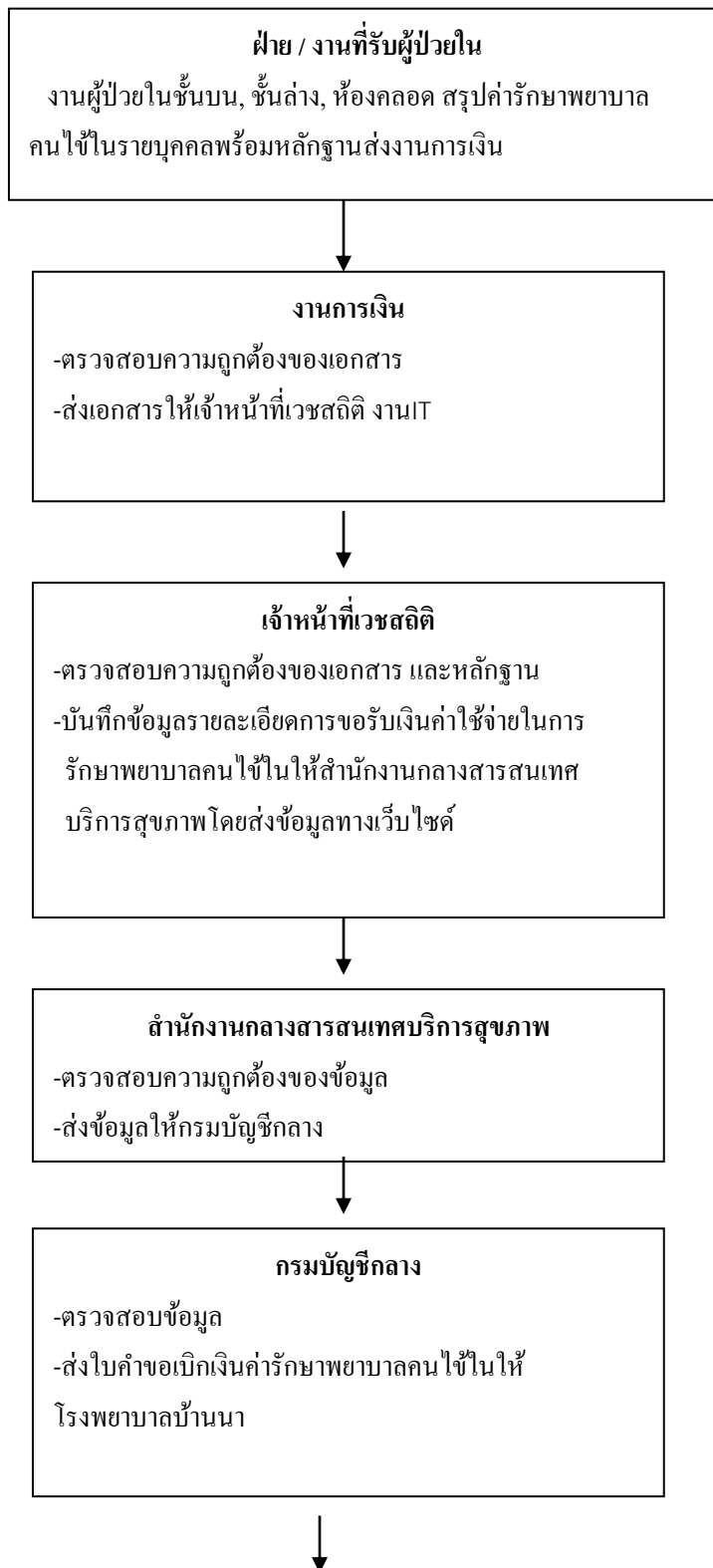
2.1.5 กระบวนการรับและการจ่ายเช็คเงินงบประมาณ



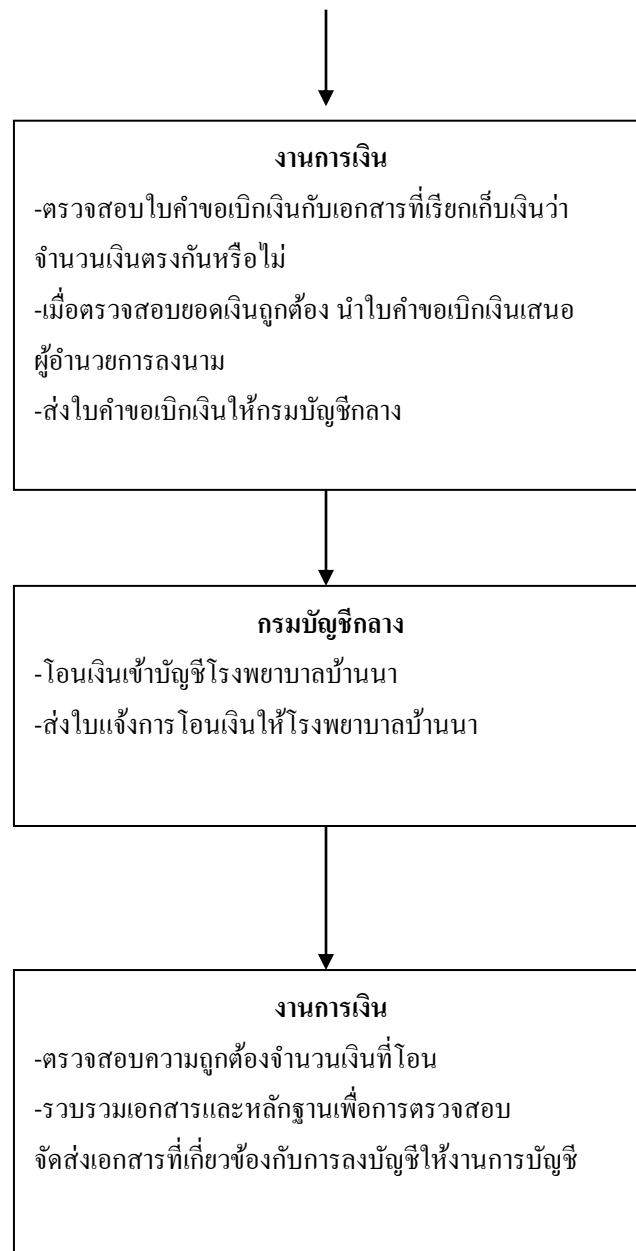
2.1.5 กระบวนการรับและการจ่ายเช็คเงินงบประมาณ (ต่อ)



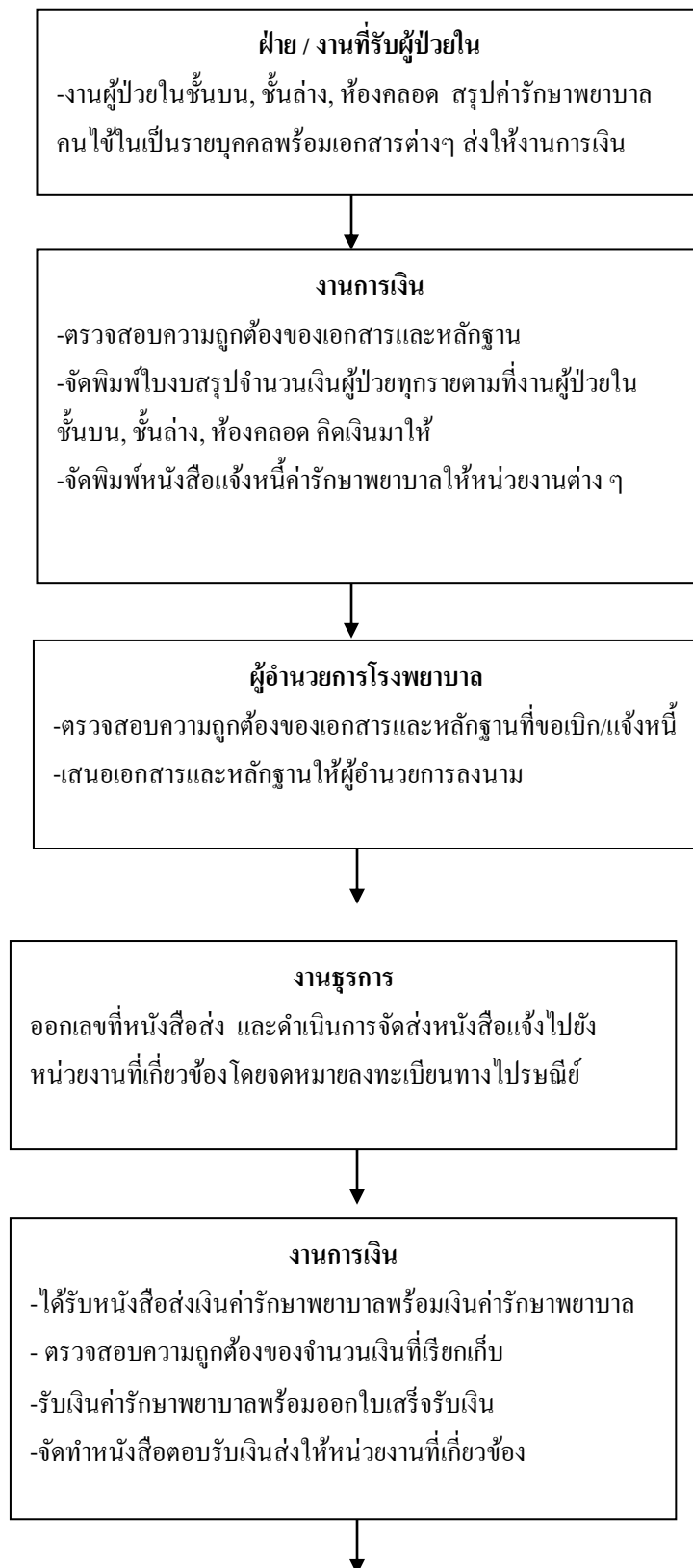
2.1.6 กระบวนการเรียกเก็บเงินจากผู้มีสิทธิรับสวัสดิการรักษายาบาลคนไข้ใน (ข้าราชการ, ลูกจ้างประจำ, ข้าราชการบำนาญ) –ขอเบิกเงินจากคลังจังหวัดนครนายก



กระบวนการเรียกเก็บเงินจากผู้มีสิทธิรับสวัสดิการรักษายาบาลคนไข้ใน (ข้าราชการ, ลูกจ้างประจำ, ข้าราชการบำนาญ) –ขอเบิกเงินจากคลังจังหวัดนครนายก (ต่อ)



2.1.7 กระบวนการเรียกเก็บเงินจากผู้มีสิทธิรับสวัสดิการรักษายาบาลคนไข้ใน (พนักงาน-ลูกจ้างเทศบาล, รัฐวิสาหกิจ, ครูโรงเรียนราษฎร์ อื่นๆ)



กระบวนการเรียกเก็บเงินจากผู้มีสิทธิรับสวัสดิการรักษายาบาลคนไข้ใน (พนักงาน-ลูกจ้างเทศบาล, รัฐวิสาหกิจ, ครู
โรงเรียนราษฎร์ อื่นๆ) (ต่อ)



งานธุรการ

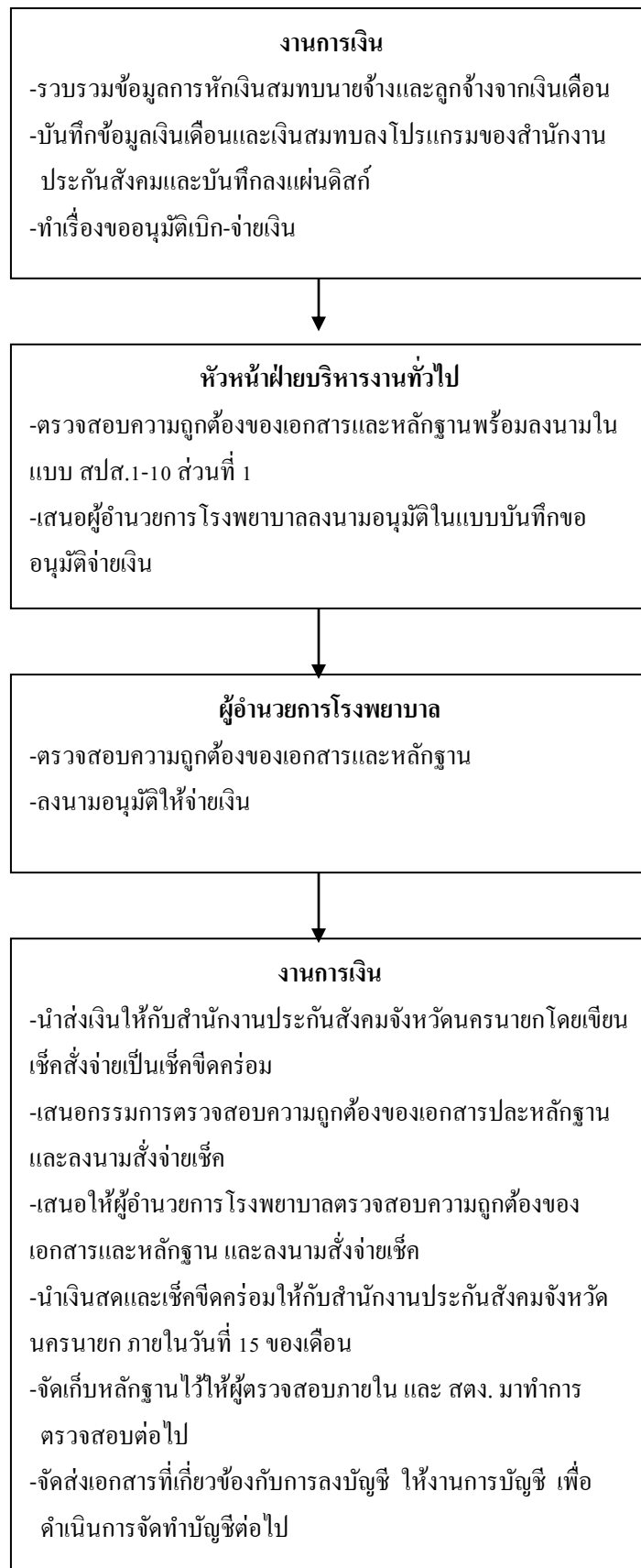
-ออกเลขที่หนังสือส่ง และดำเนินการจัดส่งหนังสือแจ้งไปยัง
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.1.8 การจัดทำภาษีหัก ณ.ที่จ่ายส่งสรรพากร

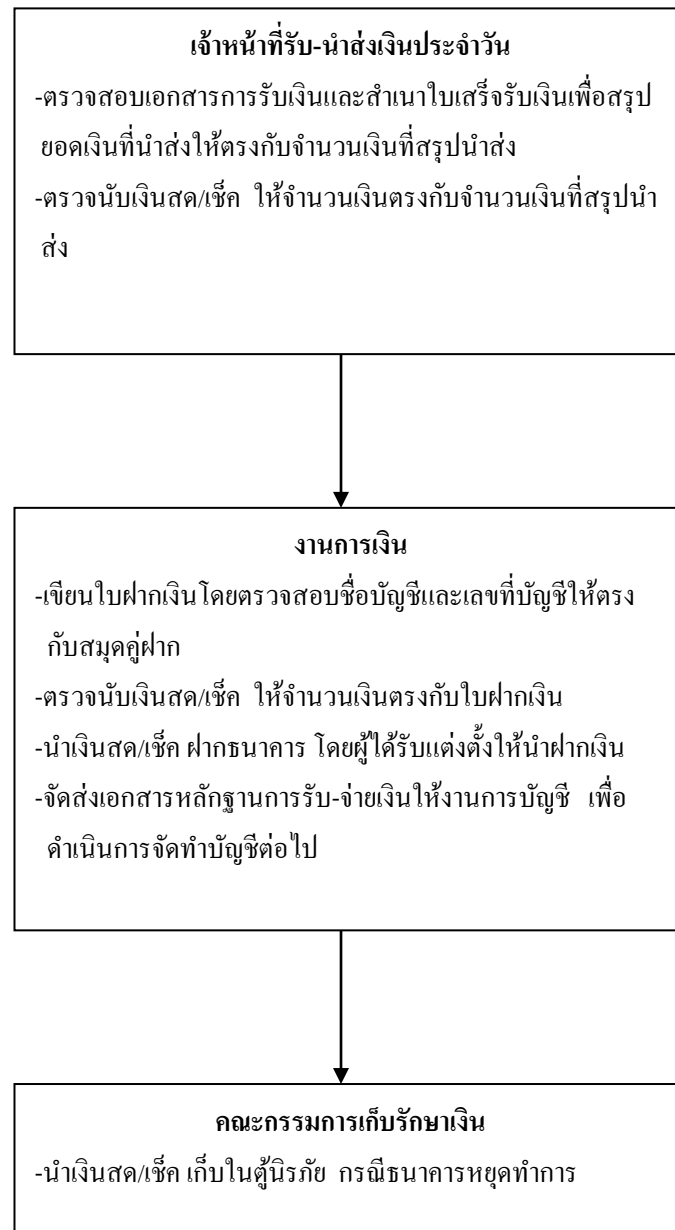
งานการเงิน

- รวบรวมข้อมูลการหักภาษี ณ ที่จ่าย ของเงินบำรุง และเงิน
โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- เขียนแบบแสดงรายการ ภ.ง.ด.3, ภ.ง.ด.53
- ทำเรื่องขออนุมัติจ่ายเงิน
- นำส่งเงินให้สรรพากรอำเภอบ้านนา
- จัดเก็บหลักฐานไว้ให้ผู้ตรวจสอบภายในและ สตง.มาทำการ
ตรวจสอบต่อไป
- จัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการลงบัญชีให้งานการบัญชี เพื่อ
ดำเนินการจัดทำบัญชีต่อไป

2.1.9 การส่งเงินสมทบประกันสังคม



2.1.10 กระบวนการเก็บรักษาเงิน



2.1.11 กระบวนการจัดทำเทียบยอดเพื่อพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร

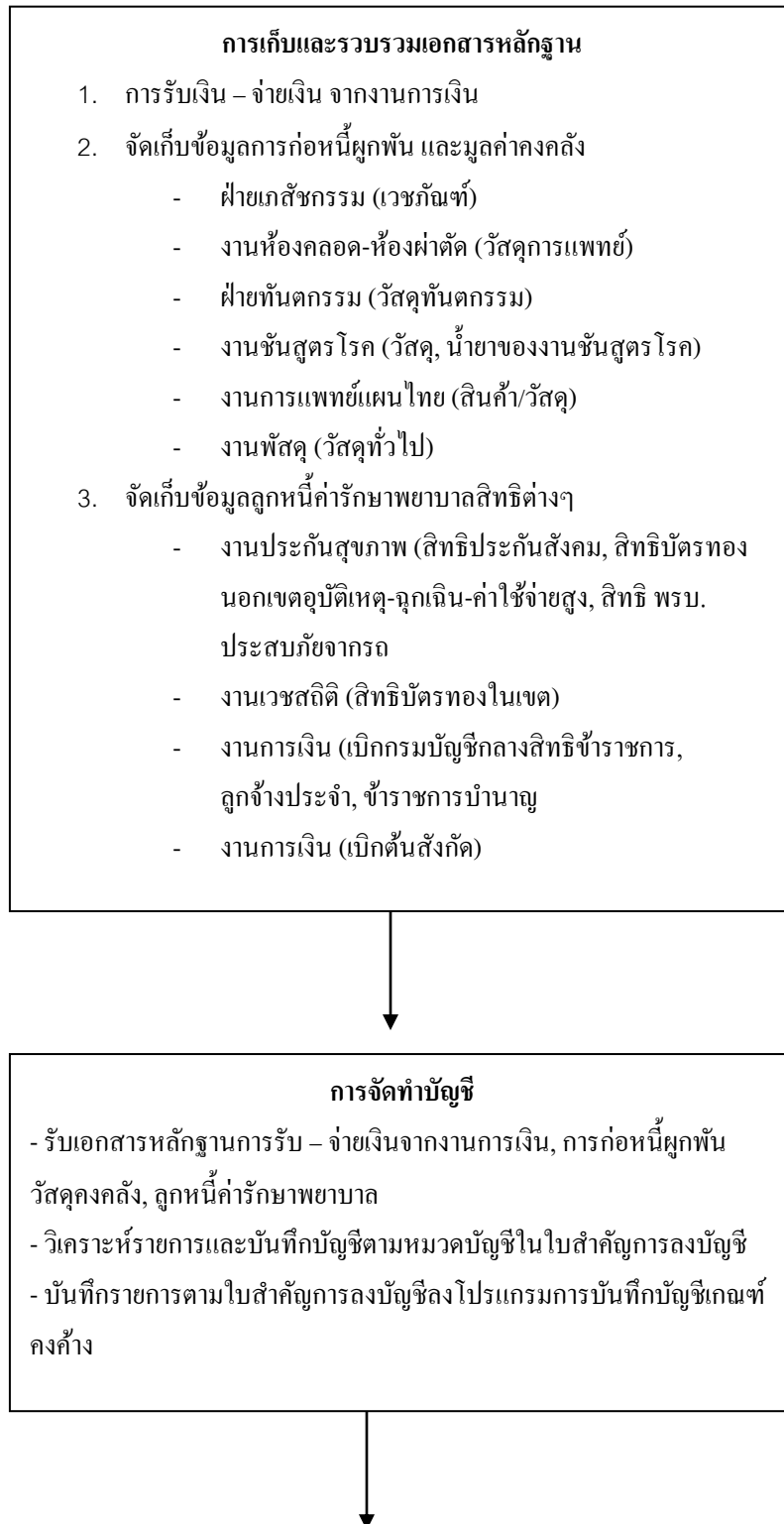
1. ตรวจสอบยอดเงินนำฝาก – ถอน ของบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ซึ่งเป็นบัญชีคู่กับกระแสรายวัน

- นำใบแจ้งยอดบัญชีกระแสรายวัน 745-6 มาตรวจสอบยอดเช็คที่นำไปขึ้นเงิน เพื่อหายอดเช็คค้างจ่ายและหาผลรวมเช็คค้างจ่ายกับยอดคงเหลือของโรงพยาบาล เพื่อให้ตรงกับยอดเงินฝากบัญชีออมทรัพย์

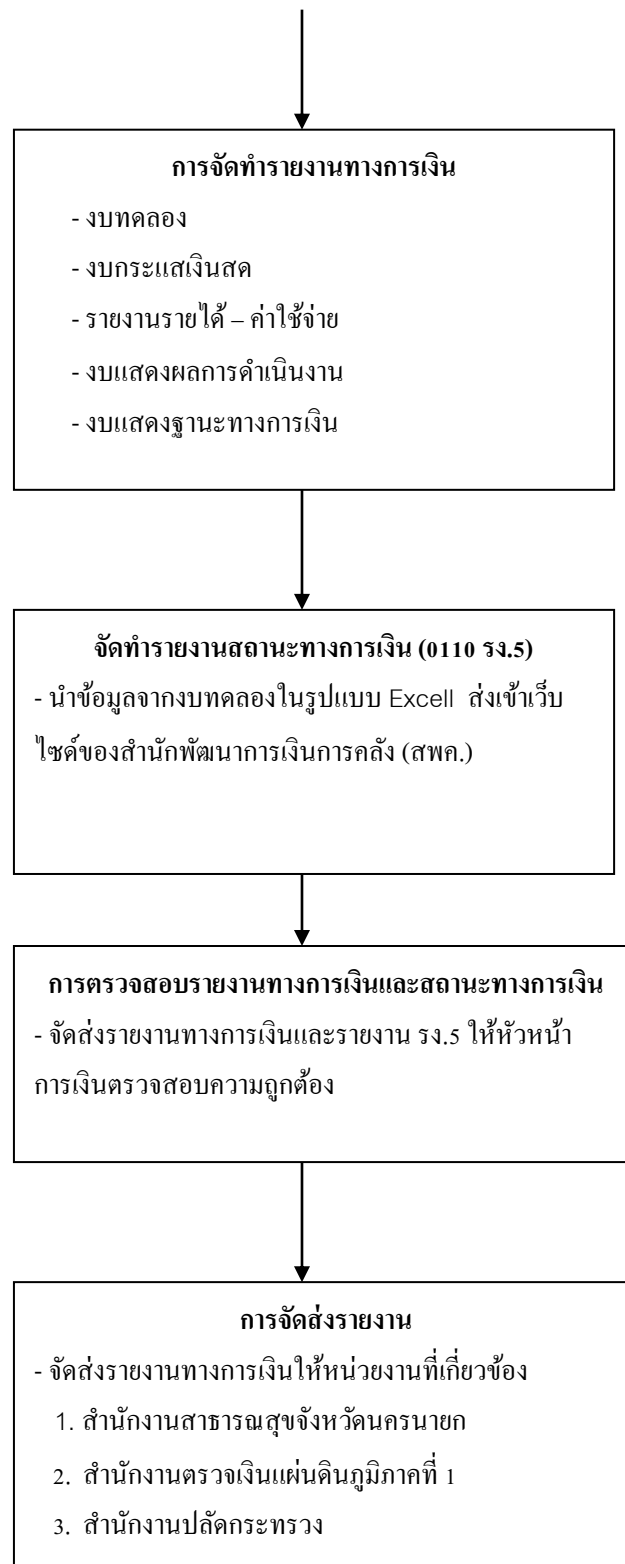
2. จัดทำเทียบยอดเพื่อพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร

- นำรายการเช็คค้างจ่ายที่ยังไม่นำไปขึ้นเงินมารวมกับยอดคงเหลือในรายงานเงินคงเหลือประจำวันของโรงพยาบาล (บัญชีออมทรัพย์ซึ่งเป็นบัญชีคู่กับบัญชีกระแสรายวัน) ซึ่งจะต้องเท่ากับยอดเงินฝากในสมุดบัญชีเงินฝากของธนาคาร
- เสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลลงนามรับทราบงบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร

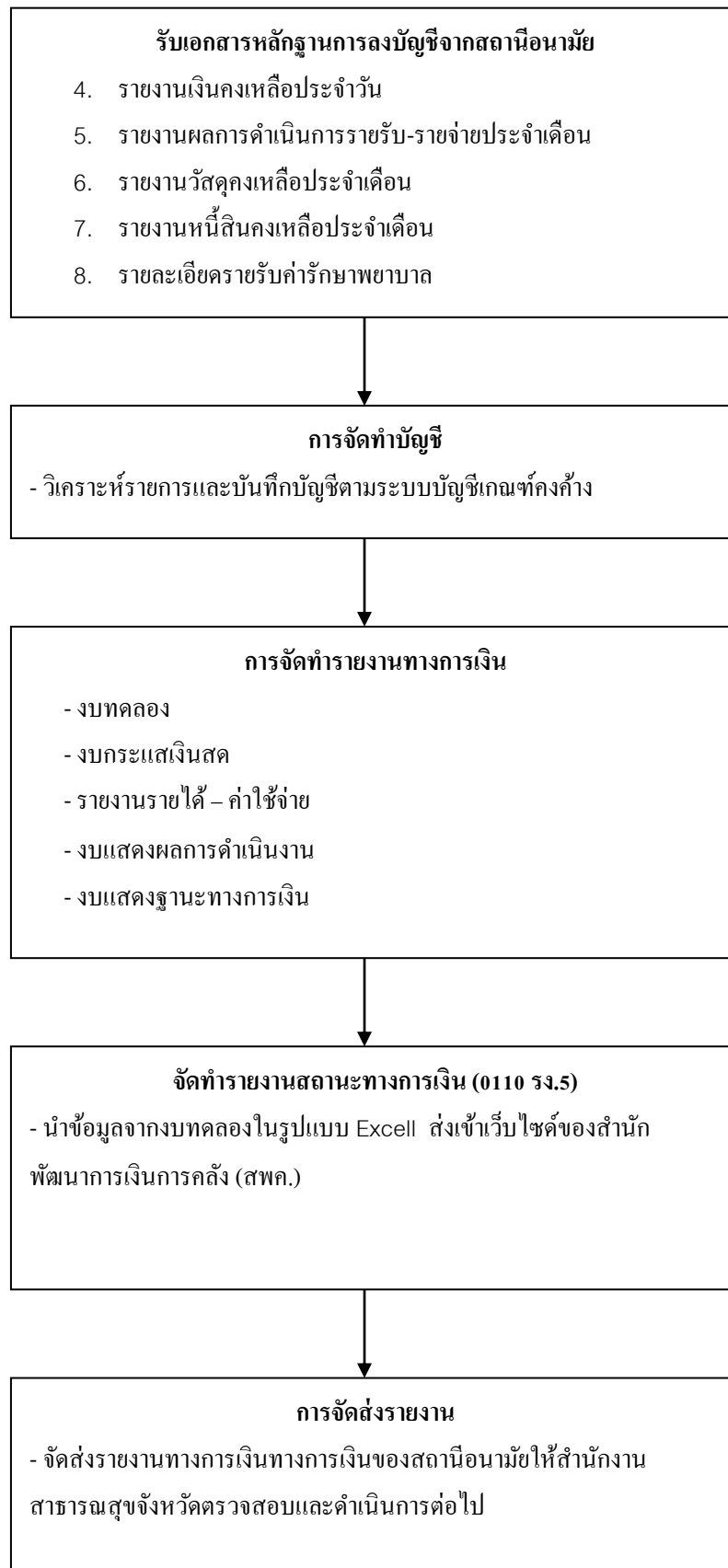
2.1.12 กระบวนการจัดทำบัญชีระบบเกณฑ์คงค้างและการจัดทำรายงานสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล



2.1.12 กระบวนการจัดทำบัญชีระบบเกณฑ์คลัง (ต่อ)



2.1.13 กระบวนการจัดทำบัญชีระบบเกณฑ์คงค้างและจัดทำรายงานสถานะทางการเงินของสถานีนอนมัย



2.2 วิเคราะห์โอกาสพัฒนา

กระบวนการ	จุดมุ่งหมาย/คุณค่า ²	เอกสารคู่มือที่เกี่ยวข้อง	ความเสี่ยง/ปัญหา/โอกาสพัฒนา ³
<u>การรับเงิน</u> - รับเงินสด / เช็ค / รับโอนเงินจากผู้เกี่ยวข้อง :- รับเงินค่ารักษาพยาบาล และเงินอื่น ๆ จากเจ้าหน้าที่ห้องยา, งานแพทย์แผนไทย,งานห้องฉุกเฉิน :- รับเงินค่ารักษาพยาบาลตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ :- รับเงินค่าอาหาร ค่าที่พักของนักศึกษาฝึกงาน :- รับเงินประกันสังคม และเงินอื่น ๆ จากผู้เกี่ยวข้อง :- รับเงินโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า :- รับเงินงบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก :- รับเงินค่ารักษาพยาบาลคนไข้ใน, ค่ารักษาพยาบาลคนไข้นอกโรครักษาต่อเนื่องจากกรมบัญชีกลาง :- รับเงินค่าตรวจสอบสุขภาพประจำปี :- รับเงินบริจาค	- เพื่อจัดเก็บไว้ในที่ปลอดภัยสำหรับใช้จ่ายในกิจการของโรงพยาบาล และปฏิบัติได้ถูกต้องตามระเบียบ กระทรวงการคลัง ว่าด้วยการเก็บเงินและนำเงินส่งคลังของส่วนราชการ พ.ศ. 2520 และแก้ไขเพิ่มเติม	ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วย การเก็บเงิน และนำเงินส่งคลังของส่วนราชการ พ.ศ.2520 และแก้ไขเพิ่มเติม	- รับเงินผิดพลาด,ไม่ครบถ้วน - รายละเอียดในใบเสร็จรับเงินไม่ครบถ้วน,รายการจำนวนเงินออกผิดช่องรายการ - รับธนบัตรปลอม - การเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลคนไข้ในจากกรมบัญชีกลางไม่ถูกต้อง, ครบถ้วน

² หมายถึงคุณประโยชน์ที่ผู้รับผลงานหรือเจ้าของงานจะได้รับจากการทำงานชิ้นตอนนี้ โดยตอบคำถามว่า “ทำไปทำไม”

หรือ “จะเกิดประโยชน์อะไร” มิใช่ตอบว่า “ทำอะไร” หรือ “ทำมากเท่าไร” เช่น การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย มีจุดมุ่งหมายเพื่อเอื้ออำนวยต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

³ ให้ระบุปัญหา/โอกาสพัฒนาที่ได้เคยวิเคราะห์ไว้ให้มากที่สุด

กระบวนการ	จุดมุ่งหมาย/คุณค่า	เอกสารคู่มือที่เกี่ยวข้อง	ความเสี่ยง/ปัญหา/โอกาสพัฒนา
<u>การจ่ายเงิน</u> - จ่ายเงินสด / เช็ค / โอนเงินเข้าบัญชีตามหลักฐานประกอบการเบิก-จ่าย (เงินบำรุง) :- จ่ายให้เจ้าหน้าที่ตามหลักฐานการยืมเงิน / เบิกเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ :- จ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เงินเพิ่มพิเศษไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว, เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย และอื่นๆ - การเบิกจ่ายเงินงบประมาณ :- เบิกจ่ายเงินเดือนและค่าจ้างประจำ :- เบิกจ่ายเงินช่วยเหลือบุตร :- เบิกจ่ายเงินประจำตำแหน่ง :- เบิกจ่ายเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล :- เบิกจ่ายเงินสวัสดิการการศึกษาบุตร :- เบิกจ่ายเงินค่าเช่าบ้าน :- เบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุ :- เบิกจ่ายเงินค่าสาธารณูปโภค - นำเงินภาษีหัก ณ ที่จ่าย ส่งสรรพากร - จ่ายเงินสบทบนายจ้างให้สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครนายก	- เพื่อจ่ายให้เจ้าหน้าที่ตามหลักฐานการขอเบิก และจ่ายชำระหนี้ให้ร้านค้า / บริษัทตามหลักฐานการขอซื้อ / จ้างได้ถูกต้องตามระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง พ.ศ. 2520, ระเบียบการเบิกจ่ายเงินบำรุง - ทำหลักฐานประกอบการขอเบิกเงินงบประมาณมาใช้จ่ายเป็นเงินเดือน ค่าจ้างประจำ ค่าสาธารณูปโภค ค่าตอบแทน ค่าใช้สอย และค่าวัสดุการแพทย์ ค่าเวชภัณฑ์ และสวัสดิการต่างๆ แก่เจ้าหน้าที่อย่างถูกต้องตามระเบียบและทันตามกำหนดเวลา - หักภาษี ณ ที่จ่าย ตามระเบียบของกรมสรรพากร - เพื่อนำส่งเงินสบทบนายจ้าง สำหรับลูกจ้างชั่วคราว ให้สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครนายก เพื่อให้ลูกจ้างชั่วคราวได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาล และสวัสดิการอื่น ๆ จากกองทุนประกันสังคม	- ระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง พ.ศ. 2520 - ระเบียบการเบิกจ่ายเงินบำรุง - ระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง พ.ศ. 2520 - ระเบียบของกรมสรรพากร - ระเบียบของสำนักงานประกันสังคม	- หลักฐานการเบิกจ่ายไม่ถูกต้อง, ครบถ้วน - ส่งเอกสารการ-จ่ายเงินงาน/โครงการล่าช้า - หลักฐานประกอบการเบิกเงินงบประมาณไม่ถูกต้อง / ไม่ครบถ้วน - กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มการเงินไม่ถูกต้อง / ครบถ้วน - โอนเงินงบประมาณเข้าบัญชีเจ้าหน้าที่แต่ละรายสลับกัน

กระบวนการ	จุดมุ่งหมาย/คุณค่า	เอกสารคู่มือที่เกี่ยวข้อง	ความเสี่ยง/ปัญหา/โอกาสพัฒนา
<u>การเก็บรักษาเงิน</u> - นำเงินสด / เช็ค ฝากธนาคาร -:- สรุปรูปเงินรับ – จ่าย ประจำวันฝากธนาคาร -:- นำเงินสด / เช็ค ฝากธนาคาร - นำเงินสด / เช็ค เก็บในตู้নিরক্ষণক্রমি - ธนาคารหยุดทำการ - จัดส่งเอกสารหลักฐานการรับ-จ่ายเงิน ให้การบัญชี	- เพื่อจัดเก็บเงินในที่ปลอดภัย และปฏิบัติได้ถูกต้องตามระเบียบ - กระทรวงการคลังว่าด้วยการเก็บรักษาเงิน และการนำส่งคลังของส่วนราชการ พ.ศ. 2520 และแก้ไขเพิ่มเติม	- ระเบียบ - กระทรวงการคลังว่าด้วย การเก็บรักษาเงิน และนำส่งคลังของส่วนราชการ พ.ศ. 2520 และแก้ไขเพิ่มเติม	
<u>การจัดทำบัญชี</u> 1. บัญชีเงินสด - รับเอกสารหลักฐาน การรับ – จ่ายเงินจากงานการเงิน - จัดทำบัญชีตามหลักฐานการรับ – จ่ายเงิน ทั้งเงินบำรุงและเงินงบประมาณ -:- บันทึกสมุดเงินสดแยกช่องตามประเภทเงินบำรุง เงินงบประมาณและเงินรายได้แผ่นดิน -:- บันทึกทะเบียนคุมเงินบำรุง เงินงบประมาณ เงินรายได้แผ่นดิน และภาษีหัก ณ ที่จ่าย -:- บันทึกรายงานเงินคงเหลือประจำวัน - ส่งให้คณะกรรมการเก็บรักษาเงินตรวจสอบทุกวันทำการ 2. บัญชีเกณฑ์คงค้าง - รับเอกสารหลักฐานการรับ-จ่ายเงิน - จัดเก็บข้อมูลการก่อหนี้ผูกพันและมูลค่าคงคลัง - จัดเก็บข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล สิทธิต่างๆ	- เพื่อจัดทำบัญชีตามหลักฐานการรับ-จ่ายเงิน ไว้รอการตรวจสอบได้อย่างถูกต้อง ตามคู่มือการบัญชี ส่วนราชการ		- บันทึกตัวเลขผิดพลาด - ลงรายการรายรับ-รายจ่าย ไม่ครบถ้วน

กระบวนการ	จุดมุ่งหมาย/คุณค่า	เอกสารคู่มือที่เกี่ยวข้อง	ความเสี่ยง/ปัญหา/โอกาสพัฒนา
- วิเคราะห์รายการและบันทึกบัญชี - บันทึกลงใบสำคัญการลงบัญชี - บันทึกลงโปรแกรมบัญชีเกณฑ์คงค้าง (อ.สุกิจ)			
<u>การจัดทำรายงานทางการเงิน</u> - จัดทำรายงานการรับ-จ่ายเงินบำรุง - จัดทำรายงานสถานะทางการเงิน(รง.5) - จัดทำรายงานเกณฑ์คงค้าง - งบทดลอง - งบกระแสเงินสด - รายงานรายได้-ค่าใช้จ่าย - งบแสดงผลการดำเนินงาน - งบแสดงฐานะทางการเงิน	- เพื่อรวบรวมข้อมูลทางการเงิน และจัดทำรายงานข้อมูลทางการเงิน เพื่อใช้เป็นสถิติข้อมูล นำมาเปรียบเทียบวิเคราะห์ เพื่อการตัดสินใจวางแผนการลงทุน และบริหารรายรับ – รายจ่ายต่างๆ อย่างเหมาะสม และถูกต้องเกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลแก่หน่วยงาน		

2.3 แนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน/หลีกเลี่ยง
- รับเงินผิดพลาด	- เจ้าหน้าที่ที่ออกไปเสร็จรับเงินต้องตรวจนับจำนวนเงินทุกครั้งก่อนออกไปเสร็จรับเงิน
- รับธนบัตรปลอม	- ตรวจเช็คธนบัตรทุกครั้ง
- รายละเอียดในใบเสร็จรับเงินไม่ครบถ้วน	- ประสานงานกับงาน IT ของโรงพยาบาลบ้านนา ให้ระบุค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคลงในระบบว่าเป็นอุปกรณ์ประเภทใด ปรับโปรแกรมออกไปเสร็จรับเงินให้ถูกต้อง
- การเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลคนไข้ในไม่ถูกต้อง ครบถ้วน	- ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน - เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยในสรุปยอดค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลแล้วส่งงานการเงินทุกวันพุธเพื่อตรวจสอบยอดและส่งให้งานเวชระเบียนเพื่อส่งข้อมูลเรียกเก็บกับกรมบัญชีกลาง
<u>การเบิกจ่ายเงินงบประมาณ</u> - ส่งเอกสารเบิก-จ่ายเงินงาน/โครงการล่าช้า	- เมื่อได้รับแจ้งการโอนเงินงบประมาณงาน/โครงการ งานการเงินจะถ่ายเอกสารให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และกำหนดระยะเวลาให้เบิก-จ่าย - ติดตามและเร่งรัดการเบิก-จ่ายให้เสร็จสิ้นภายในระยะเวลาที่กำหนด
- หลักฐานประกอบการเบิกเงินงบประมาณของเจ้าหน้าที่ไม่ถูกต้อง / ไม่ครบถ้วน	- เจ้าหน้าที่การเงินตรวจสอบเอกสารก่อนการวางฎีกาเบิกจ่ายเงินงบประมาณ - แจ้งเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องให้ดำเนินการแก้ไขเอกสารให้ถูกต้อง หรือนำเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณมาเพิ่มเติมให้ครบถ้วน
- กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มการเงินไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน	- งานการเงินได้จัดทำตัวอย่างแบบฟอร์มทางการเงินต่างๆ พร้อมขั้นตอนและกระบวนการทำงานไว้บริการ
- โอนเงินงบประมาณเข้าบัญชีเจ้าหน้าที่แต่ละรายสลับกัน	- ให้เจ้าหน้าที่การเงินที่ปฏิบัติทวนสอบความถูกต้องของรายการแต่ละรายการของเจ้าหน้าที่ก่อนลงรายการโอนเงินเพื่อส่งให้กับธนาคารดำเนินการ - ทวนสอบโดยหัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไปก่อนลงนามในเช็คเพื่อเสนอผู้อำนวยการลงนามอนุมัติจ่ายเช็คเงิน โอนก่อนส่งให้ธนาคาร
<u>การจัดทำบัญชี</u> - บันทึกตัวเลขผิดพลาด และลงรายการรายรับรายจ่ายไม่ครบถ้วน	- ตรวจสอบตัวเลขและรายการก่อนและหลังลงบันทึกบัญชี



คู่มือการใช้บริการห้องปฏิบัติการ
งานเทคนิคการแพทย์
โรงพยาบาลบ้านนา
SDI-LAB-001

จัดทำโดย.....

(นายนवल เจียนดอน)

นักเทคนิคการแพทย์

ตรวจสอบโดย.....

(นางสาวธาวินี ทรัพย์ประเสริฐ)

นักเทคนิคการแพทย์

อนุมัติโดย.....

(นางสาวธาวินี ทรัพย์ประเสริฐ)

หัวหน้างานชันสูตรโรค

คำนำ

ในปัจจุบัน งานเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลบ้านนามีบริการด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการประเภทต่าง ๆ เพิ่มขึ้นจากเดิมหลายรายการ จึงสมควรที่จะปรับปรุงคู่มือการใช้บริการทางห้องปฏิบัติการขึ้นใหม่ เพื่อเผยแพร่ให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล บ้านนา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบ้านนา ได้ใช้ประกอบในการส่งตรวจ และใช้บริการอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ

คู่มือเล่มนี้ประกอบด้วยข้อมูล และรายละเอียดเกี่ยวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เห็นว่า มีประโยชน์สำหรับผู้ส่งตรวจ เพื่อให้ผู้ส่งตรวจจะได้มีความรู้ความเข้าใจในการขอใช้บริการ ระยะเวลาการได้รับผลการตรวจ การเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจให้อยู่ในสภาพดี ก่อนส่งมาห้องปฏิบัติการ เนื่องจากคุณภาพของผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการขึ้นอยู่กับสภาพของสิ่งส่งตรวจเป็นอันดับแรก ถ้าสิ่งส่งตรวจอยู่ในสภาพที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่แรก เมื่อส่งมาถึงห้องปฏิบัติการแล้วก็เป็นการยากที่ผลการตรวจวิเคราะห์จะมีคุณภาพได้นอกจากนี้ยังสามารถติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการผู้รับผิดชอบรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ สอบถามและรับคำปรึกษาด้านการแปลผลทางห้องปฏิบัติการ และยังสามารถเสนอแนะแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของห้องปฏิบัติการ

งานเทคนิคการแพทย์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบุคลากรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจะใช้คู่มือเล่มนี้ให้เป็นประโยชน์ และตระหนักถึงความสำคัญของขั้นตอนต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพของสิ่งส่งตรวจ เพื่อให้ผลการตรวจมีคุณภาพสูงและเชื่อถือได้ อันจะนำไปสู่ประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

นางสาวธาวินี ทรัพย์ประเสริฐ
หัวหน้างานชันสูตรโรค

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
โครงสร้าง	4
บทบาทหน้าที่	4
แผนภูมิโครงสร้างการบริหารงาน	5
วันเวลาการให้บริการ	6
หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อห้องปฏิบัติการ	6
การดำเนินการข้อร้องเรียน	7
อัตราค่าล้าง	7
ผู้ให้คำปรึกษาด้านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	7
ค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการ	9
การเบิกจ่ายภาระงานอุปกรณ์สำหรับเก็บส่งตรวจ	9
การระบุตัวผู้ป่วย	10
ลำดับขั้นตอนการเจาะเลือด	11
ลำดับการใส่เลือดในหลอดเก็บตัวอย่าง	12
วิธีการเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ	13
วิธีการเจาะเลือดที่ผิวหนัง	14
เกณฑ์การรับ-ปฏิเสธส่งตรวจ	15
ภาระงานเก็บตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการ	16
ผลิตภัณฑ์โลหิต	19
งานโลหิตวิทยาคลินิก	20
งานจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก	23
งานภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก	26
งานเคมีคลินิก	28
งานจุลชีววิทยาคลินิก	31
งานธนาคารเลือด	34
รายการส่งตรวจนอกหน่วยงาน	37
ค่าความคงตัวของสิ่งส่งตรวจในการทดสอบรายการต่างๆ	39
เอกสารอ้างอิง	41

โครงสร้าง

งานเทคนิคการแพทย์ หรือห้องปฏิบัติการ เทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านนาเป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาล บ้านนา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มีสถานภาพทางกฎหมาย

งานเทคนิคการแพทย์ แบ่งงานออกเป็นทั้งหมด 6 สาขา คือ งานโลหิตวิทยา งานจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก งานจุลชีววิทยาคลินิกงานเคมีคลินิก งานภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิกและงานธนาคารเลือด

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของนักเทคนิคการแพทย์หัวหน้า งานเทคนิคการแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์และผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา

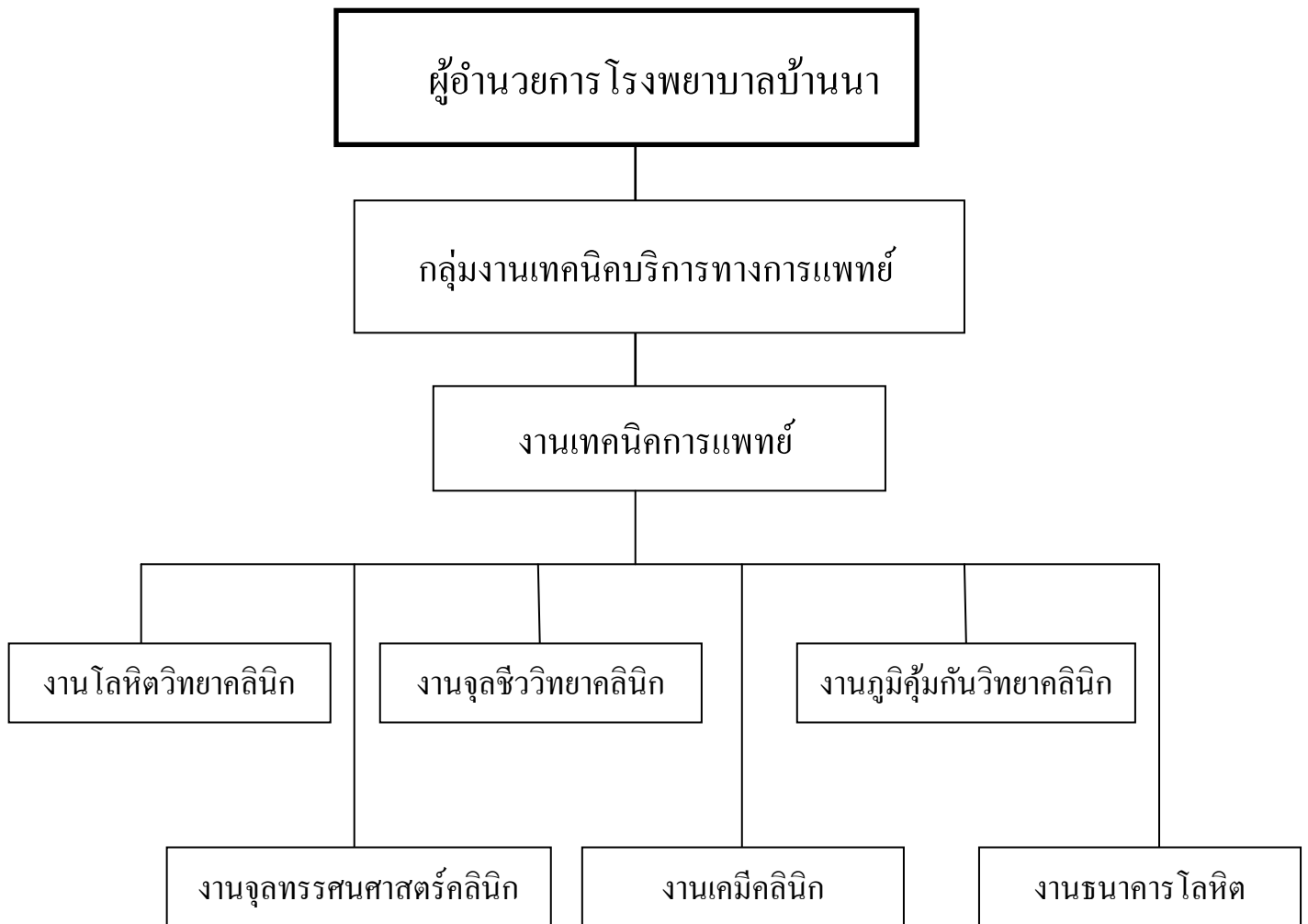
บทบาทหน้าที่

งานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านนา เป็นห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่ให้บริการด้านการทดสอบทางการแพทย์ซึ่งเกี่ยวข้องกับสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วย เช่น การตรวจวิเคราะห์เลือด ปัสสาวะ อุจจาระ เพาะเชื้อแบคทีเรีย และบริการโลหิต เพื่อช่วยแพทย์วินิจฉัย ติดตามผลการรักษาของแพทย์ ทำนายความรุนแรงของโรค ป้องกันและสนับสนุนการรักษา ตลอดจนการประเมินสภาวะสุขภาพของประชาชนทั่วไป

โดยเปิดให้บริการทางห้องปฏิบัติการ ดังต่อไปนี้

1. **โลหิตวิทยา** ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางด้านโลหิตวิทยา เช่น การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด , การตรวจหาอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง, การตรวจหา malaria ฯลฯ
2. **จุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก** ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางด้านจุลทรรศน์ศาสตร์ เช่น การตรวจปัสสาวะ , อุจจาระ, การตรวจวิเคราะห์น้ำไขสันหลัง ฯลฯ
3. **จุลชีววิทยาคลินิก** ให้บริการตรวจพิสูจน์ทางจุลชีววิทยาประกอบด้วยการย้อมสีแบคทีเรีย เชื้อรา และเชื้อไวรัสโรค
4. **เคมีคลินิก** ให้บริการตรวจวิเคราะห์สารเคมีในสารน้ำยาชนิดต่างๆของร่างกาย เช่น เลือด, ปัสสาวะ, น้ำไขสันหลัง ฯลฯ
5. **ภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก** ให้บริการตรวจวิเคราะห์ serum, CSF และ Infectious diseases
6. **ธนาคารเลือด** ให้บริการทางด้านการขอโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

แผนภูมิโครงสร้างการบริหารงาน



วัน เวลา การให้บริการ

ห้องปฏิบัติการงานเทคนิคการแพทย์ เปิดให้บริการทุกวัน ดังนี้

1. เก็บส่งตรวจในวันราชการตั้งแต่เวลา 07.00น.-16.00 น. ไม่รับเก็บส่งตรวจนอกเวลาราชการ ยกเว้น
ส่งตรวจ VCT
2. ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ตลอด 24 ชั่วโมงสำหรับการทดสอบด่วน

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่องานเทคนิคการแพทย์

037-381832-3 ต่อ 1323

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ เจ้าหน้าที่งานเทคนิคการแพทย์

- | | |
|--------------------------------|-------------|
| 1. นางสาววีนี ทรัพย์ประเสริฐ | 089-4941390 |
| 2. นายนพพล เจียนคอน | 084-6063099 |
| 3. นายณฐพล ชินสมบูรณ์ | 081-9836162 |
| 4. นายกรรณา มาพุก | 083-0345345 |
| 5. นางสมจิตร สมพงษ์ | 098-5038777 |
| 6. นางสาวรุ่งตะวัน หีบสัมฤทธิ์ | 085-9425803 |

การดำเนินการข้อร้องเรียน

ห้องปฏิบัติการได้กำหนดให้มีการแก้ไขในกรณีที่มีการร้องเรียนของผู้ใช้บริการ หรือผู้เกี่ยวข้องในกิจกรรมของห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการให้บริการ และผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาสาเหตุและดำเนินการแก้ไข รวมทั้งป้องกันการเกิดซ้ำของปัญหา ในกรณีที่มีการร้องเรียนจากผู้ใช้บริการทางวาจา หรือลายลักษณ์อักษร

คณะกรรมการดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียน

1. นางสาวธาวินี ทรัพย์ประเสริฐ
2. นายกรุณา มาพุก
3. นายนวพล เจียนดอน

ผู้ให้คำปรึกษาด้านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1.นางสาวธาวินี ทรัพย์ประเสริฐ | นักเทคนิคการแพทย์ |
| 2.นายนวพล เจียนดอน | นักเทคนิคการแพทย์ |
| 3.นายณัฐพล ชินสมบูรณ์ | นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ |
| 4.นายกรุณา มาพุก | เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ |
| 5.นางสมจิตร์ สมพงษ์ | เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ |

อัตรากำลัง

- | | | |
|-----------------------------------|---|----|
| 1. นักเทคนิคการแพทย์ | 3 | คน |
| 2. เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ | 2 | คน |
| 3. พนักงานจุลทัศน์กร | 1 | คน |
| รวม | 6 | คน |

นักเทคนิคการแพทย์



เลขที่ ทน.10654



เลขที่ ทน.12525



เลขที่ ทน.11715

เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์



พนักงานจุลทัศน์กร



ค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการ

กำหนดโดยทีมสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วยใน PCT

Glucose	น้อยกว่า	70 mg/dl
Glucose	มากกว่า	400 mg/dl
Potassium	น้อยกว่า	2.8mmol/l
Potassium	มากกว่า	5.5 mmol/l
Trop T	รายงานเป็นผลด่วนทันทีภายใน 30 นาที	
INR	มากกว่า 3.0	
VCT	มากกว่า 30 นาที	
Hemoculture Positive	รายงานผล Gram stain เบื้องต้นทุกราย	
Platelet count	น้อยกว่า	20 ,000 cells/mm ³

เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการรายงานผลดังกล่าวแก่เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยทางโทรศัพท์
เพื่อให้เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ทราบโดยรีบด่วน

การเบิก -จ่ายภาระและอุปกรณ์สำหรับเก็บสิ่งส่งตรวจ

ทุกวันจันทร์และพฤหัสบดี 13.00-15.00 น.

การระบุตัวผู้ป่วย

ข้อกำหนดในใบส่งตรวจ กำหนดใบส่งตรวจมี 2 รูปแบบ คือ

- รูปแบบเอกสาร ได้แก่ ใบนัดที่ออกโดยโรงพยาบาล ใบคัดกรองผู้ป่วย (สำหรับ OPD) และใบขอเลือด
- รูปแบบมิใช่เอกสาร ได้แก่ การส่งตรวจผ่านระบบคอมพิวเตอร์ HOSxP

โดยรูปแบบดังกล่าวระบุรายละเอียดของผู้ป่วยให้ถูกต้องและครบถ้วน โดยมีรายละเอียดต่าง ๆ ดังนี้

1. ชื่อ – สกุล * ของผู้ป่วยอย่างถูกต้องและชัดเจน (Name)
2. หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย * (Hospital Number ; HN)
3. รายการตรวจ*
4. ชนิดของสิ่งส่งตรวจ (Specimen)
5. วันที่และเวลาที่เจาะเก็บสิ่งส่งตรวจ (Date and Collection time)
6. อายุ และ เพศ (Age / Sex)
7. ชื่อแพทย์ผู้ส่งตรวจ (Requested by)

หมายเหตุ:

1. * จำเป็นต้องระบุ
2. ในกรณีขอผลด่วนให้ระบุหรือโทรแจ้งงานเทคนิคการแพทย์

ข้อกำหนดบนฉลากภาชนะใส่สิ่งส่งตรวจ

1. ระบุ ชื่อ – สกุล ของผู้ป่วยอย่างถูกต้องและชัดเจน (Name)
2. หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital Number ; HN)
3. แผนก / หอผู้ป่วย (Clinical / Ward)
4. วันที่และเวลาที่เจาะเก็บสิ่งส่งตรวจ กรณีที่หอผู้ป่วยส่งตรวจผ่านระบบ HOSxP

กรณีที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่ยังไม่สามารถทราบชื่อผู้ป่วยได้ กรุณาระบุรายละเอียดที่สามารถบอกได้ว่าเป็นผู้ป่วยคนใด เช่น ชายสูงอายุ ก มีรอยสักที่แขน, หลิงวัยกลางคน ข ผมหยิกสั้นหรืออื่นๆ ซึ่งสามารถใช้ HN. ที่ถูกต้องของผู้ป่วยได้ และเมื่อสามารถทราบชื่อผู้ป่วยได้แล้ว กรุณารับแจ้งห้องปฏิบัติการโดยเร็ว

การขอเพิ่มรายการตรวจจากสิ่งส่งตรวจเดิม

ในกรณีที่ต้องการขอเพิ่มรายการตรวจจากสิ่งส่งตรวจเดิมให้โทรสอบถามเจ้าหน้าที่งานเทคนิคการแพทย์ก่อนทุกครั้ง

การขอตรวจด้วยวาจา

กรณีมีการขอส่งตรวจด้วยวาจา/ทางโทรศัพท์ โดยที่ยังไม่มีการลงใบส่งตรวจทางระบบคอมพิวเตอร์ ให้แจ้งรายละเอียดให้ครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุล HN ผู้ป่วย รายการทดสอบที่ต้องการตรวจ ชื่อผู้ขอส่งตรวจ ชื่อแพทย์ที่ส่งตรวจ ทั้งนี้เพื่อให้ห้องปฏิบัติการบันทึกเป็นข้อมูลก่อนทำการทดสอบ จากนั้นให้รับลงใบส่งตรวจทางระบบคอมพิวเตอร์ให้เร็วที่สุดหากทำได้

ลำดับขั้นตอนการเจาะเลือด

1. ตรวจสอบใบสั่งตรวจ เช่น ข้อมูลผู้ป่วย, รายการสั่งตรวจ
2. เตรียมหลอดบรรจุเลือดให้ถูกต้องต่อรายการสั่งตรวจ เช่น blood glucose ต้องใช้หลอด NaF , หรือส่งตรวจ CBC ต้องใช้หลอด EDTA เป็นต้น
2. ขี้่งหลอดตัวอย่างเลือดโดยเขียนชื่อ – นามสกุล , HN และวันที่-เวลาเจาะเลือด
3. สอบถามผู้ป่วยทุกคนทุกครั้งก่อนทำการเจาะเก็บตัวอย่าง โดยตรวจสอบทั้งชื่อ และนามสกุล
4. สอบถามข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วย เช่น ระยะเวลาการอดอาหารก่อนเจาะเลือด
5. จัดผู้ป่วยนั่งในท่าสบาย และเลือกตำแหน่งที่เหมาะสมแก่การเจาะเลือด
5. เตรียมอุปกรณ์การเจาะเลือด
6. ทำการเจาะเลือด (Venipuncture / Skin puncture)
7. ใส่ตัวอย่างเลือดในหลอดให้ถูกต้อง ปิดจุกให้แน่น หลอดเก็บตัวอย่างที่มีสารกันเลือดแข็งต้องเจาะเก็บเลือดให้ได้ปริมาณที่กำหนดและต้องผสม (Invert Mix) โดยคว่ำ-หงายหลอดเบาๆ ให้เลือดเข้ากับสารกันเลือดแข็งอย่างน้อย 5-10 ครั้ง (การผสมอย่างแรงจะทำให้เม็ดเลือดแดงแตก / Hemolysis ได้)
8. ส่งตัวอย่างพร้อมใบรายการนำส่งยังห้องปฏิบัติการโดยเร็ว

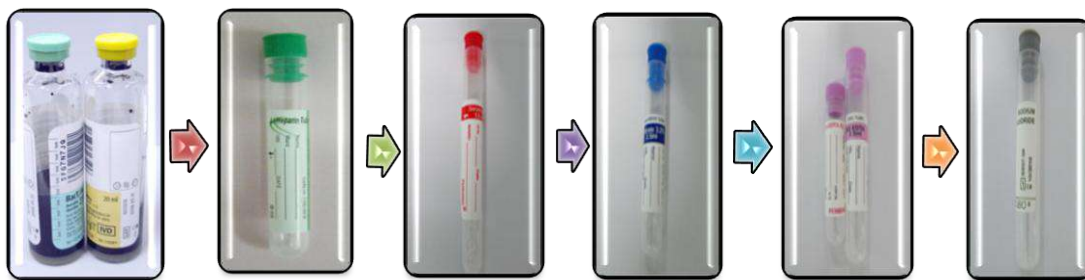


หมายเหตุ

การติดสติ๊กเกอร์เพื่อระบุตัวผู้ป่วยบนหลอดตัวอย่าง ควรปิดทับฉลากเดิม ซึ่งเป็นที่ว่างสำหรับเขียนชื่อ – นามสกุล ผู้ป่วยของหลอดโดย **เว้นที่ไว้ให้มองเห็นระดับตัวอย่างเลือดในหลอดด้วย**

ลำดับการใส่เลือดในหลอดเก็บตัวอย่าง

1. ขวด Hemo-culture
2. Lithium heparin : จุกเขียวเข้ม (เคมีคลินิก)
3. Clot blood :จุกแดง
4. Citrate : Coagulation จุกน้ำเงิน (PT/PTT)
5. EDTA : จุกม่วง (CBC)
6. Sodium Fluoride : จุกเทา (blood glucose)



เหตุผลในการเรียงลำดับการใส่เลือดในหลอดตัวอย่าง

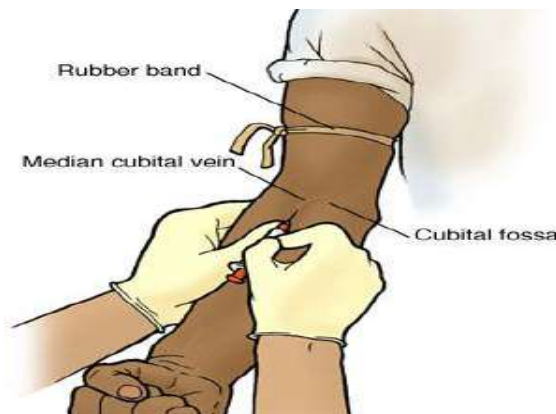
1. ใส่ในขวด Hemo-culture ก่อนเนื่องจากลดการปนเปื้อนของเชื้อจากภายนอก
 2. ใส่เลือดในหลอด Clot bloodก่อนใส่ในหลอดที่มีสารกันเลือดแข็งชนิดต่าง ๆ เช่น Citrate, EDTA และ NaF
 3. EDTA มี K3(Potassium)ที่มีผลกระทบต่อการตรวจ Electrolyte ทำให้ Potassium มีค่าสูงขึ้น
 4. Sodium Fluoride (NaF) มีผลกระทบต่อการตรวจ Electrolyte ทำให้ Sodium มีค่าสูงขึ้น
- สารกันเลือดแข็งเกือบทุกชนิดมีผลกระทบต่อการตรวจวิเคราะห์ทางภูมิคุ้มกันหลายรายการทดสอบ

ข้อควรระวัง

- ห้ามนำเลือดจากหลอดตัวอย่างหนึ่ง ไปเทใส่อีกหลอดหนึ่ง เนื่องจากมีสารกันเลือดแข็งต่างชนิดกัน และหากเป็นชนิดเดียวกันก็จะทำให้มีสารชนิดนั้นเข้มข้นสูงเกินปริมาณกำหนด ซึ่งมีผลกระทบต่อการแปลผลการตรวจวิเคราะห์
- หากเจาะตัวอย่างแล้วใส่ในหลอดทดสอบผิด จะต้องเจาะตัวอย่างใหม่

วิธีการเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ (Venipuncture)

1. จัดผู้ป่วยนั่งหรือนอนรัดแขนด้วยสายรัด 3-4 นิ้วเหนือบริเวณที่จะเจาะ ไม่ควรรัดแขนแน่นเกินไปจนทำให้ผู้ป่วยเจ็บ และไม่ควรรัดนานเกิน 2 นาที
2. ให้ผู้ป่วยกำมือ ถ้ายังเห็นเส้นเลือดไม่ชัด ผู้ทำการเจาะอาจตบเบาบริเวณดังกล่าว 2-3 ครั้ง เพื่อช่วยให้เส้นเลือดขยายตัวคลำเส้นเลือดและแนวทางของเส้นเลือด
3. ทำความสะอาดตำแหน่งที่จะเจาะด้วย 70 % alcohol โดยวิธีหมุนออกด้านนอก (กรณีที่จะเจาะเลือดส่งตรวจ Hemoculture ให้ทำความสะอาดผิวหนังด้วย 2 % w/v Chlorhexidine Cluconate in 70% alcohol แทน) ถ้ามีการสัมผัสบริเวณนี้อีก จะต้องทำความสะอาดใหม่ รอให้ alcohol แห้งโดยไม่เป่า



4. ใช้นิ้วหัวแม่มือ ดึงผิวหนังบริเวณตำแหน่งที่ต่ำกว่าตำแหน่งที่จะเจาะให้ตึง ตรวจสอบดูเข็มไม่อุดตันและให้ด้านตัดของเข็มหงายขึ้น แห้งเข็มโดยทำมุมกับผิว 15-30 องศา
5. ถ้าใช้กระบอกฉีดยา (Syringe) ให้ขยับลูกสูบของกระบอก และดูดเลือดจนได้ปริมาณที่ต้องการ หลอดที่มีสารกันเลือดแข็งให้พลิกหลอดกลับไปกลับมาเบาๆ 5-10 ครั้ง เพื่อให้เลือดผสมกับสารกันเลือดแข็ง
6. คลายสายรัดแขนออกพร้อมให้ผู้ป่วยคลายมือ ดึงหลอดเก็บตัวอย่างเลือดออก ใช้สำลีแห้งที่อบฆ่าเชื้อแล้งปิดตำแหน่งที่จะถอดเข็มออก จึงกดสำลีปิดแผลให้เลือดหยุด

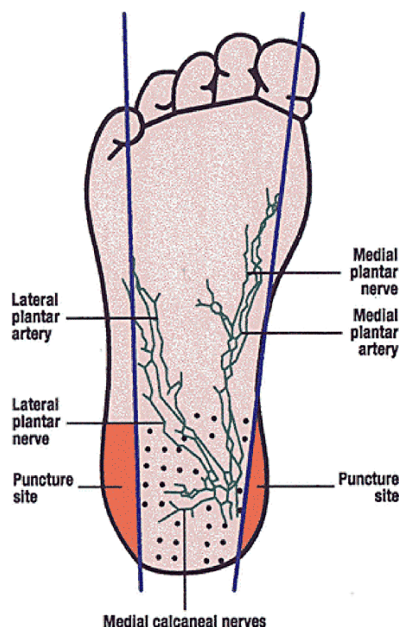
ข้อควรระวัง

1. อย่ารัดแขนนานเกินไป จะเกิดการคั่งของเลือด (hemoconcentration) จะเพิ่มการซึมผ่านของสารน้ำในเส้นเลือดฝอย ทำให้น้ำและสารโมเลกุลต่ำผ่านออกไปด้านนอก
 - ค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ protein total , lipid
 - สำหรับการตรวจทางโลหิตวิทยาการคั่งของเลือดจะทำให้ค่าHematocrit สูง
2. ป้องกันไม่ให้เกิด hematoma ได้โดยต้องให้ปลายเข็มอยู่ในหลอดเลือด คลายสายรัดแขนก่อนถอดเข็ม และกดแผลที่เจาะจนเลือดหยุด
3. ป้องกันตัวอย่างเลือดเกิด hemolysis สารต่างๆ ภายในเม็ดเลือดแดงออกมาใน serum ทำให้ผลวิเคราะห์ไม่ถูกต้อง **การเกิด hemolysisอาจเกิดจาก-** การแทงเข็มขณะที่ alcohol ที่ผิวยังไม่แห้ง
 - การเขย่าหลอดเลือดแรงเกินไป

วิธีการเจาะเลือดที่ผิวหนัง (Skin puncture)

การเจาะเลือดที่ผิวหนังเหมาะสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็ก , ผู้ป่วยที่อ้วนมาก หรือในผู้ป่วยรายที่ต้องได้รับการบริการยาทางเส้นเลือด การเก็บตัวอย่างเลือดจากผิวหนังสามารถเจาะได้จากปลายนิ้ว หรือที่สันเท้าในเด็กเล็ก เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดเพิ่มขึ้น สามารถประคบด้วยน้ำอุ่น อุณหภูมิไม่เกิน 42°C นาน 3-5 นาที ก่อนทำการเจาะ การเจาะเลือดจากผิวหนังจะได้ตัวอย่างเลือดจำนวนน้อย จึงต้องเลือกภาชนะบรรจุให้เหมาะสม ผู้ทำการเจาะต้องตรวจสอบยืนยันผู้ป่วย ใบสั่งตรวจ จัดท่าที่เหมาะสมเช่นเดียวกับการเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ และทำการเจาะดังนี้

1. เลือกบริเวณที่จะเจาะที่นิ้วกลาง/นิ้วนาง หรือสันเท้า (เหมาะสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 15 เดือน)
2. เช็ดบริเวณที่จะเจาะด้วย 70% alcohol ปล่อยให้แห้ง
3. ใช้ Sterile lancet เจาะกึ่งกลางปลายนิ้ว รอให้แห้ง ปล่อยให้เลือดตั้งฉากกับปลายนิ้วมือ เพื่อหยุดเลือดจะได้เป็นหยด ไม่ไหลไปตามร่องปลายนิ้วมือ และต้องเจาะให้ได้ free-flow
4. ใช้สำลีแห้งเช็ดเลือดหยดแรกทิ้ง ซึ่งอาจมีพวก tissue fluid ปนเปื้อน
5. เก็บเลือดลงในหลอดเลือดที่เตรียมไว้ นวดบริเวณใกล้เคียงเบา ๆ ได้ เพื่อให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น ห้ามบีบเค้นแรงๆ จะทำให้ tissue fluid ปนเข้ามาในหลอดเลือด หรือเกิดการแตกของเม็ดเลือดแดง
6. หลอดที่มีสารกันเลือดแข็ง ต้องรีบพลิกกลับไป-มา ให้เลือดเข้ากันดีกับสารกันเลือดแข็ง
7. กดแผลด้วยผ้าก๊อช/สำลี ให้เลือดหยุด



ข้อควรระวัง

กรณีที่ใส่เป็น Hematocrit tube ต้องระมัดระวังเรื่องการขี้นตัวอย่างเลือด

เกณฑ์การรับ/ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ

1. รายการส่งตรวจ และภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจ ชื่อ- นามสกุล ไม่ตรงกัน
2. มีรายการส่งตรวจ แต่ไม่มีตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ/ มีตัวอย่างสิ่งส่งตรวจแต่ไม่มีใบรายการนำส่ง
3. บนภาชนะส่งตรวจไม่ระบุชื่อและนามสกุล วันที่และเวลาเก็บสิ่งส่งตรวจหรือระบุรายละเอียดไม่ครบถ้วน
4. ส่งตัวอย่างไม่ตรงการทดสอบ

งานโลหิตวิทยา

1. CBC/ PT, PTT Clot ไม่รับตรวจ
2. CBC ต้องเจาะเลือดให้ได้ตามขีดลูกศรที่แสดงไว้บนหลอด คือ ปริมาณ 2.5 ml มากหรือน้อยไม่เกิน 0.5 ml จากขีดลูกศร
3. ผู้ป่วยเด็ก หากเจาะเลือดได้น้อยให้ใส่เลือดในหลอดสำหรับเด็กตามขีดลูกศร ปริมาณ 0.5 ml
4. ส่งตรวจ PT, PTT ใส่เลือดในหลอดให้พอดีกับขีดที่แสดงไว้บนหลอด ห้ามขาดหรือเกิน/Blood hemolysis ไม่รับตรวจ

งานจุลทรรศน์คลินิก

1. Urine exam ควรเก็บให้ได้ปริมาณ 15-30ml ปริมาณต่ำสุดที่ยอมรับได้คือ 10 ml
2. Stool exam เก็บให้ได้ปริมาณขนาดหัวแม่มือ

งานภูมิคุ้มกันและไวรัสวิทยาคลินิก

1. เลือดสำหรับส่งตรวจ Cortisol ต้องระบุเวลาที่เจาะเลือดไว้ในใบนำส่งด้วยทุกครั้ง
2. ใส่เลือดในภาชนะบรรจุที่กำหนด ปริมาตรไม่น้อยกว่า 3ml.
3. เลือดที่ผสมสารกันเลือดแข็งไม่รับตรวจ / Blood hemolysis ไม่รับตรวจ

งานเคมีคลินิก

1. เลือดสำหรับส่งตรวจหาน้ำตาล clot ไม่รับตรวจ
2. Blood hemolysis ไม่รับตรวจ
3. เจาะเลือดส่งตรวจได้น้อยกว่า 1 ml ไม่รับตรวจ

งานจุลชีววิทยาคลินิก

1. เก็บตัวอย่างตรวจในภาชนะเก็บหรือใน Transport media ที่ไม่ตรงชนิดที่ส่งตรวจ
2. เสมหะที่ส่งตรวจ AFB หรือ Gram stain ต้องมีเนื้อเสมหะ ถ้าเป็นน้ำลายไม่รับตรวจ
3. ขวด Hemo C/S ห้ามปิด ป้ายชื่อ- นามสกุล ผู้ป่วยทับ Barcode

งานธนาคารเลือด

1. เจาะเลือดส่งตรวจได้น้อยกว่า 1 ml ไม่รับตรวจ
2. ไม่รับหลอดเก็บเลือดของแผนกอื่นมาทำ Cross-match

ภาชนะเก็บตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการ

Clot Blood Tube



สำหรับส่งตรวจทางเคมีคลินิก ภูมิคุ้มกันวิทยาและงานธนาคารเลือด ปริมาณเลือดที่ใช้ 4 ml.

EDTA Tube



สำหรับส่งตรวจทางโลหิตวิทยา ได้แก่ CBC, ESR, Malaria เป็นต้น ปริมาณเลือดที่ใช้ 2.5 ml.

Micro EDTA tube



สำหรับส่งตรวจ CBC เท่านั้น (กรณีได้เลือดน้อย)
ปริมาณเลือดที่ใช้ 0.5 ml.

Heparine Tube



สำหรับส่งตรวจ Troponin-T
ปริมาณเลือดที่ใช้ 4 ml.

Sodium Fluoride Tube



สำหรับส่งตรวจ Fasting Blood Sugar
ปริมาณเลือดที่ใช้ 2-3 ml.

3.2% Sodium Citrate Tube



สำหรับส่งตรวจ Coagulation (PT,INR,PTT)
ปริมาณเลือดที่ใช้ 2-2.5 ml.

ภาชนะเก็บตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการ

กระป๋องปัสสาวะ



สำหรับส่งตรวจทางจุลทรรศน์ศาสตร์
ปริมาณปัสสาวะที่ใช้ 15-30 ml.

กระป๋องอุจจาระ



สำหรับส่งตรวจทางจุลทรรศน์ศาสตร์
ปริมาณอุจจาระที่ใช้ขนาดเท่าหัวแม่มือ

กระป๋องเก็บเสมหะ



สำหรับส่งตรวจทางจุลชีววิทยา
ได้แก่ AFB, Gram stain

ภาชนะสำหรับส่งเพาะเชื้อ



สำหรับส่ง urine culture และ Sputum culture

Sterile swab



สำหรับส่งเพาะเชื้อ ได้แก่ Pus, Stool,
Throat swab เป็นต้น

Hemoculture



สำหรับส่งเพาะเชื้อในกระแสเลือด

ฝาสีส้ม : ใช้เลือด 5-10 ml.

ฝาสีเหลือง : ใช้เลือด 2-4 ml.

ภาชนะเก็บตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการ

<u>ภาชนะบรรจุ 95% Alcohol</u>	<u>Microscope Slide</u>
	
สำหรับส่งตรวจ PAP Smear	สำหรับส่งตรวจ PAP smear, Gram stain , และ Fern test



การติดฉลากบนหลอดเลือด

- ปิดฉลากชื่อผู้ป่วยไม่บังตัวอย่างเลือด
- ให้สามารถมองเห็นปริมาณเลือดในหลอดเลือด
- เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการสามารถมองเห็นสีของซีรัม เพื่อตรวจสอบ Hemolysis / Lipimic ได้



- ขวด Hemo c/s ไม่ติดฉลากทับ Barcode
- ถ้าแถบ Barcode ถูกปิดทับ เครื่องจะอ่านไม่ได้ ต้องเจาะเก็บใส่ขวดใหม่

ผลิตภัณฑ์โลหิต

PRC : Pack red cell

- 1 unit เพิ่ม Hct 2-3%
- 1 unit มี 200 – 300 ml.
- ใช้ตรงหมู่ หรือ PRC O ได้



PC : Platelet concentrate

- 1 unit มีเกร็ดเลือด 5.5×10^{11} cell
- 1 unit มี 50 - 60 ml.
- ใช้ตรงหมู่ หรือหมู่ O ได้



LPRC : Leukocyte Poor Pack red cell

- 1 unit เพิ่ม Hct 2-3%
- 1 unit จะมี WBC ไม่เกิน 5×10^6 cell
- 1 unit มี 170 – 250 ml.
- ใช้ตรงหมู่ หรือ PRC O ได้



Cryoprecipitate

- 1 unit มี Factor VIII 80-120 unit factor VIII
- 1 unit จะมี WBC ไม่เกิน 5×10^6 cell
- 1 unit มี 10– 20 ml.
- ใช้ตรงหมู่ หรือต่างหมู่ได้



FFP : Fresh Frozen Plasma

- 1 unit มี 100 – 300 ml.
- ใช้ตรงหมู่ หรือ FFP AB ได้



งานโลหิตวิทยาคลินิก CLINICAL HEMATOLOGY

ผู้ปฏิบัติงาน

นายณัฐพล ชินสมบูรณ์	นักเทคนิคการแพทย์
นางสาวธาวินี ทรัพย์ประเสริฐ	นักเทคนิคการแพทย์
นายณพล เจียนดอน	นักเทคนิคการแพทย์
นายกรรณา มาพุก	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสมจิตร สมพงษ์	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสาวรุ่งตะวัน หีบสัมฤทธิ์	พนักงานจุลทัศน์กร

โลหิตวิทยา แบ่งเป็น

1. การตรวจสอบพื้นฐานทางโลหิตวิทยา Complete blood count (CBC)
 - การวัดระดับHemoglobin(Hb)
 - การหาค่าHematocrit(Hct)หรือปริมาตรอัดแน่นของเม็ดเลือดแดง
 - การนับจำนวนเม็ดเลือดขาว
 - การตรวจเสมียร์เลือด ได้แก่การนับแยกชนิดเม็ดเลือดขาว, Red cell Morphology , Platelet smear
2. การตรวจหาปรสิตเลือด เช่น Malaras , Microfilaria
3. ทดสอบการแข็งตัวของเลือด (PT, PTT, Clotting Time)
4. อัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR)
5. การตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางชนิดต่าง ๆ (OF, DCIP)
6. การตรวจของเหลวจากส่วนอื่นของร่างกาย เช่น น้ำไขสันหลัง, น้ำเจาะปอด, น้ำเจาะข้อ

วิธีการเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อส่งตรวจ

1. ส่งตรวจ CBC, OF, DCIP, Malaria และ Reticulocyte count ให้ใช้ Tube สำเร็จ ซึ่งมีสาร K3EDTA ให้เจาะเลือดผสม 2.5ml. (จุกสีม่วง)
2. ส่งตรวจ PT, PTT มีสาร 3.2 % Sodium citrate ให้เจาะเลือดผสม 2.5 ml
3. ส่งตรวจ ESR ใช้ Tube CBC

หมายเหตุ

หลอดที่มีสารกันเลือดแข็งต้องเจาะเลือดให้ได้ปริมาณที่กำหนดและต้องผสมโดยพลิกหลอดเบา ๆ ให้เลือดเข้ากับสารกันเลือดแข็งอย่างน้อย 5-10 ครั้ง

(การผสมอย่างแรงจะทำให้เม็ดเลือดแดงแตก / Hemolysis ได้)

รายการตรวจวิเคราะห์ทางโลหิตวิทยา

	รายการทดสอบ	วิธีการ/น้ำยา	สิ่งส่งตรวจ	Schedule	TAT	ระยะเวลาเก็บตัวอย่าง
1	APPT	Scattering clotting assay	Citrate 2.5 ml	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	7 วัน
2	Body Fluid analysis	Hemocytometer	แพทย์เจาะเก็บ ส่ง 3 ขวด	ตลอด 24 ชม.	2 ชม.	1 วัน
3	CBC	Automate cell count	EDTA 2.5 ml	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	7 วัน
4	DCIP	KKU - DCIP	EDTA 2.5 ml	วัน-เวลาราชการ	1 ชม.	7 วัน
5	ESR	Md. Westergren	EDTA 2.5 ml	ตลอด 24 ชม.	1 ชม. 30 นาที	7 วัน
6	Hematocrit	Centrifuge	EDTA 2.5 ml	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	7 วัน
7	Malaria	Wright Stain	EDTA 2.5 ml	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	7 วัน
8	Microfilaria	Wright Stain	EDTA 2.5 ml	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	7 วัน
9	OF	KKU - OF	EDTA 2.5 ml	วัน-เวลาราชการ	1 ชม.	7 วัน
10	PT	Scattering clotting assay	Citrate 2.5 ml	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	7 วัน
11	Reticulocyte count	Brilliantcresylblue	EDTA 2.5 ml	ตลอด 24 ชม.	2 ชม.	7 วัน
12	Venous clotting time	Lee & White	ห้องปฏิบัติการ เป็นผู้เก็บ	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	1 วัน
13	Whole Blood Clotting Time	Lee & White	ห้องปฏิบัติการ เป็นผู้เก็บ	ตลอด 24 ชม.	30 นาที	1 วัน

ค่าปกติงานโลหิตวิทยา

	รายการทดสอบ	ค่าปกติ	หน่วย
1	APPT	เปลี่ยนไปตาม lot. น้ำยา	Sec.
2	Body Fluid analysis	-	-
3	CBC	WBC: 4.0-10.0 RBC : 3.80-6.50 HBG : 11.5-17.0 HCT : 37-54 MCV : 80-100 MCH : 27-32 MCHC : 32-36 PLT : 150-500 Neutrophil : 30-70 Lymphocyte : 25-50 Monocyte : 0-11 Eosinophil : 0-8 Basophil : 0-1 Malaria : Not found	$\times 10^3$ Cell/uL $\times 10^6$ Cell/uL g/dL % FL Pg g/dL $\times 10^3$ Cell/uL - % % % % % %
4	DCIP	Negative	-
5	ESR	Male : 0 – 15 Female : 0 - 20	mm/1hr.
6	Hematocrit	37-54	%
7	Malaria	Notfound	-
8	Microfilaria	Not found	-
9	OF	Negative	
10	PT	เปลี่ยนไปตาม lot. น้ำยา	Sec.
11	Reticulocyte count	0.2 – 2.0	%
12	Venous clotting time	5-15	min.
13	Whole blood clotting time	Negative	-

งานจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก CLINICAL MICROSCOPY

ผู้ปฏิบัติงาน

นายณัฐพล ชินสมบุรณ์	นักเทคนิคการแพทย์
นางสาวธาวินี ทรัพย์ประเสริฐ	นักเทคนิคการแพทย์
นายณพล เจียนดอน	นักเทคนิคการแพทย์
นายกรุณา มาพุก	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสมจิตร สมพงษ์	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสาวรุ่งตะวัน หีบสัมฤทธิ์	พนักงานจุลทัศน์กร

งานจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก แบ่งงานเป็น

1. งานตรวจปัสสาวะ เป็นการตรวจปัสสาวะทางด้านกายภาพ เคมี และการดูกล้องจุลทรรศน์
2. งานตรวจอุจจาระ เป็นการตรวจหาความผิดปกติต่าง ๆ ของอุจจาระ เช่น ดูสี ดูลักษณะ ตรวจหาเลือดในอุจจาระ และตรวจหาพยาธิ เป็นต้น
3. การตรวจหาภาวะตั้งครรภ์จากปัสสาวะ
4. การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ (Screening)

ตัวอย่างปัสสาวะที่ใช้ในงานจุลทรรศน์คลินิก

1. ปัสสาวะที่เก็บครั้งเดียว (Voided, Random or Spot urine) เหมาะสำหรับตรวจ Urine exam ในงานประจำ
2. ปัสสาวะที่เก็บครั้งแรกในตอนเช้า (First morning urine) เหมาะสำหรับใช้ในการทดสอบหาปริมาณน้ำตาลและทดสอบการตั้งครรภ์

วิธีการเก็บตัวอย่างปัสสาวะ

1. ก่อนเก็บปัสสาวะควรทำความสะอาดอวัยวะขับถ่ายให้สะอาด
2. ปัสสาวะให้เก็บช่วงกลางของการถ่ายปัสสาวะโดยการถ่ายปัสสาวะช่วงแรกทิ้ง แล้วเก็บปัสสาวะช่วงกลางให้ได้ปริมาตร 10 ml. ขึ้นไป ถ้าเป็นการเก็บโดยวิธีอื่นให้ระบุลงในใบส่งตรวจด้วย

วิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระ

- อุจจาระกรณีถ่ายปกติ ให้เก็บอุจจาระประมาณ 2-3 กรัม ใส่ภาชนะที่สะอาดมีฝาปิดสนิท (ห้ามใช้กระดาษห่ออุจจาระมาเด็ดขาด)
- กรณีถ่ายเหลว ให้แยกเอาส่วนที่เป็นมูกเลือดปนมาด้วย

รายการตรวจวิเคราะห์ทางจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก

	รายการทดสอบ	วิธีการ/น้ำยา	สิ่งส่งตรวจ	Schedule	time	ระยะเวลาเก็บ เก็บตัวอย่าง
1	Urine analysis(UA)	Semi-automate	Urine 20 ml.	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	1 วัน
2	Urine sugar	Urine Strip	Urine 20 ml.	ตลอด 24 ชม.	30 นาที	1 วัน
3	Urine Albumin	Urine Strip	Urine 20 ml.	ตลอด 24 ชม.	30 นาที	1 วัน
4	Stool exam	Direct smear	Stool 3 g. (หัวแม่มือ)	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	1 วัน
5	Stool Occult Blood	IMC	Stool 10 g. (ช้อนชา)	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	1 วัน
6	Urine Pregnancy	IMC	Urine 20 ml.	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	1 วัน
7	Urine Methamphetamine	IMC	Urine 20 ml.	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	1 วัน
8	Urine Marijuana	IMC	Urine 20 ml	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	1 วัน

IMC = Immunochromatography

ค่าปกติงานจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก

	รายการทดสอบ	ค่าปกติ	หน่วย
1	Urine analysis(UA)	Blood : Negative Bilirubin : Negative Urobilirubin : Normal (0.1 – 1.0) mg/dL Ketones : Negative Protein : Negative Nitrite : Negative Glucose : Negative pH : 5.0 – 8.0 Specific Gravity : 1.003-1.030 Leukocyte : Negative	-
2	Urine sugar	Negative	-
3	Urine Albumin	Negative	-
4	Stool exam	Not found	-
5	Stool Occult Blood	Negative	-
6	Urine Pregnancy	Negative	-
7	Urine Amphetamine	Negative	-
8	Urine Marijuana	Negative	-

งานภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก Clinical Immunology

ผู้ปฏิบัติงาน

นายเนวพล เจียนดอน	นักเทคนิคการแพทย์
นางสาวธาวินี ทรัพย์ประเสริฐ	นักเทคนิคการแพทย์
นายณัฐพล ชินสมบูรณ์	นักเทคนิคการแพทย์
นายกรุณา มาพุก	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสมจิตร สมพงษ์	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์

รายการตรวจวิเคราะห์ ห้องปฏิบัติการภูมิคุ้มกัน แบ่งงานตรวจวิเคราะห์ ออกเป็น

1. การตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อไวรัสเช่น Dengue IgM/IgG
2. การตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบชนิดต่าง ๆ (Hepatitis A , B , C virus)
3. การตรวจการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี และการบ่งชี้ผู้ป่วย (HIV)
4. การตรวจพิเศษในงานเฝ้าระวังโรค เช่น Leptospirosis IgM/IgG
5. พิจารณาส่งต่อ และให้คำปรึกษาด้านการเก็บตัวอย่างส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอก

รายการตรวจวิเคราะห์ทางภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก

	รายการทดสอบ	วิธีการ/น้ำยา	สิ่งส่งตรวจ	Schedule	time	ระยะเวลาเก็บตัวอย่าง
1	Anti HBc	IMC	clot blood 4 ml	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	1 วัน
2	Anti HBs	IMC	clot blood 4 ml	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	1 วัน
3	Anti HCV	IMC	clot blood 4 ml	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	1 วัน
4	Anti HIV screening	IMC	clot blood 4 ml	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	1 วัน
5	DengueAg/Ab	IMC	clot blood 4 ml	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	1 วัน
6	HBs Ag	IMC	clot blood 4 ml	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	1 วัน
7	LeptospiraAb	IMC	clot blood 4 ml	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	1 วัน
8	Syphilis : Anti-TP	IMC	clot blood 4 ml	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	1 วัน

IMC : Immunochromatography (specific Ab)

ค่าปกติงานภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก

	รายการทดสอบ	ค่าปกติ	หน่วย
1	Anti HBc	Negative	-
2	Anti HBs	-	-
3	Anti HCV	Negative	-
4	Anti HIV Screening	Negative	-
5	Dengue Ag/Ab	Negative	-
6	HBsAg	Negative	-
7	LeptospiraAb	Negative	-
8	Syphilis : Anti-TP	Negative	-

งานเคมีคลินิก CLINICAL CHEMISTRY

ผู้ปฏิบัติงาน

นางสาวธาวินี ทรัพย์ประเสริฐ	นักเทคนิคการแพทย์
นายณัฐพล ชินสมบูรณ์	นักเทคนิคการแพทย์
นายนวพล เจียนดอน	นักเทคนิคการแพทย์
นายกรรณา มาพุก	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสมจิตร สมพงษ์	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์

รายการตรวจวิเคราะห์ ห้องปฏิบัติการงานเคมีคลินิก แบ่งงานตรวจวิเคราะห์ออกเป็น

1. การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด Glucose (FBS, FPG, BS)
2. การตรวจหาภาวะระดับไขมันในโลหิตผิดปกติ (Lipid profile)
3. การทดสอบหน้าที่ของไต (Renal function test)
4. การตรวจหาการทำงานของตับ LFT (Liver Function test)
5. การตรวจภาวะกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ (Troponin-T)
6. ภาวะตัวเหลืองในเด็กแรกเกิด (Micro Bilirubin+ Hct)
7. การตรวจหาสมดุลของสารน้ำในร่างกาย (Electrolyte)
8. การตรวจทางปัสสาวะและน้ำฉะจากส่วนต่าง ๆ

การเตรียมตัวของผู้ป่วย

- **Fasting plasma glucose** : FPGแนะนำให้ผู้ป่วยงดอาหารและเครื่องดื่มอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ก่อนเจาะเลือด จิบน้ำเปล่าได้เล็กน้อยเลือดที่ตรวจหา Fasting plasma glucose มีสารกันเลือดแข็ง (NaF) ต้อง mix คว่ำ หายทันทีหลังใส่เลือดในหลอด

- **Lipid profile**แนะนำให้ผู้ป่วยงดอาหารและเครื่องดื่มอย่างน้อย 10-12 ชั่วโมง จิบน้ำเปล่าได้เล็กน้อย

การเก็บ Urine 24 hr.

ให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะทิ้งตอนเช้าเวลา 08.00 น.และหลังจากนั้นจึงเก็บปัสสาวะที่ถ่ายในครั้งต่อๆมารวมกัน จนถึงเวลา 8.00 น. เช้าของวันรุ่งขึ้น ถ่ายอีกครั้งเป็นครั้งสุดท้าย การเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมงควรใช้ภาชนะที่มีความจุอย่างน้อยประมาณ 1 ลิตรและเก็บปัสสาวะไว้ในตู้เย็นระหว่างที่ยังเก็บปัสสาวะไม่ครบ

ข้อควรระวัง ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า ถ้าจำนวนในการถ่ายปัสสาวะผิดพลาดไป หรือลืมถ่ายทิ้งในตอนแรก จะทำให้การตรวจผิดพลาดไปทำให้ไม่มีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรค

การทำ Glucose tolerance test (OGTT)

เจาะเลือด FBS ก่อนแล้วจึงนำสารละลายน้ำตาลกลูโคส 100 กรัมให้ผู้ป่วยรับประทานแล้วเจาะเลือดอีก 3 ครั้ง ห่างกันทุก 1 ชั่วโมง

การทำ Glucose challenge test (GCT)

นำสารละลายน้ำตาลกลูโคส 50 ก. ให้ผู้ป่วยรับประทานแล้วเจาะเลือด 1 ครั้ง หลังจากรับประทานน้ำตาล 1 ชม.

รายการตรวจวิเคราะห์งานเคมีคลินิก

	รายการทดสอบ	สิ่งส่งตรวจ	Schedule	time	ระยะเวลาเก็บตัวอย่าง
1	Total Protein	Clot blood 4 ml	วันอังคารและวันศุกร์	1 ชม.	7 วัน
2	Albumin		วันอังคารและวันศุกร์	1 ชม.	7 วัน
3	Globulin		วันอังคารและวันศุกร์	1 ชม.	7 วัน
4	AST (SGOT)		วันอังคารและวันศุกร์	1 ชม.	7 วัน
5	ALT (SGPT)		วันอังคารและวันศุกร์	1 ชม.	7 วัน
6	ALP		วันอังคารและวันศุกร์	1 ชม.	7 วัน
7	Total Bilirubin		วันอังคารและวันศุกร์	1 ชม.	7 วัน
8	Direct Bilirubin		วันอังคารและวันศุกร์	1 ชม.	7 วัน
9	BUN		ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	7 วัน
10	Creatinine		ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	7 วัน
11	Cholesterol	Clot blood 4 ml. งดอาหารก่อนเจาะเลือด 10-12 ชม.	วัน-เวลาราชการ	1 ชม.	7 วัน
12	Triglyceride (TG)		วัน-เวลาราชการ	1 ชม.	7 วัน
13	HDL		วัน-เวลาราชการ	1 ชม.	7 วัน
14	LDL-Cal.		วัน-เวลาราชการ	1 ชม.	7 วัน
15	Microbilirubin	hematocrit tube	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	1 วัน
16	Glucose (FBS)	NaF 3 ml. งดอาหารก่อนเจาะ 6-8 ชม.	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	7 วัน
17	OGTT	NaF 3 ml.	วัน-เวลาราชการ	4 ชม.	7 วัน
18	TCO ₂	Clot blood 4 ml.	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	7 วัน
19	Sodium		ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	7 วัน
20	Chloride		ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	7 วัน
21	Potassium		ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	7 วัน
22	Uric acid		ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	7 วัน
23	Serum Ketone		ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	7 วัน
24	Protein fluid	Body fluid	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	1 วัน
25	Glucose fluid	2-5 ml.	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	1 วัน
26	Urine Microalbumin	ปัสสาวะ 10 ml.	วัน-เวลาราชการ	1 ชม.	1 วัน

ค่าปกติงานเคมีคลินิก

	รายการทดสอบ	วิธีการ/น้ำยา	ค่าปกติ	หน่วย
1	Total Protein	Biuret	6.6-8.7	g/dl
2	Albumin	Colorimetric assay (BCG)	3.8-5.1	g/dl
3	Globulin	Calculation	2.5-3.5	g/dl
4	AST (SGOT)	IFCC	0-37	U/L
5	ALT (SGPT)	IFCC	0-42	U/L
6	ALP	IFCC	35-129	U/L
7	Total Bilirubin	Diazo	0-1.1	mg/dl
8	Direct Bilirubin	Diazo	0.0-0.3	mg/dl
9	BUN	Enzyme kinetic	5-23	mg/dl
10	Creatinine	Enzymatic Colorimetric	0.6-1.0	mg/dl
11	Cholesterol	Enzymatic Colorimetric	150-250	mg/dl
12	Triglyceride (TG)	Enzymatic Colorimetric	<150	mg/dl
13	HDL-Direct	Enzymatic Colorimetric	35-60	mg/dl
14	LDL-Cal.	Calculation	<180	mg/dl
15	Microbilirubin	Colorimetric	<10	mg/dl
16	Glucose (FBS)	Enzymatic Colorimetric (GOD)	70-110	mg/dl
17	OGTT	GOD	-	mg/dl
18	GCT	GOD	-	mg/dl
19	TCO ₂	Direct ISE	22-29	mmol/L
20	Sodium	Direct ISE	137-145	mmol/L
21	Chloride	Direct ISE	96-108	mmol/L
22	Potassium	Direct ISE	3.5-5.3	mmol/L
23	Uric acid	Enzymatic Colorimetric	2.4-7.0	mg/dl
24	Serum Ketone	Strip	Negative	-
25	Protein in Fluid	Biuret	-	mg/dl
26	Glucose fluid	GOD	-	mg/dl
27	Urine microalbumin	Colorimetric	0 – 30	mg/dl

งานจุลชีววิทยาคลินิก

CLINICAL MICROBIOLOGY

ผู้ปฏิบัติงาน

นายณัฐพล ชินสมบูรณ์	นักเทคนิคการแพทย์
นางสาวธาวินี ทรัพย์ประเสริฐ	นักเทคนิคการแพทย์
นายณวพล เจียนดอน	นักเทคนิคการแพทย์
นายกรรณา มาพุก	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสมจิตร สมพงษ์	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสาวรุ่งตะวัน หีบสัมฤทธิ์	พนักงานจุลทัศน์กร

รายการตรวจวิเคราะห์ ห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา แบ่งงาน วิเคราะห์ออกเป็น

1. ย้อมสีเชื้อแบคทีเรีย(Gram Stain), เชื้อวัณโรค(ACB stain)
2. เชื้อวัณโรค (ACB stain)
3. ย้อมสีดูการติดเชื้อไวรัส (Tzanck smear)
4. ตรวจหาเชื้อรา (KOH),ตรวจหาแคปซูลเชื้อรา (Indian ink)
5. ตรวจตกขาว (Wet Preparation)
6. การส่งเพาะเชื้อ Hemoculture
7. การเก็บตัวอย่างเพื่อส่งเพาะเชื้อนอกห้องปฏิบัติการ

วิธีการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจ

1. เลือด การส่งตรวจ Hemoculture

1.1 ดึงฝา Flip Cap ที่ด้านบนทั้งทำความสะอาดบริเวณจุกยางสีเทาด้วย 2% w/v Chlorhexidine gluconate in 70% alcohol

1.2 เจาะเลือดผู้ป่วยโดยทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่เจาะด้วย 2% w/v Chlorhexidine gluconate in 70% alcohol

1.3 ทำความสะอาดบริเวณจุกยางสีเทาอีกครั้งด้วยด้วย 2% w/v Chlorhexidine gluconate in 70% alcohol แล้วนำส่งห้องปฏิบัติการ

การเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ Blood culture ควรเจาะเลือดส่งตรวจมากกว่าหรือน้อย 2 ขวด เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าเมื่อจำนวนสิ่งส่งตรวจมากขึ้นโอกาสที่จะพบเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดก็จะมากขึ้น โดยขวดที่ 2 จะต้องทำการเจาะทันทีหลังจากที่เจาะขวดแรกแล้ว แต่ให้เจาะคนละตำแหน่งกับที่เจาะใส่ในขวดแรก ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับบุคลากรในห้องปฏิบัติการและแพทย์ในกรณีที่มีเชื้อขึ้น ว่าเชื้อที่ขึ้นนั้นเป็นเชื้อก่อโรคจริง หรือเป็นเชื้อที่ปนเปื้อน ซึ่งหากทั้งสองขวดให้ผลการทดสอบเป็นเชื้อเดียวกันแสดงว่าเชือดังกล่าวก่อโรคจริง แต่หากการทดสอบที่ได้ให้ผลไม่ตรงกันมีโอกาสเป็นไปได้ทั้งสองทางคือเป็นเชื้อที่ก่อโรคจริงหรือเป็นเชื้อที่ปนเปื้อนมา

2. น้ำไขสันหลัง และน้ำเจาะจากช่องต่าง ๆ ควรเจาะให้ได้จำนวนไม่น้อยกว่า 5 มล. โดยทำความสะอาดบริเวณที่เจาะด้วยวิธีปราศจากเชื้อ เจาะน้ำไขสันหลังใส่ขวดปราศจากเชื้อ ติดเชื้อผู้ป่วยให้เรียบร้อยแล้วนำส่งทันที ห้าม เก็บน้ำไขสันหลังเข้าตู้เย็น เพราะจะทำให้เชื้อบางชนิดตาย ถ้าไม่สามารถนำส่งได้ให้เก็บที่อุณหภูมิห้อง

3. Swab ใช้เก็บสิ่งส่งตรวจที่ไม่สามารถเจาะ หรือดูดได้ เมื่อ Swab แล้วให้ใส่ใน Amies transport medium สิ่งส่งตรวจที่เก็บด้วย Swab ได้แก่ Throat swab, หนอง เป็นต้น

4. อุจจาระ

— Rectal swab ใช้ไม้พันสำลีปราศจากเชื้อสอดเข้าไปในช่องทวารหนักลึก 1-2 นิ้ว แล้วหมุนไปมา 2-3 รอบ ก่อนดึงออกมา บรรจุไม้พันสำลีดังกล่าวลงใน Amies transport medium

— อุจจาระ ควรเก็บอุจจาระซึ่งผู้ป่วยถ่ายออกมาใหม่ ๆ และควรเป็นอุจจาระระยะแรกก่อนได้รับการรักษา เลือกเก็บส่วนที่เป็นมูก หรือเลือดปน โดย ใช้ไม้พันสำลีปราศจากเชื้อป้ายอุจจาระบรรจุไม้พันสำลีดังกล่าวลงใน Amies transport medium

5. ปัสสาวะ เตรียมผู้ป่วยโดยทำความสะอาดบริเวณรอบ Urethra ก่อน หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยปัสสาวะทิ้งในตอนแรกไปเล็กน้อยแล้วเก็บปัสสาวะตอนกลาง (mid-stream urine) ใส่ปัสสาวะลงในขวดปราศจากเชื้อ เขียนชื่อ-นามสกุล เวลาที่เก็บให้ชัดเจน นำส่งห้องปฏิบัติการทันที กรณีส่งตรวจไม่ได้ทันทีควรเก็บไว้ในตู้เย็น 4 องศาเซลเซียสไม่เกิน 6 ชั่วโมง

6. เสมหะ เก็บเสมหะ ตอนเช้า โดยให้ผู้ป่วยทำความสะอาดในปากโดยการบ้วนด้วยน้ำสะอาด ไม่ควรใช้น้ำยาที่มีฤทธิ์ Antiseptic ให้ผู้ป่วยขากหรือไอลึก ๆ ให้ได้เสมหะ แล้วบ้วนลงในขวดแก้วที่ปราศจากเชื้อ ถ้าเก็บเสมหะโดยให้ผู้ป่วยไอเองไม่ได้ ควรให้ผู้ป่วยอยู่ในท่า Postural Drainage (นอนคว่ำหัวต่ำ) และพยายามไอเอาเสมหะออกมา สิ่งส่งตรวจที่มีลักษณะเป็นน้ำลายไม่เหมาะสมในการส่งไปเพาะเชื้อ

รายการตรวจวิเคราะห์งานจุลชีววิทยา

	รายการทดสอบ	วิธีการเก็บส่งตรวจ	Schedule	time	ระยะเวลาเก็บตัวอย่าง
1	KOH preparation	ชุดเนื้อบริเวณที่สงสัยป้ายลงบนสไลด์ (ถ้าผู้ป่วยเดินไม่ได้ให้โทรศัพท์ติดต่อเจ้าหน้าที่)	วัน-เวลาราชการ / เสาร์-อาทิตย์ 07.00 ถึง 15.00 น.	1 ชม.	กำจัดหลังจาก รายงานผล
2	Indian ink	CSF หรือ body fluid ต่างๆ ใส่ขวดSterile ปริมาณ 3-5 ml.		1 ชม.	กำจัดหลังจาก รายงานผล
3	Gram stain	ใส่ตลับหรือขวดที่มีฝาปิดหรือป้ายลงบนสไลด์ เป็นรูปวงกลมเส้นผ่านศูนย์กลาง 2 ซม.		1 ชม.	7 วัน
4	Acid fast stain	ใส่ตลับหรือขวดที่มีฝาปิดหรือป้ายลงบนสไลด์ เป็นรูปวงกลมเส้นผ่านศูนย์กลาง 2 ซม.		1 ชม.	3 เดือน
5	Tzank smear	ป้ายตุ่มหนองบริเวณที่เป็นลงบนสไลด์		1 ชม.	7 วัน
6	Wet smear	Vaginal swab ใส่ขวดSterileที่มี NSS 0.5 ml		1 ชม.	กำจัดหลังจาก รายงานผล
7	Hemo culture	ผู้ใหญ่เจาะเลือด 5-10ml, เด็กเจาะเลือด 1-4 ml.	ตลอด 24 ชม.	4 วัน	5 วัน

ค่าปกติงานจุลชีววิทยา

	รายการทดสอบ	วิธีการ/น้ำยา	ค่าปกติ	หน่วย
1	KOH preparation	10% KOH	Fungus negative	-
2	Indian ink	Indian ink	Encapsulated yeast cell not found	-
3	Gram's stain	Gram's stain reagen	No microorganism	-
4	Acid fast stain	Zeil-Nilson method	Not found	-
5	Hemoculture	Automate Hemoculture	No microorganism	-
6	Wet smear	Microscopic wet smear	Not found	-
7	Tzank smear	Wright stain reagent	Multinucleated cell Not found	-

งานธนาคารเลือด BLOOD BANK

ผู้ปฏิบัติงาน

นายณพล เจียนดอน	นักเทคนิคการแพทย์
นางสาวธาวินี ทรัพย์ประเสริฐ	นักเทคนิคการแพทย์
นายณัฐพล ชินสมบูรณ์	นักเทคนิคการแพทย์
นายกรรณา มาพุก	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสมจิตร สมพงษ์	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์

รายการตรวจวิเคราะห์ ห้องปฏิบัติการธนาคารเลือด แบ่งงานตรวจวิเคราะห์ ออกเป็น

- 1.การตรวจทดสอบการเข้ากันได้ของเม็ดเลือดผู้บริจาคกับโลหิตผู้ป่วย(Compatibility testing)
- 2.การตรวจทดสอบหาAntibodyต่อAntigenบนผิวเม็ดเลือดแดง(Antibody screening)
- 3.การตรวจทดสอบหาหมู่โลหิตABOและ Rh
- 4.การตรวจทดสอบDirect& Indirect Coombs test

การจองเลือด

1.การจองเลือดในภาวะปกติ

1. ให้เขียนใบจองเลือด พร้อมกับส่งเลือด จำนวน 4ml. ใส่หลอด**Clot blood tube เท่านั้น**(ไม่ใช่หลอดเลือดชนิดอื่น) ปิดจุก เขียนชื่อ - นามสกุล HN หอผู้ป่วย วันที่ และเวลาเก็บส่งตรวจ ข้างหลอดให้ครบถ้วน
2. เขียนรายละเอียดข้อมูลในใบจองเลือดให้ครบถ้วนโดยเฉพาะชื่อพยาบาลผู้เจาะเลือด เวลาที่เก็บส่งตรวจ และชื่อแพทย์ผู้ขอใช้เลือด
3. การจอง Platelets Concentrate เป็นส่วนประกอบของเลือดที่ทางห้องปฏิบัติการไม่ได้มีสำรองไว้เนื่องจากมีอายุเพียง 5 วันให้ทำการจองล่วงหน้า 1-3 วัน
4. กรณีผู้ป่วยแพ้เลือด ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทราบทันที พร้อมกรอกประวัติอาการแพ้ด้านหลังใบคล้องโลหิตให้ครบถ้วน นำส่งคืนพร้อมยูนิตเลือดเพื่อตรวจสอบหาสาเหตุในขั้นต่อไป

2.การจองเลือดด่วน/ฉุกเฉิน

- 1.พยาบาลรับคำสั่งแพทย์โทรแจ้งงานเทคนิคการแพทย์ขอใช้เลือดด่วน
 - **Uncrossmatch** : ขอ PRC O+ โดยไม่ผ่านการ crossmatch (10 นาที)
 - **Initial Crossmatch** : ขอ PRC ตรงหมู่เลือดผู้ป่วยและ ผล negative ที่ immediate spin (15 นาที)
- 2.ให้เขียนใบจองเลือด พร้อมกับส่งเลือด จำนวน 4 ml. ใส่หลอด **Clot blood tube เท่านั้น** (ไม่ใช่หลอดเลือดชนิดอื่น) ปิดจุก เขียนชื่อ - นามสกุล HN หอผู้ป่วย วันที่และเวลา ข้างหลอดให้ครบถ้วน

3.เขียนรายละเอียดข้อมูลในใบจองเลือดให้ครบถ้วนโดยเฉพาะชื่อพยาบาลผู้เจาะเลือด เวลาที่เก็บส่งตรวจ และชื่อแพทย์ผู้ขอใช้เลือดและให้แพทย์ลงลายมือชื่อตรงช่องขอเลือดด่วนทุกครั้ง

การจ่ายเลือด

1. นำใบรับเลือดพร้อมลงข้อมูลในใบรับเลือดมาให้ครบถ้วน
2. นำกระติกใส่เลือดมารับโลหิตทุกครั้ง

การคืนเลือด

กรณีที่หอผู้ป่วยเบิกเลือดและส่วนประกอบของเลือดไปแล้วไม่ได้ใช้ หรือแพทย์สั่งยกเลิก/ชะลอการให้เลือดกะทันหัน ให้รับนำเลือดดังกล่าวส่งกลับคืนห้องปฏิบัติการ โดยมีข้อกำหนดดังนี้

1. บริเวณช่องเปิดถุงเลือดไม่ได้มีการเปิด
2. เลือดต้องมีอุณหภูมิอยู่ที่ 1-10 °C
3. ต้องส่งคืนภายในเวลา 30 นาทีหลังจากที่รับเลือดไปแล้ว

รายการตรวจงานธนาคารเลือด

	รายการทดสอบ	วิธีการ/นํ้ายา	สิ่งส่งตรวจ	Schedule	time	ระยะเวลาเก็บตัวอย่าง
1	ABO grouping	Tube / slide	clot blood 4 ml	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	7 วัน
2	Cross matching	Gel test	clot blood 4 ml	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	1 เดือน
3	Direct Coombs' test	Gel test	clot blood 4 ml	วัน-เวลาราชการ	2 ชม.	7 วัน
4	Indirect Coombs' test	Gel test	clot blood 4 ml	วัน-เวลาราชการ	2 ชม.	7 วัน
5	Rh grouping	Tube / slide	clot blood 4 ml	ตลอด 24 ชม.	1 ชม.	7 วัน

ใบขอใช้เลือด

ใบขอเลือด งานชันสูตรโรค โรงพยาบาลบ้านนา	ชื่อผู้รับเลือด.....อายุ.....	No. LAB เวลารับส่งตรวจ FM-LAB-BB-001
	HN.....Ward.....Diagnosis.....	
	แพทย์ผู้ขอ.....ผู้เก็บส่งตรวจ.....	
	วันที่เก็บส่งตรวจ.....	
	เวลาเก็บส่งตรวจ.....	
ประวัติการได้รับเลือด ☐ ไม่เคย ☐ เคย		
ความต้องการใช้เลือด		
ขอเลือดปกติหรือเตรียมไว้ใช้ วันที่.....		ขอเลือดด่วน จำนวนที่ใช้..... Unit
☐ Packed red cell (PRC) จำนวน.....Unit or ml		☐ PRC gr. O โดยไม่ผ่านการ Crossmatch (10นาที)
☐ Whole blood (WB) จำนวน.....Unit or ml		☐ ฉายเลือดตรงหมู่ Blood gr. ผู้ป่วย โดยไม่ผ่านการ
☐ Fresh frozen plasma (FFP) จำนวน.....Unit or ml		Crossmatch (15นาที)
☐ Other..... จำนวน.....Unit or ml		ในกรณีขอเลือดด่วน
*** จำนวนที่ใช้ทันที.....Unit or ml ***		ข้าพเจ้า.....แพทย์ผู้ขอใช้เลือด
		ทราบถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเนื่องจากการให้
		เลือดครั้งนี้ทุกประการ
		ลงนาม.....แพทย์ผู้ขอ
		*** การขอเลือดด่วนทุกกรณีผลเลือดไม่ออก ***

(สำหรับเจ้าหน้าที่ชันสูตรโรค)

ผลการตรวจ Blood group					Blood gr.	ชื่อผู้เตรียม.....	วันที่เตรียม.....เวลา.....น	จำนวนที่เตรียม.....จำนวนที่ค้าง.....
Anti-A	Anti-B	A-cell	B-cell	Rh gr.				

ลำดับ	Bl.gr. Doner	No. Doner	ชื่อ Doner	ผล Crossmatch		Ab screening		ผู้จ่ายเลือด			
				ผ่าน	ไม่ผ่าน	O ₁	O ₂	ชื่อจ่าย	วันที่	เวลา	ตรวจสอบ
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											

การประสาน 1. ผู้แจ้ง..... ผู้รับแจ้ง..... เวลา.....น. เรื่อง.....
 2. ผู้แจ้ง..... ผู้รับแจ้ง..... เวลา.....น. เรื่อง.....
 3. ผู้แจ้ง..... ผู้รับแจ้ง..... เวลา.....น. เรื่อง.....

การส่งตรวจภายนอกหน่วยงาน

กรณีทีมงาน เทคนิคการแพทย์ ไม่สามารถตรวจวิเคราะห์ได้ จะเก็บตัวอย่างและส่งต่อไป โดยส่งต่อไป
หน่วยงานต่างๆ ดังนี้

1 โรงพยาบาลนครนายก

2 บริษัทเอกชน : RIA Laboratory

3 หน่วยงานราชการอื่นๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ในคู่มือการใช้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการชั้นสูตรโรค โรงพยาบาลบ้านนาเล่มนี้อาจจะระบุชนิดตัวอย่างส่ง
ตรวจเป็นบางรายการ โดยเลือกรายการตรวจวิเคราะห์ที่ส่งตรวจบ่อยๆ ดังนั้น การตรวจวิเคราะห์อื่นๆ ที่ไม่อยู่
ในคู่มือเล่มนี้ ให้สอบถามเจ้าหน้าที่งานชั้นสูตรโรคถึงชนิดและวิธีการเก็บตัวอย่าง

Test Name	Method	Sample	Reference range	TAT (Day)	Price	สถานที่ส่ง
ADA	Enzymatic	Clot blood 4 ml. Fluid > 2 ml.	Serum 0-5 U/L Fluid 0-24 U/L	2	600	RIA
AFP	CLIA	Clot blood 4 ml.	0-7.51 ng/ml	2	270	RIA
Amylase	Dry Chem	Clot blood 4 ml.	30-110 U/L	2	70	RIA
ANA	IFA	Clot blood 4 ml.	Negative	5	450	RIA
Anti-HAV total	CLIA	Clot blood 4 ml.	Negative	5	500	RIA
Anti-HAV IgM	CLIA	Clot blood 4 ml.	Negative	5	500	RIA
Anti-HBcIgM	CLIA	Clot blood 4 ml.	Negative	5	300	RIA
Anti-HBe	CLIA	Clot blood 4 ml.	Negative	5	350	RIA
Anti-dsDNA	IFA	Clot blood 4 ml.	Negative	5	150	RIA
Bacteria c/s	Culture	Specified Specimen	No Growth	5	200	รพ.นย
CA 125	CLIA	Clot blood 4 ml.	0-35 U/ml	2	600	RIA
CA 153	CLIA	Clot blood 4 ml.	0-35 U/ml	2	400	RIA
CA 19-9	CLIA	Clot blood 4 ml.	0-37 U/ml	2	600	RIA
Calcium	Dry Chem	Clot blood 4 ml.	8.4-10.2 mg/dl	2	50	RIA
CEA	CLIA	Clot blood 4 ml.	0-3 ng/ml	2	300	RIA
CK-MB	Dry Chem	Clot blood 4 ml.	<25 U/L	2	120	RIA
Cortisol	CLIA	Clot blood 4 ml.	ก่อน 10.00 น. 4.46-22.7 หลัง 17.00 น. 1.7-14.1	5	300	RIA
CPK	Dry Chem	Clot blood 4 ml.	Male 55-170 U/L Female 30-135 U/L	2	90	RIA
CRP	AGG	Clot blood 4 ml.	<6.0 mg/L	2	170	RIA
Cryptococcus Ag	AGG	CSF / Clot blood	Negative	2	270	RIA

Test Name	Method	Sample	Reference range	TAT (Day)	Price	สถานที่ส่ง
Dilantin	Dry Chem	Clot blood 4 ml.	10-20 ug/ml.	5	250	RIA
Free T3	CLIA	Clot blood 4 ml.	2.77-5.27 pg/ml.	2	200	RIA
G-6-PD	FST	EDTA 2 ml.	Normal	2	60	รพ.นย.
HbA1C	Immunolnh	EDTA 2 ml.	4.0-6.0 %	2	150	RIA
HBeAg	CLIA	Clot blood 4 ml.	Negative	2	230	RIA
Hb Typing	Electrophoresis	EDTA 2 ml.	A2A	3	270	RIA
LDH	Dry Chem	Clot blood 4 ml. Fluid	Serum 313-618 U/L Fluid -	2	60	RIA
Lipase	Dry Chem	Clot blood 4 ml.	23-300 U/L	3	250	RIA
Magnesium	Dry Chem	Clot blood 4 ml.	1.6-2.3 mg/dl	2	70	RIA
Melioidosis	PHA	Clot blood 4 ml.	< 1 : 160	3	80	RIA
PTH	CLIA	Clot blood 4 ml.	15.0-65.0 pg/ml	2	200	RIA
Phosphorus	Dry Chem	Clot blood 4 ml.	2.5-4.5 mg/dl	2	55	RIA
PSA	CLIA	Clot blood 4 ml.	0-4 ng/ml	2	300	RIA
Rheumatoid Factor	AGG	Clot blood 4 ml.	Negative	2	80	RIA
Serum Iron	Pyridylazo Dye	Clot blood 4 ml.	Male:49-181ug/dl Female: 37-170 ug/dl	2	80	RIA
Total T3	CLIA	Clot blood 4 ml.	97-169 ng/dl	2	200	RIA
Total T4	CLIA	Clot blood 4 ml.	5.53-11.0 ug/dl	2	180	RIA
TIBC	Pyridylazo Dye	Clot blood 4 ml.	Male:261-462ug/dl Female: 265-497ug/dl	2	80	RIA
TPHA	PHA	Clot blood 4 ml.	Non reactive	2	100	RIA
TSH	CLIA	Clot blood 4 ml.	0.465-4.68 mIU/L	2	200	RIA
Thyroglobulin	ECLIA	Clot blood 4 ml.	1.4-78.0 ng/ml	10	400	RIA
Urine Creatinine	Dry Chem	Urine random Urine 24 hrs.	- 800 -1800 mg/day	2	90	RIA
Urine Electrolyte	Dry Chem	Urine random	-	2	80	RIA
Urine Protein	Pyrogallol Red	Urine random Urine 24 hrs.	0.0-12.0 mg/dl <150 mg/24 hrs	2	90	RIA
VDRL	RPR	Clot blood 4 ml.	Non reactive	2	50	RIA
Weil Felix Test	AGG	Clot blood 4 ml.	< 1:80	2	100	RIA
Widal Test	AGG	Clot blood 4 ml.	< 1:80	2	100	RIA
Acid phosphatase	H&E stain	Vaginal swab	Negative	25	270	รพ.นย

ค่าความคงตัวของการทดสอบต่างๆ (sample stability)

ในกรณีที่แพทย์ต้องการส่งตรวจเพิ่มเติมจากสิ่งส่งตรวจเดิม ให้พิจารณาค่าความคงตัวของการทดสอบรายการต่างๆ ตามตาราง หากเกินกำหนดเวลาให้ทำการเก็บตัวอย่างใหม่ เพื่อผลการวิเคราะห์ที่ถูกต้อง

รายการ	ชนิดสิ่งส่งตรวจ	ค่าความคงตัว	หมายเหตุ
Hematology			
CBC	EDTA blood	2 ชม.	
Malaria	EDTA blood	2 ชม.	
PT	3.2% Sodium citrate	30 นาที	
PTT	3.2% Sodium citrate	30 นาที	
ESR	EDTA blood	2 ชม.	
OF	EDTA blood	2 ชม.	
DCIP	EDTA blood	2 ชม.	
Reticulocyte count	EDTA blood	2 ชม.	
Microscopy			
UA	Urine	1 ชม.	
UPT	Urine	1 ชม.	
Methamphetamine	Urine	1 ชม.	
THC	Urine	1 ชม.	
Stool exam.	Stool	1 ชม.	
Stool occult blood	Stool	1 ชม.	
Body fluid	Fluid	1 ชม.	
Microbiology			
gram stain	Sputum	1 ชม.	
AFB stain	Sputum	1 ชม.	
Blood bank			
ABO group	EDTA blood / Clot blood	2 ชม.	
Direct coombs test	Clot blood	2 ชม.	
Indirect Coombs test	Clot blood	2 ชม.	
Crossmatch	Clot blood	*ต้องเจาะใหม่ทุกกรณี	

รายการ	ชนิดสิ่งส่งตรวจ	ค่าความคงตัว	หมายเหตุ
Immuno&Serology			
Anti-HIV screening	Clot blood	3 days	
HBsAg test	Clot blood	3 days	
HBsAb test	Clot blood	3 days	
HBcAb test	Clot blood	3 days	
Anti-HCV	Clot blood	3 days	
Anti-TP	Clot blood	3 days	
Dengue Ag/Ab	Clot blood	3 days	
Leptospira Ab	Clot blood	3 days	
Chemistry			
Glucose	NaF	2 ชม.	
BUN	Clot blood	6 ชม.	
Creatinine enz.	Clot blood	6 ชม.	
Uric acid	Clot blood	6 ชม.	
Cholesterol	Clot blood	6 ชม.	
Triglyceride	Clot blood	6 ชม.	
HDL-Direct	Clot blood	6 ชม.	
Total protein	Clot blood	6 ชม.	
Albumin	Clot blood	6 ชม.	
Total bilirubin	Clot blood	6 ชม.	
Direct Bilirubin	Clot blood	6 ชม.	
SGPT	Clot blood	6 ชม.	
SGOT	Clot blood	6 ชม.	
ALP	Clot blood	6 ชม.	
Electrolyte	Clot blood	2 ชม.	ห้ามแช่เย็น
Troponin T	Heparin blood	8 ชม.	ห้ามแช่เย็น
Urine microalbumin	Urine	1 ชม.	
OUT LAB			
สอบถามห้องปฏิบัติการก่อนทุกครั้ง			

เอกสารอ้างอิง

1. กุลนารี ศิริสาส์. Impact of Non-Analytical Factors on Quality of Laboratory Tests. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547
2. คณีนี อุ่นจิตติ. ความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ Laboratory Safety. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550
3. นวพรรณ จารุรักษ์. คู่มือการจัดเก็บตัวอย่างเลือด Blood sample collection manual. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สมาคมพยาธิวิทยาคลินิกไทย, 2550
4. นวพรรณ จารุรักษ์. พยาธิวิทยาคลินิก Clinical Pathology. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเวชศาสตร์ชั้นสูง คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546
5. พรณิพิเดช. เทคนิคการควบคุมคุณภาพสิ่งส่งตรวจในกระบวนการก่อนการวิเคราะห์ Quality control in Pre-analytical process. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547
6. วิโรจน์ ไววนิชกิจ. พยาธิวิทยาคลินิก Clinical pathology. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเวชศาสตร์ชั้นสูง คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549
7. อ้อยทิพย์ ณ ถลาง. การตรวจทางพยาธิวิทยาคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาธิวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า, 2546
8. คู่มือการใช้บริการห้องปฏิบัติการ RIA Laboratory จำกัด
9. คู่มือการใช้บริการห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลนครนายก

คู่มือการปฏิบัติงาน

งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลบ้านนา

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรในงานกายภาพบำบัด
เพื่อความเป็นระเบียบ ลดการปฏิบัติงานซ้ำซ้อน
เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีระบบและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

เวลาเปิดทำการ : วันราชการ เวลาทำการ ๐๘.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.
เวลา ๐๘.๐๐ – ๑๒.๐๐ น. บริการ OPD CASE
เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๐๐ น. บริการ IPD CASE + OPD CASE + เยี่ยมบ้าน
คลินิกนอกเวลาราชการ เวลาทำงาน ๑๖.๐๐ – ๒๐.๐๐ น.
สำหรับ OPD CASE ที่เบิกได้
ชำระเงินเอง ประกันสังคม และ อปท.

ประชุมประจำวัน : เวลา ๐๘.๐๐ – ๐๘.๑๕ น.

การบริหารจัดการ

การบริหารบุคคล

๑. ระบบการรับผู้ป่วยของนักกายภาพบำบัด

กรณีผู้ป่วยนอก (OPD CASE)

ใช้หลักการแบ่งผู้ป่วยให้นักกายภาพบำบัดแต่ละคนรับผู้ป่วยใหม่ โดยเรียงลำดับตามรายชื่อ นักกายภาพบำบัดที่กำหนดไว้

๑. นางสาวสุกัญญา สุขพร้อม
 ๒. นางสาวสงกรานต์ เดชปัญญา
 ๓. นางสาวแพรว นีวรรณสิต
 ๔. นางสาวอาทิตย์ยา ทูลเศียร
- นักกายภาพบำบัดจะต้องดูแลผู้ป่วยที่ตัวเองเป็นเจ้าของใช้จนกว่าผู้ป่วยจะ D/C
 - ถ้าผู้ป่วยที่จำหน่ายไปแล้ว แพทย์ส่งปรึกษาด้วยโรคเดิมภายใน ๓ เดือน นักกายภาพบำบัดคนเดิมเป็นผู้จะดูแลต่อ
 - ถ้าผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยโรคใหม่ จะเข้าระบบคิวใหม่

กรณีผู้ป่วยใน (BED SIDE)

นักกายภาพบำบัด ได้แก่

๑. นางสาวสงกรานต์ เดชปัญญา
๒. นางสาวแพรว นีวรรณสิต
๓. นางสาวอาทิตย์ยา ทูลเศียร

จะให้บริการผู้ป่วยในประจำแต่ละตึก โดยผลัดเปลี่ยนกันตึกละ ๑ เดือน

ตารางแสดงการหมุนเวียนให้บริการผู้ป่วยใน Bed side ของนักกายภาพบำบัด

PT สงกรานต์	PT แพรว	PT อาทิตยา
ภูอุทิศ ๑	ภูอุทิศ ๒	อึ้งฮวด
ภูอุทิศ ๒	อึ้งฮวด	ภูอุทิศ ๑
อึ้งฮวด	ภูอุทิศ ๑	ภูอุทิศ ๒

๒. ระบบทดแทนอัตรากำลังเมื่อบุคลากรหรือขาด

นักกายภาพบำบัด

กรณีลาป่วยหรือมีประชุมฉุกเฉิน

ให้นักกายภาพบำบัดที่มีผู้ป่วยนอกน้อยที่สุดและน้อยเป็นอันดับสองในช่วงเวลานั้นเป็นผู้รับผิดชอบดูแลแทน โดยสามารถแบ่งจำนวนผู้ป่วยให้ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัดดูแลรับผิดชอบได้โดยปฏิบัติตามคำสั่งของนักกายภาพบำบัด

กรณีลาจก ลาพักผ่อนหรือมีประชุมที่ทราบกำหนดล่วงหน้า

นักกายภาพบำบัดที่ลาหรือมีประชุมต้องแจ้งจำนวนผู้ป่วย การวินิจฉัย เทคนิคการรักษาที่ให้ไว้ตลอดจนรายละเอียดอื่น ๆ ให้กับนักกายภาพบำบัด ที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยแทนทราบ โดยให้เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร หรือบอกกล่าวให้เป็นที่เข้าใจตรงกัน

หมายเหตุ หากมีนักกายภาพบำบัดลาหรือขาดมากกว่าหนึ่งคน แต่ทั้งนี้ไม่ควรลามากกว่า ๒ คน ในวันเดียวกัน ยกเว้นกรณีลาป่วย หรือลาจกกะทันหัน ให้นักกายภาพบำบัดคนที่ลาล่วงหน้าพิจารณาจัดบริการผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นแล้วได้ตามความเหมาะสม เพื่อให้มีปริมาณผู้ป่วยต่อนักกายภาพบำบัดที่อยู่ให้บริการมีความเหมาะสมกัน

ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด

กรณีลาป่วยหรือมีประชุมฉุกเฉิน

ให้ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติราชการ รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมและเก็บอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยในแผนกทั้งหมด และเมื่อว่างจากหน้าที่รับผิดชอบอยู่ ให้ช่วยนักกายภาพบำบัดให้บริการรักษาแก่ผู้ป่วยตามสมควร

กรณีลาจก ลาพักผ่อนหรือมีประชุมที่ทราบกำหนดการล่วงหน้า

ให้ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัดที่ลา แจ้งให้ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัดที่อยู่ปฏิบัติงานทราบล่วงหน้า และมอบหมายหน้าที่ที่รับผิดชอบให้เรียบร้อย

๓. การต้อนรับผู้ป่วย/ญาติ และการให้ข้อมูลเบื้องต้น

๑. ทักทายด้วยคำสุภาพ เป็นมิตรและยิ้มแย้ม แจ่มใส

๒. รับฟังความต้องการของผู้ป่วย/ญาติ และให้บริการอย่างเหมาะสมและจริงใจ
๓. บอกขั้นตอนการมารับบริการทางกายภาพบำบัด

๔. การให้ข้อมูลทางกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วย/ญาติ

๑. ให้ข้อมูลด้วยวาจาที่สุภาพโดยตรง
๒. ติดประกาศหรือทำป้ายประชาสัมพันธ์ให้ชัดเจน
๓. ให้ข่าวสารเสียงตามสาย
๔. แจกแผ่นพับ / OR code

๕. ระบบการปรึกษา (consult) ทางกายภาพบำบัด

ผู้ป่วยนอก (OPD)

๑. แพทย์ทุกสาขา ส่งปรึกษาทางกายภาพบำบัด และส่งผู้ป่วยมารับบริการที่หน่วยงาน
๒. มีใบส่งตัวที่มีรายละเอียดความจำเป็น ส่งมารับบริการที่หน่วยงาน

ผู้ป่วยใน (IPD)

๑. แพทย์เขียนใบ Consult งานกายภาพบำบัดและพยาบาลรายงานมาที่งานกายภาพบำบัดทางโทรศัพท์
๒. นักกายภาพบำบัด รับและพิจารณาให้การรักษาโดยแบ่งเป็น
 - ๒.๑ Bedside คือให้การรักษาที่หอผู้ป่วย
 - ๒.๒ ส่งผู้ป่วยมารับการรักษาที่งานกายภาพบำบัด

เกณฑ์การรับและจำหน่ายผู้ป่วย

๑. รับปรึกษาโดยตรงจากแพทย์ทุกสาขา
๒. จำหน่ายผู้ป่วยเมื่อ
 - ๒.๑ อาการดีขึ้นจนเป็นที่น่าพอใจ โดยพิจารณาจำหน่ายเมื่อครบ ๑๐ ครั้ง
 - ๒.๒ แพทย์และนักกายภาพบำบัดเห็นสมควรให้หยุดการรักษาทางกายภาพบำบัด
 - ๒.๓ ผู้ป่วยรับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๒ สัปดาห์แล้ว อาการไม่ดีขึ้น นักกายภาพบำบัด พิจารณาส่งผู้ป่วยกลับไปปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้
 - ๒.๔ ตรวจพบอาการ และ/หรือโรคที่เป็นห้ามในการรักษาทางกายภาพบำบัดซึ่งนักกายภาพบำบัดจะส่งผู้ป่วยกลับไปปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้
 - ๒.๕ ผู้ป่วยต้องการรักษาทางกายภาพบำบัดใน รพ.ใกล้เคียง โดยนักกายภาพบำบัดจะเป็นผู้เขียนใบส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งจะพิจารณาเป็น รายๆไป

๖. การรักษาทางกายภาพบำบัดตามมาตรฐานวิชาชีพมีขั้นตอนดังนี้

๑. ดูผลการตรวจ รักษา ทางกายภาพ และซักประวัติผู้ป่วย
๒. ตรวจร่างกาย
๓. วางแผนการรักษา และจุดมุ่งหมายในการรักษา ตามปัญหาที่ตรวจพบ
๔. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วย/ญาติ ก่อนให้การรักษา
๕. ให้การรักษา
๖. ประเมินผลการรักษา
๗. ให้คำแนะนำ (Home program)
๘. บันทึกผลการรักษา และความก้าวหน้าในการรักษา

๗. ระบบการนัดผู้ป่วย

๑. นักกายภาพบำบัดเป็นผู้นัดผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมารับบริการต่อเนื่อง ดังนี้คือ
 - ๑.๑ ผู้ป่วยชำระเงินเบิกได้ และประกันสังคม สามารถเบิกบริการได้ทั้งเวลาราชการและคลินิกนอกเวลา
 - ๑.๒ ผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถมารับบริการได้ในเวลาราชการ
 ๒. ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัดจะเป็นผู้ออกบัตรนัดและลงเวลาตามที่นักกายภาพบำบัด ได้นัดหมายกับผู้ป่วย ตลอดจนเขียนชื่อผู้ป่วยในตารางนัดปฏิทิน Google ของนักกายภาพบำบัดให้ตรงกับวัน-เวลาในบัตรนัด

๘. การคิดค่าบริการทางกายภาพบำบัด

กรณีผู้ป่วยนอก

นักกายภาพบำบัดจะเป็นผู้คิดค่าบริการทางกายภาพบำบัดโดยบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ และต้องมีการตรวจสอบสิทธิการรักษาก่อนทุกครั้ง

หลักในการคิดค่าบริการทางกายภาพบำบัด มีดังนี้คือ

๑. ผู้ป่วยที่ชำระเงินค่าบริการวันต่อวัน
๒. ผู้ป่วยประกันสังคม ให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อในใบรับรองสิทธิประกันสังคม ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัดรวบรวมใบรับรองสิทธิประกันสังคม ส่งที่งานประกันสุขภาพ
๓. ผู้ป่วยสิทธิเบิกได้ คิดค่าบริการวันต่อวัน โดยนำไปคัดกรองและบัตรประชาชน ไปติดต่อกับห้องชำระเงิน กลุ่มงานเภสัชกรรมก่อนให้การรักษา
๔. ผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า, อปท. รับการรักษาที่หน่วยบริการได้ หลังจากตรวจสอบสิทธิเรียบร้อยแล้ว

กรณีผู้ป่วยใน

นักกายภาพบำบัดเป็นผู้ลงบันทึกหัตถการทุกครั้งให้บริการในระบบคอมพิวเตอร์ และผู้ช่วย
นักกายภาพบำบัดเป็นผู้บันทึกในสมุดลงทะเบียนผู้ป่วยใน



คู่มือการให้บริการประชาชน
งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลบ้านนา

สารบัญ

หน้า

๑. วัตถุประสงค์ของการจัดทำคู่มือ	๑
๒. การให้บริการ งานบริการตรวจโรคทั่วไป	๒
๓. การให้บริการ คลินิกความดันโลหิตสูง	๔
๔. การให้บริการ คลินิกเบาหวาน	๖
๕. การให้บริการ คลินิกหอบหืดและคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง	๘
๖. Flow การให้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	๙
๗. Flow การให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	๑๐
๘. Flow การให้บริการผู้ป่วยหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง	๑๑
๙. Flow การให้บริการผู้ป่วยติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ	๑๒
๑๐. ตารางการให้บริการงานผู้ป่วยนอก	๑๓

คู่มือสำหรับประชาชน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้บริการประชาชน และเป็นหลักฐานแสดงถึงการให้บริการประชาชนที่ สามารถถ่ายทอดให้กับบุคลากรและผู้รับบริการ ให้เข้าใจ และใช้ประโยชน์จากกระบวนการที่มีอยู่
๒. เพื่อให้หน่วยงานมีคู่มือการให้บริการประชาชนที่ชัดเจน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ที่แสดงถึงรายละเอียด ขั้นตอนการให้บริการของหน่วยงาน และสร้างมาตรฐานในการให้บริการประชาชนที่มุ่งไปสู่การให้บริการที่มี ประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ตามมาตรฐานการบริการ
๓. เพื่อกำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงานบริการผู้ป่วยนอก ให้มีความครบถ้วน สมบูรณ์ ถูกต้อง และเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ระเบียบปฏิบัติ
๔. เพื่อเป็นต้นแบบในการให้บริการแก่หน่วยงานที่สนใจให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของหน่วยงาน นั้นๆได้

งานที่ให้บริการ	งานบริการตรวจโรคทั่วไป และคลินิกพิเศษ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา

ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา โทรศัพท์: ๐๓๗-๓๘๑๘๓๓ ต่อ ๑๒๑๖ และ ๑๑๔๔ โทรสาร ๐๓๗-๓๘๒๐๑๑ หมายเหตุ ยกเว้นวันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดที่ ทางราชการกำหนด	-บริการตรวจโรคทั่วไป วันจันทร์ – วันศุกร์ ตั้งแต่ เวลา ๐๘.๐๐-๑๒.๐๐ น.และ ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐น. -คลินิกความดันโลหิตสูง วันอังคารและวันศุกร์ ตั้งแต่ เวลา ๐๘.๐๐-๑๒.๐๐น.และ ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐น. -คลินิกหอบหืดและคลินิกถุงลมโป่งพอง วันจันทร์และวันอังคาร เวลา ๑๒.๐๐-๑๖.๐๐น. -คลินิกเบาหวาน วันพุธและวันพฤหัสบดี ฯ ตั้งแต่ เวลา ๐๘.๐๐-๑๒.๐๐น. และ ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐น.

หลักการรักษา
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา อ.บ้านนา จ.นครนายก เปิดให้บริการ ตรวจโรคทั่วไปและคลินิกพิเศษ มีห้องตรวจโรค ๕ ห้อง มีแพทย์ ๗ คน พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ๕ คน พยาบาลวิชาชีพ ๑ คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ๖ คน เมื่อท่านมารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านนา มีข้อควรปฏิบัติตามรายละเอียดขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการดังนี้

ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
ขั้นตอนการรับบริการ ๑.ยื่นบัตรประชาชน ที่แผนกเวชระเบียน เด็กที่อายุต่ำกว่า๑๕ ปี ใช้ทะเบียนบ้าน หรือสูติบัตร ๒.รอเรียกชื่อเพื่อตรวจสอบสิทธิการรักษา และรับใบคัดกรอง ๓.ซึ่งนำหนักก่อนเข้าแผนกผู้ป่วยนอก และวัดความดันโลหิต ที่จุดคัดกรอง ๔.รอเรียกชื่อเพื่อซักประวัติตามคิวที่ส่งเข้าคัดกรองจากแผนกเวชระเบียน (ยกเว้นผู้ป่วยช่องทางด่วน) หลังซักประวัติแล้วจะได้รับทราบคิวเข้าตรวจ (ตามหมายเลขคิวอัตโนมัติ) ๕.รอเรียกเข้าพบแพทย์ ตามหมายเลขคิว ๖.แพทย์ออกบัตรนัด/ใบรับรองแพทย์/ใบส่งตัว ให้ผู้ป่วยหลังตรวจเรียบร้อยแล้ว (ถ้ามี) ๗.เมื่อออกจากห้องตรวจโรคนั่งรอเรียกชื่อรับยา หน้าห้องยา โดยไม่ต้องยื่นเอกสารใดๆ	งานผู้ป่วยนอก งานเวชระเบียน งานเภสัชกรรม งานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านนา

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
ผู้บริการช่องทางด่วน แผนกผู้ป่วยนอกได้แก่ ๑. ผู้ป่วยที่พยาบาลจุดคัดกรองประเมินว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด ความรุนแรง ขณะรอตรวจ ๒. ผู้สูงอายุ ๗๐ ปีขึ้นไป , ผู้ป่วยเด็ก อายุ ๐-๒ เดือน ๓. ผู้พิการ/ ผู้ป่วยรถเข็น ๔. พระภิกษุ/สามเณร ๕. ผู้ป่วยที่ส่งตัวมาจาก รพสต.	งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา

ระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอนการรับบริการ	ระยะเวลารอคอย	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑. ทำบัตร	๓-๕ นาที	แผนกเวชระเบียน
๒. ชักประวัติคัดกรองอาการ เจ็บป่วย	๕-๓๐ นาที	แผนกผู้ป่วยนอก
๓. รอเข้าตรวจ	๓๐ นาที - ๒ ชั่วโมง	
๔. พบแพทย์ตรวจรักษา	๓-๕ นาที	
๕. รับยาห้องจ่ายยา	๕-๑๕ นาที	แผนกเภสัชกรรม

คู่มือสำหรับประชาชน	
งานที่ให้บริการ	คลินิกความดันโลหิตสูง
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา

ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา โทรศัพท์: ๐๓๗-๓๘๑๘๓๓ ต่อ ๑๒๑๖ และ ๑๑๔๔ โทรสาร ๐๓๗-๓๘๒๐๑๑ หมายเหตุ ยกเว้นวันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดที่ ทางราชการกำหนด	วันอังคารและวันศุกร์ ตั้งแต่ เวลา ๐๘.๐๐-๑๒.๐๐น.และ ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐น.

หลักการรักษา
- ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกราย และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง - ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอบ้านนาจะได้รับการขึ้นทะเบียน เพื่อวางแผนการดูแล ติดตามร่วมกับ รพสต.พื้นที่ - ตรวจโดยแพทย์ทั่วไป / พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป - ได้รับสมุดประจำตัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งระบุเนื้อหาเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวัง อาการเตือนที่ต้องรีบมารพ. เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน และอื่นๆ - ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี ๑ ครั้งต่อปี ได้แก่ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ - ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันได้ดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนอันตราย ส่งกลับไปรักษาต่อที่รพสต.ใกล้บ้าน (ตามความสมัครใจ) - ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันไม่ได้ และหรือพบภาวะแทรกซ้อน ได้รับการค้นหาปัญหารายกรณีโดย Case manager และได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในกรณีที่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้รับการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทาง - ได้รับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง CVD Risk กรณีที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจะได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และประเมินติดตาม ทุก ๓- ๖ เดือน - ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่พบภาวะเสี่ยงไตวาย (CKD Stage๔-๕) ได้ปรับแผนการดูแลรักษา โดยแพทย์เฉพาะทาง ในรายที่ต้องทำ CAPD จะได้รับการวางแผนการดูแล ติดตามอย่างต่อเนื่องโดยเครือข่ายรพท.-รพช.-รพสต. และภาคีเครือข่ายในชุมชน - ได้รับการติดตามในกรณีขาดนัดทุกวันทางโทรศัพท์หรือส่งข้อมูลทาง Line ให้รพสต.ร่วมติดตาม

ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ยื่นบัตรประชาชน พร้อมสมุดประจำตัวผู้ป่วย และใบนัด ที่แผนกเวชระเบียน ๒. กรณีมีนัดตรวจเลือด แผนกเวชระเบียนจะส่งไปที่ห้องชันสูตร ถ้าไม่มีจะส่งไปที่จุดคัดกรองผู้ป่วยนอก ๓. ชั่งน้ำหนักก่อนเข้าแผนกผู้ป่วยนอก และวัดความดันโลหิต พบพยาบาล ชักประวัติที่ จุดคัดกรอง ๔. ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่างๆเช่น ความดันโลหิตสูง ผลการตรวจเลือดมีค่าผิดปกติ เช่น ไขมันสูงมาก ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก จะได้รับการค้นหาปัญหา เสริมความรู้และทักษะการดูแลตนเอง ก่อนพบแพทย์ ๕. พบแพทย์ เพื่อตรวจรักษา สั่งยา และรับบัตรนัด ๖. เมื่อออกจากห้องตรวจโรค นั่งรอเรียกซื้อรับยา หน้าห้องยา โดยไม่ต้องยื่นเอกสารใดๆ ๗. กรณีส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทาง จะได้รับใบส่งตัว ให้นำไปยื่นที่งานประกันสุขภาพเพื่อระบุระยะเวลาใบส่งตัว	งานผู้ป่วยนอก งานเวชระเบียน งานเภสัชกรรม งานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านนา

คู่มือสำหรับประชาชน	
งานที่ให้บริการ	คลินิกเบาหวาน
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา

ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา โทรศัพท์: ๐๓๗-๓๘๑๘๓๓ ต่อ ๑๒๑๖ และ ๑๑๔๔ โทรสาร ๐๓๗-๓๘๒๐๑๑ หมายเหตุ ยกเว้นวันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดที่ ทางราชการกำหนด	วันพุธและวันพฤหัสบดี ตั้งแต่ เวลา ๐๘.๐๐-๑๒.๐๐น.และ ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐น.

หลักการรักษา
- ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานทุกราย - ผู้ป่วยเบาหวานในเขตอำเภอบ้านนาจะได้รับการขึ้นทะเบียน เพื่อวางแผนการดูแล ติดตามร่วมกับรพสต.พื้นที่ - ตรวจโดยแพทย์ทั่วไป / พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป - ได้รับสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งระบุเนื้อหาเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวัง อาการเตือนที่ต้องรีบมารพ. เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน และอื่นๆ - ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี ๑ ครั้งต่อปี ได้แก่ ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจจอประสาทตา ตรวจเท้า ครอบคลุมคลินิกเบาหวานในรพสต. - ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนอันตราย ส่งกลับไปรักษาต่อที่รพสต.ใกล้บ้าน (ตามความสมัครใจ) - ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่ม Un control และหรือพบภาวะแทรกซ้อน ได้รับการค้นหาปัญหารายกรณีโดย Case manager และได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในกรณีที่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้รับการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทาง - ได้รับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง CVD Risk กรณีที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจะได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และประเมินติดตาม ทุก ๓- ๖ เดือน - ผู้ป่วยเบาหวานที่พบภาวะเสี่ยงไตวาย(CKD Stage๔-๕) ได้ปรับแผนการดูแลรักษา โดยแพทย์เฉพาะทาง ในรายที่ต้องทำ CAPD จะได้รับการวางแผนการดูแล ติดตามอย่างต่อเนื่องโดยเครือข่ายรพพ.-รพช.-รพสต.และภาคีเครือข่ายในชุมชน - ได้รับการติดตามในกรณีขาดนัดทุกวันทางโทรศัพท์หรือส่งข้อมูลทาง Line ให้รพสต.ร่วมติดตาม

ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ยืนยันบัตรประชาชน พร้อมสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน และใบนัดที่แผนกเวชระเบียน ๒. แผนกเวชระเบียนส่งผู้ป่วยไปตรวจเลือด ที่แผนกชันสูตรโรค ๓. หลังเจาะเลือด ให้ไปรับประทานอาหารเช้า และกลับมาที่จุดคัดกรองหน้าห้องตรวจเลือด นั่งพัก ๑๕ นาที พบพยาบาล ชั่งน้ำหนัก และวัดความดันโลหิต ชักประวัติอาการเจ็บป่วย ผลเลือดออกแล้วให้ไปปรับพฤติกรรมที่จุดคัดกรองในแผนกผู้ป่วยนอก ๔. ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่างๆเช่น ผลการตรวจเลือดมีค่าผิดปกติ เช่น ไขมันสูงมาก ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก จะได้รับการค้นหาปัญหาและเสริมความรู้ทักษะการดูแลตนเอง ก่อนพบแพทย์ ๕. พบแพทย์ เพื่อตรวจรักษา สั่งยา และรับบัตรนัด ๖. เมื่อออกจากห้องตรวจโรค นั่งรอเรียกซื้อรับยา หน้าห้องยา โดยไม่ต้องยื่นเอกสารใดๆ ๗. กรณีส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทาง จะได้รับใบส่งตัว ให้นำไปยื่นที่งานประกันสุขภาพเพื่อระบุระยะเวลาใบส่งตัว	งานผู้ป่วยนอก งานเวชระเบียน งานเภสัชกรรม งานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านนา

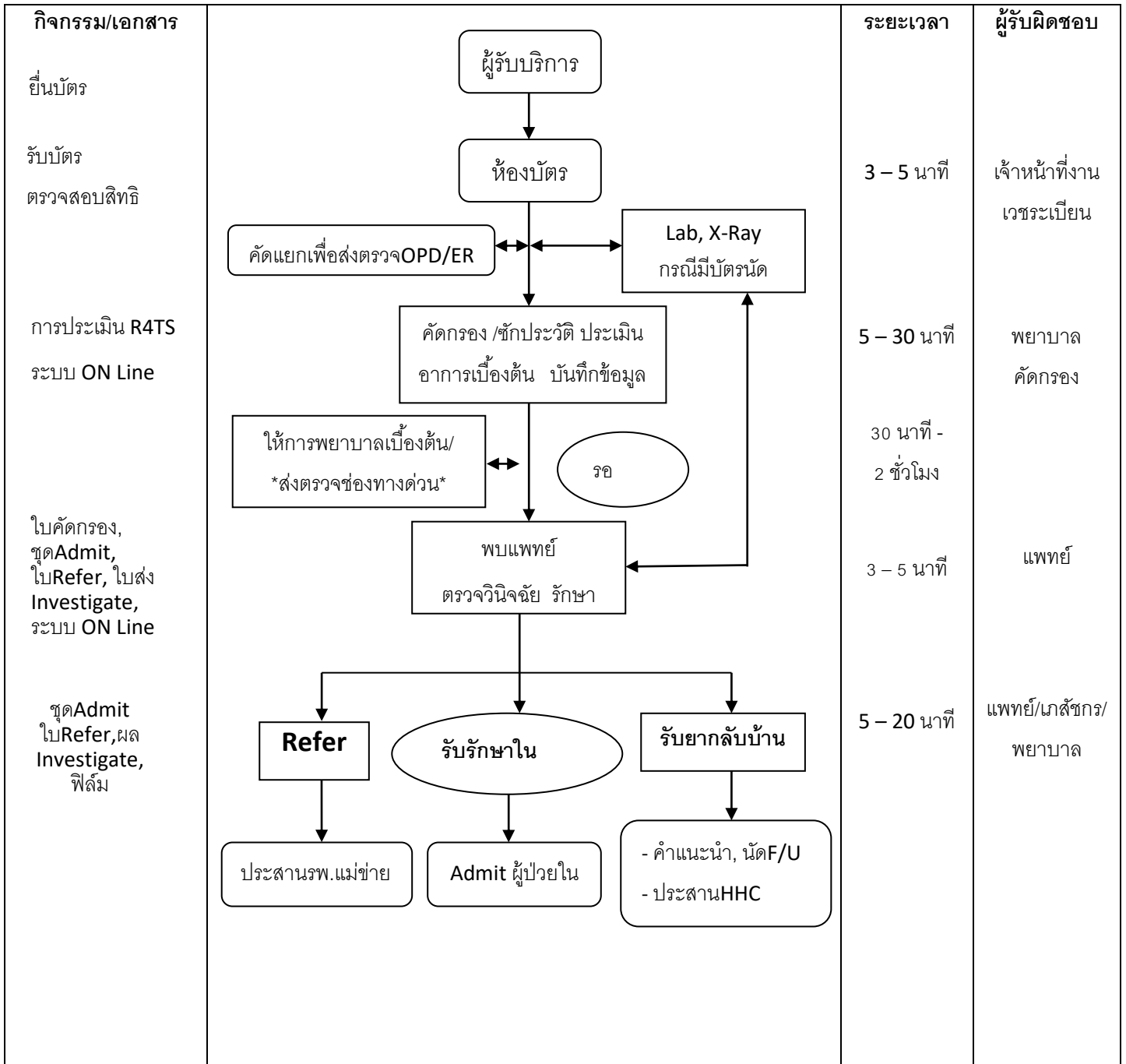
คู่มือสำหรับประชาชน	
งานที่ให้บริการ	คลินิกหอบหืดและคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา

ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา โทรศัพท์: ๐๓๗-๓๘๑๘๓๓ ต่อ ๑๒๑๖ และ ๑๑๔๔ โทรสาร ๐๓๗-๓๘๒๐๑๑ หมายเหตุ ยกเว้นวันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดที่ ทางราชการกำหนด	วันจันทร์ และวันอังคาร ตั้งแต่ เวลา ๑๒.๐๐-๑๖.๐๐น.

หลักการรักษา
- ผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกราย - ตรวจโดยแพทย์ทั่วไป - ได้รับการนัดเข้าคลินิกหอบหืดและคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง - ได้รับการประเมินปัจจัยกระตุ้น, สอนการป้องกัน ประเมิน Peak flow โดยพยาบาลที่รับผิดชอบ สอนและประเมินการใช้ยาพ่นโดยเภสัชกร ในวันที่มาใช้บริการในคลินิก ในรายที่สูบบุหรี่จะได้รับคำแนะนำเพื่อลดปริมาณการสูบบุหรี่หรือส่งเข้าคลินิกอดบุหรี่ - ได้รับการติดตามในกรณีขาดนัดทุกวันทางโทรศัพท์หรือส่งข้อมูลทาง Line ให้รพสต.ร่วมติดตาม

ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
- ยื่นบัตรประชาชน พร้อมสมุดประจำตัวผู้ป่วยหอบหืด และใบนัด ที่แผนกเวชระเบียน - ชั่งน้ำหนักก่อนเข้าแผนกผู้ป่วยนอก วัดความดันโลหิต ตรวจสอบสมรรถภาพปอดที่จุดคัดกรอง - รอเรียกชื่อเพื่อซักประวัติ ประเมินปัจจัยกระตุ้นและสอนการป้องกัน บันทึกข้อมูล ให้บัตรคิว และส่งพบเภสัชกรเพื่อสอนและประเมินการใช้ยาพ่น - กรณีที่สูบบุหรี่จะได้รับการสอนให้ลดปริมาณการสูบบุหรี่หรือส่งเข้าคลินิกอดบุหรี่ - รอเรียกเข้าพบแพทย์ ตามหมายเลขคิว - พบแพทย์ เพื่อตรวจรักษา สั่งยา และรับบัตรนัด - เมื่อออกจากห้องตรวจโรค นั่งรอเรียกชื่อรับยา หน้าห้องยา โดยไม่ต้องยื่นเอกสารใดๆ	งานผู้ป่วยนอก งานเวชระเบียน งานเภสัชกรรม โรงพยาบาลบ้านนา

Flow การให้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โรงพยาบาลบ้านนา



หมายเหตุ * การแยกประเภทผู้รับบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยนอก*

ประเภทผู้ป่วยช่องทางด่วน	ระยะเวลาให้บริการ
1.ผู้ป่วยเร่งด่วน ตามเกณฑ์กำหนด	ทันทีหรือไม่เกิน 30 นาที
2.ผู้ป่วยส่งต่อมาจาก รพสต.	30 นาที – 45 นาที
3.ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป	30 นาที – 45 นาที
4.ผู้ป่วยเด็กอายุ 0-2 เดือน	15 – 30 นาที
5.ผู้พิการ/ พระภิกษุ สามเณร/ ผู้ป่วยรถเข็น	15 – 30 นาที

Flow การให้บริการผู้ป่วย คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านนา

กิจกรรม/เอกสาร		ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
ยื่นบัตร รับบัตร ตรวจสอบสิทธิ	<pre> graph TD A[ผู้รับบริการ] --> B[ห้องบัตร] </pre>	3 – 5 นาที	เจ้าหน้าที่งาน เวชระเบียน
การประเมิน R4TS ระบบ ON Line	<pre> graph TD B --> C[Lab, X-Ray
กรณีมีบัตรนัด] C --> D((รวบรวมผล)) D --> E[พยาบาลซักประวัติ ประเมินอาการ
และให้การพยาบาลเบื้องต้น
ประเมินซ้ำ บันทึกข้อมูลในสมุด
ประจำตัว และในระบบ COM.] </pre>	5 – 30 นาที	พยาบาล คัดกรอง
ไปคัดกรอง, ชุดAdmit, ไปRefer, ไปส่ง Investigate, ระบบ ON Line	<pre> graph TD E --> F[พบ CM NCD /นักโภชนาการให้
คำปรึกษา ในCaseที่พบภาวะ เสี่ยง] F --> G((รับบัตรคิวตรวจ)) </pre>	15 – 30 นาที 30 นาที - 2 ชั่วโมง	
	<pre> graph TD G --> H[พบแพทย์
ตรวจวินิจฉัย รักษา] </pre>	3 - 10 นาที	แพทย์/พยาบาล เวชปฏิบัติ
ชุดAdmit ไปRefer, ผล Investigate, ฟิล์ม	<pre> graph TD H --> I[Refer] H --> J((รักษาใน รพ.)) H --> K[รับยากลับบ้าน] I --> L[ประสานรพ.แม่ข่าย] J --> M[ประสานAdmit
ผู้ป่วยใน] K --> N[- คำแนะนำ, นัด
F/U -] </pre>	5-20 นาที	แพทย์/เภสัชกร/ พยาบาล

Flow การให้บริการผู้ป่วยคลินิก Asthma - COPD โรงพยาบาลบ้านนา

กิจกรรม/เอกสาร		ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
ยื่นบัตร รับบัตร ตรวจสอบสิทธิ	<pre> graph TD A[ผู้รับบริการ] --> B[ห้องบัตร] B <--> C[Lab, X-Ray
กรณีมีบัตรนัด] </pre>	3 – 5 นาที	เจ้าหน้าที่งาน เวชระเบียน
การประเมิน R4TS ระบบ ON Line	<pre> graph TD D[เข้าคลินิก
อดบุหรี่] <--> E[พยาบาลซักประวัติ ประเมินปัจจัย
กระตุ้น และประเมินสมรรถนะปอด ให้
การพยาบาลเบื้องต้น บันทึกข้อมูล] </pre>	10– 15 นาที	พยาบาล คัดกรอง
ใบคัดกรอง, ชุดAdmit, ใบRefer, ใบส่ง Investigate, ระบบ ON Line	<pre> graph TD F[เภสัชกรประเมิน
การใช้ยาพ่น] --> G((รอ)) G --> H[พบแพทย์
ตรวจวินิจฉัย รักษา] </pre>	5-10 นาที	เภสัชกร
	<pre> graph TD I[พบแพทย์
ตรวจวินิจฉัย รักษา] --> J[Refer] I --> K((รับรักษาใน)) I --> L[รับยากลับบ้าน] J --> M[ประสานรพ.แม่ข่าย] K --> N[Admit
ผู้ป่วยใน] L --> O["- คำแนะนำ, นัดF/U
- ประสานHHC"] </pre>	10-30 นาที 3 – 5 นาที	แพทย์
ชุดAdmit ใบRefer, ผล Investigate, ฟิล์ม		5 – 20 นาที	แพทย์/เภสัชกร/ พยาบาล

Flow การให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลบ้านนา

กิจกรรม/เอกสาร		ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
ยื่นบัตร	ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงTBรับบริการ		
รับบัตร	ห้องบัตร	3 – 5 นาที	เจ้าหน้าที่งาน เวชระเบียน
ตรวจสอบสิทธิ	ประเมินคัดแยกตามเกณฑ์ เสี่ยงTB ให้สวมMask		
	ส่ง Lab ตรวจAFB	30 นาที	เจ้าหน้าที่Lab
	ผลบวกส่ง CXR		
	ส่งตรวจห้อง ควบคุมโรค		
	ไม่พบเชื้อ		
	พยาบาลคัดกรองหน้าห้อง Lab /ซักประวัติ ประเมิน อาการเบื้องต้น บันทึกข้อมูล	30 นาที	พยาบาล คัดกรอง/ เจ้าหน้าที่ ห้องควบคุมโรค
ใบคัดกรอง, ชุดAdmit, ใบRefer, ใบส่ง Investigate, ระบบ ON Line	พบแพทย์ที่จุดแยกโรค ด้านนอก หลังห้องตรวจ	5 – 15 นาที	แพทย์
ชุดAdmit ใบRefer, ผล Investigate, ฟิล์ม	Refer/ Investigate		
	รักษานใน		
	รับยากกลับบ้าน		
	ประสานรพ.แม่ข่าย		
	Admit ผู้ป่วยใน		
	- คำแนะนำ - นัดF/U AFB - ประสานHHC		แพทย์/เภสัชกร/ พยาบาล

หมายเหตุ *ถ้าผู้รับบริการมาด้วยภาวะเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ อื่นๆ เช่นไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนก

ห้องบัตรประสานพยาบาลคัดกรอง และส่งผู้ป่วยไปรับบริการที่ โต๊ะตรวจแยกโรคหลังห้องX-Ray ระบบการ

ให้บริการแบบ ONE Stop Service* และปฏิบัติตามแนวทาง PPE

ตารางการให้บริการงานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านนา

วัน	รอบเช้า (08.30 - 12.00น.)	รอบบ่าย (13.00-16.00น)
จันทร์	-บริการตรวจโรคทั่วไป	-บริการตรวจโรคทั่วไป -คลินิกหอบหืดและคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง
อังคาร	-บริการตรวจโรคทั่วไป -คลินิกความดันโลหิตสูง	-บริการตรวจโรคทั่วไป -คลินิกหอบหืดและคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง
พุธ	-บริการตรวจโรคทั่วไป -คลินิกเบาหวาน	-บริการตรวจโรคทั่วไป
พฤหัสบดี	-บริการตรวจโรคทั่วไป -คลินิกเบาหวาน	-บริการตรวจโรคทั่วไป
ศุกร์	-บริการตรวจโรคทั่วไป -คลินิกความดันโลหิตสูง	-บริการตรวจโรคทั่วไป
***หมายเหตุ ยกเว้นวันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดที่ทางราชการกำหนด		

	โรงพยาบาล		
	คู่มือปฏิบัติงาน PROCEDURES MANUAL	เอกสารหมายเลข: PM-CP – ๐๑๐ -RAD	จัดทำเมื่อ: ๒๐/๑/๒๕๖๒
		แก้ไขครั้งที่ :	บังคับใช้ :
เรื่อง บริการรังสีวิทยา			

๑. วัตถุประสงค์

- ๑.๑ เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานบริการรังสีวิทยาให้เป็นไปตามมาตรฐาน
- ๑.๒ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ
- ๑.๓ เพื่อให้การบริการรังสีวินิจฉัยเกิดประสิทธิภาพสอดคล้องกับนโยบายคุณภาพโรงพยาบาล

๒. ขอบเขต

คู่มือปฏิบัติงานฉบับนี้ครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการ การต้อนรับผู้บริการการรับคำสั่งแพทย์ การดำเนินการถ่ายภาพรังสี จนถึงกระบวนการส่งภาพไปห้องตรวจและการจัดเก็บ

๓. หน้าที่ความรับผิดชอบ

- ๓.๑ หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา เป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบด้านการเตรียมความพร้อมให้บริการการถ่ายภาพรังสี และควบคุมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามคู่มือการปฏิบัติงานฉบับนี้
- ๓.๒ นักรังสีการแพทย์ เป็นผู้รับผิดชอบในการเตรียมความพร้อมการต้อนรับ การลงทะเบียนการให้บริการถ่ายภาพรังสี
- ๓.๓ พนักงานเปล เป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการเคลื่อนที่ย้ายผู้รับบริการ
- ๓.๔ เจ้าหน้าที่ต้อนรับ เป็นผู้รับผิดชอบในการรับบัตรประจำตัวผู้รับบริการ

๔. นิยาม

- ๔.๑ เครื่องเอกซเรย์ หมายถึง เครื่องกำเนิดรังสีเอกซ์ ซึ่งใช้ไฟฟ้าพลังงานสูงเร่งให้อิเล็กตรอนวิ่งด้วยความเร็วสูงเข้าชนเป้าแล้วปล่อยรังสีเอกซ์ออกมา
- ๔.๒ คาสเซ็ต หมายถึง แผ่นรับภาพ ใช้สำหรับถ่ายภาพรังสี
- ๔.๓ การบริการถ่ายภาพรังสี หมายถึง การถ่ายภาพรังสีโดยใช้รังสีเอกซ์ เพื่อการวินิจฉัยโรค
- ๔.๔ จุดบริการ หมายถึง งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุ งานผู้ป่วยใน งานห้องคลอด-ห้องผ่าตัด งานกลุ่มเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการสุขภาพชุมชน และฝ่ายทันตสาธารณสุข
- ๔.๕ คำสั่ง หมายถึง คำสั่งแพทย์โดยเป็นลายลักษณ์อักษร วาจา หรือทางโทรศัพท์
- ๔.๖ เลขที่เอกซเรย์(X-N) หมายถึง ลำดับของการถ่ายภาพรังสีเอกซเรย์โดยเรียงลำดับก่อน – หลัง ปี พ.ศ.
- ๔.๗ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานรังสีวิทยา หมายถึง หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยาและนักรังสีการแพทย์

	โรงพยาบาล		
	คู่มือปฏิบัติงาน PROCEDURES MANUAL	เอกสารหมายเลข: PM-CP – ๐๑๐ -RAD	จัดทำเมื่อ: ๒๐/๑/๒๕๖๒
		แก้ไขครั้งที่ : บังคับใช้ : หน้าที่ : ๒/๗	
เรื่อง บริการรังสีวิทยา			

๕. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

๕.๑ หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา เตรียมความพร้อมก่อนให้บริการ โดยปฏิบัติดังนี้

๕.๑.๑ เตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่โดยตรวจสอบว่าเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานครบหรือไม่ กรณีที่เจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานไม่ครบมีการลา หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา ปรับแผนการให้บริการภายในกลุ่มงานอย่างเหมาะสม

๕.๑.๒ เจ้าหน้าที่แต่งกายตามมาตรฐานที่โรงพยาบาลกำหนด

๕.๑.๓ จัดเตรียมวัสดุสำนักงานให้เพียงพอต่อการใช้งานโดยการเขียน “ใบเบิกวัสดุสำนักงาน/งานบ้าน” หมายเลข FM – ADM – ๐๐๔ หรือเขียน “ใบขออนุมัติซื้อ/จ้าง” หมายเลข FM – ADM – ๐๐๕ แล้วส่งไปยังหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป และดำเนินการตามคู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง “การบริหารพัสดุ” หมายเลข FM – ADM – ๐๐๖ – BNH

๕.๑.๔ จัดเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือที่ใช้ในงานบริการรังสี โดยปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงาน เรื่อง “การบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์เอกซเรย์” (WI – CP – ๐๐๑ – ๐๐๑ – RAD)

ก. กรณีวัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือชำรุด ทำการส่งซ่อมโดยเขียน “ใบส่งซ่อม” หมายเลข FM – MMC – ๐๐๑ แล้วส่งใบแจ้งซ่อมไปที่หัวหน้างานซ่อมบำรุงและยานพาหนะ เพื่อดำเนินการซ่อมโดยปฏิบัติตามคู่มือปฏิบัติงาน เรื่อง “งานซ่อมบำรุง” (PM – MC – ๐๐๔ –MMC)

ข. กรณีต้องซ่อมทันทีที่หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา โทรศัพท์แจ้งไปยังหัวหน้างานซ่อมบำรุง แล้วจึงเขียน “ใบส่งซ่อม” หมายเลข FM – MMC – ๐๐๑ หลังดำเนินการซ่อมแล้วหัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยาตรวจสอบวัสดุอุปกรณ์ หรือเครื่องมือที่ทำการซ่อมแล้วใช้งานได้ปกติ พร้อมเซ็นรับใบซ่อม แต่ถ้ายังใช้งานไม่ได้ให้งานซ่อมบำรุงดำเนินการซ่อมใหม่

ค. ส่วนเครื่องมือที่ต้องมีการสอบเทียบปฏิบัติงาน เรื่อง “การปรับเทียบอุปกรณ์”(PM – MC – ๐๐๑ – BNH)

๕.๑.๕ จัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์โดยเขียน “ใบเบิกวัสดุยาและเวชภัณฑ์เพื่อใช้ในราชการโรงพยาบาล” หมายเลข FM – BNH – ๐๐๓ ส่งไปยังหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน และปฏิบัติตามคู่มือปฏิบัติงานเรื่อง “การบริหารพัสดุ”(PM-MC-๐๖-BNH)

	โรงพยาบาล		
	คู่มือปฏิบัติงาน PROCEDURES MANUAL	เอกสารหมายเลข: PM-CP – ๐๑๐ -RAD	จัดทำเมื่อ: ๒๐/๑/๒๕๖๕
		แก้ไขครั้งที่ :	บังคับใช้ :
เรื่อง บริการรังสีวิทยา			

๕.๑.๖ ดูแลตรวจสอบพนักงานทำความสะอาดของบริษัทให้ทำความสะอาดบริเวณสถานที่ทำงานและเคาน์เตอร์ทำงานให้สะอาดอยู่เสมอ

๕.๒ การต้อนรับและลงทะเบียนโดยเจ้าหน้าที่รังสีวินิจฉัย ปฏิบัติดังนี้

๕.๒.๑ กล่าวต้อนรับและทักทายผู้รับบริการโดยปฏิบัติตามคู่มือปฏิบัติงานเรื่อง “การต้อนรับ” (PM – CP ๐๐๒ - BNH)

๕.๒.๒ ตรวจสอบชื่อ-สกุลผู้รับบริการโดยสอบถามจากผู้รับบริการ กรณีเป็นผู้รับบริการจากงานผู้ป่วยใน/งานห้องคลอด/งานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน กรณีไม่ตรงกันประสานงานโดยใช้โทรศัพท์ติดต่อสอบถามยังจุดบริการที่ส่งผู้รับบริการ

๕.๒.๓ ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ที่ใบคัดกรองตามข้อ ๕.๒.๒ กรณีคำสั่งไม่ชัดเจนหรือมีข้อสงสัยประสานงานโดยใช้โทรศัพท์สอบถามแพทย์ผู้ออกคำสั่ง

๕.๒.๔ จัดลำดับผู้มารับบริการตามเวลาที่มา ยกเว้นกรณีผู้รับบริการจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจะให้บริการทันที

๕.๒.๕ ลงบันทึกใน “ทะเบียนให้บริการถ่ายภาพเอกซเรย์” หมายเลข SDI-RAD-๐๐๑

๕.๒.๖ พิมพ์ชื่อ-สกุล อายุ เลขที่ X-N และวันที่รับบริการติดบน “ซองใส่ภาพเอกซเรย์” หมายเลข FM – RAD – ๐๐๒

๕.๓ การบริการ

๕.๓.๑ ให้ผู้รับบริการเปลี่ยนเสื้อผ้า โดยให้นำโลหะออก ในห้องสำหรับเปลี่ยนเสื้อผ้า

๕.๓.๒ อธิบายการปฏิบัติตัวขณะถ่ายภาพเอกซเรย์แก่ผู้รับบริการ เช่น กรณีถ่ายภาพที่ปอดให้ผู้รับบริการสูดหายใจและกลั้นหายใจไว้ เป็นต้น

๕.๓.๓ ประเมินสภาพผู้รับบริการโดยปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานเรื่อง “การประเมินผู้รับบริการ” (WI – CP – ๐๐๑ – ๐๐๒ – RAD)

๕.๓.๔ ปฏิบัติการป้องกันอันตรายจากรังสีโดยปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานเรื่อง “การป้องกันอันตรายจากรังสีเอกซเรย์” (WI – CP – ๐๐๑ – ๐๐๓ – RAD)

๕.๓.๕ การปฏิบัติการถ่ายภาพรังสีเอกซเรย์ตามคำสั่งแพทย์ตามคู่มือเรื่อง “การถ่ายภาพรังสีเอกซเรย์”(SDE – RAD – ๐๐๑)

	โรงพยาบาล		
	คู่มือปฏิบัติงาน PROCEDURES MANUAL	เอกสารหมายเลข: PM-CP – ๐๑๐ -RAD	จัดทำเมื่อ: ๒๐/๑/๒๕๖๕
		แก้ไขครั้งที่ :	บังคับใช้ :
เรื่อง บริการรังสีวิทยา			

- ๕.๔ การสแกนภาพ และการส่งกลับผู้รับบริการโดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานรังสีวิทยา ปฏิบัติดังนี้
- ๕.๔.๑ นำคาส์เสีที่ถ่ายภาพรังสีแล้วนำมาสแกนภาพ
- ๕.๔.๒ ตรวจสอบภาพโดยดูความคมชัด รายละเอียดของภาพ การติดเครื่องหมายบอกตำแหน่งที่ถูกต้อง กรณีไม่ได้มาตรฐานตามคู่มือเรื่อง “เทคนิคการถ่ายภาพเอกซเรย์และคู่มือการตรวจพิเศษ”(SDE – RAD – ๐๐๑) จะทำการถ่ายภาพเอกซเรย์ซ้ำ
- ๕.๔.๓ การส่งกลับผู้รับบริการโดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานรังสีวิทยา ปฏิบัติ ดังนี้
- ๕.๔.๓.๑ กรณีผู้รับบริการจากงานผู้ป่วยนอกและกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและ
บริการสุขภาพชุมชน ให้ผู้รับบริการนำไปคัดกรอง กลับไปยังงานผู้ป่วยนอก หรือ
กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและสุขภาพชุมชน
- ๕.๔.๓.๒ กรณีผู้รับบริการจากห้องฉุกเฉิน, งานผู้ป่วยใน ประสานงานโดยใช้โทรศัพท์
ไปยังศูนย์แปลแจ้งพนักงานแปลมารับผู้รับบริการโดยปฏิบัติตามคู่มือปฏิบัติงานเรื่อง
“บริการศูนย์แปล” (PM-CP-๐๐๓-BNHH) และนำผู้รับบริการกลับไปยังยังจุดบริการ
เดิม และปฏิบัติตามคู่มือปฏิบัติงานเรื่อง “บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน”(PM-CP-
๐๐๖-EMR) หรือคู่มือปฏิบัติงานเรื่อง “บริการผู้ป่วยใน”(PM-CP-๐๒๒-IPD)
- ๕.๕ การจัดเก็บและการดำเนินการหลังสิ้นสุดบริการโดยปฏิบัติดังนี้
- ๕.๕.๑ มีระบบการจัดเก็บภาพถ่ายรังสี โดยใช้ระบบ PACS.(Picture Archiving and
Communication System)
- ๕.๕.๒ กรณีที่ผู้รับบริการต้องการนำภาพเอกซเรย์ออกนอกโรงพยาบาล ให้ปฏิบัติดังนี้
- ๕.๕.๒.๑ ผู้รับบริการยื่นบัตรโรงพยาบาล ที่เจ้าหน้าที่กลุ่มงานรังสีวิทยา
- ๕.๕.๒.๒ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานรังสีวิทยา ปริ้นภาพจากโปรแกรมweb pacs. จากเลขH-
N ใน “OPD card” หมายเลข (FM-BNH-๐๐๙) และลงบันทึกการยืมใน “สมุด
ทะเบียนการยืมภาพเอกซเรย์” (SDI-RAD-๐๐๓) และให้คำแนะนำผู้รับบริการใน
การเก็บรักษาภาพรังสี
- ๕.๕.๓ การดำเนินการหลังสิ้นสุดบริการโดยเจ้าหน้าที่งานรังสีวินิจฉัยปฏิบัติดังนี้
- ๕.๕.๓.๑ จัดเก็บอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆ ให้เข้าที่และเป็นระเบียบเรียบร้อย
- ๕.๕.๓.๒ ดูแลให้พนักงานทำความสะอาดของบริษัททำความสะอาดบริเวณสถานที่
ทำงาน

	โรงพยาบาล		
	คู่มือปฏิบัติงาน PROCEDURES MANUAL	เอกสารหมายเลข: PM-CP - ๐๑๐ -RAD	จัดทำเมื่อ: ๒๐/๑/๒๕๖๕
		แก้ไขครั้งที่ : บังคับใช้ : หน้าที่ : ๕/๗	
เรื่อง บริการรังสีวิทยา			

๖. เอกสารอ้างอิง

- ๖.๑ PM-MC-๐๐๖-BNH : การบริหารพัสดุ
- ๖.๒ PM-MC-๐๐๔-BNH : งานซ่อมบำรุง
- ๖.๓ PM-MC-๐๐๑-BNH : งานเปรียบเทียบอุปกรณ์
- ๖.๔ PM-CP-๐๐๒-BNH : การต้อนรับ
- ๖.๕ PM-CP-๐๐๔-OPD : บริการผู้ป่วยนอก
- ๖.๖ PM-CP-๐๐๘-MED : การตรวจวินิจฉัยของแพทย์
- ๖.๗ PM-CP-๐๑๔-PHC : บริการเวชศาสตร์ครอบครัวและสุขภาพชุมชน
- ๖.๘ PM-CP-๐๐๓-BNH : บริการศูนย์แปล
- ๖.๙ PM-CP-๐๐๖-EMR : บริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน
- ๖.๑๐ PM-CP-๐๒๒-IPD : บริการผู้ป่วยใน
- ๖.๑๑ WI-CP-๐๐๑-RAD : การประเมินสภาพผู้รับบริการ
- ๖.๑๒ WI-CP-๐๐๑-๐๐๑-RAD : การบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์เอ็กซเรย์
- ๖.๑๓ SDE-RAD-๐๐๑ : คู่มือการถ่ายภาพรังสีเอ็กซเรย์
- ๖.๑๔ SDE-RAD-๐๐๒ : คู่มือเทคนิคการถ่ายภาพเอ็กซเรย์

	โรงพยาบาล		
	คู่มือปฏิบัติงาน PROCEDURES MANUAL	เอกสารหมายเลข: PM-CP – ๐๑๐ -RAD	จัดทำเมื่อ: ๒๐/๑/๒๕๖๕
		แก้ไขครั้งที่ :	บังคับใช้ :
เรื่อง บริการรังสีวิทยา			

๗. บันทึก

๗.๑ ใบเบิกวัสดุสำนักงาน/งานบ้าน หมายเลข FM-ADM-๐๐๔

๗.๒ ใบขออนุมัติซื้อ/จ้าง หมายเลข FM-ADM-๐๐๕

๗.๓ ใบส่งซ่อม หมายเลข FM-MMC-๐๐๑

๗.๔ ใบเบิกวัสดุเพื่อใช้ในราชการโรงพยาบาล หมายเลข FM-BNH-๐๐๓

๗.๕ ทะเบียนให้บริการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ หมายเลข SDI-RAD-๐๐๑

๗.๖ ใบพิมพ์ชื่อ หมายเลข FM-RAD-๐๐๑

๗.๗ ซองฟิล์ม หมายเลข FM-RAD-๐๐๒

๗.๘ ทะเบียนการยืมภาพเอกซเรย์ หมายเลข SDI-RAD-๐๐๓

๘. เอกสารแนบ

๘.๑ เอกสารแนบ ๑ : ผังกระบวนการบริการรังสีวิทยา

	โรงพยาบาล		
	คู่มือปฏิบัติงาน PROCEDURES MANUAL	เอกสารหมายเลข: PM-CP - ๐๑๐ -RAD	จัดทำเมื่อ: ๒๐/๑/๒๕๖๕
		แก้ไขครั้งที่ : บังคับใช้ :	

เอกสารแนบ ๑ ผังกระบวนการบริการรังสีวิทยา

ผู้รับผิดชอบ

๑. หัวหน้ารังสีวินิจฉัย

กิจกรรม

เตรียมความพร้อม

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

PM-MC-๐๐๑-BNH
PM-MC-๐๐๖-BNH
PM-MC-๐๐๔-MMC
FM-ADM-๐๐๔
FM-ADM-๐๐๕
FM-ADM-๐๐๑

๒. หัวหน้างานรังสีวินิจฉัย
เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์

การต้อนรับและลงทะเบียน

PM-CP-๐๐๒-BNH
FM-RAD-๐๐๑
FM-RAD-๐๐๒
SDI-RAD-๐๐๑
SDE-RAD-๐๐๒

๓. หัวหน้างานรังสีวินิจฉัย
เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์

บริการถ่ายภาพรังสี

WI-CP-๐๐๑-๐๐๒-RAD
WI-CP-๐๐๑-๐๐๓-RAD
SDE-RAD-๐๐๑
SDE-RAD-๐๐๒

๔. ๒. หัวหน้างานรังสีวินิจฉัย
เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์
พนักงานแปล

การสแกนภาพและส่งผู้รับบริการกลับ

SDI-RAD-๐๐๓
PM-CP-๐๒๗-BNH
PM-CP-๐๒๒-IPD
PM-CP-๐๐๔-OPD
PM-CP-๐๐๖-MED
PM-CP-๐๐๑๔-HSC
PM-CP-๐๐๓-BNH
PM-CP-๐๐๖-EMR

๒. หัวหน้างานรังสีวินิจฉัย
เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์

การจัดเก็บภาพและการดำเนินการ
หลังสิ้นสุดบริการ

FM-RAD-๐๐๒
SDI-RAD-๐๐๓
FM-BNH-๐๐๔

คู่มือปฏิบัติงาน

เรื่อง บริการอาหารและโภชนาการ

๑.วัตถุประสงค์

- ๑.๑ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการด้านอาหารที่ได้มาตรฐาน ทางโภชนาการ
- ๑.๒ เพื่อสนับสนุน การรักษาของแพทย์ในด้านอาหาร โดยการจัดอาหารบำบัดโรค ให้ถูกต้องตาม คำสั่งแพทย์ และความต้องการของผู้รับบริการ
- ๑.๓ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ สอดคล้องกับนโยบายคุณภาพของโรงพยาบาล

๒.ขอบเขต

คู่มือปฏิบัติงานฉบับนี้ให้บริการในโรงพยาบาล ตั้งแต่ การเตรียมความพร้อม รับใบสั่งอาหารผู้ป่วย การเลือกซื้อ การตรวจรับคุณภาพอาหาร การเตรียม การปรุงอาหาร การตรวจสอบคุณภาพอาหาร การ ให้บริการด้านอาหาร การจัดเก็บและการทำความสะอาด ตลอดจนการดูแลป้องกันพาหะรื้อโรค การกำจัดเศษ อาหารตามหลักสุขาภิบาลอาหาร

๓.ลักษณะอาหารที่บริการในโรงพยาบาล

อาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีหลายชนิด แบ่งออกตามลักษณะของอาหารได้ ดังนี้

๑.อาหารธรรมดา เป็นอาหารที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับอาหารที่คนปกติรับประทานเพียงแต่งดอาหาร ที่มีรสจัดมากและอาหารย่อยยาก ตัวอย่าง อาหารธรรมดาที่รับประทานได้ ได้แก่ข้าวสวยที่หุงนุ่ม ไม่แข็ง กระด้าง แกร่งชนิดต่างๆ ต้มจืด แกงส้ม ต้มยำ ผัดผักทุกชนิด น้ำพริกผักจิ้ม ยำ เป็นต้น

๒.อาหารอ่อน เป็นอาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่ม เปื่อย ย่อยง่าย รับประทานง่าย เช่น โจ๊ก ข้าวต้มเครื่อง ข้าวต้มกับ เป็นต้น

๓.อาหารน้ำ เป็นอาหารที่จัดให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องการเคี้ยว และการกลืนอาหาร ได้แก่อาหารน้ำ ชัน และอาหารน้ำใส

๔.อาหารบำบัดโรค เป็นอาหารที่จัดเฉพาะให้แก่ผู้ป่วยที่ต้องใช้อาหารในการรักษาควบคุมกับยา อาหารมีหลายชนิด เช่น อาหารเบาหวาน อาหารลดโซเดียม อาหารงดมัน อาหารงดสัตว์ปีก เป็นต้น

๕.อาหารทางสายให้อาหาร เป็นอาหารที่มีลักษณะเป็นน้ำผ่านเข้าสู่ร่างกายทางสายให้อาหาร เพราะ ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ซึ่งงานโภชนาการบริการอาหารทางสายอาหารแบบนมผง สำเร็จรูป (Blendera Isocal)

๔.ประเภทของอาหารที่บริการ

ผู้ป่วยที่เข้ารักษามี ๒ประเภท คือ ผู้ป่วยสามัญและผู้ป่วยพิเศษ ดังนั้น อาหารที่บริการจึงเป็นอาหาร ๒ ประเภทด้วยกัน คืออาหารสามัญ และอาหารพิเศษ ซึ่งแตกต่างกันดังนี้

๑.อาหารสามัญ คือ อาหารที่งานโภชนาการจัดให้บริการให้แก่ผู้ป่วยสามัญทั้งหมด บริการวันละ ๓ มื้อ อาหารประกอบด้วย

- อาหารมื้อเช้า เป็น ข้าวต้มเครื่อง ,ข้าวต้มขาว +กับข้าว ๒ อย่าง
- อาหารมื้อเที่ยง เป็น อาหารจานเดียว/ ข้าวสวย +กับข้าว ๒ อย่าง+ผลไม้ หรือขนมหวาน
- อาหารมื้อเย็น เป็น ข้าวสวย+กับข้าว ๒ อย่าง

๒.อาหารพิเศษ คืออาหารที่จัดบริการให้แก่ผู้ป่วยพิเศษ อาหารประกอบด้วย

- อาหารมือเช้า เป็น ข้าวต้มเครื่อง ,ข้าวต้มขาว +กับข้าว ๒อย่าง /โอวัลติน/นมสด
- อาหารมือเที่ยง เป็น อาหารจานเดียว/ ข้าวสวย +กับข้าว ๒อย่าง+ผลไม้ หรือขนมหวาน
- อาหารมือเย็น เป็น ข้าวสวย+กับข้าว ๒ อย่าง+ผลไม้
- อาหารว่าง เวลา ๑๔.๐๐น. ประกอบด้วย เครื่องดื่มหรือนม+ขนมปังหรือผลไม้

๕.ราคาอาหาร

อาหารที่บริการแก่ผู้ป่วยทั้งอาหารสามัญและอาหารพิเศษ มีราคาดังนี้

- ผู้ป่วยสามัญ ราคาวันละ ๗๐บาท
- ผู้ป่วยพิเศษ ราคาวันละ ๑๑๐บาท

๖.คุณค่าอาหารที่บริการผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานที่เหมาะสม เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกายในแต่ละภาวะ งานโภชนาการพิจารณากำหนดมาตรฐานของอาหารที่บริการแก่ผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการจัดและตักอาหารสำหรับบริการ ในกรณีที่แพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับพลังงาน และสารอาหารมากหรือน้อยแตกต่างกันไปจากมาตรฐานที่กำหนด สามารถติดต่อสอบถามนักโภชนาการได้ และได้รับรายละเอียดในการสั่งอาหารได้ซึ่งคุณค่าอาหารที่บริการผู้ป่วยได้กำหนดมาตรฐานไว้ ดังนี้

คุณค่าอาหารที่บริการผู้ป่วย

ชนิดอาหาร	พลังงาน-Kcal.	Prot -%	Fat -%	CHO -%	หมายเหตุ
อาหารสามัญ					
- ธรรมดา	๑,๖๐๐ - ๑,๘๐๐	๑๒-๑๕	๓๐-๓๕	๕๐ - ๕๕	
- อ่อน	๑,๒๐๐ - ๑,๕๐๐	๑๕-๒๐	๓๐-๓๕	๕๐ - ๕๕	
อาหารพิเศษ					
- ธรรมดา	๑,๘๐๐ - ๒,๐๐๐	๑๕-๒๐	๓๐-๓๕	๕๐ - ๖๕	
- อ่อน	๑,๒๐๐ - ๑,๖๐๐	๑๕-๒๐	๓๐-๓๕	๕๐ - ๖๕	
อาหารเฉพาะโรค	พลังงานและสารอาหารสามารถปรับตามแผนการรักษาของแพทย์ได้				
- ธรรมดาเบาหวาน	๑,๘๐๐ - ๑,๖๐๐	๒๐	๓๐	๕๐	
- อ่อนเบาหวาน	๑,๕๐๐- ๑,๔๐๐	๒๐	๓๐	๕๐	

มาตรฐานอาหารธรรมดาเบาหวาน ๑๖๐๐Kcal.

หมวด	ส่วน	Prot (g)	Fat (g)	CHO (g)	Energy (Kcal)
ข้าว	๘	๑๖	๐	๑๔๔	๖๔๐
เนื้อสัตว์	๕	๓๕	๒๕	๐	๓๖๕
ไขมัน	๕	๐	๒๕	๐	๒๒๕
ผลไม้	๑	๐	๐	๑๕	๖๐
ผัก	๕	๑๐	๐	๒๕	๑๔๐
นมไม่มีไขมัน	๐	๐	๐	๐	๐
นมพร่องมันเนย	๑	๘	๕	๑๒	๑๒๕
นมสดธรรมดา	๐	๐	๐	๐	๐
น้ำตาล	๐	๐	๐	๐	๐
อื่นๆ.....					
รวม		๗๑	๕๕	๒๑๔	๑๖๓๕

แบ่งตามส่วน/วัน

หมวด	ส่วน	เช้า	เที่ยง	บ่าย	เย็น
ข้าว	๙	๓	๓	๐	๓
เนื้อสัตว์	๕	๑	๒	๐	๒
ไขมัน	๕	๑	๒	๐	๒
ผลไม้	๑	๐	๑	๐	๐
ผัก	๕	๐.๕	๒	๐	๒.๕
นมไม่มีไขมัน	๐	๐	๐	๐	๐
นมพร่องมันเนย	๑	๐	๐	๐	๑
นมสดธรรมดา	๐	๐	๐	๐	๐
น้ำตาล	๐	๐	๐	๐	๐
อื่นๆ.....					

มาตรฐานอาหารอ่อนเบาหวาน ๑๕๐๐Kcal.

หมวด	ส่วน	Prot (g)	Fat (g)	CHO (g)	Energy (Kcal)
ข้าว	๙	๑๘	๐	๑๖๒	๗๒๐
เนื้อสัตว์	๔	๒๘	๒๐	๐	๒๙๒
ไขมัน	๕	๐	๒๕	๐	๒๒๕
ผลไม้	๑	๐	๐	๑๕	๖๐
ผัก	๔	๘	๐	๒๐	๑๑๒
นมไม่มีไขมัน	๐	๐	๐	๐	๐
นมพร่องมันเนย	๑	๘	๕	๑๒	๑๒๕
นมสดธรรมดา	๐	๐	๐	๐	๐
น้ำตาล	๐	๐	๐	๐	๐
อื่นๆ.....					
รวม		๖๒	๕๐	๒๐๙	๑๕๓๔

แบ่งตามส่วน

หมวด	ส่วน	เช้า	เที่ยง	บ่าย	เย็น
ข้าว	๙	๓	๓	๐	๓
เนื้อสัตว์	๔	๑	๑.๕	๐	๑.๕
ไขมัน	๕	๑	๒	๐	๒
ผลไม้	๑	๐	๑	๐	๐
ผัก	๔	๐.๕	๒	๐	๑.๕
นมไม่มีไขมัน	๐	๐	๐	๐	๐
นมพร่องมันเนย	๑	๐	๐	๐	๑
นมสดธรรมดา	๐	๐	๐	๐	๐
น้ำตาล	๐	๐	๐	๐	๐
อื่นๆ.....					

๗. ผู้ที่เกี่ยวข้องในการบริการอาหารผู้ป่วย

การบริการอาหารเป็นการทำงานร่วมกับบุคลากรหลายคน หลายหน่วยงาน แต่ละคนต่างมีความสำคัญที่จะช่วยให้งานบริการดำเนินไปอย่างถูกต้องตามที่กำหนดไว้ และการนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

๑. แพทย์ ทำหน้าที่สั่งอาหารให้ผู้ป่วย โดยพิจารณาจากโรคและอาหารของผู้ป่วย คำสั่งอาหารควรบอกรายละเอียดเกี่ยวกับพลังงานและสารอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับ เพื่อนักโภชนาการจะได้ดำเนินการให้ได้ตามต้องการ

๒. พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย ทำหน้าที่อ่านแผนการรักษาของแพทย์และดำเนินการ

๒.๑ คัดลอกคำสั่งอาหารของผู้ป่วยในแต่ละคน พร้อมรายละเอียดลงในในสั่งอาหารให้ชัดเจนและอ่านง่าย

๒.๒ ในกรณีที่เจ้าหน้าที่เก็บใบสั่งอาหารลงมาแล้วสามารถส่งอาหารทางโทรศัพท์ โดยระบุรายละเอียดเช่นเดียวกับการเขียนใบสั่งอาหาร มายังงานโภชนาการทุกครั้ง

๒.๓ การสั่งอาหาร ควรสั่งในช่วงเวลาที่กำหนดเพื่อสะดวกและสามารถจัดอาหารได้ทันตามเวลาการบริการ คือ

เช้า เวลา ๖.๐๐ – ๖.๓๐ น.

เที่ยง เวลา ๘.๐๐ – ๑๑.๐๐ น.

เย็น เวลา ๑๒.๐๐ – ๑๕.๐๐ น.

๒.๔ ทุกครั้งที่แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษา สั่งอาหาร หรือผู้ป่วยกลับบ้าน แจ้งทางโทรศัพท์มายังงานโภชนาการด้วย

๒.๕ ถ้าอาหารที่นำไปบริการอาหารไม่ถูกต้อง ตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือมีข้อสงสัยติดต่อสอบถามความถูกต้องกับเจ้าหน้าที่งานโภชนาการหรือนักโภชนาการได้

๓.นักโภชนาการ เป็นผู้ทำหน้าที่ต่อเนื่องเมื่อได้รับคำสั่งอาหาร ตามแผนการรักษาของแพทย์

๘.วิธีการสั่งอาหารผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว จะได้รับบริการอาหาร โดยแพทย์เป็นผู้กำหนดและเขียนไว้ในแผนการรักษา และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะแจ้งให้งานโภชนาการทราบ การสั่งอาหารผู้ป่วยทำได้ ๒ วิธีคือ

๑.การสั่งอาหารโดยใช้ใบสั่งอาหารเป็นแบบฟอร์ม ใช้บันทึกการสั่งอาหารให้ผู้ป่วย

๒.การสั่งทางโทรศัพท์ ในกรณีที่มีผู้ป่วยมาAdmit หรือมีการเปลี่ยนแปลงอาหารผู้ป่วยเก่าใกล้เวลาอาหาร พยาบาลจะต้องโทรแจ้งแก่เจ้าหน้าที่งานโภชนาการทราบ โดยมีรายละเอียดดังนี้ ชื่อหอผู้ป่วย ชื่อผู้ป่วย เบอร์เตียง ลักษณะอาหารที่แพทย์กำหนด ประเภทอาหารที่ผู้ป่วยต้องการ (สามัญหรือพิเศษ) พร้อมทั้งขอทราบชื่อพยาบาลผู้สั่ง เพื่อติดต่อสอบถามกรณีที่มีปัญหา

๙.เวลาในการสั่งบริการอาหารผู้ป่วย

เพื่อให้งานโภชนาการสามารถเตรียมงานได้ล่วงหน้า และทันต่อเวลาในการจัดบริการอาหารจึงได้กำหนดเวลาในการสั่งอาหารจากหอผู้ป่วยให้สอดคล้องกับเวลาในการให้บริการอาหาร ดังนี้

มื้ออาหาร	เวลาสั่งอาหาร	เวลาในการบริการอาหาร
มื้อเช้า	๐๖.๐๐ – ๐๖.๓๐ น.	๐๗.๐๐ – ๐๘.๐๐ น.
มื้อกลางวัน	๐๘.๐๐ – ๑๑.๐๐ น.	๑๑.๓๐ – ๑๒.๓๐ น.
อาหารว่าง		๑๔.๐๐ – ๑๔.๓๐ น.
มื้อเย็น	๑๔.๐๐ – ๑๕.๓๐ น.	๑๖.๐๐ – ๑๗.๐๐ น.

๑๐.วิธีบันทึกใบคำสั่งอาหาร

เมื่อได้รับทราบการเบิกอาหารจากหอผู้ป่วยแล้ว นักโภชนาการบันทึกทุกราละเอียดลงในสมุด เพื่อเป็นหลักฐานสำหรับการตรวจสอบความถูกต้องในการจัดบริการอาหาร

๑๑.วิธีบริการอาหารผู้ป่วย

การบริการอาหารผู้ป่วยเป็นแบบ Centralized System เป็นการ จัดอาหารที่งานโภชนาการ อาหารจะผ่านการตรวจสอบความถูกต้องจาก งานโภชนาการก่อนจึงลำเลียงบริการผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย รวมทั้งเก็บรวบรวมภาชนะต่างๆ หลังที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารแล้ว เพื่อนำกลับมาล้างทำความสะอาดที่งานโภชนาการ

๑๒.การตรวจถาดอาหาร

ขณะจัดอาหารผู้ป่วย นักโภชนาการต้องควบคุมและตรวจสอบความถูกต้องของอาหารที่จัดลงถาดดังนี้

- ๑.ความสะอาดของภาชนะและอุปกรณ์ ที่ใช้ในการบริโภคอาหาร
- ๒.ชนิดอาหาร/ ประเภทอาหาร
- ๓.ปริมาณอาหาร อาหารที่บริการมีปริมาณเป็นไปตามที่กำหนด

๑๓.การส่งและเก็บถาดอาหาร

ถาดอาหารที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องแล้ว จะนำใส่รถอาหารครบจำนวนผู้ป่วยแต่ละหอผู้ป่วย และนำส่งโดยเจ้าหน้าที่ในงานโภชนาการ ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับอาหารเช่น อาหารไม่ครบตามจำนวนที่สั่งผู้ป่วยเพิ่ม ให้ติดต่อเจ้าหน้าที่งานโภชนาการเพื่อติดตามแก้ไขปัญหาดังต่อไป

การเก็บถาดอาหาร หลังจากบริการอาหารให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารเรียบร้อยแล้ว ใช้เวลาประมาณ ๑ ชั่วโมง เจ้าหน้าที่งานโภชนาการจะเก็บถาด เพื่อนำมาล้างทำความสะอาดต่อไป

คู่มือปฏิบัติงาน (Work Manual) การจัดการพัสดุ

งานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป
โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

ในกระบวนการจัดการงาน หน่วยงานต้องกำหนดมาตรฐานของการปฏิบัติงานกระบวนการสร้างคุณค่า และกระบวนการสนับสนุนโดยมีวิธีการในการนำมาตรฐานการปฏิบัติงานดังกล่าวให้บุคลากรนำไปปฏิบัติเพื่อให้ บรรลุผลตามข้อกำหนดที่สำคัญ

งานพัสดุ ซึ่งเป็นหน่วยงานสนับสนุนจึงได้ทำคู่มือในการปฏิบัติงาน จัดหาพัสดุ เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง นำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันระหว่างผู้ปฏิบัติ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องต่อไป

ผู้จัดทำ งานพัสดุ รพ.บ้านนา

สารบัญ

	หน้า
วัตถุประสงค์	๑
ขอบเขต	๑
คำจำกัดความ	๑
หน้าที่ความรับผิดชอบ	๒
Work Flow	๓ - ๑๗
ระบบติดตามประเมินผล	๑๘
เอกสารอ้างอิง	๑๘

คู่มือการปฏิบัติงาน กระบวนการจัดหาพัสดุ

๑. วัตถุประสงค์

๑.๑ เพื่อลดโอกาสและความผิดพลาดอันเป็นความเสี่ยงในการปฏิบัติงานด้านการจัดซื้อจัดจ้างแก่ผู้ปฏิบัติงานของงานพัสดุฯ

๑.๒ เพื่อเป็นการเสริมสร้างความเข้าใจให้กับระดับผู้ปฏิบัติงานหรือเจ้าหน้าที่รวมทั้งทำให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกในการรับบริการ

๑.๓ เพื่อให้การจัดหาพัสดุที่มีประโยชน์ใช้สอยเหมาะสม เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน จดต้นทุนและแหล่งขายที่เหมาะสม และเพื่อให้เกิดประโยชน์ รวมทั้ง ความคุ้มค่าสูงสุดของหน่วยงาน

๒. ขอบเขต

จัดซื้อ จัดหาพัสดุ การควบคุม การตรวจสอบ การซ่อมบำรุง การเก็บรักษา การให้บริการทางด้านพัสดุแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจน ให้การปฏิบัติงานด้านการจัดซื้อจัดจ้างฯ เป็นไปในทิศทางเดียวกันตามกฎหมาย ระเบียบ คำสั่งที่เกี่ยวข้อง

๓. คำจำกัดความ

๓.๑ พสดุ หมายความว่า วัสดุ ครุภัณฑ์ที่ดิน และสิ่งก่อสร้างในหนังสือการจำแนกประเภทรายจ่ายตามงบประมาณของสำนักงานงบประมาณ

๓.๒ การซื้อ หมายความว่า การซื้อพัสดุทุกชนิดทั้งที่มีการติดตั้ง ทดลองและบริการอื่นที่เกี่ยวข้องอื่นๆ แต่ไม่รวมถึงการจัดหาพัสดุในลักษณะการจัดจ้าง

๓.๓ การจ้าง หมายความว่า การจ้างทำของและรับขนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และการจ้างเหมาบริการ แต่ไม่รวมถึงการจ้างลูกจ้างของส่วนราชการตามระเบียบของ กระทรวงการคลัง การจ้างที่ปรึกษา การจ้างออกแบบและควบคุมงาน และการจ้างแรงงานตามกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

๔. หน้าที่ความรับผิดชอบ

๔.๑ หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุควบคุมกำกับดูแลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่พัสดุ พิจารณาการจัดซื้อ/จัดจ้าง ให้เป็นไปตามระเบียบพัสดุฯ

๔.๒ เจ้าหน้าที่พัสดุ ปฏิบัติหน้าที่จัดซื้อจัดหา จัดทำเอกสาร จัดทำบัญชีควบคุม รายงานผลการปฏิบัติงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและอื่นๆ

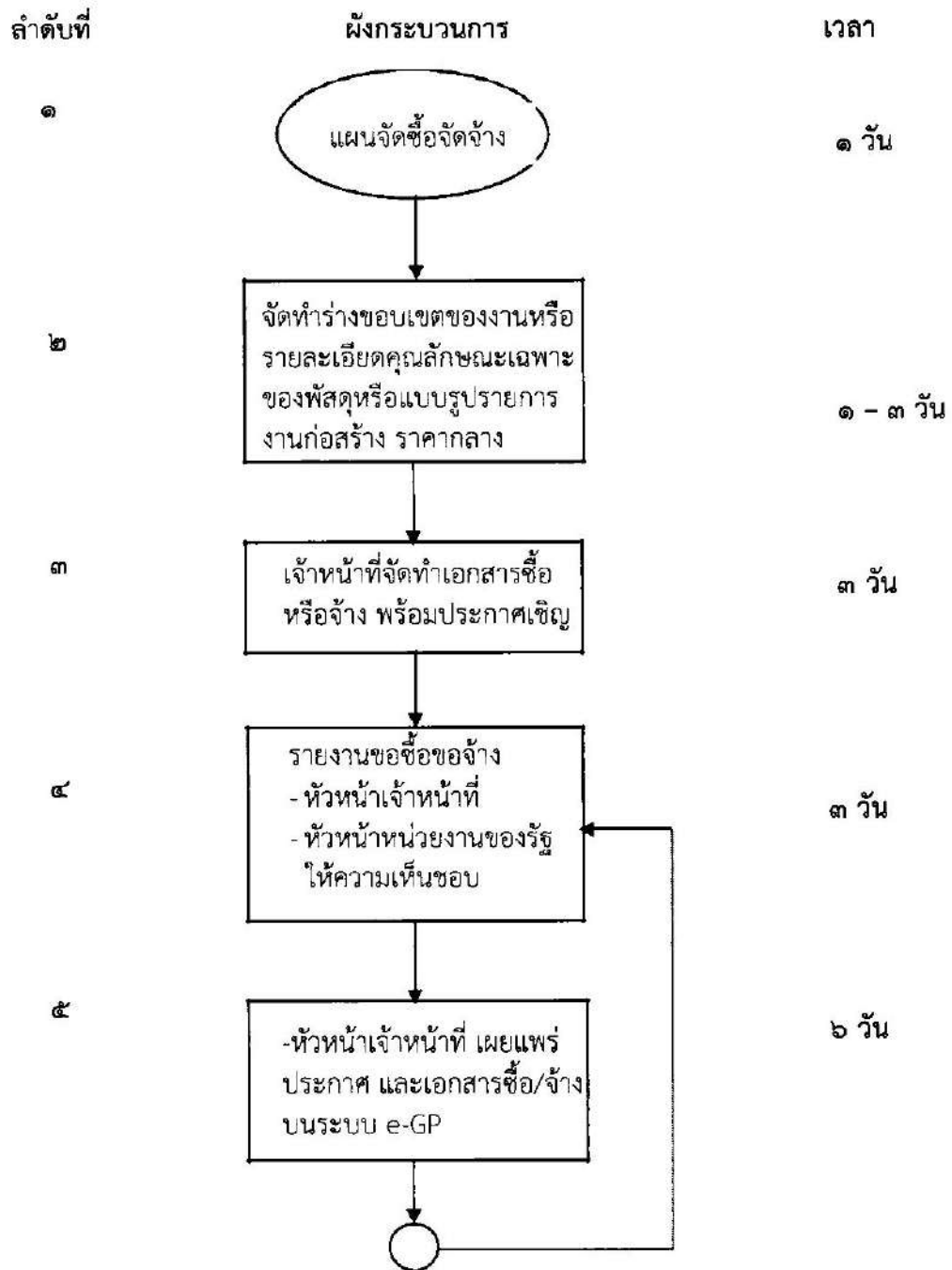
สรุปกระบวนการจัดการจัดหาพัสดุ โรงพยาบาลบ้านนา

กระบวนการจัดการจัดหาพัสดุ โรงพยาบาลบ้านนา ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ ดังนี้

๑. วิธีประกาศเชิญชวนทั่วไป
๒. วิธีคัดเลือก
๓. วิธีเฉพาะเจาะจง

Work Flow กระบวนการจัดหาพัสดุ

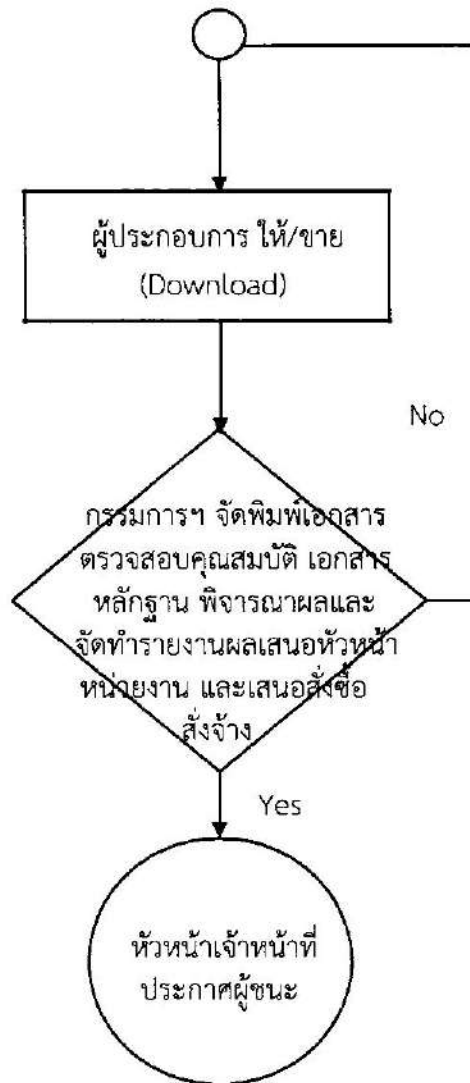
๑. การวิธีประกาศเชิญชวนทั่วไป โรงพยาบาลบ้านนาในภาพรวม



๒

๗

๘



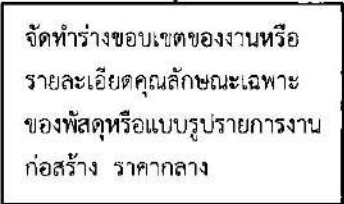
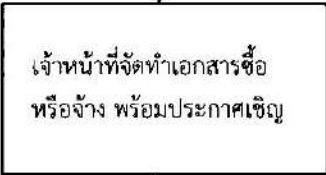
๑ วัน

๑ - ๓ วัน

๑ วัน

รวมเวลาทั้งหมดประมาณ ๒๐ วัน

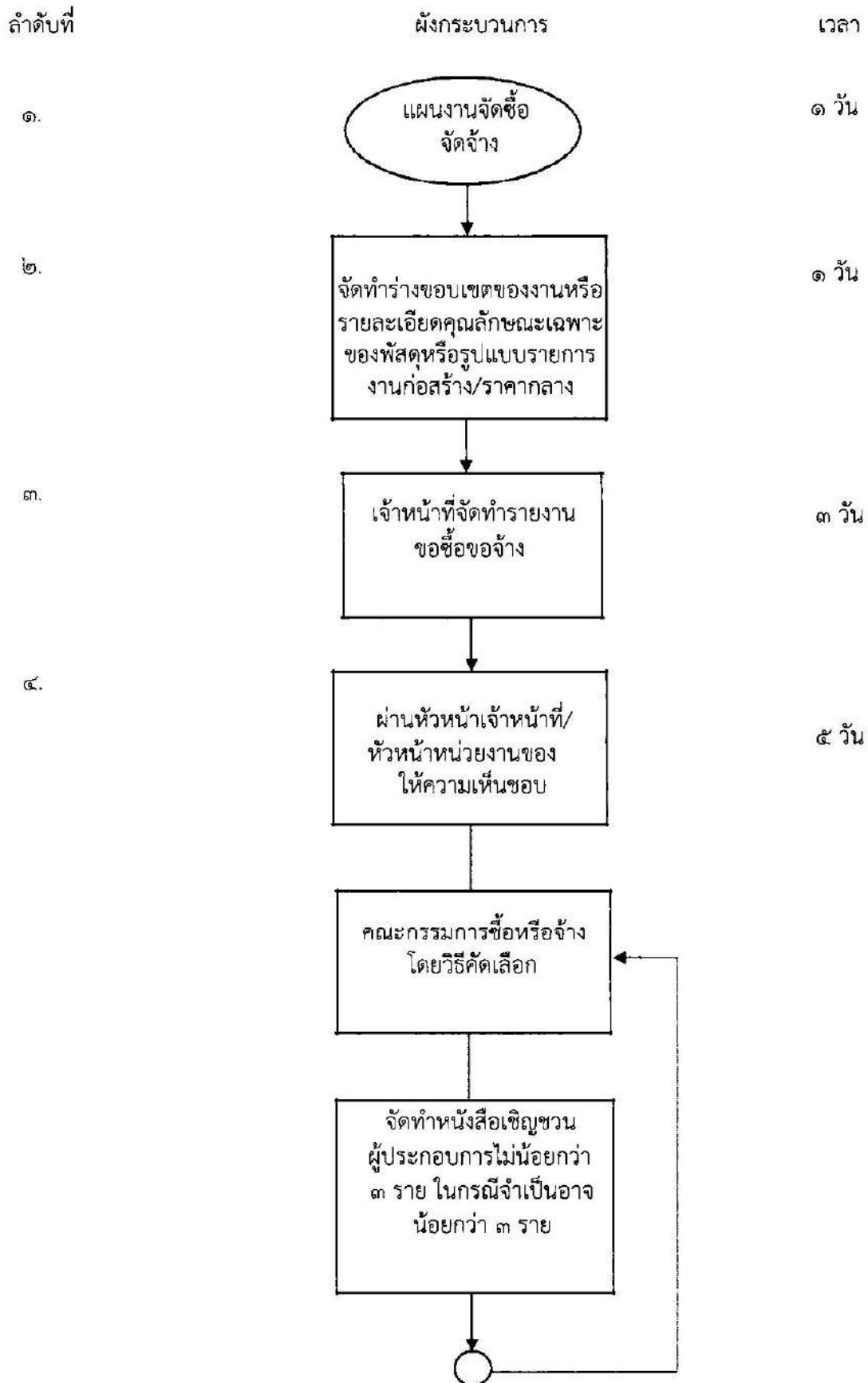
๑. วิธีประกาศเชิญชวนทั่วไป

ดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดของงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑		๑ วัน	- ส่วนงานต่างๆ ที่ต้องการใช้พัสดุ จัดทำแผนงานโครงการภารกิจที่ รับผิดชอบเสนอผู้มีอำนาจลงนาม อนุมัติ	- แผนการจัดซื้อจัดจ้าง	- ส่วนเจ้าของงาน	
๒		๑ วัน	- ส่วนงานต่างๆ ที่ต้องการใช้พัสดุ จัดทำหนังสือบันทึกขออนุมัติ หลักการจัดซื้อจัดจ้างและ รายละเอียดคุณลักษณะและ ขอบเขตของงานเสนอผู้มีอำนาจ ลงนามอนุมัติ	- พต.๐๑ - พต.๐๕	- ส่วนเจ้าของงาน - เจ้าหน้าที่	
๓		๓ วัน	- เจ้าหน้าที่จัดทำหนังสือบันทึก ข้อความเห็นชอบจัดซื้อจัดจ้าง ตามระเบียบพัสดุฯ แต่งตั้ง คณะกรรมการเสนอผู้มีอำนาจ อนุมัติ	- ใบสั่งซื้อ/จ้าง	- เจ้าหน้าที่	

ลำดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดของงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
	<pre> graph TD Start(()) --> Step4[4] Step4 --> Step5[5] Step5 --> Step6[6] Step6 --> End(()) End --> Step4 </pre>					
๔	รายงานขอซื้อขອງจ้าง - หัวหน้าเจ้าหน้าที่ - หัวหน้าหน่วยงานของรัฐให้ความเห็นชอบ	๓ วัน	-เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลลงระบบฯ และนำรายงานขอซื้อขອງจ้างจากระบบฯเสนอผู้มีอำนาจพิจารณาอนุมัติ/ลงนามในคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการตรวจรับพัสดุ	-การรับฟังความคิดเห็น -วงเงินเกิน ๕ แสน-๕ ลบ. ต้องพิจารณาของหัวหน้าหน่วยงาน -วงเงินเกิน ๕ ลบ. ต้องเผยแพร่เพื่อรับฟังความคิดเห็นทุกกรณี ทางระบบ e-GP และเว็บไซต์หน่วยงาน(ไม่น้อยกว่า ๓ วันทำการ)	-เจ้าหน้าที่	
๕	-หัวหน้าเจ้าหน้าที่ เผยแพร่ประกาศ และเอกสารซื้อ/จ้าง -ระบบ e-GP จัดส่ง สดง.	๖ วัน	-หัวหน้าเจ้าหน้าที่ประกาศเผยแพร่เอกสารซื้อ/จ้างในระบบ	-ระยะเวลาตามระเบียบ -เว็บไซต์ระบบ e-GP -เว็บไซต์ของหน่วยงาน -ปิดประกาศ ณ ที่ทำการ	-หัวหน้าเจ้าหน้าที่	
๖	ผู้ประกอบการ ให้/ขาย (Download)	๑ วัน	-ผู้ประกอบการ Download เอกสารซื้อ/จ้าง จากระบบ	-ประกาศขอซื้อ/จ้าง จากระบบ	-เจ้าหน้าที่	
		No				

ลำดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดของงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๗	กรรมการฯ จัดพิมพ์เอกสาร ตรวจสอบคุณสมบัติ เอกสาร หลักฐาน พิจารณาผลและ จัดทำรายงานผลเสนอหัวหน้า หน่วยงาน และเสนอสั่งซื้อสิ่ง จ้าง Yes	๑ วัน	-เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร หลักฐาน ใบเสนอราคา พิจารณา ผลและจัดทำรายงานผลการเสนอ หัวหน้าหน่วยงาน และเสนอ สั่งซื้อสิ่งจ้าง	-ใบเสนอราคา	-เจ้าหน้าที่	
๘	หัวหน้าเจ้าหน้าที่ ประกาศผู้ชนะ	๑ วัน	-หัวหน้าเจ้าหน้าที่ประกาศผลผู้ ชนะในระบบ e-GP	-เว็บไซต์ระบบ e-GP -เว็บไซต์ของหน่วยงาน -ปิด ประกาศ ณ ที่ทำการ -แจ้งผลการพิจารณาผ่านทาง e-mail ตามแบบให้ทุกราย ทราบ	-หัวหน้าเจ้าหน้าที่	

Work Flow กระบวนการดำเนินการซื้อจ้างโดยวิธีคัดเลือกโรงพยาบาลบ้านนาในภาพรวม



ลำดับที่

ผังกระบวนการ

เวลา

๕.

๑ วัน

๖.

๑ วัน

๗.

๑ วัน

๘.

๑ วัน

รวมเวลาทั้งหมด ๑๔ วัน

ขั้นตอนกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง
และการบริหารงานพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐

กระบวนการดำเนินการซื้อหรือจ้างโดยวิธีคัดเลือก

ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑		๑ วัน	-ส่วนงานต่างๆ ที่ต้องการใช้พัสดุ จัดทำแผนงานโครงการภารกิจที่ รับผิดชอบเสนอผู้มีอำนาจลงนาม อนุมัติ		-ส่วนเจ้าของงาน	
๒		๑ วัน	-ส่วนงานต่างๆ ที่ต้องการใช้พัสดุ จัดทำหนังสือบันทึกขออนุมัติ หลักการจัดซื้อจัดจ้างและ รายละเอียดคุณลักษณะและ ขอบเขตของงาน (TOR) เสนอผู้มี อำนาจลงนามอนุมัติ		-ส่วนเจ้าของงาน -เจ้าหน้าที่	
๓		๓ วัน	-เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลลงระบบฯ และนำรายงานขอซื้อขอจ้างจาก ระบบฯ	-ใบสั่งซื้อ/จ้าง	-เจ้าหน้าที่	

ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๔	<pre> graph TD Start(()) --> A[ผ่านหัวหน้าเจ้าหน้าที่/หัวหน้าหน่วยงานของรัฐให้ความเห็นชอบ] A --> B[คณะกรรมการซื้อหรือจ้างโดยวิธีคัดเลือก] B --> C[จัดทำหนังสือเชิญชวนผู้ประกอบการไม่น้อยกว่า ๓ ราย ในกรณีจำเป็นอาจน้อยกว่า ๓ ราย] C --> B </pre>	๕ วัน	-เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลลงระบบฯ และนำรายงานขอซื้อขอจ้างจากระบบฯเสนอผู้มีอำนาจพิจารณาอนุมัติ/ลงนามในคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการตรวจรับพัสดุ		-เจ้าหน้าที่	
๕	<pre> graph TD A[ยื่นซองข้อเสนอ] --> End(()) </pre>	๑ วัน	-ผู้ประกอบการยื่นซองข้อเสนอ		-ผู้ประกอบการ	
ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ

๖		๑ วัน	-เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร หลักฐาน พิจารณาผลและจัดทำ รายงานผลการเสนอหัวหน้า หน่วยงาน และเสนอสั่งซื้อสั่งจ้าง		-เจ้าหน้าที่	
๗		๑ วัน	-เสนอผลการพิจารณา		-เจ้าหน้าที่	
๘		๑ วัน	-หัวหน้าเจ้าหน้าที่ประกาศผลผู้ ชนะการคัดเลือก	-เว็บไซต์ระบบ e-GP -เว็บไซต์ของหน่วยงาน -ปิด ประกาศ ณ ที่ทำการ -แจ้งผลการพิจารณาผ่านทาง e-mail ตามแบบให้ทุกราย ทราบ	-หัวหน้าเจ้าหน้าที่	

Work Flow กระบวนการดำเนินการซื้อจ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง โรงพยาบาลบ้านนาในภาพรวม

ลำดับที่

ผังกระบวนการ

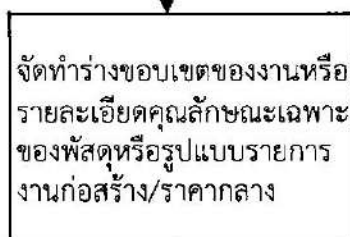
เวลา

๑.



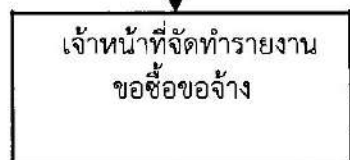
๑ วัน

๒.



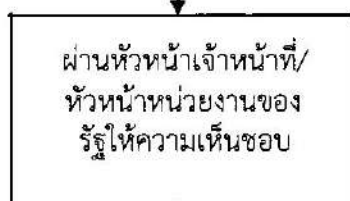
๑ วัน

๓.

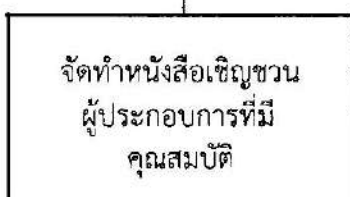
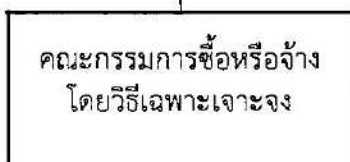


๓ วัน

๔.



๕ วัน



๖.



๑ วัน



๑๓

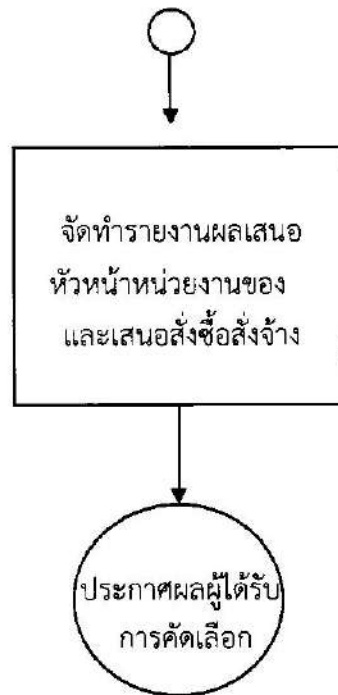
ลำดับที่

ผังกระบวนการ

เวลา

๗.

๑ วัน



๘.

๑ วัน

รวมเวลาทั้งหมด ๑๓ วัน

ขั้นตอนกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง
และการบริหารงานพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐

กระบวนการดำเนินการซื้อหรือจ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑		๑ วัน	ส่วนงานต่างๆ ที่ต้องการใช้พัสดุจัดทำแผนงานโครงการภารกิจที่รับผิดชอบเสนอผู้มีอำนาจลงนามอนุมัติ		-ส่วนเจ้าของงาน	
๒		๑ วัน	ส่วนงานต่างๆ ที่ต้องการใช้พัสดุจัดทำหนังสือบันทึกขออนุมัติหลักการจัดซื้อจัดจ้างและรายละเอียดคุณลักษณะและขอบเขตของงานเสนอผู้มีอำนาจลงนามอนุมัติ		-ส่วนเจ้าของงาน	
๓		๓ วัน	-เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลลงระบบฯ และนำรายงานขอซื้อขอจ้างจากระบบฯ	-ใบสั่งซื้อ/จ้าง	-เจ้าหน้าที่	

ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๔	<pre> graph TD Start(()) --> A[ผ่านหัวหน้าเจ้าหน้าที่/หัวหน้าหน่วยงานของรัฐ ให้ความเห็นชอบ] A --> B[คณะกรรมการซื้อหรือจ้าง โดยวิธีเฉพาะเจาะจง] B --> C[จัดทำหนังสือเชิญชวน ผู้ประกอบการที่มีคุณสมบัติ] C --> D{ยื่นซองข้อเสนอ/ เปรียบเทียบราคา} D -- No --> B D -- Yes --> End(()) </pre>	๕ วัน	-เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลลงระบบฯ และนำรายงานขอซื้อจ้างจาก ระบบฯเสนอผู้มีอำนาจพิจารณาอนุมัติ/ลงนามในคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการการตรวจรับพัสดุ		-เจ้าหน้าที่	
๕	<pre> graph TD D{ยื่นซองข้อเสนอ/ เปรียบเทียบราคา} D -- No --> B[คณะกรรมการซื้อหรือจ้าง โดยวิธีเฉพาะเจาะจง] D -- Yes --> End(()) </pre>	๑ วัน	-ผู้ประกอบการยื่นซองข้อเสนอ		-ผู้ประกอบการ	

ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๖	 จัดทำรายงานผลเสนอ หัวหน้าหน่วยงานของรัฐ และเสนอสั่งซื้อสิ่งจ้าง	๑ วัน	-เสนอผลการพิจารณา		-เจ้าหน้าที่	
๗	 ประกาศผลผู้ได้รับ การคัดเลือก	๑ วัน	-หัวหน้าเจ้าหน้าที่ประกาศผลผู้ ชนะการคัดเลือก	-เว็บไซต์ระบบ e-GP -เว็บไซต์ของหน่วยงาน -ปิด ประกาศ ณ ที่ทำการ -แจ้งผลการพิจารณาผ่านทาง e-mail ตามแบบให้ทุกราย ทราบ	-หัวหน้าเจ้าหน้าที่	

ระบบติดตามประเมินผล

เมื่อส่งคู่มือให้เจ้าหน้าที่ผู้จัดหาพัสดุนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานแล้วจะติดตามประเมินผลโดยทำแบบสอบถามถึงเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติว่ามีปัญหาอุปสรรคในการใช้คู่มือดังกล่าวหรือไม่ หากพบปัญหาจะได้ทบทวนเพื่อปรับปรุงกระบวนการ โดยการระดมความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานรวมทั้งผู้เกี่ยวข้อง หากดูอ่อน หรือ มีการเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อกระบวนการ เช่น กฎหมาย มติคณะรัฐมนตรี หรือระเบียบที่เกี่ยวข้องก็จะดำเนินการปรับปรุงกระบวนการให้เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ระเบียบการกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐
- มติคณะรัฐมนตรี
- กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- หนังสือตอบหารือของสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีและกรมบัญชีกลาง
- คำสั่งจังหวัดนครนายก และคำสั่งโรงพยาบาลบ้านนาที่เกี่ยวข้อง

คู่มือวิธีปฏิบัติงาน

งานสารบรรณ



งานสารบรรณ

๑. วัตถุประสงค์

๑.๑ เพื่อใช้เป็นวิธีปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่นายบริหารงานทั่วไปเกี่ยวกับงานสารบรรณ

๑.๒ เพื่อเป็นวิธีปฏิบัติงานงานสารบรรณเป็นไปตามมาตรฐาน

๒. นิยาม

๒.๑ หนังสือราชการ หมายถึง เอกสารที่เป็นหลักฐานในทางราชการ มี ๖ ชนิด คือ หนังสือภายนอก หนังสือภายใน หนังสือประทับตรา หนังสือสั่งการ หนังสือประชาสัมพันธ์ และหนังสือที่เจ้าหน้าที่ทำขึ้นหรือรับไว้เป็นหลักฐานในราชการ

๒.๒ หนังสือภายนอก หมายถึง หนังสือติดต่อราชการที่เป็นแบบพิธีโดยใช้กระดาษตราครุฑ

๒.๓ หนังสือภายใน หมายถึง หนังสือติดต่อราชการที่เป็นแบบพิธีน้อยกว่าหนังสือภายนอก เป็นหนังสือติดต่อภายในกระทรวงทบวงกรม หรือจังหวัดเดียวกัน ใช้กระดาษบันทึกข้อความ

๒.๔ หนังสือประทับตรา หมายถึง หนังสือที่ใช้ประทับตราแทนการลงชื่อของหัวหน้าส่วนราชการ ระดับกรมขึ้นไป

๒.๕ หนังสือสั่งการ หมายถึง คำสั่ง ระเบียบข้อบังคับ

๒.๖ หนังสือประชาสัมพันธ์ หมายถึง ประกาศ แถลงการณ์ และข่าว

๒.๗ หนังสือที่เจ้าหน้าที่ทำขึ้นหรือรับไว้เป็นหลักฐานในทางราชการ หมายถึง หนังสือรับรอง รายงานการประชุม บันทึก หนังสืออื่น เช่น ภาพถ่าย หนังสือของบุคคลภายนอก แถบบันทึกภาพ เป็นต้น

๓. วัสดุอุปกรณ์ / เครื่องมือเครื่องใช้

๓.๑ ตรายาง เช่น ตรายางรับหนังสือ ตรายางส่งหนังสือ ตราครุฑ ที่ปั๊มวันที่ เป็นต้น

๓.๒ แท่นหมึกสีดำ สีแดง สีน้ำเงิน

๓.๓ แฟ้มเสนอ

๔. วิธีปฏิบัติงาน

๔.๑ การรับหนังสือราชการ

๔.๑.๑ คัดแยกประเภทหนังสือ เป็นประเภทดังนี้

ก. หนังสือราชการ

ข. หนังสือส่วนตัว

๔.๑.๒ จัดลำดับความสำคัญและตรวจสอบหนังสือราชการ

- ตรวจสอบหนังสือถ้ามีสิ่งที่ส่งมาด้วยว่าครบถ้วนตามที่แจ้งในหนังสือราชการ ถ้าไม่ครบประสานงานทางโทรศัพท์ไปยังหน่วยงานที่ส่งหนังสือราชการ

- จัดลำดับความสำคัญตามหนังสือราชการโดยดูจากการระบุชื่อความเร็วด้วยอักษรสีแดง เหนือ “ ที่ ” สำหรับหนังสือราชการภายนอกและหนังสือประทับตราและที่เหนือ “ ส่วนราชการ ” สำหรับหนังสือภายใน โดยดำเนินการทางสารบรรณ ดังนี้

ก. ด่วนที่สุด ให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติทันทีที่ได้รับหนังสือ

ข. ด่วนมาก ให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติโดยเร็ว

ค. ด่วน ให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติเร็วกว่าปกติเท่าที่จะทำได้

๔.๑.๓ ลงบันทึกรับหนังสือราชการ โดยปฏิบัติดังนี้

- ประทับตราวางรับหนังสือด้วยหมึกสีแดงที่มุมบนด้านขวามือของหนังสือราชการ
- ลงบันทึกใน สมุดทะเบียนรับหนังสือ รายละเอียด เลขที่หนังสือ ลงวันที่ ชื่อเรื่อง หน่วยงานที่ส่ง ชื่อผู้รับ และเรียงลำดับเลขที่รับจากน้อยไปมาก โดยแยกตามปีปฏิทิน
- ลงบันทึกเลขที่รับ วัน เดือน ปี เวลา ที่รับหนังสือราชการลงตรงที่ประทับตราวาง

๔.๑.๔ การเสนอหนังสือราชการ ปฏิบัติดังนี้

จัดแยกหนังสือราชการ

- หนังสือราชการที่เกี่ยวข้องกับผู้อำนวยการโดยตรง จัดใส่แฟ้มเสนอให้ผู้อำนวยการพิจารณาและลงนาม
- กรณีหนังสือราชการที่ต้องเสนอผู้อำนวยการจากกลุ่มงาน / งาน หลังจากหัวหน้ากลุ่มงาน / งานพิจารณาแล้ว เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงาน/งานนั้น จัดหนังสือราชการใส่แฟ้มเสนอและนำส่งเลขานุการผู้อำนวยการเพื่อนำเสนอต่อผู้อำนวยการพิจารณาและลงนาม
- ตรวจสอบความเรียบร้อยของหนังสือราชการที่จะเสนอผู้อำนวยการ เพื่อส่งออกไปภายนอก โดยดูความถูกต้องครบถ้วน ตามคู่มือเรื่อง ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ พ.ศ. ๒๕๒๖ ถ้าพบว่าไม่ถูกต้องครบถ้วน ประสานกลุ่มงาน / งาน ที่ส่งหนังสือดำเนินแก้ไข

๔.๒ การส่งหนังสือราชการ

จัดแยกหนังสือราชการภายในและภายนอก

หนังสือภายใน

- แจกแต่ละกลุ่มงาน/งานที่เสนอแฟ้มรับแฟ้มเสนอคืนที่เลขานุการผู้อำนวยการ
- หนังสือที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มงาน / งานใด ให้ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนั้นเซ็นชื่อ และลงวันที่รับในทะเบียนรับหนังสือของงานธุรการ

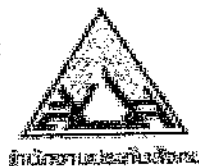
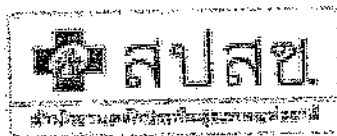
หนังสือภายนอก (ส่งออกไปภายนอก)

- ลงบันทึกใน ทะเบียนส่ง โดยลงรายละเอียด เลขที่ส่งหนังสือ วัน เดือน ปี ที่ลงทะเบียนส่ง ชื่อผู้รับ ชื่อเรื่องหนังสือ และหมายเหตุหนังสือว่าออกจากกลุ่มงาน / งานใด
- หนังสือราชการที่จะนำส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะนำส่งพร้อมทะเบียนส่งหนังสือเจ้าหน้าที่ภายนอกที่รับหนังสือจะลงนามในทะเบียนส่งหนังสือ

คู่มือการปฏิบัติงาน

งานประกันสุขภาพและสังคมสงเคราะห์

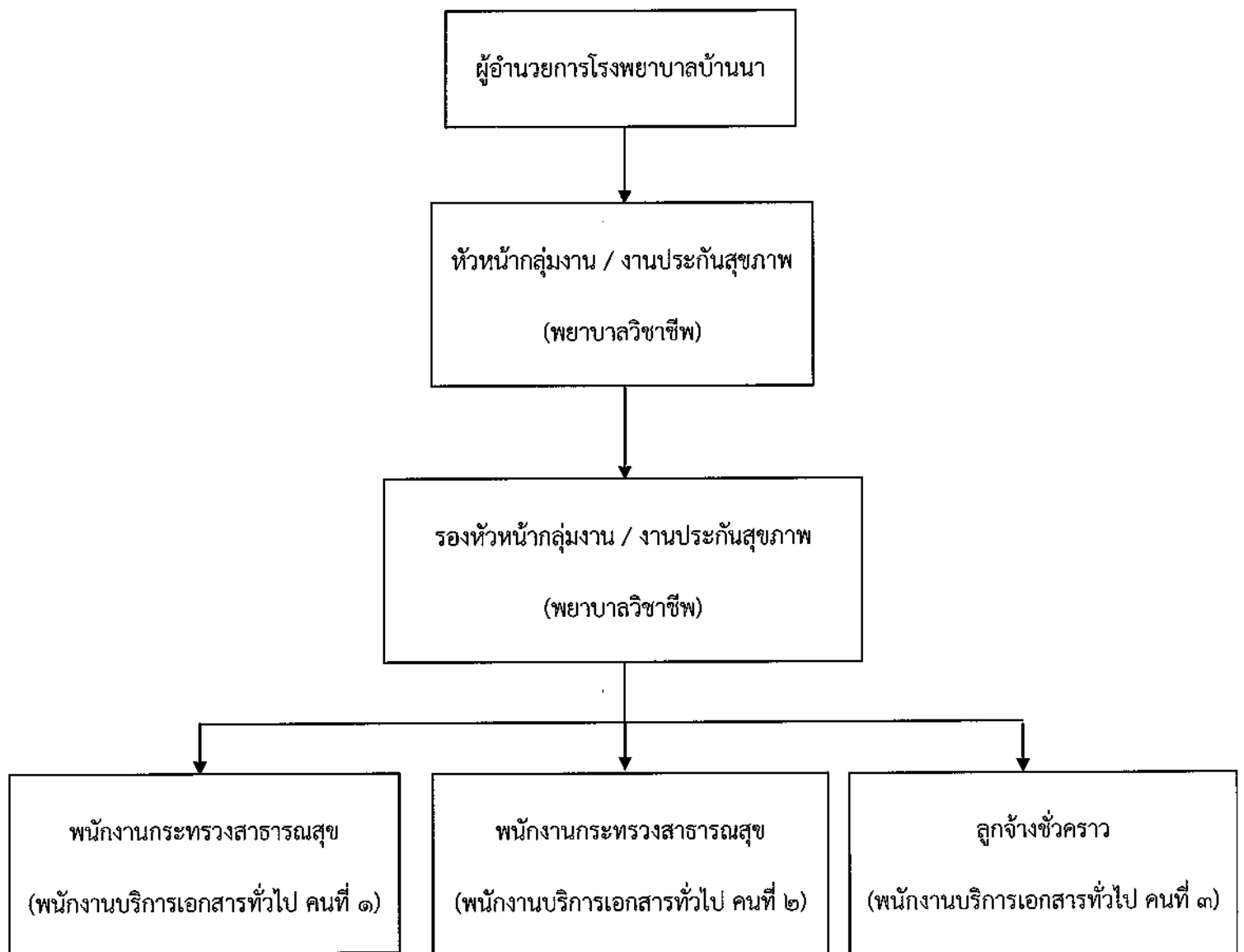
โรงพยาบาลบ้านนา

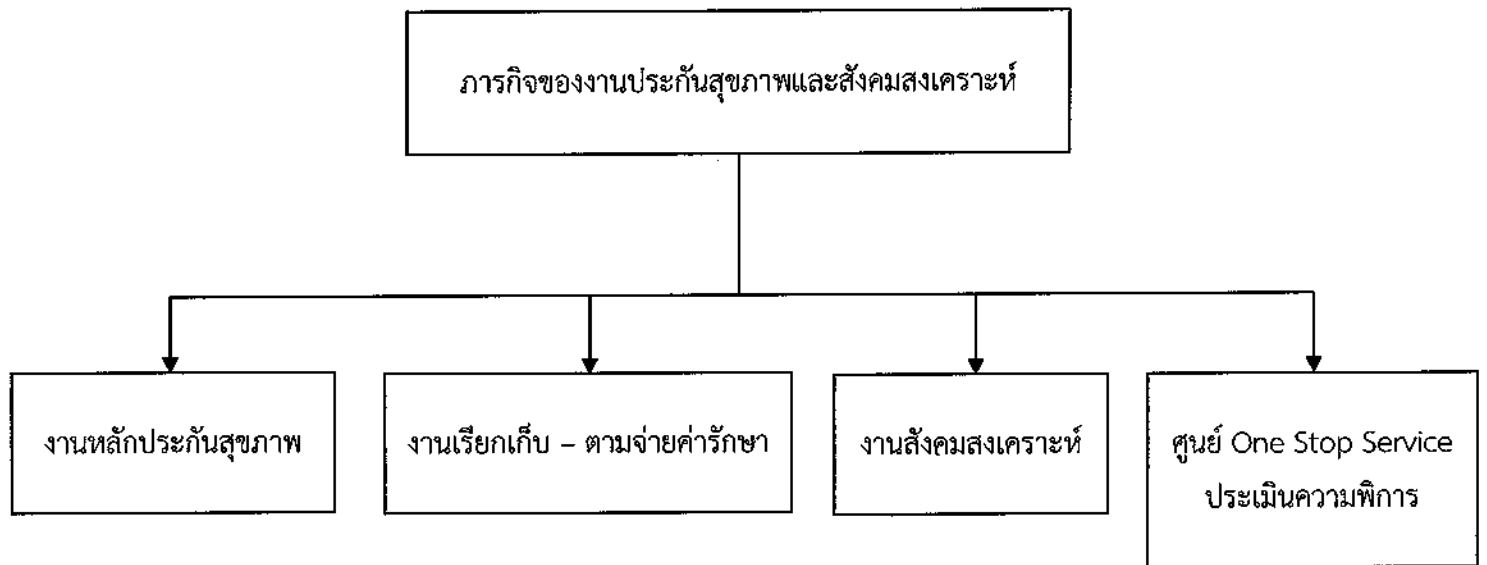


สารบัญ

โครงสร้างการบริหารงานประกันสุขภาพและสังคมสงเคราะห์	๑
ภารกิจของงานประกันสุขภาพและสังคมสงเคราะห์	๒
บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ	๓
อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่	๔
เกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการ	๕
กฎระเบียบของบุคลากรในหน่วยงาน	๕

โครงสร้างการบริหารงานประกันสุขภาพและสังคมสงเคราะห์





บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบ

๑. งานหลักประกันสุขภาพ

- ๑.๑ ตรวจสอบสิทธิ / พิจารณาการใช้สิทธิ / รับรองสิทธิการรักษา
- ๑.๒ ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า / บัตรจ่ายตรง / บัตรแรงงานต่างด้าว
- ๑.๓ ประสานงานเรื่องการหาเตียง การส่งต่อผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ๑.๔ ดำเนินการแก้ไขปัญหาประสานงานเรื่องสิทธิการรักษา
- ๑.๕ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์
- ๑.๖ รับผิดชอบ ม. ๑๘ , ม. ๔๑ ตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒. งานเรียกเก็บ - ตามจ่าย ค่ารักษา

- ๒.๑ รวบรวม / ตรวจสอบ / จัดทำเอกสาร เรียกเก็บค่ารักษาตามสิทธิการรักษา
- ๒.๒ จัดทำข้อมูลลูกหนี้ ส่งงานการเงินทุกเดือน
- ๒.๓ ตรวจสอบเอกสารตามจ่ายค่ารักษาตามสิทธิการรักษา
- ๒.๔ ตรวจสอบเอกสารตามจ่ายค่าขั้นสูตรโรค ค่าตรวจพิเศษ
- ๒.๕ ติดตาม / ประสานงาน / แก้ไขปัญหา เรื่องการเรียกเก็บ และตามจ่ายค่ารักษา

๓. งานสังคมสงเคราะห์

- ๓.๑ พิจารณาเรื่องการค้างชำระหรือให้ความอนุเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด
- ๓.๒ ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติ ทำความตกลงเรื่องการผ่อนชำระค่ารักษา
- ๓.๓ ดำเนินการประสานงานกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หาสถานที่ส่งผู้ป่วยกรณีไม่มีญาติรับกลับบ้าน
- ๓.๔ ประสานงานติดตามผู้ป่วย ในกรณีมีปัญหาเรื่องสิทธิการรักษา
- ๓.๕ ตรวจสอบข้อมูล จัดทำเอกสาร ติดตามทวงหนี้ผู้ป่วยค้างชำระ ครั้งที่ ๑ , ครั้งที่ ๒ , ครั้งที่ ๓.

๔. ศูนย์รับเรื่องร้องทุกข์ - ร้องเรียน

- ๔.๑ ตอบปัญหาทั่วไปในระบบหลักประกันสุขภาพ
- ๔.๒ ให้คำปรึกษา แนะนำ ชี้แจงสิทธิประโยชน์ผู้รับบริการ และแก้ไขปัญหาเรื่องสิทธิประโยชน์
- ๔.๓ รับข้อร้องเรียน ร้องทุกข์ จากผู้รับบริการ
- ๔.๔ เป็นเลขาคีย์กลางเพื่อให้ความช่วยเหลือหาข้อตกลง ดำเนินการจัดการความขัดแย้ง ยุติปัญหา
- ๔.๕ คຸ້ມครองสิทธิของผู้รับบริการให้เข้าถึงบริการ
- ๔.๖ อำนวยความสะดวกในการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นทั้ง ม. ๔๑ และ ม. ๑๘ (๕)

๕. ศูนย์ One Stop Service ผู้พิการ

- ๕.๑ ชักประวัติ ประเมินความพิการเบื้องต้น บันทึกข้อมูลในระบบ HOSxP
- ๕.๒ ประสานกับแพทย์ประเมินความพิการ ออกใบรับรองความพิการ
- ๕.๓ ให้คำแนะนำ ประสานงาน แก้ไขปัญหา เรื่องการออกใบรับรองความพิการ
- ๕.๔ ให้คำแนะนำ ประสานงานการส่งต่อ กรณีโรงพยาบาลบ้านนาไม่มีแพทย์เฉพาะทางในการประเมินความพิการ
- ๕.๕ รับขึ้นทะเบียน เปลี่ยนสิทธิเป็นผู้พิการ ของบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่งานประกันสุขภาพและสังคมสงเคราะห์

อัตรากำลังของหน่วยงาน

๑. พยาบาลวิชาชีพ ๒ คน
๒. พนักงานบริการเอกสารทั่วไป ๒ คน
๓. ลูกจ้างชั่วคราว ๑ คน

วันราชการ (๐๘.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.)

๑. พนักงานวิชาชีพ ๒ คน
๒. พนักงานบริการเอกสารทั่วไป ๒ คน
๓. ลูกจ้างชั่วคราว ๑ คน

การปฏิบัติงาน

- ๐๘.๐๐- ๑๖.๐๐ น. เจ้าหน้าที่งานประกัน ๑ คน ปฏิบัติงานที่แผนกทำบัตรผู้ป่วยนอก
 ๐๘.๐๐ -๑๖.๐๐ น. เจ้าหน้าที่งานประกัน ๑ คน ปฏิบัติงาน Roud สิทธิที่แผนกผู้ป่วยใน
 (ตามตารางเวรที่ได้รับมอบหมาย)

วันหยุดราชการ (๐๘.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.)

พนักงานบริการเอกสารทั่วไป หรือลูกจ้างชั่วคราว ๑ คน ขึ้นปฏิบัติงานที่ห้องประกันสุขภาพ

การมอบหมายงาน

มอบหมายตามลักษณะงานและความรับผิดชอบตามคำสั่งของโรงพยาบาลบ้านนา เรื่องการมอบหมายหน้าที่ ความรับผิดชอบของงานประกันสุขภาพ

เกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการ

๑. ตรวจสอบสิทธิ/รับรองสิทธิ ให้ถูกต้อง รวดเร็ว ตามสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ
๒. คำนึงสิทธิของผู้รับบริการให้เข้าถึงบริการ
๓. จัดเตรียม วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ ให้อยู่ในสภาพพร้อมที่จะให้บริการกับผู้รับบริการ
๔. เจ้าหน้าที่ มีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่อง กฎ ระเบียบ แนวทางปฏิบัติ การประสานงานในเรื่องหลักประกันสุขภาพ ตลอดจนการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างเหมาะสม
๕. เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความเข้าใจ ในระบบการทำงานของงานประกันสุขภาพและสังคมสงเคราะห์

กฎระเบียบของบุคลากรในหน่วยงาน

๑. การให้บริการ
เจ้าหน้าที่งานประกันสุขภาพต้องมี Service Mind ในการให้บริการ
๒. การแต่งกาย
๒.๑ เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องใส่ชุดตามระเบียบ ตามแบบฟอร์มที่โรงพยาบาลกำหนด
๒.๒ ไม่สวมรองเท้าแตะ และใส่กางเกงยีนส์ในการมาปฏิบัติงาน
๓. การลงชื่อปฏิบัติงาน
- เจ้าหน้าที่ทุกคน ในเวลาราชการและนอกเวลาราชการต้องลงนามปฏิบัติงานที่กลุ่มงานบริหาร
จัดเตรียมไว้ให้ หากไม่ลงชื่อปฏิบัติงานถือว่าขาดงาน การลงชื่อปฏิบัติงานต้องตรงความเป็นจริงไม่
ลงชื่อปฏิบัติงานแทนกัน

๔. การขึ้นปฏิบัติงาน

- ขึ้นปฏิบัติงานก่อนเวลาปฏิบัติงาน ๑๕ นาที เพื่อจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือให้พร้อมใช้ในการปฏิบัติงาน และร่วมฟังรายงานการส่งเวรในเรื่องการใช้สิทธิที่มีเป็นปัญหาและงานอื่น ๆ ที่ยังคงค้างอยู่

๕. การจัดตารางเวรการปฏิบัติงาน

- ๕.๑ หัวหน้างานเป็นผู้จัดตารางเวรของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการตรวจสอบสิทธิ และ Round สิทธิผู้ป่วยใน ทั้งในวันราชการและวันหยุดราชการ โดยมีผู้อำนวยการเป็นผู้อนุมัติ

๕.๒ การแลกเปลี่ยนเวร

- ๕.๒.๑ ให้แลกเปลี่ยนเวรกันได้ และต้องมีการเขียนใบแลกเปลี่ยนเสนอหัวหน้า ๓ วัน ก่อนขึ้นเวร
- ๕.๒.๒ การแลกเปลี่ยนเวร ต้องได้รับอนุญาตจากหัวหน้างานก่อนจึงจะถือว่าถูกต้อง

๖. ระเบียบการลา

การลาของเจ้าหน้าที่จะปฏิบัติตามระเบียบการลาของโรงพยาบาลบ้านนา

- ๖.๑ การลาป่วย การลาป่วยเพื่อการรักษาตัว ให้เสนอหรือจัดส่งใบลาต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับ จนถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอนุญาตก่อนหรือในวันที่ลานั้น หากมีกรณีจำเป็น ให้ส่งใบลาในวันแรกที่มาปฏิบัติราชการ การลาป่วยตั้งแต่ ๒ วันขึ้นไป ต้องแนบใบรับรองแพทย์ไปพร้อมกับใบลาด้วย และลาป่วยครั้งเดียวหรือหลายครั้งติดต่อกันแต่ไม่ถึง ๓๐ วัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะสั่งให้มีใบรับรองแพทย์แนบด้วย หรือจะสั่งให้ผู้ลาไปรับการตรวจจากแพทย์ก็ได้
- ๖.๒ การลาค่อดบุตร ให้เสนอหรือจัดส่งใบลาหลังจากคลอดภายใน ๗ วัน ต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับ จนถึงผู้อำนวยการอนุญาต
- ๖.๓ การลากิจส่วนตัว ให้เสนอหรือจัดส่งใบลาต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับ ก่อนถึงวันลาไม่น้อยกว่า ๓ วัน และได้รับอนุญาตแล้ว จึงลาหยุดได้ ยกเว้นกรณีเร่งด่วนให้ชี้แจงให้ผู้บังคับบัญชาและผู้อำนวยการโรงพยาบาลทราบถึงเหตุผลความจำเป็นผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ลากิจส่วนตัว หากมีราชการจำเป็นเกิดขึ้น ผู้บังคับบัญชาหรือผู้อำนวยการสามารถจะเรียกตัวกลับมาปฏิบัติราชการได้
- ๖.๔ การลาพักผ่อน ให้เสนอหรือจัดส่งใบลาต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น ก่อนถึงวันลาไม่น้อยกว่า ๗ วัน เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงหยุดราชการได้ และหากได้หยุดราชการดังกล่าวยังไม่ครบกำหนดเวลา ถ้ามีราชการจำเป็นเกิดขึ้น ผู้บังคับบัญชา หรือผู้อำนวยการสามารถจะเรียกตัวกลับมาปฏิบัติราชการได้ไม่อนุญาตให้ลาพักผ่อนก่อน หรือหลังต่อกับวันหยุดนักขัตฤกษ์ติดต่อกันหลายวัน
- ๖.๕ การลาไปศึกษา ดูงานฝึกอบรม หรือปฏิบัติการวิจัย ผู้ประสงค์จะลาไปศึกษา ดูงานฝึกอบรม หรือปฏิบัติการวิจัย ณ ต่างประเทศ ให้เสนอหรือจัดส่งใบลาต่อผู้บังคับบัญชา จนถึงปลัดกระทรวงหรือหัวหน้าส่วนราชการ และเมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงหยุดราชการได้
- ๖.๖ การลาออกจากราชการ ให้เสนอใบลาออกจากราชการต่อผู้บังคับบัญชา และผู้อำนวยการ ไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน และเมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงออกจากราชการได้

คู่มือสำหรับประชาชน	
งานที่ให้บริการ	คลินิกส่งเสริมสุขภาพ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานเวชศาสตร์ฯ โรงพยาบาลบ้านนา

ขอบเขตการให้บริการ			
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ		
ตึกอำนวยการ โรงพยาบาลบ้านนา โทรศัพท์: ๐๓๗-๓๘๑๘๓๒ ต่อ๑๑๐๕	ในเวลาราชการ		
	วัน	๐๘.๐๐-๑๒.๐๐ น.	๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.
	จันทร์	ฝากครรภ์เก่า	วางแผนครอบครัว
	อังคาร	ฉีดวัคซีนเด็ก	วัดโรค
	พุธ	กระตุ้นพัฒนาการเด็ก	เยี่ยมบ้าน
	พฤหัสบดี	ฝากครรภ์รายใหม่	เยี่ยมบ้าน
	ศุกร์	ฟ้าใส	ฟ้าใส
	หมายเหตุ : เว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด		

หลักการรักษา
ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคแก่ผู้รับบริการทั้งในเขตอำเภอบ้านนาและใกล้เคียงให้ได้ บริการตามมาตรฐาน ปลอดภัย และสามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้

ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ยืนยันนัด ๒. ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง/วัดความดันโลหิต ๓. ชักประวัติ ให้คำแนะนำ ๔. บริการตรวจ/รักษา/ฉีดวัคซีน ๕. ให้คำแนะนำ/นัดหมายก่อนกลับบ้าน ๖. รับยา	งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านนา

คู่มือสำหรับประชาชน	
งานที่ให้บริการ	คลินิกวัณโรค
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานควบคุมโรค กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบ้านนา

ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
งานควบคุมโรค คลินิกร่วมใจ (วัณโรค) โรงพยาบาลบ้านนา <u>โทรศัพท์:</u> ๐๓๗-๓๘๑๘๓๒-๓ ต่อ ๑๑๐๘ <u>โทรสาร:</u> ๐๓๗-๓๘๒๐๑๑	เปิดให้บริการ วันอังคาร ตั้งแต่เวลา ๑๒.๐๐ น. - ๑๖.๐๐ น. <u>คลินิกบำบัดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกรายใหม่</u> ให้บริการตั้งแต่ วันจันทร์-วันศุกร์ตั้งแต่เวลา ๐๘.๐๐-๑๒.๐๐ น. และ ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. <u>บริการกลุ่มบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด</u> วันจันทร์ วันอังคาร และวันพฤหัสบดี เวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๕.๐๐ น. (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

หลักการรักษาวิธีการและเงื่อนไขการให้บริการ

ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ยืนยันประชาชน เด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ใช้สำเนาทะเบียนบ้านหรือ สูติบัตร พร้อมใบนัดและสมุดประจำตัวผู้ป่วย (ตรวจสอบสิทธิ์ก่อน วันคลินิกแจ้ง) ๒. ชั่งน้ำหนักและวัดความดันโลหิต ๓. ชักประวัติ อาการทั่วไป ผลข้างเคียงจากยา ๔. ตรวจสอบการรับประทานยาและการลงบันทึกในสมุดประจำตัว ผู้ป่วย ๕. ลงบันทึกข้อมูลในใบ TB๐๑ และ Hos-Xp ๖. ส่งตรวจเสมหะ,CXR เจาะเลือดตามแนวทางการรักษา ๗. ตรวจรักษาโดยแพทย์ ๘. รอรับยาที่ห้องยา ๙. ทวนสอบความถูกต้องของยาทั้งชนิดและจำนวนเน้นการทานยา ต่อเนื่องและการลงบันทึก ๑๐. นัดหมายการรับยาครั้งต่อไปพร้อมแนะนำการเก็บเสมหะที่ถูกวิธี (ถ้ามี) ระยะเวลาเฉลี่ยในการให้บริการ ๑๒๐ นาที	งานควบคุมโรค คลินิกร่วมใจ (วัณโรค)โรงพยาบาลบ้านนา

คู่มือสำหรับประชาชน	
งานที่ให้บริการ	คลินิกฟ้าใส
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานควบคุมโรค กลุ่มงานเวชศาสตร์ฯ โรงพยาบาลบ้านนา

ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
อาคารรัตนโกสินทร์ โรงพยาบาลบ้านนา โทรศัพท์: ๐๓๗-๓๘๑๘๓๒ ต่อ๑๑๐๘	<u>ในเวลาราชการ</u> บริการตรวจเลือดวันจันทร์ที่๑และ๓ของเดือน ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๑๑.๐๐ น. บริการตรวจรักษา/จ่ายยาต้านทุพวันศุกร์(ยกเว้นศุกร์ ที่๕ของเดือน) รับบัตร ๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น. และตรวจรักษาเวลา ๑๓.๐๐ -๑๖.๐๐น.(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการ)

หลักการรักษา
ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อเพื่อให้มีสุขภาพดี สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างปกติ โดยเคารพความเป็นมนุษย์และสิทธิมนุษยชน

ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
<u>วันตรวจเลือด</u> (ระยะเวลาการให้บริการ ๔๕ นาที) ๑. ยื่นบัตรนัด ๒. รอเรียกชื่อเพื่อรับบัตรคิวเจาะเลือด ๓. ยื่นบัตรคิวและเจาะเลือดที่ห้องชั้นสูตรเลือด <u>วันรับยา</u> (ระยะเวลาการให้บริการ ๙๐ นาที) ๑. ยื่นบัตรนัด ๒. ชั่งน้ำหนัก/วัดความดันโลหิต ๓. รอเรียกชื่อเพื่อซักประวัติ/ตรวจเพิ่มเติมก่อนพบแพทย์ ๔. เข้าร่วมกิจกรรมทำกลุ่ม ๕. รอเรียกชื่อเพื่อเข้าพบแพทย์ ๖. เมื่อออกจากห้องตรวจให้นำสมุดประวัติยื่นที่โตะพยาบาล ๗. รับยาที่ห้องยา ๘. นำยากลับมาเพื่อตรวจสอบและรับใบนัดหมายครั้งต่อไป	งานควบคุมโรค โรงพยาบาลบ้านนา

คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติงาน

ข้าราชการ

ลูกจ้างประจำ

พนักงานราชการ

พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

ลูกจ้างชั่วคราว

หลักเกณฑ์การเลื่อนขึ้นเงินเดือนข้าราชการ

๑. ในครั้งปีที่แล้วมีผลการประเมินผลการปฏิบัติราชการไม่ต่ำกว่าระดับพอใช้หรือร้อยละ ๖๐
๒. ในครั้งปีที่แล้วมาไม่ถูกสั่งลงโทษทางวินัยที่หนักกว่าโทษภาคทัณฑ์หรือไม่ถูกศาลพิพากษาในคดีอาญาให้ลงโทษในความผิดที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ราชการหรือความผิดที่ทำให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์ของตำแหน่งหน้าที่ราชการของตน ซึ่งมีใช้ความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๓. ในครั้งปีที่แล้วมาต้องไม่ถูกสั่งพักราชการเกินกว่าสองเดือน
๔. ในครั้งปีที่แล้วมาต้องไม่ขาดราชการโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร
๕. ในครั้งปีที่แล้วมาต้องได้รับการบรรจุเข้ารับราชการมาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่าสี่เดือน หรือปฏิบัติราชการมาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่าสี่เดือนก่อนถึงแก่ความตาย
๖. ในครั้งปีที่แล้วมา สำหรับผู้ได้รับอนุญาตให้ไปศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน หรือปฏิบัติการวิจัยในประเทศหรือต่างประเทศ ต้องมีเวลาปฏิบัติราชการไม่น้อยกว่าสี่เดือน
๗. ในครั้งปีที่แล้วมา สำหรับผู้ได้รับอนุญาตให้ลาติดตามคู่สมรสไปปฏิบัติราชการหรือปฏิบัติงานในต่างประเทศต้องมีเวลาปฏิบัติราชการไม่น้อยกว่าสี่เดือน
๘. ในครั้งปีที่แล้วมาต้องไม่ลาหรือมาทำงานสายเกินจำนวนครั้งที่ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจสั่งเลื่อนเงินเดือนหรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายกำหนดเป็นหนังสือไว้ก่อนแล้ว โดยคำนึงถึงลักษณะงานและสภาพท้องถิ่นเป็นที่ตั้งของแต่ละส่วนราชการหรือหน่วยงาน
๙. ในครั้งปีที่แล้วมาต้องมีเวลาปฏิบัติราชการ โดยมีวันลาไม่เกินยี่สิบสามวัน แต่ไม่รวมถึงวันลาตาม ๖ หรือ ๗ และวันลาดังต่อไปนี้
 - (ก) ลาอุปสมบทหรือลาไปประกอบพิธีฮัจญ์ ณ เมืองเมกกะ ประเทศซาอุดีอาระเบีย เฉพาะวันลาที่มีสิทธิได้รับเงินเดือนระหว่างลาตามกฎหมายว่าด้วยการจ่ายเงินเดือน
 - (ข) ลาคลอดบุตรไม่เกินเก้าสิบวัน
 - (ค) ลาป่วยซึ่งจำเป็นต้องรักษาตัวเป็นเวลานานไม่ว่าคราวเดียวหรือหลายคราวรวมกันไม่เกินหกสิบวันทำการ
 - (ง) ลาป่วยเพราะประสบอันตรายในขณะปฏิบัติราชการตามหน้าที่หรือในขณะเดินทางไปหรือกลับจากการปฏิบัติราชการตามหน้าที่
 - (จ) ลาพักผ่อน
 - (ฉ) ลาเข้ารับการตรวจเลือกหรือเข้ารับการเตรียมพล
 - (ช) ลาไปปฏิบัติงานในองค์การระหว่างประเทศ

***** การนับจำนวนวันลาสำหรับการลาป่วยและการลากิจส่วนตัว ให้นับเฉพาะวันทำการ*****

ในการพิจารณาเลื่อนเงินเดือน ให้นำข้อมูลการลา พฤติกรรมการมาทำงาน การรักษาวินัยการปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับการเป็นข้าราชการและข้อควรพิจารณาอื่นมาประกอบการพิจารณาด้วย

อ้างอิง ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๖ ตอนที่ ๗๔ ก. ๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๒

วิธีการคำนวณเพื่อเลื่อนเงินเดือน กรณีปกติ

ตัวอย่างที่ ๑ นาง..... ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ ระดับชำนาญงาน
เงินเดือนปัจจุบัน ๓๔,๓๐๐.- บาท
ฐานในการคำนวณ (ฐานบน) ๓๑,๖๐๐
ผลการประเมินการปฏิบัติงานได้ ๙๙.๕ % = ร้อยละที่จะได้เลื่อน ๕.๙
วิธีคำนวณ = $๓๑,๖๐๐ \times ๕.๙$
= ๑,๘๖๔.๔๐
ปัดให้เป็นจำนวนเต็ม = ๑,๘๗๐
นาง..... จะได้รับการเลื่อนเงินเดือน $๓๔,๓๐๐ + ๑,๘๗๐ = ๓๖,๑๗๐.-$

วิธีการคำนวณเพื่อเลื่อนเงินเดือน กรณีเกือบเต็มขั้น

ตัวอย่างที่ ๒ นาง..... ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (เงินเดือนเต็มขั้น ๔๓,๖๐๐ บาท)
เงินเดือนปัจจุบัน ๔๒,๖๑๐ บาท
ฐานในการคำนวณ (ฐานบน) ๓๖,๔๗๐
ผลการประเมินการปฏิบัติงานได้ ๙๙.๕ % = ร้อยละที่จะได้เลื่อน ๕.๙
วิธีคำนวณ = $๓๖,๔๗๐ \times ๕.๙$
= ๒,๑๕๑.๗๓
นาง..... ต้องใช้เงิน ๙๙๐ บาท จะเต็มขั้น ($๔๓,๖๐๐ - ๔๒,๖๑๐ = ๙๙๐$)
= $๒,๑๕๑.๗๓ - ๙๙๐$
= ๑,๑๖๑.๗๓ (เป็นค่าตอบแทนพิเศษ)

กรณีนี้จะไม่พิเศษให้เป็นจำนวนเต็ม

คำสั่งของนาง..... ดังนี้

๑. คำสั่งเลื่อนเงินเดือน

๒. คำสั่งให้ข้าราชการได้รับค่าตอบแทนพิเศษ



กฎ ก.พ.

ว่าด้วยการเลื่อนเงินเดือน

พ.ศ. ๒๕๕๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๘ (๕) และมาตรา ๑๔ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ อันเป็นกฎหมายที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๕ ประกอบกับมาตรา ๓๑ มาตรา ๓๓ มาตรา ๔๑ และมาตรา ๖๔ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ก.พ. โดยอนุมัติคณะรัฐมนตรีจึงออกกฎ ก.พ.ไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ กฎ ก.พ. นี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๒ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ในกฎ ก.พ. นี้

“ปี” หมายความว่า ปีงบประมาณ

“ครั้งแรก” หมายความว่า ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม

“ครั้งหลัง” หมายความว่า ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน

“ครั้งที่แล้วมา” หมายความว่า ระยะเวลาครั้งแรกหรือครั้งหลัง ที่ผ่านมาแล้วแต่กรณี

“ค่ากลาง” หมายความว่า ผลรวมของเงินเดือนต่ำสุดกับเงินเดือนสูงสุดที่ข้าราชการพลเรือนสามัญแต่ละประเภท แต่ละสายงาน และแต่ละระดับได้รับตามหลักเกณฑ์ที่ ก.พ. กำหนด หารด้วยสองเพื่อให้ได้ตัวเลขที่จะนำไปใช้คิดฐานในการคำนวณ

“ฐานในการคำนวณ” หมายความว่า ตัวเลขที่จะนำไปใช้ในการคิดคำนวณเพื่อเลื่อนเงินเดือนของข้าราชการพลเรือนสามัญแต่ละประเภท แต่ละสายงาน และแต่ละระดับ โดยแบ่งออกเป็น

(๑) ฐานในการคำนวณระดับล่าง ได้แก่ ผลรวมของเงินเดือนต่ำสุดตามที่ ก.พ. กำหนดกับค่ากลาง หารด้วยสอง

(๒) ฐานในการคำนวณระดับบน ได้แก่ ผลรวมของเงินเดือนสูงสุดตามที่ ก.พ. กำหนดกับค่ากลาง หารด้วยสอง

ในกรณีที่คำนวณตามวิธีการดังกล่าวแล้ว มีผลทำให้ฐานในการคำนวณระดับล่างของระดับตำแหน่งที่สูงกว่า มีค่าต่ำกว่าหรือเท่ากับฐานในการคำนวณระดับบนของระดับตำแหน่งที่ต่ำกว่าซึ่งอยู่ถัดลงไป ก.พ. อาจปรับฐานในการคำนวณระดับล่างของระดับตำแหน่งที่สูงกว่านั้นเสียใหม่ให้สูงขึ้นได้ โดยต้องนำภาพรวมของฐานในการคำนวณเพื่อเลื่อนเงินเดือนทั้งระบบมาเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา

“ช่วงเงินเดือน” หมายความว่า ช่วงของเงินเดือนระหว่างเงินเดือนขั้นต่ำถึงค่ากลาง หรือระหว่างค่ากลางถึงเงินเดือนขั้นสูง แล้วแต่กรณี และช่วงเงินเดือนที่ ก.พ. ปรับให้สอดคล้องกับฐานในการคำนวณด้วย

ข้อ ๓ ให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุและแต่งตั้งตามมาตรา ๕๗ เป็นผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจสั่งเลื่อนเงินเดือน

ข้อ ๔ การเลื่อนเงินเดือนข้าราชการพลเรือนสามัญ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดไว้ในกฎ ก.พ. นี้ และให้นำผลการประเมินผลการปฏิบัติราชการที่ได้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ ก.พ. กำหนดตามมาตรา ๗๖ มาประกอบการพิจารณา โดยให้เลื่อนได้ไม่เกินวงเงินที่ส่วนราชการได้รับการจัดสรรให้ใช้ในการเลื่อนเงินเดือน

การเลื่อนเงินเดือนให้ข้าราชการพลเรือนสามัญแต่ละคนในแต่ละครั้ง ให้เลื่อนได้ไม่เกินเงินเดือนสูงสุดที่ ก.พ. กำหนดสำหรับตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้ง

การเลื่อนเงินเดือนให้ข้าราชการพลเรือนสามัญโดยมิได้ดำเนินการตามวรรคหนึ่ง แต่ใช้วิธีการหารเฉลี่ยเพื่อให้ข้าราชการพลเรือนสามัญทุกคนได้รับการเลื่อนเงินเดือนในอัตราร้อยละที่เท่ากัน จะกระทำมิได้

การเลื่อนเงินเดือนข้าราชการพลเรือนสามัญแต่ละคนในแต่ละครั้ง ให้เลื่อนได้ในอัตราไม่เกินร้อยละหกของฐานในการคำนวณ และให้ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจสั่งเลื่อนเงินเดือนประกาศอัตราร้อยละ

ของฐานในการคำนวณที่ได้ใช้เป็นเกณฑ์ในการคำนวณเพื่อเลื่อนเงินเดือน โดยต้องประกาศให้ทราบเป็นการทั่วไปอย่างชัดที่สุดพร้อมกับการมีคำสั่งเลื่อนเงินเดือน

การคำนวณจำนวนเงินสำหรับการเลื่อนเงินเดือนถ้ามีเศษไม่ถึงสิบบาทให้ปัดเป็นสิบบาท

ข้อ ๕ การเลื่อนเงินเดือนข้าราชการพลเรือนสามัญโดยปกติให้เลื่อนปีละสองครั้ง ดังนี้

(๑) ครั้งที่หนึ่ง เป็นการเลื่อนเงินเดือนสำหรับการปฏิบัติราชการในครึ่งปีแรก โดยให้เลื่อนในวันที่ ๑ เมษายนของปีที่ได้เลื่อน

(๒) ครั้งที่สอง เป็นการเลื่อนเงินเดือนสำหรับการปฏิบัติราชการในครึ่งปีหลัง โดยให้เลื่อนในวันที่ ๑ ตุลาคมของปีถัดไป

ข้อ ๖ ให้ ก.พ. กำหนดค่ากลาง ฐานในการคำนวณ และช่วงเงินเดือนตามกฎหมาย ก.พ. นี้ แล้วให้สำนักงาน ก.พ. แจกส่วนราชการและจังหวัดทราบเป็นการล่วงหน้า

ข้อ ๗ ผลการเลื่อนเงินเดือนข้าราชการพลเรือนสามัญแต่ละคนในแต่ละครั้ง ให้ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจสั่งเลื่อนเงินเดือนจัดให้มีการแจ้งให้ข้าราชการพลเรือนสามัญทราบเป็นข้อมูลเฉพาะแต่ละบุคคล

การแจ้งผลการเลื่อนเงินเดือนตามวรรคหนึ่งให้ประกอบด้วย อัตราร้อยละที่ได้รับการเลื่อนฐานในการคำนวณ จำนวนเงินที่ได้รับการเลื่อน และเงินเดือนที่พึงได้รับเมื่อได้รับการเลื่อนตามผลการเลื่อนเงินเดือนนั้น

ข้าราชการพลเรือนสามัญผู้ใดไม่ได้รับการเลื่อนเงินเดือนให้แจ้งเหตุผลที่ไม่ได้เลื่อนเงินเดือนให้ผู้ขึ้นทราบด้วย

ข้อ ๘ ข้าราชการพลเรือนสามัญซึ่งจะได้รับการพิจารณาเลื่อนเงินเดือนในแต่ละครั้งต้องอยู่ในหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(๑) ในครึ่งปีที่แล้วมีผลการประเมินผลการปฏิบัติราชการไม่ต่ำกว่าระดับพอใช้หรือร้อยละหกสิบ

(๒) ในครึ่งปีที่แล้วมาต้องไม่ถูกสั่งลงโทษทางวินัยที่หนักกว่าโทษภาคทัณฑ์ หรือไม่ถูกศาลพิพากษาในคดีอาญาให้ลงโทษในความผิดที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ราชการ หรือความผิดที่ทำให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์ของตำแหน่งหน้าที่ราชการของตน ซึ่งมีโทษความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(๓) ในครึ่งปีที่แล้วมาต้องไม่ถูกสั่งพักราชการเกินกว่าสองเดือน

(๔) ในครึ่งปีที่แล้วมาต้องไม่ขาดราชการโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร

(๕) ในครั้งปีที่แล้วมาต้องได้รับการบรรจุเข้ารับราชการมาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่าสี่เดือน หรือได้ปฏิบัติราชการมาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่าสี่เดือนก่อนถึงแก่ความตาย

(๖) ในครั้งปีที่แล้วมา สำหรับผู้ได้รับอนุญาตให้ไปศึกษา ฝึกอบรม ชูงาน หรือปฏิบัติการวิจัย ในประเทศหรือต่างประเทศ ต้องมีเวลาปฏิบัติราชการไม่น้อยกว่าสี่เดือน

(๗) ในครั้งปีที่แล้วมา สำหรับผู้ได้รับอนุญาตให้ลาติดตามคู่สมรสไปปฏิบัติราชการหรือปฏิบัติงานในต่างประเทศ ต้องมีเวลาปฏิบัติราชการไม่น้อยกว่าสี่เดือน

(๘) ในครั้งปีที่แล้วมาต้องไม่ลา หรือมาทำงานสายเกินจำนวนครั้งที่ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจ สั่งเลื่อนเงินเดือนหรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายกำหนดเป็นหนังสือไว้ก่อนแล้ว โดยคำนึงถึงลักษณะงาน และสภาพท้องที่อันเป็นที่ตั้งของแต่ละส่วนราชการหรือหน่วยงาน

(๙) ในครั้งปีที่แล้วมาต้องมีเวลาปฏิบัติราชการ โดยมีวันลาไม่เกินยี่สิบสามวัน แต่ไม่รวมถึง วันลาตาม (๖) หรือ (๗) และวันลาดังต่อไปนี้

(ก) ลาอุปสมบท หรือลาไปประกอบพิธีฮัจญ์ ณ เมืองเมกกะ ประเทศซาอุดีอาระเบีย เฉพาะวันลาที่มีสิทธิได้รับเงินเดือนระหว่างลาตามกฎหมายว่าด้วยการจ่ายเงินเดือน

(ข) ลาคลอดบุตรไม่เกินเก้าสิบวัน

(ค) ลาป่วยซึ่งจำเป็นต้องรักษาตัวเป็นเวลานานไม่ว่าคราวเดียวหรือหลายคราวรวมกัน ไม่เกินหกสิบวันทำการ

(ง) ลาป่วยเพราะประสบอันตรายในขณะที่ปฏิบัติราชการตามหน้าที่หรือในขณะที่เดินทางไปหรือกลับจากการปฏิบัติราชการตามหน้าที่

(จ) ลาพักผ่อน

(ฉ) ลาเข้ารับการตรวจเลือกหรือเข้ารับการเตรียมพล

(ช) ลาไปปฏิบัติงานในองค์การระหว่างประเทศ

การนับจำนวนวันลาสำหรับการลาป่วยและการลาถึงส่วนตัว ให้นับเฉพาะวันทำการ

ข้อ ๘ ในการพิจารณาเลื่อนเงินเดือน ให้นำข้อมูลการลา พุทธศักราชมาทำงาน การรักษาวินัย การปฏิบัติตนเหมาะสมกับการเป็นข้าราชการ และข้อควรพิจารณาอื่นมาประกอบการพิจารณาด้วย

ข้อ ๑๐ ข้าราชการพลเรือนสามัญซึ่งโอน เลื่อนตำแหน่ง ย้าย สับเปลี่ยนหน้าที่ ไปช่วยราชการ ในต่างกระทรวง ทบวง กรม ได้รับมอบหมายหรือได้รับอนุญาตให้ไปปฏิบัติงานนอกเหนือหน้าที่หรือ งานพิเศษอื่นใด หรือไปช่วยงานในหน่วยงานอื่นของรัฐ ให้นำผลการประเมินผลการปฏิบัติราชการและ

ปฏิบัติงานในครึ่งปีที่แล้วมาของข้าราชการพลเรือนสามัญผู้นั้นทุกตำแหน่งและทุกแห่งมาประกอบการพิจารณาเลื่อนเงินเดือนด้วย

ข้อ ๑๑ ข้าราชการพลเรือนสามัญผู้ใดได้รับอนุญาตให้ลาไปปฏิบัติงานในองค์การระหว่างประเทศ หรือถูกสั่งให้ไปทำการใดซึ่งให้นับเวลาระหว่างนั้นเหมือนเต็มเวลาราชการ เมื่อข้าราชการพลเรือนสามัญผู้นั้นกลับมาปฏิบัติราชการให้ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจสั่งเลื่อนเงินเดือนพิจารณาสั่งให้มีการคำนวณเพื่อหาอัตราเงินเดือนที่ข้าราชการผู้นั้นจะได้รับเมื่อกลับมาปฏิบัติราชการ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด

ข้อ ๑๒ ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจสั่งเลื่อนเงินเดือนจะนำเอาเหตุที่ข้าราชการพลเรือนสามัญผู้ใดถูกแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนในกรณีที่ถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดวินัยอย่างร้ายแรงหรือถูกฟ้องคดีอาญา มาเป็นเหตุในการไม่พิจารณาเลื่อนเงินเดือนให้ข้าราชการพลเรือนสามัญผู้นั้นไม่ได้

ข้อ ๑๓ ในกรณีที่ข้าราชการพลเรือนสามัญผู้ใดถูกสั่งลงโทษทางวินัยที่หนักกว่าโทษภาคทัณฑ์ และถูกศาลพิพากษาในคดีอาญาให้ลงโทษในความผิดที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ราชการ หรือความผิดที่ทำให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์ของตำแหน่งหน้าที่ราชการของตน ซึ่งมีโทษความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ และเป็นการถูกลงโทษจากการกระทำความผิดเดียวกัน ถ้าถูกสั่งไม่เลื่อนเงินเดือนมาแล้วเพราะเหตุที่ถูกลงโทษทางวินัยหรือถูกศาลพิพากษาในคดีอาญาให้ลงโทษ จะสั่งไม่เลื่อนเงินเดือนซ้ำอีกครั้งหนึ่งเพราะเหตุจากการกระทำความผิดเดียวกันนั้นไม่ได้

ข้อ ๑๔ ในกรณีที่ผลการพิจารณาโทษทางวินัยหรือโทษทางอาญาที่ถึงที่สุดแล้วมีผลทำให้การเลื่อนเงินเดือนของข้าราชการพลเรือนสามัญผู้ใดไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในกฎ ก.พ. นี้ ให้ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจสั่งเลื่อนเงินเดือนพิจารณาสั่งเลื่อนเงินเดือนข้าราชการพลเรือนสามัญผู้นั้นเสียใหม่ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในกฎ ก.พ. นี้

ข้อ ๑๕ ในครึ่งปีที่แล้วมาถ้าข้าราชการพลเรือนสามัญผู้ใดอยู่ในเกณฑ์ที่จะได้เลื่อนเงินเดือน แต่ผู้นั้นจะต้องพ้นจากราชการไปเพราะเหตุเกษียณอายุตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการ ให้ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจสั่งเลื่อนเงินเดือนสั่งเลื่อนเงินเดือนให้ผู้นั้นเพื่อประโยชน์ในการคำนวณบำเหน็จบำนาญในวันที่ ๓๐ กันยายนของปีที่จะพ้นจากราชการ

ข้อ ๑๖ ในครึ่งปีที่แล้วมาถ้าข้าราชการพลเรือนสามัญผู้ใดอยู่ในเกณฑ์ที่จะได้เลื่อนเงินเดือน แต่ผู้นั้นถึงแก่ความตายก่อนหรือในวันที่ ๑ เมษายนหรือ ๑ ตุลาคม ให้ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจสั่งเลื่อน

เงินเดือนส่งเลื่อนเงินเดือนให้ผู้นั้นเพื่อประโยชน์ในการคำนวณบำเหน็จบำนาญโดยให้มีผลในวันที่ผู้นั้นถึงแก่ความตาย

ข้อ ๑๗ ข้าราชการพลเรือนสามัญผู้ใดได้รับเงินเดือนถึงระดับเงินเดือนสูงสุดที่ ก.พ. กำหนดสำหรับตำแหน่งที่ดำรงอยู่แล้ว หากผู้นั้นได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งอื่นและเงินเดือนที่ได้รับอยู่นั้นต่ำกว่าเงินเดือนสูงสุดตามที่ ก.พ. กำหนดสำหรับตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งใหม่นั้น ให้ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจส่งเลื่อนเงินเดือนส่งเลื่อนเงินเดือนให้ผู้นั้นเป็นกรณีพิเศษได้ โดยให้นำผลการประเมินผลการปฏิบัติราชการครั้งสุดท้ายมาใช้ในการพิจารณาเลื่อนเงินเดือนดังกล่าว โดยให้เลื่อนเงินเดือนตั้งแต่วันที่ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนั้น

ข้อ ๑๘ ข้าราชการพลเรือนสามัญผู้ใดไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะได้รับการเลื่อนเงินเดือนตามข้อ ๘ เพราะเหตุเกี่ยวกับระยะเวลาการปฏิบัติราชการ การลา หรือการมาทำงานสาย แต่ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจส่งเลื่อนเงินเดือนพิจารณาแล้วเห็นว่า มีเหตุผลพิเศษที่สมควรเลื่อนเงินเดือนให้ข้าราชการพลเรือนสามัญผู้นั้น ให้ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจส่งเลื่อนเงินเดือนนำเสนอ อ.ก.พ. กระทรวง พร้อมด้วยเหตุผลเพื่อพิจารณาเป็นการเฉพาะราย ถ้า อ.ก.พ. กระทรวง เห็นชอบด้วยจึงจะส่งเลื่อนเงินเดือนได้

ในกรณีที่ข้าราชการพลเรือนสามัญผู้ใดไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะได้รับการเลื่อนเงินเดือนเพราะเหตุอื่นนอกจากกรณีตามวรรคหนึ่ง แต่ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจส่งเลื่อนเงินเดือนพิจารณาแล้วเห็นว่า มีเหตุผลพิเศษที่สมควรเลื่อนเงินเดือนให้ข้าราชการพลเรือนสามัญผู้นั้น ให้ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจส่งเลื่อนเงินเดือนนำเสนอ อ.ก.พ. กระทรวง พร้อมด้วยเหตุผลเพื่อพิจารณาเป็นการเฉพาะราย ถ้า อ.ก.พ. กระทรวง เห็นชอบด้วยให้นำเสนอ ก.พ. เพื่อพิจารณา ถ้า ก.พ. เห็นชอบด้วยจึงจะส่งเลื่อนเงินเดือนได้

ข้อ ๑๙ ในวันที่กฎ ก.พ. นี้ใช้บังคับ ถ้าข้าราชการพลเรือนสามัญผู้ใดอยู่ในเกณฑ์ที่จะได้เลื่อนเงินเดือน แต่ต้องรอการเลื่อนเงินเดือนไว้เพราะเหตุที่ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนในกรณีถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดวินัยอย่างร้ายแรงหรือถูกฟ้องคดีอาญา ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ที่ใช้บังคับอยู่ในวันก่อนวันที่กฎ ก.พ. นี้ใช้บังคับ ให้ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจส่งเลื่อนเงินเดือนมีคำสั่งเลื่อนเงินเดือนข้าราชการผู้นั้นที่ได้รับไว้ทั้งหมด

ข้อ ๒๐ ในกรณีที่เงินเดือนขั้นต่ำชั่วคราวของข้าราชการพลเรือนสามัญประเภทใด ระดับใด ยังมีผลใช้บังคับอยู่ คำว่า “เงินเดือนขั้นต่ำ” ตามกฎ ก.พ. นี้ ให้หมายความว่าเงินเดือนขั้นต่ำชั่วคราว

ข้อ ๒๑ การเลื่อนเงินเดือนในวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๒ สำหรับครึ่งปีหลังของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ใช้บังคับอยู่ก่อนวันที่กฎ ก.พ. นี้ใช้บังคับ

ข้อ ๒๒ ผู้ที่ได้รับการยกเว้นเป็นการเฉพาะรายให้ได้รับเงินเดือนสูงกว่าเงินเดือนขั้นสูงของประเภทตำแหน่ง สายงาน และระดับตามที่กำหนดไว้ในกฎ ก.พ. ว่าด้วยการให้ข้าราชการพลเรือนสามัญได้รับเงินเดือน พ.ศ. ๒๕๕๑ ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไประดับอาวุโส ในสายงานที่กำหนดให้ได้รับเงินเดือนไม่เกิน ๓๖,๐๒๐ บาท

(๒) ผู้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับทรงคุณวุฒิ ในสายงานที่กำหนดให้ได้รับเงินเดือนไม่เกิน ๖๔,๓๔๐ บาท

ให้ได้รับการเลื่อนเงินเดือนเป็นการเฉพาะรายโดยใช้ฐานในการคำนวณและช่วงเงินเดือนที่กำหนดไว้สำหรับการเลื่อนเงินเดือนขั้นสูงของประเภทตำแหน่ง และระดับ

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ

นายกรัฐมนตรี

ประธาน ก.พ.

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้กฎ ก.พ. ฉบับนี้ คือ โดยที่มาตรา ๗๔ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ กำหนดให้ข้าราชการพลเรือนสามัญผู้ประพฤติตนอยู่ในจรรยาและระเบียบวินัยและปฏิบัติราชการอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐได้รับการพิจารณาเลื่อนเงินเดือนตามควรแก่กรณีตามที่กำหนดในกฎ ก.พ. สมควรกำหนดให้การเลื่อนเงินเดือนของข้าราชการพลเรือนสามัญเป็นไปตามหลักการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติราชการ และการประพฤติตน จึงจำเป็นต้องออกกฎ ก.พ. นี้

สิ่งที่ส่งมาด้วย

เอกสารแนบท้าย ๑

ฐานในการคำนวณและช่วงเงินเดือนสำหรับการเลื่อนเงินเดือนในแต่ละประเภทและระดับตำแหน่ง

ตามกฎ ก.พ. ว่าด้วยการเลื่อนเงินเดือน พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

สำหรับการเลื่อนเงินเดือนในวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๘

(แนบท้ายหนังสือสำนักงาน ก.พ. ส่วนที่ ๑๐๑๒.๒/ว ๗ ลงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘)

ประเภทตำแหน่ง	ระดับ	ช่วงเงินเดือน	ฐานในการคำนวณ	
			ระดับ	อัตรา
บริหาร	สูง	๖๕,๗๕๐ - ๗๖,๘๐๐	บน	๗๑,๗๐๐
		๖๕,๘๕๐ - ๖๕,๗๓๐	ล่าง	๖๕,๙๑๐
	ต้น	๕๕,๓๖๐ - ๗๔,๓๒๐	บน	๖๘,๕๓๐
		๖๕,๔๐๐ - ๕๕,๓๕๐	ล่าง	๖๒,๒๑๐
อำนวยการ	สูง	๕๘,๕๒๐ - ๗๐,๓๖๐	บน	๖๐,๙๙๐
		๖๕,๕๐๐ - ๕๘,๕๑๐	ล่าง	๕๒,๓๒๐
	ต้น	๔๐,๓๘๐ - ๕๕,๕๐๐	บน	๕๑,๒๙๐
		๑๕,๘๖๐ - ๔๐,๓๘๐	ล่าง	๓๗,๒๑๐
วิชาการ	ทรงคุณวุฒิ	๕๖,๘๒๐ - ๗๖,๘๐๐	บน ๒	๖๘,๕๖๐*
		๖๕,๘๘๐ - ๕๖,๘๑๐	ล่าง ๒	๖๐,๘๓๐*
		๕๖,๐๓๐ - ๗๔,๓๒๐	บน ๑	๖๖,๗๐๐
		๖๕,๘๘๐ - ๕๖,๐๒๐	ล่าง ๑	๖๐,๘๓๐
	เชี่ยวชาญ	๔๗,๐๘๐ - ๖๕,๐๔๐	บน	๕๙,๖๓๐
		๖๕,๔๐๐ - ๔๗,๐๘๐	ล่าง	๕๐,๓๒๐
	ชำนาญการพิเศษ	๓๗,๖๒๐ - ๕๕,๓๘๐	บน	๔๙,๓๓๐
		๑๕,๘๖๐ - ๓๗,๖๑๐	ล่าง	๓๗,๒๐๐
	ชำนาญการ	๒๗,๓๕๐ - ๔๓,๖๐๐	บน	๓๖,๔๗๐
		๑๓,๑๖๐ - ๒๗,๓๔๐	ล่าง	๒๕,๔๑๐
	ปฏิบัติการ	๑๕,๑๒๐ - ๒๖,๙๐๐	บน	๒๓,๘๓๐
		๗,๑๔๐ - ๑๕,๑๑๐	ล่าง	๑๗,๙๘๐
ทั่วไป	ทักษะพิเศษ	๕๕,๕๐๐ - ๖๕,๐๔๐	บน	๖๓,๘๕๐
		๔๘,๒๒๐ - ๕๕,๔๘๐	ล่าง	๕๓,๔๓๐
	อาวุโส	๓๒,๖๓๐ - ๕๕,๘๒๐	บน ๒	๔๔,๙๗๐*
		๑๕,๔๑๐ - ๓๒,๖๒๐	ล่าง ๒	๓๒,๒๕๐*
		๒๕,๕๖๐ - ๔๑,๖๒๐	บน ๑	๓๕,๐๗๐
		๑๕,๔๑๐ - ๒๕,๕๕๐	ล่าง ๑	๓๒,๒๕๐
	ชำนาญงาน	๒๒,๗๒๐ - ๓๘,๗๕๐	บน	๓๑,๖๑๐
		๑๐,๑๘๐ - ๒๒,๗๑๐	ล่าง	๑๘,๔๘๐
	ปฏิบัติงาน	๑๓,๗๒๐ - ๒๑,๐๑๐	บน	๑๘,๑๑๐
		๔,๘๗๐ - ๑๓,๗๑๐	ล่าง	๑๒,๓๑๐

* สำหรับผู้ดำรงตำแหน่งในสายงานที่กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งให้ได้รับเงินเดือนขั้นสูง

ฐานในการคำนวณและช่วงเงินเดือนสำหรับการเลื่อนเงินเดือนในแต่ละประเภทและระดับตำแหน่ง

ตามกฎหมาย ก.พ. ว่าด้วยการเลื่อนเงินเดือน พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

สำหรับการเลื่อนเงินเดือนในวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘

(แนบท้ายหนังสือสำนักงาน ก.พ. ด่วนที่สุด ที่ นร ๑๐๑๒.๒/ว ๗ ลงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘)

ประเภทตำแหน่ง	ระดับ	ช่วงเงินเดือน	ฐานในการคำนวณ	
			ระดับ	อัตรา
บริหาร	สูง	๖๖,๐๔๐ - ๗๖,๘๐๐	บน	๗๑,๗๐๐
		๖๙,๙๘๐ - ๖๖,๐๓๐	ล่าง	๖๙,๙๑๐
	ต้น	๖๐,๕๕๐ - ๗๔,๓๒๐	บน	๖๘,๕๓๐
		๖๔,๔๐๐ - ๖๐,๕๕๐	ล่าง	๖๒,๒๑๐
อำนวยการ	สูง	๕๙,๓๔๐ - ๗๐,๓๖๐	บน	๖๐,๙๙๐
		๖๔,๔๐๐ - ๕๙,๓๘๐	ล่าง	๕๖,๓๒๐
	ต้น	๕๑,๒๐๐ - ๕๙,๕๐๐	บน	๕๖,๒๔๐
		๕๙,๘๖๐ - ๕๑,๑๙๐	ล่าง	๕๓,๒๑๐
วิชาการ	ทรงคุณวุฒิ	๕๗,๙๖๐ - ๗๖,๘๐๐	บน ๒	๖๘,๕๖๐*
		๖๙,๙๘๐ - ๕๗,๙๕๐	ล่าง ๒	๖๐,๘๓๐*
		๕๗,๑๖๐ - ๗๔,๓๒๐	บน ๑	๖๖,๗๐๐
		๖๙,๙๘๐ - ๕๗,๑๕๐	ล่าง ๑	๖๐,๘๓๐
	เชี่ยวชาญ	๕๘,๐๔๐ - ๖๙,๐๔๐	บน	๕๙,๖๓๐
		๖๔,๔๐๐ - ๕๘,๐๓๐	ล่าง	๕๐,๓๒๐
	ชำนาญการพิเศษ	๓๘,๓๘๐ - ๕๘,๓๘๐	บน	๔๙,๓๓๐
		๔๙,๘๖๐ - ๓๘,๓๗๐	ล่าง	๓๗,๒๐๐
	ชำนาญการ	๒๗,๙๐๐ - ๔๓,๖๐๐	บน	๓๖,๔๗๐
		๓๓,๑๖๐ - ๒๗,๘๙๐	ล่าง	๒๙,๕๑๐
	ปฏิบัติการ	๑๙,๕๑๐ - ๒๖,๙๐๐	บน	๒๓,๙๓๐
		๒๓,๑๔๐ - ๑๙,๕๐๐	ล่าง	๑๗,๙๘๐
ทั่วไป	ทักษะพิเศษ	๕๖,๖๑๐ - ๖๙,๐๔๐	บน	๖๓,๘๔๐
		๕๘,๒๒๐ - ๕๖,๖๐๐	ล่าง	๕๓,๔๓๐
	อาวุโส	๓๓,๒๘๐ - ๕๕,๘๒๐	บน ๒	๔๕,๙๗๐*
		๓๕,๔๑๐ - ๓๓,๒๘๐	ล่าง ๒	๓๒,๒๕๐*
		๓๐,๑๖๐ - ๔๑,๖๒๐	บน ๑	๓๕,๐๗๐
		๓๕,๔๑๐ - ๓๐,๑๕๐	ล่าง ๑	๓๒,๒๕๐
	ชำนาญงาน	๒๓,๑๘๐ - ๓๘,๗๕๐	บน	๓๑,๖๑๐
		๓๐,๑๘๐ - ๒๓,๑๗๐	ล่าง	๑๘,๔๘๐
	ปฏิบัติงาน	๑๔,๐๐๐ - ๒๑,๐๑๐	บน	๑๘,๑๑๐
		๑๘,๘๗๐ - ๑๓,๙๘๐	ล่าง	๑๒,๓๑๐

* สำหรับผู้ดำรงตำแหน่งในสายงานที่กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งที่ได้รับเงินเดือนขั้นสูง

ฐานในการคำนวณและช่วงเงินเดือนสำหรับการเลื่อนเงินเดือนในแต่ละประเภทและระดับตำแหน่ง

ตามกฎหมาย ก.พ. ว่าด้วยการเลื่อนเงินเดือน พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

สำหรับการเลื่อนเงินเดือนในวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๙

(แนบท้ายหนังสือสำนักงาน ก.พ. คำวนที่สุด ที่ นร ๑๐๑๒.๒/ว ๗ ลงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘)

ประเภทตำแหน่ง	ระดับ	ช่วงเงินเดือน	ฐานในการคำนวณ	
			ระดับ	อัตรา
บริหาร	สูง	๖๗,๓๗๐ - ๗๖,๘๐๐	บน	๗๑,๗๐๐
		๖๙,๙๘๐ - ๖๗,๓๖๐	ล่าง	๖๙,๙๑๐
	ต้น	๖๑,๗๗๐ - ๗๔,๓๒๐	บน	๖๘,๕๓๐
		๖๔,๔๐๐ - ๖๑,๗๖๐	ล่าง	๖๒,๒๑๐
อำนวยการ	สูง	๕๐,๓๘๐ - ๗๐,๓๖๐	บน	๖๐,๙๙๐
		๖๔,๔๐๐ - ๕๐,๓๗๐	ล่าง	๕๒,๓๒๐
	ต้น	๔๒,๐๓๐ - ๕๙,๕๐๐	บน	๕๑,๒๙๐
		๑๙,๘๖๐ - ๔๒,๐๒๐	ล่าง	๓๗,๒๑๐
วิชาการ	ทรงคุณวุฒิ	๕๙,๑๒๐ - ๗๖,๘๐๐	บน ๒	๖๘,๕๐๐*
		๖๙,๙๘๐ - ๕๙,๑๑๐	ล่าง ๒	๖๐,๘๓๐*
		๕๘,๓๑๐ - ๗๔,๓๒๐	บน ๑	๖๖,๗๐๐
		๖๙,๙๘๐ - ๕๘,๓๐๐	ล่าง ๑	๖๐,๘๓๐
	เชี่ยวชาญ	๔๙,๐๑๐ - ๖๙,๐๕๐	บน	๕๙,๖๓๐
		๖๔,๔๐๐ - ๔๙,๐๐๐	ล่าง	๕๐,๓๒๐
	ชำนาญการพิเศษ	๓๙,๑๕๐ - ๕๘,๓๙๐	บน	๔๙,๓๓๐
		๑๙,๘๖๐ - ๓๙,๑๔๐	ล่าง	๓๗,๒๐๐
	ชำนาญการ	๒๙,๕๖๐ - ๔๓,๖๐๐	บน	๓๖,๔๗๐
		๑๓,๑๖๐ - ๒๙,๕๕๐	ล่าง	๒๔,๔๑๐
	ปฏิบัติการ	๑๙,๙๐๐ - ๒๖,๙๐๐	บน	๒๓,๙๓๐
		๗,๑๕๐ - ๑๙,๘๙๐	ล่าง	๑๗,๙๘๐
ทั่วไป	ทักษะพิเศษ	๕๗,๗๕๐ - ๖๙,๐๕๐	บน	๖๓,๘๔๐
		๔๘,๒๒๐ - ๕๗,๗๔๐	ล่าง	๕๓,๔๓๐
	อาวุโส	๓๓,๙๖๐ - ๕๔,๘๒๐	บน ๒	๔๔,๙๓๐*
		๑๕,๕๑๐ - ๓๓,๙๕๐	ล่าง ๒	๓๒,๒๕๐*
		๓๐,๗๗๐ - ๔๑,๖๒๐	บน ๑	๓๕,๐๗๐
		๑๕,๔๑๐ - ๓๐,๗๖๐	ล่าง ๑	๓๒,๒๕๐
	ชำนาญงาน	๒๓,๖๕๐ - ๓๘,๗๕๐	บน	๓๑,๖๑๐
		๑๐,๑๙๐ - ๒๓,๖๔๐	ล่าง	๑๘,๔๘๐
	ปฏิบัติงาน	๑๔,๒๘๐ - ๒๑,๐๑๐	บน	๑๘,๑๑๐
		๔,๘๗๐ - ๑๔,๒๗๐	ล่าง	๑๒,๓๑๐

* สำหรับผู้ดำรงตำแหน่งในสายงานที่กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งที่ได้รับเงินเดือนขั้นสูง

เอกสารแนบท้าย ๔

ฐานในการคำนวณและช่วงเงินเดือนสำหรับการเลื่อนเงินเดือนในแต่ละประเภทและระดับตำแหน่ง

ตามกฎหมาย ก.พ. ว่าด้วยการเลื่อนเงินเดือน พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

สำหรับการเลื่อนเงินเดือนในวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙

(แบบท้ายหนังสือสำนักงาน ก.พ. ด่วนที่สุด ที่ นร ๑๐๑๒.๒/ว ๗ ลงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘)

ประเภทตำแหน่ง	ระดับ	ช่วงเงินเดือน	ฐานในการคำนวณ	
			ระดับ	อัตรา
บริหาร	สูง	๖๘,๓๒๐ - ๗๖,๘๐๐	บน	๗๑,๗๐๐
		๖๘,๙๘๐ - ๖๘,๗๑๐	ล่าง	๖๘,๙๑๐
	ต้น	๖๒,๗๕๐ - ๗๕,๓๒๐	บน	๖๘,๕๓๐
		๖๔,๔๐๐ - ๖๒,๗๓๐	ล่าง	๖๒,๒๑๐
อำนวยการ	สูง	๕๑,๓๕๐ - ๗๐,๓๖๐	บน	๖๐,๙๙๐
		๖๔,๔๐๐ - ๕๑,๓๘๐	ล่าง	๕๒,๓๒๐
	ต้น	๔๒,๘๘๐ - ๕๕,๕๐๐	บน	๕๑,๒๕๐
		๑๙,๘๖๐ - ๔๒,๘๗๐	ล่าง	๓๗,๒๑๐
วิชาการ	ทรงคุณวุฒิ	๖๐,๓๑๐ - ๗๖,๘๐๐	บน ๒	๖๘,๕๖๐*
		๖๘,๙๘๐ - ๖๐,๓๐๐	ล่าง ๒	๖๐,๘๓๐*
		๕๕,๔๘๐ - ๗๕,๓๒๐	บน ๑	๖๖,๗๐๐
		๖๘,๙๘๐ - ๕๕,๔๗๐	ล่าง ๑	๖๐,๘๓๐
	เชี่ยวชาญ	๔๙,๙๙๐ - ๖๘,๐๔๐	บน	๕๙,๖๓๐
		๖๘,๔๐๐ - ๔๙,๙๘๐	ล่าง	๕๐,๓๒๐
	ชำนาญการพิเศษ	๓๙,๙๕๐ - ๕๕,๓๘๐	บน	๔๙,๓๓๐
		๑๙,๘๖๐ - ๓๙,๙๓๐	ล่าง	๓๗,๒๐๐
	ชำนาญการ	๒๙,๐๓๐ - ๔๓,๖๐๐	บน	๓๖,๔๗๐
		๑๓,๑๖๐ - ๒๙,๐๒๐	ล่าง	๒๔,๔๑๐
	ปฏิบัติการ	๒๐,๓๐๐ - ๒๖,๘๐๐	บน	๒๓,๙๓๐
		๗,๑๔๐ - ๒๐,๒๙๐	ล่าง	๑๗,๙๘๐
ทั่วไป	ทักษะพิเศษ	๕๘,๖๔๐ - ๖๘,๐๔๐	บน	๖๓,๘๔๐
		๔๘,๒๒๐ - ๕๘,๖๓๐	ล่าง	๕๓,๔๓๐
	อาวุโส	๓๔,๖๔๐ - ๕๕,๘๒๐	บน ๒	๔๔,๙๗๐*
		๑๕,๔๑๐ - ๓๔,๖๓๐	ล่าง ๒	๓๒,๒๕๐*
		๓๑,๓๘๐ - ๔๑,๖๒๐	บน ๑	๓๕,๐๗๐
		๑๕,๔๑๐ - ๓๑,๓๘๐	ล่าง ๑	๓๒,๒๕๐
	ชำนาญงาน	๒๔,๑๓๐ - ๓๘,๗๕๐	บน	๓๑,๖๑๐
		๑๐,๑๙๐ - ๒๔,๑๒๐	ล่าง	๑๘,๔๘๐
	ปฏิบัติงาน	๑๕,๕๗๐ - ๒๑,๐๑๐	บน	๑๘,๑๑๐
		๔,๘๗๐ - ๑๕,๕๖๐	ล่าง	๑๒,๓๑๐

* สำหรับผู้ดำรงตำแหน่งในสายงานที่กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งให้ได้รับเงินเดือนขั้นสูง

เอกสารแนบท้าย ๕

ฐานในการคำนวณและช่วงเงินเดือนสำหรับการเลื่อนเงินเดือนในแต่ละประเภทและระดับตำแหน่ง

ตามกฎหมาย ก.พ. ว่าด้วยกฎการเลื่อนเงินเดือน พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

สำหรับการเลื่อนเงินเดือนในวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๐

(แนบท้ายหนังสือสำนักงาน ก.พ. ด่วนที่สุด ที่ นร ๑๐๑๒.๒/ว ๗ ลงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘)

ประเภทตำแหน่ง	ระดับ	ช่วงเงินเดือน	ฐานในการคำนวณ	
			ระดับ	อัตรา
บริหาร	สูง	๖๙,๙๒๐ - ๗๖,๘๐๐	บน	๗๑,๗๐๐
		๖๙,๙๘๐ - ๖๙,๙๑๐	ล่าง	๖๙,๙๑๐
	ต้น	๖๒,๗๔๐ - ๗๔,๓๒๐	บน	๖๘,๕๓๐
		๖๔,๕๐๐ - ๖๒,๗๓๐	ล่าง	๖๒,๒๑๐
อำนวยการ	สูง	๕๒,๓๓๐ - ๗๐,๓๖๐	บน	๖๐,๙๙๐
		๕๔,๕๐๐ - ๕๒,๓๒๐	ล่าง	๕๒,๓๒๐
	ต้น	๔๓,๐๙๐ - ๕๙,๕๐๐	บน	๕๑,๒๙๐
		๑๙,๘๖๐ - ๔๓,๐๘๐	ล่าง	๓๗,๒๑๐
วิชาการ	ทรงคุณวุฒิ	๖๐,๘๔๐ - ๗๖,๘๐๐	บน ๒	๖๘,๕๖๐*
		๖๙,๙๘๐ - ๖๐,๘๓๐	ล่าง ๒	๖๐,๘๓๐*
		๖๐,๖๓๐ - ๗๔,๓๒๐	บน ๑	๖๖,๗๖๐
		๖๙,๙๘๐ - ๖๐,๖๖๐	ล่าง ๑	๖๐,๘๓๐
	เชี่ยวชาญ	๕๐,๓๓๐ - ๖๙,๐๔๐	บน	๕๙,๖๓๐
		๖๔,๕๐๐ - ๕๐,๓๒๐	ล่าง	๕๐,๓๒๐
	ชำนาญการพิเศษ	๔๐,๒๘๐ - ๕๙,๓๙๐	บน	๔๙,๓๓๐
		๑๙,๘๖๐ - ๔๐,๒๗๐	ล่าง	๓๗,๒๐๐
	ชำนาญการ	๒๙,๓๔๐ - ๔๓,๖๐๐	บน	๓๖,๔๗๐
		๑๓,๑๖๐ - ๒๙,๓๓๐	ล่าง	๒๔,๔๑๐
	ปฏิบัติการ	๒๐,๗๑๐ - ๒๖,๙๐๐	บน	๒๓,๙๓๐
		๗,๑๔๐ - ๒๐,๗๐๐	ล่าง	๑๗,๙๘๐
ทั่วไป	ทักษะพิเศษ	๕๘,๖๔๐ - ๖๙,๐๔๐	บน	๖๓,๘๔๐
		๔๘,๒๒๐ - ๕๘,๖๓๐	ล่าง	๕๓,๕๓๐
	อาวุโส	๓๕,๑๓๐ - ๕๔,๘๒๐	บน ๒	๔๔,๙๗๐*
		๑๕,๕๑๐ - ๓๕,๑๒๐	ล่าง ๒	๓๒,๒๕๐*
		๓๒,๐๒๐ - ๔๑,๖๒๐	บน ๑	๓๕,๐๗๐
		๑๕,๕๑๐ - ๓๒,๐๑๐	ล่าง ๑	๓๒,๒๕๐
	ชำนาญงาน	๒๔,๔๘๐ - ๓๘,๗๕๐	บน	๓๑,๖๑๐
		๑๐,๑๙๐ - ๒๔,๔๗๐	ล่าง	๑๘,๔๘๐
	ปฏิบัติงาน	๑๔,๘๗๐ - ๒๑,๐๑๐	บน	๑๘,๑๑๐
		๔,๘๗๐ - ๑๔,๘๖๐	ล่าง	๑๒,๓๑๐

* สำหรับผู้ดำรงตำแหน่งในสายงานที่กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งให้ได้รับเงินเดือนขั้นสูง

เอกสารแนบท้าย ๖

ฐานในการคำนวณและช่วงเงินเดือนสำหรับการเลื่อนเงินเดือนในแต่ละประเภทและระดับตำแหน่ง

ตามกฎหมาย ก.พ. ว่าด้วยการเลื่อนเงินเดือน พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

สำหรับการเลื่อนเงินเดือนในวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

(แนบท้ายหนังสือสำนักงาน ก.พ. ส่วนที่ ๑๐๑๒.๒/ว ๗ ลงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘)

ประเภทตำแหน่ง	ระดับ	ช่วงเงินเดือน	ฐานในการคำนวณ	
			ระดับ	อัตรา
บริหาร	สูง	๖๙,๙๒๐ - ๗๖,๘๐๐	บน	๗๑,๗๐๐
		๖๙,๙๘๐ - ๖๙,๙๑๐	ล่าง	๖๙,๙๑๐
	ต้น	๖๒,๗๔๐ - ๗๔,๓๒๐	บน	๖๘,๕๓๐
		๖๔,๔๐๐ - ๖๒,๗๓๐	ล่าง	๖๒,๒๑๐
อำนวยการ	สูง	๕๒,๓๓๐ - ๗๐,๓๖๐	บน	๖๐,๙๙๐
		๖๔,๔๐๐ - ๕๒,๓๒๐	ล่าง	๕๒,๓๒๐
	ต้น	๔๓,๐๘๐ - ๕๕,๕๐๐	บน	๕๑,๒๙๐
		๑๙,๘๖๐ - ๔๓,๐๘๐	ล่าง	๓๗,๒๑๐
วิชาการ	ทรงคุณวุฒิ	๖๐,๘๔๐ - ๗๖,๘๐๐	บน ๒	๖๘,๕๖๐*
		๖๙,๙๘๐ - ๖๐,๘๓๐	ล่าง ๒	๖๐,๘๓๐*
		๖๐,๘๔๐ - ๗๔,๓๒๐	บน ๑	๖๖,๗๐๐
		๖๙,๙๘๐ - ๖๐,๘๓๐	ล่าง ๑	๖๐,๘๓๐
	เชี่ยวชาญ	๕๐,๓๓๐ - ๖๙,๐๔๐	บน	๕๙,๖๓๐
		๖๔,๔๐๐ - ๕๐,๓๒๐	ล่าง	๕๐,๓๒๐
	ชำนาญการพิเศษ	๔๐,๒๘๐ - ๕๘,๓๘๐	บน	๔๙,๓๓๐
		๑๙,๘๖๐ - ๔๐,๒๗๐	ล่าง	๓๗,๒๐๐
	ชำนาญการ	๒๙,๓๔๐ - ๔๓,๖๐๐	บน	๓๖,๔๗๐
		๑๓,๑๖๐ - ๒๙,๓๓๐	ล่าง	๒๔,๔๑๐
	ปฏิบัติการ	๒๐,๙๖๐ - ๒๖,๙๐๐	บน	๒๓,๙๓๐
		๗,๑๔๐ - ๒๐,๙๕๐	ล่าง	๑๗,๙๘๐
ทั่วไป	ทักษะพิเศษ	๕๘,๖๔๐ - ๖๙,๐๔๐	บน	๖๓,๘๔๐
		๔๘,๒๒๐ - ๕๘,๖๓๐	ล่าง	๕๓,๔๓๐
	อาวุโส	๓๕,๑๓๐ - ๕๕,๘๒๐	บน ๒	๔๔,๙๗๐*
		๑๕,๔๑๐ - ๓๕,๑๒๐	ล่าง ๒	๓๒,๒๕๐*
		๓๒,๒๖๐ - ๔๑,๖๒๐	บน ๑	๓๕,๐๗๐
		๑๕,๔๑๐ - ๓๒,๒๕๐	ล่าง ๑	๓๒,๒๕๐
	ชำนาญงาน	๒๔,๔๘๐ - ๓๘,๗๕๐	บน	๓๑,๖๑๐
		๑๐,๑๙๐ - ๒๔,๔๗๐	ล่าง	๑๘,๔๘๐
	ปฏิบัติงาน	๑๕,๒๒๐ - ๒๑,๐๑๐	บน	๑๘,๑๑๐
		๔,๘๗๐ - ๑๕,๒๑๐	ล่าง	๑๒,๓๑๐

* สำหรับผู้ดำรงตำแหน่งในสายงานที่กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งที่ได้รับเงินเดือนขั้นสูง

ตารางเปรียบเทียบผลการประเมิน

ระดับการประเมิน	คะแนน	ให้เลื่อนได้ร้อยละ
ดีเด่น	85	2.7
(85 – 100)	85.5	2.8
	86	2.9
	86.5	3
	87	3.1
	87.5	3.2
	88	3.3
	88.5	3.4
	89	3.5
	89.5	3.6
	90	3.7
	90.5	3.8
	91	3.9
	91.5	4
	92	4.1
	92.5	4.2
	93	4.3
	93.5	4.4
	94	4.5
	94.5	4.6
	95	4.7
	95.5	4.8
	96	4.9
	96.5	5
	97	5.1
	97.5	5.2
	98	5.3
	98.5	5.4
	99.1	5.5
	99.2	5.6
	99.3	5.7
	99.4	5.8
	99.5	5.9
	100	6

ระดับการประเมิน	คะแนน	ให้เลื่อนได้ร้อยละ
ดีมาก	81	2.3
(81 – 84.99)	82	2.4
	83	2.6
	84	2.6
ดี		
(75 – 80.99)	75	2
	77	2.1
	79	2.2
พอใช้		
(60 – 74.99)	60	0.5
	61	0.6
	62	0.7
	63	0.8
	64	0.9
	65	1
	66	1.1
	67	1.2
	68	1.3
	69	1.4
	70	1.5
	71	1.6
	72	1.7
	73	1.8
	74	1.9

ลูกจ้างประจำ

หลักเกณฑ์การเลื่อนชั้นค่าจ้างลูกจ้างประจำ

ใช้หลักเกณฑ์เดียวกันกับข้าราชการ

วิธีการเลื่อนชั้นเงินเดือนลูกจ้างประจำ รอบเมษายน

คิดโควตาเพื่อพิจารณา ๑ ชั้น คิดจาก

$$\text{จำนวนลูกจ้างประจำ ณ วันที่ ๑ มีนาคม} \times ๑๕ \% = \text{โควตา ๑ ชั้น}$$

(๑๙ x ๑๕ = ๒.๘๕ คน)

ส่วนที่เหลือได้รับการพิจารณา ๐.๕ ชั้น

รอบ ตุลาคม

การคิดโควตา ๑ ชั้น คิดเช่นเดียวกับรอบเมษายน ถ้าผลการพิจารณารอบเมษายนกับรอบตุลาคม เป็นคนเดียวกันรอบตุลาคม คนนั้นได้รับการเลื่อน ๑ ชั้น หากผลการพิจารณารอบตุลาคม เป็นคนละคนกัน ในรอบตุลาคมคนที่ได้รับการพิจารณาจะได้เลื่อน ๐.๕ ชั้น รวมทั้งปี ต้องไม่เกิน ๒ ชั้น

วิธีการคำนวณ

ยอดเงินเดือนลูกจ้างประจำรวม ณ ๑ กันยายน

เป็นเงิน

วงเงินที่ใช้ในการเลื่อนทั้งปี ๖%

เป็นเงิน(ใช้เลื่อนทั้งปี)

ใช้เลื่อน รอบเมษายน

เป็นเงิน

เหลือเงินใช้เลื่อน รอบตุลาคม

เป็นเงิน

หากเงินเหลือ ส่งคืน สสจ.

หากเงินไม่พอขอเพิ่มไม่ได้

พนักงานราชการ

การประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานราชการ

ประเมินผลการปฏิบัติงาน ปีละ ๒ ครั้ง

การคำนวณเงินเพื่อใช้สำหรับเงินค่าตอบแทน(ณ วันที่ ๑ กันยายน ของพนักงานราชการ) = ยอดเงินเดือน
รวมทั้งหมดของพนักงานราชการ x ๔ % ได้เท่าไรนำมาใช้ในการเลื่อนค่าตอบแทน สามารถเลื่อนได้ ไม่เกิน
ร้อยละ ๒

ครั้งที่ ๑ เมษายน ประเมินผลการปฏิบัติงานตามแบบประเมิน และให้ส่งผลสรุปการประเมินทำงาน
บุคลากร วันที่ ๑ เมษายน
ครั้งที่ ๒ ตุลาคม ให้นำผลการประเมินครั้งที่ ๑ + ผลการประเมินครั้งที่ ๒

๒

ดูผลรวมคะแนนได้เท่าไร แล้วนำมาเทียบเปอร์เซ็นต์ตามตารางที่แนบ นำผลสรุปส่งงานบุคลากร

*** การประเมินผลการปฏิบัติงาน หากต่ำกว่าระดับดี (๗๕%) ๒ ครั้งติดต่อกัน ไม่ได้เลื่อนเงินเดือนและเลิก
จ้าง

*** การประเมินผลการปฏิบัติงาน หากต่ำกว่า ๖๕% ไม่ได้เลื่อนเงินเดือนและเลิกจ้าง

หลักเกณฑ์การเลื่อนค่าตอบแทนพนักงานราชการ

๑. รอบปีที่แล้วมาได้ปฏิบัติงานตามหน้าที่ของตนด้วยความสามารถและด้วยความอุตสาหะจนเกิดผลดี
หรือความก้าวหน้าแก่ทางราชการ ซึ่งผู้บังคับบัญชาได้พิจารณาผลการประเมินการปฏิบัติงานอยู่ใน
เกณฑ์ไม่ต่ำกว่าระดับดี
๒. รอบปีที่แล้วมาจนถึงวันออกคำสั่งเลื่อนค่าตอบแทนต้องไม่ถูกลงโทษทางวินัยที่หนักกว่าโทษภาค
ทัณฑ์ หรือ ไม่ถูกศาลพิพากษาในคดีอาญาให้ลงโทษในความผิดที่เกี่ยวกับการปฏิบัติราชการหรือ
ความผิดที่ทำให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์ของตำแหน่งหน้าที่ราชการของตน ซึ่งมีโทษความผิดที่ได้กระทำ
โดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๓. รอบปีที่แล้วมาต้องไม่ถูกลงโทษการเกิน ๔ เดือน
๔. รอบปีที่แล้วมาต้องไม่ขาดราชการโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร
๕. รอบปีที่แล้วมาได้รับการจ้างงานมาแล้วไม่น้อยกว่า ๘ เดือน ยกเว้น ได้รับการจ้างงานในวันที่ ๒ หรือ
วันเปิดทำการวันแรกของเดือนกุมภาพันธ์ เนื่องจากวันที่ ๑ หรือวันถัดไปของเดือนดังกล่าวตรงกับ
วันหยุดราชการ
๖. รอบปีที่แล้วมาต้องไม่ลาหรือมาทำงานสายเกิดจำนวนครั้งที่ส่วนราชการกำหนด โดยคำนึงถึงลักษณะ
งานและสภาพท้องถิ่นเป็นที่ยึดของแต่ละส่วนราชการหรือหน่วยงาน ซึ่งอนุโลมตามที่อยู่ปฏิบัติกับ
ข้าราชการหรือลูกจ้างประจำในตำแหน่งที่มีลักษณะงานเช่นเดียวกันก็ได้
๗. รอบปีที่แล้วมาต้องมีเวลาปฏิบัติราชการ ๑๒ เดือน โดยมีวันลาไม่เกิน ๔๐ วันทำการ (ลาป่วยและลากิจ
ส่วนตัว) แต่ไม่รวมถึงการลาดังต่อไปนี้

(ก) ลาคลดบุตรไม่เกิน ๙๐ วัน ***รับเงินเดือนจากนายจ้าง ๔๕ วัน รับเงินเดือนจากประกันสังคม ๔๕ วัน***

(ข) ลาพักผ่อน

(ค) ลาเพื่อรับราชการทหารในการเรียกพล เพื่อตรวจสอบ เพื่อฝึกวิชาทหาร เข้ารับการระดับพล หรือเพื่อทดลองความพร้อมหนึ่งไม่เกิน ๖๐ วัน

(ง) การลาอุปสมบทหรือประกอบพิธีฮัจย์

ตัวอย่าง

รพ.บ้านนา มีพนักงานราชการจำนวน ๕ คน นำเงินเดือนมารวมกันได้ ๙๐,๘๓๐ x ๔% = ๓,๖๓๓ เป็นเงินที่ใช้เลื่อนพนักงานราชการทั้ง ๕ คน

นางสาว ตำแหน่งนักวิชาการการเงินและบัญชี เงินเดือน ๒๐,๐๒๐ การประเมินผลการปฏิบัติงานได้ ๖.๐๐

คำนวณ $20,020 \times 6\% = 1,201.2$ ปัดเศษไม่ถึงสิบบาทเป็นสิบบาท = ๑,๒๑๐

นางสาว..... จะได้รับการเลื่อนค่าตอบแทน $20,020 + 1,210 = 21,230$

*** งานบุคลากรจะจัดทำบัญชีบุคคลแยกตามหน่วยงานและคิดเงินที่สามารถใช้เลื่อนค่าตอบแทนให้ เหมือนของข้าราชการ***

ประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ
เรื่อง แนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานราชการ

เพื่อให้การประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานราชการมีประสิทธิภาพ โปร่งใส เป็นธรรม และมีมาตรฐานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๙ วรรคสอง ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพนักงานราชการ พ.ศ. ๒๕๔๗ คณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ จึงเห็นควรกำหนดแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานราชการไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ เรื่อง แนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานราชการ”

ข้อ ๒ การประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานราชการต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์ในการที่ส่วนราชการจะใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารพนักงานราชการและนำผลการประเมินไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาในเรื่องต่าง ๆ แล้วแต่กรณี ดังนี้

- (๑) การเลื่อนตำแหน่ง
- (๒) การเลิกจ้าง
- (๓) การต่อสัญญาจ้าง
- (๔) อื่น ๆ

ข้อ ๓ การประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานราชการ มี ๒ ประเภท ดังนี้

- (๑) การประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานราชการทั่วไป
- (๒) การประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานราชการพิเศษ

ข้อ ๔ ให้ส่วนราชการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงาน ภายใต้อำนาจหน้าที่ที่จะประเมินผลการปฏิบัติงานบนพื้นฐานของผลสำเร็จและผลสัมฤทธิ์ของงาน โดยส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่มีความชัดเจน

ข้อ ๕ การประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานราชการทั่วไป ให้ประเมินจากผลงานและคุณลักษณะในการปฏิบัติงานดังต่อไปนี้ โดยกำหนดให้มีสัดส่วนของผลงานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

(ก) การประเมินผลงานให้พิจารณาจากองค์ประกอบ ดังนี้

๑. ปริมาณงาน
๒. คุณภาพงาน
๓. ความทันเวลา

(ข) การประเมินคุณลักษณะในการปฏิบัติงาน ส่วนราชการอาจกำหนดคุณลักษณะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานได้ตามความเหมาะสมของลักษณะภารกิจและสภาพการปฏิบัติงานของพนักงานราชการในตำแหน่งต่าง ๆ

แบบประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานราชการทั่วไป ส่วนราชการอาจพิจารณาใช้ตามแบบแนบท้ายประกาศนี้ หรือปรับใช้ตามความเหมาะสมของลักษณะงานก็ได้

ข้อ ๖ ให้ผู้บังคับบัญชาซึ่งเป็นผู้ประเมินแจ้งให้ผู้รับการประเมินทราบถึงเป้าหมายของการปฏิบัติงานตามตำแหน่งและงานที่ได้รับมอบหมาย ทั้งนี้ ให้สอดคล้องกับข้อกำหนดการจ้างที่กำหนดในสัญญาจ้าง

ข้อ ๗ ให้มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานราชการทั่วไป ปีละ ๒ ครั้ง ตามปีงบประมาณ คือ

- ครั้งที่ ๑ ประเมินผลในช่วงการปฏิบัติงานระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ถึง ๓๑ มีนาคม
ครั้งที่ ๒ ประเมินผลในช่วงการปฏิบัติงานระหว่างวันที่ ๑ เมษายน ถึง ๓๐ กันยายน

ข้อ ๘ ให้หัวหน้าส่วนราชการแต่งตั้งคณะกรรมการกลั่นกรองการประเมินผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย

- | | |
|--|-----------------------------|
| (๑) หัวหน้าส่วนราชการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย | เป็นประธาน |
| (๒) หัวหน้าหน่วยงานที่มีพนักงานราชการทั่วไปปฏิบัติงานอยู่
หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย | เป็นกรรมการ |
| (๓) ผู้ปฏิบัติงานด้านการเจ้าหน้าที่ | เป็นกรรมการ
และเลขานุการ |

คณะกรรมการกลั่นกรองการประเมินผลการปฏิบัติงาน มีหน้าที่ในการกลั่นกรองการประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมจากการใช้ดุลพินิจของผู้บังคับบัญชาหรือผู้ประเมินก่อนที่จะเสนอผลการประเมินต่อหัวหน้าส่วนราชการ

ข้อ ๙ เมื่อเสร็จสิ้นการประเมินผลการปฏิบัติงานแต่ละครั้ง ให้ผู้บังคับบัญชาซึ่งเป็นผู้ประเมินแจ้งผลการประเมินให้พนักงานราชการทั่วไปผู้รับการประเมินทราบ และให้คำปรึกษาแนะนำแก่พนักงานราชการทั่วไปเพื่อแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น

ข้อ ๑๐ พนักงานราชการทั่วไปผู้ใดซึ่งผู้บังคับบัญชาได้ประเมินผลการปฏิบัติงานแล้ว มีค่าเฉลี่ยของผลการประเมินติดต่อกัน ๒ ครั้งต่ำกว่าระดับดี ให้ผู้บังคับบัญชาความเห็นเสนอหัวหน้าส่วนราชการเพื่อพิจารณาสั่งเลิกจ้างต่อไป

ข้อ ๑๑ กรณีที่จะมีการต่อสัญญาจ้างให้นำผลการประเมินผลการปฏิบัติงานมาประกอบการพิจารณาในการต่อสัญญาจ้าง โดยผู้ที่ได้รับการพิจารณาให้ต่อสัญญาจ้างจะต้องมีผลการประเมินผลการปฏิบัติงานเฉลี่ยย้อนหลังไม่เกิน ๔ ปี ไม่ต่ำกว่าระดับดี ทั้งนี้ ให้ผู้บังคับบัญชาความเห็นเสนอหัวหน้าส่วนราชการพิจารณาสั่งจ้างต่อไป

ข้อ ๑๒ การประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานราชการพิเศษ ให้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแนวทางดังต่อไปนี้

(๑) ให้หัวหน้าส่วนราชการและผู้รับผิดชอบงาน/โครงการร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานราชการพิเศษ

(๒) การประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานราชการพิเศษให้ประเมินจากผลการปฏิบัติงานตามเป้าหมายและคุณลักษณะการปฏิบัติงาน โดยสอดคล้องกับข้อตกลง/เงื่อนไขในสัญญาจ้าง ทั้งนี้โดยกำหนดให้มีสัดส่วนของผลงานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

(๓) ให้ส่วนราชการกำหนดระยะเวลาในการประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานราชการพิเศษเป็นรายเดือนหรือเป็นระยะ เมื่องาน/โครงการ ได้ดำเนินการสำเร็จไปแล้วร้อยละ ๒๕ ร้อยละ ๕๐ ร้อยละ ๗๕ และร้อยละ ๑๐๐ หรืออื่น ๆ โดยเทียบเคียงกับเป้าหมายของงาน/โครงการ

ข้อ ๑๓ ให้ส่วนราชการวางระบบการจัดเก็บผลการประเมิน เพื่อนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในข้อ ๒

ประกาศ ณ วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑

(นายวิษณุ เครืองาม)

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานคณะกรรมการบริหารงานลูกจ้างสัญญาจ้าง
ปฏิบัติหน้าที่ประธานคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ

บัญชีกลุ่มงานบริการ

อัตรา	บาท/เดือน
ขั้นสูง	๒๐,๒๑๐
ขั้นต่ำ	๖,๔๑๐

บัญชีกลุ่มงานเทคนิค

อัตรา	บาท/เดือน
ก. กลุ่มงานเทคนิคทั่วไป	
ขั้นสูง	๒๔,๙๓๐
ขั้นต่ำ	๗,๓๗๐
ข. กลุ่มงานเทคนิคพิเศษ	
ขั้นสูง	๕๙,๗๙๐
ขั้นต่ำ	๑๒,๘๕๐

บัญชีกลุ่มงานบริหารทั่วไป

อัตรา	(บาท/เดือน)
ขั้นสูง	๓๔,๗๐๐
ขั้นต่ำ	๑๐,๐๑๐

บัญชีกลุ่มงานวิชาชีพเฉพาะ

อัตรา	(บาท/เดือน)
ขั้นสูง	๕๕,๕๕๐
ขั้นต่ำ	๑๐,๘๕๐

บัญชีกลุ่มงานเชี่ยวชาญเฉพาะ

อัตรา	บาท/เดือน
ขั้นสูง	๖๘,๓๕๐
ขั้นต่ำ	๓๗,๖๘๐

บัญชีกลุ่มงานเชี่ยวชาญพิเศษ

ประเภทที่ปรึกษา	บาท/เดือน
๑. ระดับสากล	ไม่เกิน ๒๑๘,๔๐๐
๒. ระดับประเทศ	ไม่เกิน ๑๖๓,๘๐๐
๓. ระดับทั่วไป	ไม่เกิน ๑๐๙,๒๐๐

ตารางเปรียบเทียบผลการประเมินพนักงานราชการ

ระดับการประเมิน	คะแนน	ให้เลื่อนได้ร้อยละ
<u>ดีเด่น</u> (95-100)	100 99 98 97 96 95	4-6
<u>ดีมาก</u> (85-94)	94 93 92 91 90 89 88 87 86 85	2.00-3.99
<u>ดี</u> (75-84)	84 83 82 80 79 78 77 76 75	1.00-1.99
<u>พอใช้</u> (65-74)	74 73 72 71	ประเมินต่ำกว่าระดับดี 2 ครั้งติดต่อกัน ไม่ได้เลื่อนและเลิกจ้าง

ระดับการประเมิน	คะแนน	ให้เลื่อนได้ร้อยละ
	69	
	68	
	67	
	66	
	65	
<u>ต้องปรับปรุง</u> (ต่ำกว่า 65)		ไม่ได้เลื่อนและเลิกจ้าง

หมายเหตุ การกำหนดช่วงคะแนนประเมินของแต่ละระดับผลการประเมิน จากประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ เรื่อง แนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานราชการ พ.ศ.2554 ประกาศ ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2554

พนักงาน

กระทรวงสาธารณสุข

หลักเกณฑ์การเพิ่มค่าจ้างประจำปีพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

“การเพิ่มค่าจ้าง” หมายความว่า การให้บำเหน็จความดีความชอบ ตอบแทนแก่พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ที่ประพฤติตนอยู่ในระเบียบวินัย และปฏิบัติงานในรอบปีที่แล้วมาอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจ ซึ่งหน่วยบริการจ่ายให้แก่พนักงานกระทรวงสาธารณสุขในการปฏิบัติงานให้กับ ส่วนราชการ

หลักเกณฑ์การเพิ่มค่าจ้างประจำปีของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป

๑. ต้องมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในรอบปีที่แล้วไม่น้อยกว่า ๘ เดือน
๒. ในรอบปีที่แล้วมาต้องไม่ถูกลงโทษทางวินัยที่หนักกว่าโทษภาคทัณฑ์ หรือไม่ถูกศาลพิพากษาในคดีอาญาให้ลงโทษในความผิดที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน หรือความผิดที่ทำให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์ของตำแหน่งหน้าที่ของตนซึ่งมิใช่ความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๓. ในรอบปีที่แล้วมาต้องไม่ถูกสั่งพักงานเกินกว่าสี่เดือน
๔. ในรอบปีที่แล้วมาต้องไม่ขาดงานโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร
๕. ในรอบปีที่แล้วมาต้องไม่ลาหรือมาทำงานสายเกินจำนวนครั้งที่ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจสั่งเพิ่มค่าจ้างกำหนดเป็นหนังสือไว้ก่อนแล้ว โดยคำนึงถึงลักษณะงานและสภาพท้องถิ่นเป็นที่ตั้งของแต่ละส่วนราชการหรือหน่วยบริการ
- (๖) ในรอบปีที่แล้วมาต้องมีเวลาปฏิบัติงาน โดยมีวันลาไม่เกิดสิทธิ์ห้าวัน แต่ไม่รวมถึงวันลาดังต่อไปนี้
 - (ก) ลาอุปสมบท หรือลาไปประกอบพิธีฮัจญ์ ณ เมืองเมกกะ ประเทศซาอุดีอาระเบีย เฉพาะวันลาที่มีสิทธิได้รับค่าจ้างระหว่างลา (ต้องปฏิบัติงานครบ ๒ ปี จึงมีสิทธิลาได้)
 - (ข) ลาคลอดบุตรไม่เกินเก้าสิบวัน (รับเงินค่าจ้างจากนายจ้าง ๔๕ วัน และรับจากประกันสังคม ๔๕ วัน)
 - (ค) ลาป่วยซึ่งจำเป็นต้องรักษาตัวเป็นเวลานานไม่ว่าครบถ้วนหรือไม่หรือหลายคราวรวมกันไม่เกิน ๑๒๐ วันทำการ
 - (จ) ลาพักผ่อน
 - (ฉ) ลาเข้ารับการตรวจเลือกหรือเข้ารับการเตรียมพล
 - (ช) ลาไปช่วยเหลือภริยาที่คลอดบุตรเฉพาะวันลาที่มีสิทธิได้รับค่าจ้างระหว่างลา
- (๗) ให้เพิ่มค่าจ้างพนักงานกระทรวงสาธารณสุขตามผลการประเมินผลการปฏิบัติงานสองรอบการประเมินของปีงบประมาณที่จะเพิ่มค่าจ้าง โดยมีคะแนนเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าระดับดี (๗๕ %) ได้ไม่เกินอัตราร้อยละ ๖ ของฐานค่าจ้าง ทั้งนี้ เงินในการเพิ่มค่าจ้างของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขไม่เกินร้อยละ ๔ ของผลรวมจากฐานค่าจ้างที่จ่ายให้พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๑ กันยายน

*** กรณีที่มีการคำนวณเพื่อเพิ่มค่าจ้างหากคำนวณแล้วถ้ามีเศษไม่ถึงสิบบาทให้ปรับเพิ่มเป็นสิบบาท

แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการสิ้นสุดสัญญาจ้างของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

๑. ครบสัญญาจ้าง ๔ ปี
๒. อายุครบ ๖๐ ปี
๓. ถึงแก่ความตาย
๔. ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงาน

***หมายเหตุ:** ผลการประเมินผลการปฏิบัติงาน ๒ ครั้งติดต่อกัน

ตัวอย่าง นาย ก. วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๗ ได้คะแนนผลสัมฤทธิ์+สมรรถนะ = ๗๘ คะแนน (ระดับดี)
วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ ได้คะแนนผลสัมฤทธิ์+สมรรถนะ = ๗๔ คะแนน (ระดับพอใช้)
วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๘ ได้คะแนนผลสัมฤทธิ์+สมรรถนะ = ๗๕ คะแนน (ระดับดี)

สรุป ๑. วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๗ + วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ เฉลี่ย ๒ ครั้งติดต่อกัน $(๗๘ + ๗๔ \div ๒)$
= ๗๖ คะแนน (ระดับดี) ได้รับการเพิ่มค่าจ้าง

สรุป ๒. วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ + วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๘ เฉลี่ย ๒ ครั้งติดต่อกัน $(๗๔ + ๗๕ \div ๒)$
= ๗๔.๕ คะแนน (ระดับพอใช้ สิ้นสุดสัญญาจ้าง)



ประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง การเพิ่มค่าจ้างพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป พ.ศ. ๒๕๕๗

เพื่อให้การเพิ่มค่าจ้างตามลักษณะงานและผลผลิตของงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข มีความเหมาะสมกับขีดสมรรถนะ และการประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เป็นมาตรฐานเดียวกัน ให้ส่วนราชการในสังกัดถือปฏิบัติ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๙ ของระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๒ คณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ในประกาศนี้

"การเพิ่มค่าจ้าง" หมายความว่า การให้บำเหน็จความดีความชอบตอบแทนแก่พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ที่ประพฤติตนอยู่ในระเบียบวินัย และปฏิบัติงานในรอบปีที่แล้วมาอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจ ซึ่งหน่วยบริการจ่ายให้แก่พนักงานกระทรวงสาธารณสุขในการปฏิบัติงานให้กับส่วนราชการ

"รอบปีที่แล้วมา" หมายความว่า ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ของปีหนึ่ง ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ของปีถัดไป

ข้อ ๒ ให้หัวหน้าส่วนราชการเป็นผู้มีอำนาจสั่งเพิ่มค่าจ้างให้พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ ๓ หลักเกณฑ์การเพิ่มค่าจ้างประจำปีของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป

ให้พนักงานกระทรวงสาธารณสุขได้รับการพิจารณาเพิ่มค่าจ้าง ในวันที่ ๑ ตุลาคม ของทุกปี โดยต้องเป็นผู้ที่อยู่ในหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) ต้องมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในรอบปีที่แล้วมาไม่น้อยกว่า ๘ เดือน

(๒) ในรอบปีที่แล้วมาต้องไม่ถูกลงโทษทางวินัยที่หนักกว่าโทษภาคทัณฑ์ หรือไม่ถูกศาลพิพากษาในคดีอาญาให้ลงโทษในความผิดที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน หรือความผิดที่ทำให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์ของตำแหน่งหน้าที่ของตน ซึ่งมีใช้ความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(๓) ในรอบปีที่แล้วมาต้องไม่ถูกสั่งพักงานเกินกว่าสี่เดือน

(๔) ในรอบปีที่แล้วมาต้องไม่ขาดงานโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร

(๕) ในรอบปีที่แล้วมาต้องไม่ลา หรือมาทำงานสายเกินจำนวนครั้งที่ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจสั่งเพิ่มค่าจ้างกำหนดเป็นหนังสือไว้ก่อนแล้ว โดยคำนึงถึงลักษณะงานและสภาพท้องที่อันเป็นที่ตั้งของแต่ละส่วนราชการหรือหน่วยบริการ

(๖) ในรอบปีที่แล้วมาต้องมีเวลาปฏิบัติงาน โดยวันลาไม่เกินสี่สิบห้าวัน แต่ไม่รวมถึงวันลาดังต่อไปนี้

(ก) ลาอุปสมบท หรือลาไปประกอบพิธีสังฆี ณ เมืองเมกกะ ประเทศซาอุดีอาระเบีย เฉพาะวันลาที่มีสิทธิได้รับค่าจ้างระหว่างลา

(ข) ลาคลอดบุตรไม่เกินเก้าสิบวัน

(ค) ลาป่วยซึ่งจำเป็นต้องรักษาตัวเป็นเวลานาน ไม่ว่าคราวเดียวหรือหลายคราว รวมกันไม่เกิน ๓๒๐ วันทำการ

(ง) ลาป่วยเพราะประสบอันตรายในขณะที่ปฏิบัติงานตามหน้าที่หรือในขณะที่เดินทางไปหรือกลับจากการปฏิบัติงานตามหน้าที่

(จ) ลาพักผ่อน

(ฉ) ลาเข้ารับการตรวจเลือกหรือเข้ารับการเตรียมพล

(ช) ลาไปช่วยเหลือภริยาที่คลอดบุตร เฉพาะวันลาที่มีสิทธิได้รับค่าจ้างระหว่างลา

การนับจำนวนวันลาสำหรับการลาป่วย ให้นับเฉพาะวันทำการ ยกเว้น ข้อ (ง) (จ)

(๗) ให้เพิ่มค่าจ้างพนักงานกระทรวงสาธารณสุขตามผลการประเมินผลการปฏิบัติงาน ส่องรอบการประเมินของปีงบประมาณที่จะเพิ่มค่าจ้าง โดยมีคะแนนเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าระดับดี ได้ไม่เกินอัตรา ร้อยละ ๖ ของฐานค่าจ้าง

ทั้งนี้ วงเงินในการเพิ่มค่าจ้างของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขไม่เกินร้อยละ ๔ ของผลรวมจากฐานค่าจ้างที่จ่ายให้พนักงานกระทรวงสาธารณสุขในหน่วยบริการนั้น ๆ ณ วันที่ ๑ กันยายน โดยให้คำนึงถึงเงินรายได้ของหน่วยบริการตามแผนงาน

ข้อ ๔ ในกรณีที่มีการคำนวณเพื่อเพิ่มค่าจ้างและหรือค่าตอบแทน หากคำนวณแล้วค่ามีเศษไม่ถึงสิบบาท ให้ปัดเพิ่มขึ้นเป็นสิบบาท

ข้อ ๕ การเพิ่มค่าจ้างพนักงานกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการบริหาร พนักงานกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ว่าด้วยการประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มค่าจ้าง และ ต่อสัญญาจ้างของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๗ โดยนำผลการประเมินมาประกอบการพิจารณา เพิ่มค่าจ้างภายในวงเงิน ตามข้อ ๓ (๗)

การเพิ่มค่าจ้างให้พนักงานกระทรวงสาธารณสุขแต่ละคนในแต่ละครั้ง ต้องไม่เกินอัตรา ค่าจ้างขั้นสูงของบัญชีค่าจ้างที่คณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อ ๖ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับค่าจ้างถึงขั้นสูงหรือใกล้ถึงขั้นสูง ให้ได้รับการเพิ่ม ค่าจ้างและหรือค่าตอบแทนพิเศษ ตามผลการประเมินผลการปฏิบัติงานในวันที่ ๑ ตุลาคม และให้อยู่ภายในวงเงิน ตามข้อ ๓ (๗)

ข้อ ๗ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขในกลุ่มใด ผ่านการประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อต่อสัญญาจ้าง ให้พนักงานกระทรวงสาธารณสุขผู้นั้น ได้รับการพิจารณาเพิ่มค่าจ้างในกลุ่มนั้นตามผลการประเมินผล การปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์ข้างต้น

ข้อ ๘ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

(นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประธานคณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

บัญชีอัตราค่าจ้างสำหรับพนักงานกระทรวงสาธารณสุข
ผู้ได้รับปริญญา ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ที่ ก.พ.รับรองคุณวุฒิแล้ว หรือผู้มีทักษะประสบการณ์
เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๖ เป็นต้นไป

กลุ่มพนักงาน กระทรวง สาธารณสุข	คุณวุฒิตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง	ค่าจ้างของตำแหน่งที่มี ลักษณะงานเหมือน ข้าราชการ		ค่าจ้างของตำแหน่งที่มี ลักษณะงานเหมือน ลูกจ้างประจำ		หมายเหตุ
		ขั้นต่ำ	ขั้นสูง	ขั้นต่ำ	ขั้นสูง	
กลุ่มบริการ	- ไม่กำหนดวุฒิ - วุฒิ ม.๓ หรือ ม.๖ หรือเทียบเท่า - วุฒิ ปวช. หรือประสบการณ์ ๕ ปี - วุฒิ ปวท. หรือเทียบเท่า - วุฒิ ปวส. หรือเทียบเท่า	- - - - -	- - - - -	๗,๕๙๐ ๗,๕๙๐ ๘,๓๐๐ ๙,๕๔๐ ๑๐,๒๐๐	๑๔,๘๕๐ ๑๖,๐๓๐ ๑๙,๑๐๐ ๒๓,๓๔๐ ๒๓,๓๔๐	
กลุ่มเทคนิค	- วุฒิ ปวช. หรือประสบการณ์ ๕ ปี - วุฒิ ปวท. หรือเทียบเท่า - วุฒิ ปวส. หรือเทียบเท่า - วุฒิ ปวท. (ที่เป็นสายงานวิชาชีพ) - วุฒิ ปวส. (ที่เป็นสายงานวิชาชีพ)	๘,๓๐๐ ๙,๕๔๐ ๑๐,๒๐๐ ๑๑,๔๕๐ ๑๒,๒๔๐	๑๙,๑๐๐ ๓๕,๒๒๐ ๓๕,๒๒๐ ๓๕,๒๒๐ ๓๕,๒๒๐	- - - - -	- - - - -	
กลุ่มบริหาร ทั่วไป	- วุฒิปริญญาตรี หรือเทียบเท่า - วุฒิปริญญาโท หัวไปหรือเทียบเท่า - วุฒิปริญญาเอก หรือเทียบเท่า	๑๓,๓๐๐ ๑๖,๔๐๐ ๒๐,๐๐๐	๓๙,๖๓๐ ๓๙,๖๓๐ ๓๙,๖๓๐	- - -	- - -	
กลุ่มวิชาชีพ เฉพาะ	- วุฒิปริญญาตรี หลักสูตร ๔ ปี - วุฒิปริญญาตรี หลักสูตร ๕ ปี - วุฒิปริญญาตรี หลักสูตร ๖ ปี - วุฒิปริญญาโท หัวไปหรือเทียบเท่า - วุฒิปริญญาโท ที่มีหลักสูตรกำหนด เวลาศึกษา ไม่น้อยกว่า ๒ ปีต่อจาก วุฒิปริญญาตรี หลักสูตร ๕ ปี - วุฒิปริญญาเอก หรือเทียบเท่า - วุฒิปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต และ ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต และได้รับ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ - วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของ แพทยสภาที่มีกำหนดเวลาศึกษาอบรม ไม่น้อยกว่า ๓ ปี ต่อจากวุฒิปริญญา แพทยศาสตรบัณฑิต และได้รับใบ ประกอบวิชาชีพเวชกรรมแล้ว หรือ หนังสืออนุมัติบัตรในสาขาวิชาเดียวกัน กับวุฒิบัตร	๑๕,๙๖๐ ๑๖,๙๒๐ ๑๙,๖๘๐ ๑๙,๖๘๐ ๒๐,๙๐๐ ๒๔,๐๐๐ ๒๐,๓๑๐ ๒๔,๐๐๐	๓๙,๖๓๐ ๓๙,๖๓๐ ๓๙,๖๓๐ ๓๙,๖๓๐ ๓๙,๖๓๐ ๓๙,๖๓๐ ๕๓,๐๘๐ ๕๓,๐๘๐	- - - - - - - -	- - - - - - - -	

ตารางเปรียบเทียบผลการประเมินพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

ระดับการประเมิน	คะแนน	ให้เลื่อนได้ร้อยละ
<u>ดีเด่น</u> (95-100)	100 99 98 97 96 95	4-6
<u>ดีมาก</u> (85-94.99)	94.99 93 92 91 90 89 88 87 86 85	2.00-3.99
<u>ดี</u> (75-84.99)	84.99 83 82 80 79 78 77 76 75	0.50-1.99

พอใช้ (65-74.99)	74.99 73 72 71 70 69 68 67 66 65	ประเมินต่ำกว่าระดับดี 2 ครั้งติดต่อกัน ไม่ได้เลื่อนและเลิกจ้าง
ต้องปรับปรุง (ต่ำกว่า 65)		ไม่ได้เลื่อนและเลิกจ้าง

ลูกจ้างชั่วคราว

การปรับค่าจ้างประจำปีลูกจ้างชั่วคราว

หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณา

๑. ให้ผู้บังคับบัญชาและผู้ที่ได้รับมอบหมายประเมินผลการปฏิบัติงานบนพื้นฐานของผลสำเร็จและผลสัมฤทธิ์ของงานเป็นหลัก โดยหน่วยบริการกำหนดตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่มีความชัดเจนและตรวจสอบได้
๒. การปรับค่าจ้างให้ปรับได้ปีละหนึ่งครั้ง คือวันที่ ๑ ตุลาคม ของทุกปี โดยปรับค่าจ้างได้ไม่เกินร้อยละ ๖ ของฐานค่าจ้างเดิม ตามผลการประเมินการปฏิบัติงาน และไม่เกินขั้นสูงของอัตราค่าจ้างที่ สป. กำหนด ทั้งนี้การควบคุมวงเงินงบประมาณการปรับค่าจ้างในวงเงินไม่เกินร้อยละ ๔ ของอัตราค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว ณ วันที่ ๑ กันยายน (หน่วยบริการอาจกำหนดวงเงินตามความเหมาะสมและสถานะเงินบำรุง)

หลักเกณฑ์ในการปรับค่าจ้างในรอบปีที่แล้วมา

- (๑) ปฏิบัติตามหน้าที่ของตนด้วยความสามารถและอุตสาหะจนเกิดผลดีหรือความก้าวหน้าแก่ทางราชการ ซึ่งผู้บังคับบัญชาพิจารณาผลการประเมินการปฏิบัติงานแล้วเห็นว่าอยู่ในเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าระดับดี
- (๒) ต้องไม่ถูกสั่งลงโทษทางวินัยที่หนักกว่าโทษภาคทัณฑ์ หรือไม่ถูกศาลพิพากษาในคดีอาญาให้ลงโทษในความผิดที่เกี่ยวกับการปฏิบัติราชการหรือความผิดที่ทำให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์ของตำแหน่งหน้าที่ราชการของตน ซึ่งมีใช้ความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (๓) ต้องไม่ลาหรือมาทำงานายเกินจำนวนครั้งหรือจำนวนวันที่หน่วยบริการกำหนดโดยคำนึงถึงลักษณะงานและสภาพท้องถิ่นเป็นที่ตั้งของแต่ละหน่วยบริการหรือหน่วยงาน ซึ่งอนุโลมตามที่อยู่ปฏิบัติกับข้าราชการหรือลูกจ้างประจำในตำแหน่งที่มีลักษณะงานเช่นเดียวกันก็ได้
- (๔) ต้องมีเวลาปฏิบัติราชการ ๑๒ เดือน โดยมีวันลาไม่เกิน ๓๐ วันทำการ (ลาป่วยและลากิจส่วนตัว) แต่ไม่รวมถึงการลาดังต่อไปนี้
 - (ก) ลาคลอดบุตรไม่เกิน ๙๐ วัน
 - (ข) ลาพักผ่อน
 - (ค) ลาเพื่อรับราชการทหารในการเรียกพลเพื่อตรวจสอบ เพื่อฝึกวิชาทหาร เข้ารับการระดมพล หรือเพื่อทดสอบความพร้อม ปีหนึ่งไม่เกิน ๖๐ วัน
 - (ง) การลาอุปสมบทหรือประกอบพิธีฮัจย์

การพิจารณาปรับค่าจ้าง ให้ผู้บังคับบัญชาชั้นต้นหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายนำผลการประเมินการปฏิบัติงาน มาเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาปรับค่าจ้าง ประกอบกับข้อมูลการลา พฤติกรรมการทำงาน การรักษาระเบียบวินัย การปฏิบัติตนเหมาะสมกับการเป็นลูกจ้างชั่วคราว และข้อควรพิจารณาอื่น ๆ ของผู้นั้น

ในกรณีคำนวณเงินปรับค่าจ้างแล้วมีเศษไม่ถึงสิบบาท ให้ปรับเพิ่มขึ้นเป็นสิบบาท

หน่วยบริการอาจกำหนดรายละเอียดเพิ่มเติมได้เท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการจ่ายเงินบำรุงเพื่อเป็นค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว

การประเมินผลการปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้บังคับบัญชาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารลูกจ้าง และนำผลการประเมินไปเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาในเรื่องต่าง ๆ แล้วแต่กรณี ดังนี้

๑. การปรับค่าจ้างกรณีการจ้างต่อเนื่องและค่าตอบแทนอื่น ๆ
๒. การเลิกจ้าง
๓. การจ้างงานต่อ
๔. การพัฒนาและการแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติงาน
๕. การบริหารงานบุคคลเรื่องอื่น ๆ

การประเมินผลการปฏิบัติงานของลูกจ้างชั่วคราว ให้ประเมินจากผลงานซึ่งมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงานและพฤติกรรมในการปฏิบัติงานโดยกำหนดให้มีสัดส่วนของผลสัมฤทธิ์ของงานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน พิจารณาจากองค์ประกอบ ดังนี้

- (๑) ปริมาณผลงาน
- (๒) คุณภาพผลงาน
- (๓) ความรวดเร็วหรือความตรงต่อเวลา
- (๔) การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

การประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติงาน พิจารณาจากองค์ประกอบ ดังนี้

- (๑) มุ่งผลสัมฤทธิ์
- (๒) บริการที่ดี
- (๓) การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ
- (๔) การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม
- (๕) การทำงานเป็นทีม

ในแต่ละรอบการประเมินผลการปฏิบัติงานให้นำผลคะแนนการประเมินผลการปฏิบัติงานของลูกจ้างชั่วคราวมาจัดกลุ่มตามผลคะแนนเป็น ๕ ระดับ คือ ดีเด่น ดีมาก ดี พอใช้ ต้องปรับปรุง โดยกำหนดช่วงคะแนนแต่ละระดับผลการประเมิน ดังนี้

ระดับ	คะแนน	คำอธิบาย
ดีเด่น	๙๕ - ๑๐๐	ผลสัมฤทธิ์ของงานและพฤติกรรมการปฏิบัติงานสูงกว่ามาตรฐานหรือข้อกำหนดหรือดีกว่าที่คาดหวัง
ดีมาก	๘๕ - ๙๔	ผลสัมฤทธิ์ของงานและพฤติกรรมการปฏิบัติงานเกินมาตรฐานหรือข้อกำหนดหรือดีกว่าที่คาดหวัง
ดี	๗๕ - ๘๔	ผลสัมฤทธิ์ของงานและพฤติกรรมการปฏิบัติงานได้มาตรฐานหรือข้อกำหนดหรือตามคาดหวัง
พอใช้	๖๕ - ๗๔	ผลสัมฤทธิ์ของงานและพฤติกรรมการปฏิบัติงานต่ำกว่ามาตรฐานหรือข้อบกพร่องอยู่เสมอ
ต้องปรับปรุง	๖๕ - ๗๔	ผลสัมฤทธิ์ของงานและพฤติกรรมการปฏิบัติงานต้องปรับปรุง

ลูกจ้างชั่วคราวผู้ใด ที่ผู้บังคับบัญชาได้ประเมินผลการปฏิบัติงานแล้ว มีคะแนนเฉลี่ยของผล
การประเมินการปฏิบัติงาน ๒ ครั้ง ติดต่อกันต่ำกว่าระดับดี ให้ผู้บังคับบัญชาทำความเห็นเสนอผู้มีอำนาจสั่ง
จ้างเพื่อพิจารณาสั่งเลิกจ้างต่อไป พร้อมกับแจ้งให้ลูกจ้างชั่วคราวทราบภายในเจ็ดวัน นับแต่วันทราบการ
ประเมินผลการปฏิบัติงาน

กรณีที่จะมีการจ้างงานต่อเนื่องในลักษณะงานเดิมหรือลักษณะงานใหม่ ให้หน่วยบริการนำ
ผลการประเมินการปฏิบัติงานของลูกจ้างผู้นั้นมาประกอบการพิจารณา โดยผู้ได้รับการพิจารณาให้จ้างงาน
ต่อเนื่องได้ จะต้องมีความเฉลี่ยของผลการประเมินการปฏิบัติงาน ๒ ครั้ง ติดต่อกันในปีที่จะจ้างต่อไม่ต่ำกว่า
ระดับดี (๗๕ คะแนน) ทั้งนี้ ให้ผู้บังคับบัญชาทำความเห็นเสนอผู้มีอำนาจสั่งจ้างพิจารณาสั่งจ้างต่อไป

หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงาน
ของลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง)
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558

เพื่อให้การประเมินผลการปฏิบัติงานของลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีประสิทธิภาพ โปร่งใส เป็นธรรม และมีมาตรฐานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน จึงเห็นสมควร กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงาน ดังนี้

ข้อ 1 หลักเกณฑ์นี้เรียกว่า “หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานของลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558”

ข้อ 2 ให้ยกเลิกหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานของลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2554

ข้อ 3 หลักเกณฑ์และวิธีการนี้ ใช้กับการประเมินผลการปฏิบัติงานของลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2558 เป็นต้นไป

ข้อ 4 การประเมินผลการปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้บังคับบัญชาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) และนำผลการประเมินไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาในเรื่องต่าง ๆ แล้วแต่กรณี ดังนี้

- (1) การปรับค่าจ้างกรณีการจ้างต่อเนื่องและค่าตอบแทนอื่นๆ
- (2) การเลิกจ้าง
- (3) การจ้างงานต่อ
- (4) การพัฒนาและการแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติงาน
- (5) การบริหารงานบุคคลเรื่องอื่น ๆ

ข้อ 5 หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานนี้ มีหลักการที่จะประเมินผลการปฏิบัติงานบนพื้นฐานของผลสำเร็จและผลสัมฤทธิ์ของงาน โดยหน่วยบริการต้องกำหนดตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานให้มีความชัดเจน สามารถตรวจสอบได้

ข้อ 6 การประเมินผลการปฏิบัติงานของลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ให้ประเมินจากผลงานของลูกจ้างชั่วคราวผู้นั้น ซึ่งมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงานและพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน โดยกำหนดให้มีสัดส่วนของผลสัมฤทธิ์ของงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

(ก) การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน พิจารณาจากองค์ประกอบ ดังนี้

- (1) ปริมาณผลงาน
- (2) คุณภาพผลงาน
- (3) ความรวดเร็วหรือความตรงต่อเวลา
- (4) การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

(ข) การประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติงาน พิจารณาจากองค์ประกอบ ดังนี้

- (1) มุ่งผลสัมฤทธิ์
- (2) บริการที่ดี
- (3) การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ
- (4) การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม
- (5) การทำงานเป็นทีม

ฯลฯ

หน่วยบริการอาจกำหนดให้เมืองค์ประกอบการประเมินอื่น ๆ เพิ่มเติมได้ตามความเหมาะสมกับลักษณะงานและสภาพการปฏิบัติงานของลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ในตำแหน่งต่าง ๆ

ในแต่ละรอบการประเมินผลการปฏิบัติงานให้นำผลคะแนนการประเมินผลการปฏิบัติงานของลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) มาจัดกลุ่มตามผลคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ ดีเด่น ดีมาก ดี พอใช้ ต้องปรับปรุง โดยกำหนดช่วงคะแนนของแต่ละระดับผลการประเมิน ดังนี้

ระดับ	คะแนน	คำอธิบาย
ดีเด่น	95 - 100	ผลสัมฤทธิ์ของงานและพฤติกรรมการปฏิบัติงานสูงกว่ามาตรฐานหรือข้อกำหนดหรือดีกว่าที่คาดหวัง
ดีมาก	85 - 94	ผลสัมฤทธิ์ของงานและพฤติกรรมการปฏิบัติงานเกินมาตรฐานหรือข้อกำหนดหรือดีกว่าที่คาดหวัง
ดี	75 - 84	ผลสัมฤทธิ์ของงานและพฤติกรรมการปฏิบัติงานได้มาตรฐานหรือข้อกำหนดหรือตามคาดหวัง
พอใช้	65 - 74	ผลสัมฤทธิ์ของงานและพฤติกรรมการปฏิบัติงานต่ำกว่ามาตรฐานหรือข้อบกพร่องอยู่เสมอหรือต่ำกว่าที่คาดหวัง
ต้องปรับปรุง	น้อยกว่า 65	ผลสัมฤทธิ์ของงานและพฤติกรรมการปฏิบัติงานต้องปรับปรุง

แบบประเมินผลการปฏิบัติงานของลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ให้ใช้ตามแบบที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังแนบท้ายหลักเกณฑ์นี้ หรืออาจปรับใช้ตามความเหมาะสมของลักษณะงาน ทั้งนี้ การประเมินดังกล่าวต้องครอบคลุมงาน ภารกิจที่ได้รับมอบหมาย ความสำเร็จของงาน ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติงาน และตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน

ข้อ 7 การประเมินผลการปฏิบัติงานของลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

(1) ช่วงเริ่มรอบการประเมิน ให้หน่วยบริการกำหนดเป้าหมายผลสำเร็จของงานในภาพรวมของหน่วยบริการที่จะมอบหมายให้ลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ปฏิบัติ จากนั้นให้ผู้บังคับบัญชา/ผู้ประเมิน และลูกจ้างชั่วคราว ฯ แต่ละคนร่วมกันวางแผนการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ความสำเร็จของงาน ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติงาน ซึ่งลูกจ้างชั่วคราว ฯ ผู้นั้นต้องรับผิดชอบในรอบการประเมินนั้น โดยกำหนดตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานหรือหลักฐานบ่งชี้ความสำเร็จของงานอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งระบุพฤติกรรมในการทำงานที่คาดหวังด้วย

(2) ในระหว่าง.....

(2) ในระหว่างรอบการประเมิน ให้ผู้บังคับบัญชา/ผู้ประเมินติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานตามแผนการปฏิบัติงานตามข้อ (1) รวมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำและช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงาน เพื่อให้ลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายและผลสำเร็จของงานที่หน่วยบริการกำหนด

(3) เมื่อครบรอบการประเมิน ให้ผู้บังคับบัญชา/ผู้ประเมินดำเนินการ ดังนี้

(3.1) ประเมินผลการปฏิบัติงานของลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่หน่วยบริการกำหนด

(3.2) จัดทำบัญชีรายชื่อลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ตามลำดับคะแนนผลการประเมิน

(3.3) เสนอบัญชีรายชื่อลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ตามลำดับคะแนนผลการประเมินให้คณะกรรมการบริหารหน่วยบริการพิจารณา เพื่อความเป็นมาตรฐาน โปร่งใสและเป็นธรรมในการประเมิน ก่อนที่จะเสนอผลการประเมินต่อหัวหน้าหน่วยบริการเพื่อนำไปใช้ในการบริหารงานบุคคลต่อไป

(3.4) แจ้งผลการประเมินโดยตรงแก่ลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) และให้คำปรึกษาแนะนำแก่ลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) เพื่อแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น

ข้อ 8 ให้มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ปีละ 2 ครั้ง ตามปีงบประมาณ คือ

ครั้งที่ 1 ประเมินผลในช่วงการปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ของปีหนึ่ง ถึงวันที่ 31 มีนาคม ปีถัดไป

ครั้งที่ 2 ประเมินผลในช่วงการปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึงวันที่ 30 กันยายน ปีเดียวกัน

ข้อ 9 ลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ผู้ใด ซึ่งผู้บังคับบัญชาได้ประเมินผลการปฏิบัติงานแล้ว มีคะแนนเฉลี่ยของผลการประเมินการปฏิบัติงาน 2 ครั้ง ติดต่อกันต่ำกว่าระดับดี ให้ผู้บังคับบัญชาทำความเข้าใจกับผู้ที่มีอำนาจสั่งจ้างเพื่อพิจารณาสั่งเลิกจ้างต่อไป พร้อมกับแจ้งให้ลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ผู้นั้นทราบภายในเจ็ดวันนับตั้งแต่วันที่ทราบการประเมินผลการปฏิบัติงาน

ข้อ 10 กรณีที่จะมีการจ้างงานต่อเนื่องในลักษณะงานเดิมหรือลักษณะงานใหม่ ให้หน่วยบริการนำผลการประเมินการปฏิบัติงานของลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ผู้นั้นมาประกอบการพิจารณา โดยผู้ได้รับการพิจารณาให้จ้างงานต่อเนื่องได้ จะต้องมีความเฉลี่ยของผลการประเมินการปฏิบัติงาน 2 ครั้ง ติดต่อกันในปีที่จะจ้างต่อไม่ต่ำกว่าระดับดี ทั้งนี้ ให้ผู้บังคับบัญชาทำความเข้าใจกับผู้ที่มีอำนาจสั่งจ้างพิจารณาสั่งจ้างต่อไป

ข้อ 11 ให้หน่วยบริการวางระบบจัดเก็บผลการประเมิน เพื่อนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในข้อ 4

**หลักเกณฑ์และวิธีการปรับค่าจ้างประจำปี
ของลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง)
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558**

เพื่อให้การปรับค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปเพื่อประโยชน์ของทางราชการ เกิดประสิทธิภาพ โปร่งใส เป็นธรรม และมีมาตรฐานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน จึงเห็นควรกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการปรับค่าจ้างไว้ ดังนี้

1. หลักเกณฑ์นี้เรียกว่า “หลักเกณฑ์และวิธีการปรับค่าจ้างประจำปีของลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558”
2. ให้ยกเลิกหลักเกณฑ์และวิธีการปรับค่าจ้างประจำปีของลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2554
3. หลักเกณฑ์และวิธีการนี้ ใช้กับการปรับค่าจ้างประจำปีของลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 เป็นต้นไป
4. ในหลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณานี้
 “รอบปีที่แล้วมา” หมายความว่า ช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ของปีหนึ่ง ถึงวันที่ 30 กันยายน ของปีถัดไป
 “เงินค่าจ้าง” หมายความว่า เงินเดือนซึ่งจ่ายให้แก่ลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) รายเดือน ในการปฏิบัติงานให้แก่หน่วยบริการตามอัตราที่กำหนดไว้ในบัญชีโครงสร้างอัตราค่าจ้างของลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
5. ให้ผู้บังคับบัญชาและผู้ที่ได้รับมอบหมายประเมินผลการปฏิบัติงานบนพื้นฐานของผลสำเร็จและผลสัมฤทธิ์ของงานเป็นหลัก โดยหน่วยบริการกำหนดตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่มีความชัดเจนและตรวจสอบได้
6. การปรับค่าจ้าง ให้ปรับได้ปีละหนึ่งครั้ง คือ วันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี โดยปรับค่าจ้างได้ไม่เกินร้อยละ 6 ของฐานค่าจ้างเดิม ตามผลการประเมินการปฏิบัติงาน ข้อ 5 และไม่เกินขั้นสูงของอัตราค่าจ้างที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- ทั้งนี้ ให้ควบคุมวงเงินงบประมาณการปรับค่าจ้างในวงเงินไม่เกินร้อยละ 4 ของอัตราค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ณ วันที่ 1 กันยายน (หน่วยบริการอาจกำหนดวงเงินตามความเหมาะสมและสถานะเงินบำรุง)

7. ลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) ซึ่งจะได้รับการพิจารณาปรับค่าจ้างในรอบปีที่แล้วมาต้องอยู่ในหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(1) ปฏิบัติงานตามหน้าที่ของตนด้วยความสามารถและอุตสาหะจนเกิดผลดีหรือความก้าวหน้าแก่ทางราชการ ซึ่งผู้บังคับบัญชาได้พิจารณาผลการประเมินการปฏิบัติงานแล้วเห็นว่าอยู่ในเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าระดับดี

(2) รอบปี.....

(2) ต้องไม่ถูกสั่งลงโทษทางวินัยที่หนักกว่าโทษภาคทัณฑ์ หรือไม่ถูกศาลพิพากษาในคดีอาญาให้ลงโทษในความผิดที่เกี่ยวกับการปฏิบัติราชการหรือความผิดที่ทำให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์ของตำแหน่งหน้าที่ราชการของตน ซึ่งมีใช้ความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(3) ต้องไม่ลาหรือมาทำงานสายเกินจำนวนครั้งหรือจำนวนวันที่หน่วยบริการกำหนด โดยคำนึงถึงลักษณะงานและสภาพท้องที่อันเป็นที่ตั้งของแต่ละหน่วยบริการหรือหน่วยงาน ซึ่งอนุโลมตามที่ได้ปฏิบัติกับข้าราชการหรือลูกจ้างประจำในตำแหน่งที่มีลักษณะงานเช่นเดียวกันก็ได้

(4) ต้องมีเวลาปฏิบัติราชการ 12 เดือน โดยมีวันลาไม่เกิน 30 วันทำการ (ลาป่วยและลากิจส่วนตัว) แต่ไม่รวมถึงการลาดังต่อไปนี้

(ก) ลาคลอดบุตรไม่เกิน 90 วัน

(ข) ลาพักผ่อน

(ค) ลาเพื่อรับราชการทหารในการเรียกพลเพื่อตรวจสอบ เพื่อฝึกวิชาทหาร เข้ารับการระดมพล หรือเพื่อทดลองความพร้อม ปีหนึ่งไม่เกิน 60 วัน

(ง) การลาอุปสมบทหรือประกอบพิธีฮัจญ์

(5) กรณีการจ้างงานใหม่ ต้องมีเวลาปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 8 เดือน ยกเว้นได้รับการจ้างงานในวันที่ 2 หรือวันเปิดทำการวันแรกของเดือนกุมภาพันธ์ เนื่องจากวันที่ 1 หรือวันถัดไปของเดือนกุมภาพันธ์ในปีนั้นตรงกับวันหยุดราชการ

8. การพิจารณาปรับค่าจ้างตามข้อ 7 ให้ผู้บังคับบัญชาชั้นต้นหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายนำผลการประเมินการปฏิบัติงานที่ได้ดำเนินการตามข้อ 5 มาเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาปรับค่าจ้าง ประกอบกับข้อมูลการลา พฤติกรรมการมาทำงาน การรักษาระเบียบวินัย การปฏิบัติตนเหมาะสมกับการเป็นลูกจ้างชั่วคราว เงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) และข้อควรพิจารณาอื่นๆ ของผู้นั้น แล้วรายงานผลการพิจารณาพร้อมข้อมูลดังกล่าวต่อผู้บังคับบัญชาชั้นเหนือขึ้นไปตามลำดับ จนถึงผู้มีอำนาจสั่งปรับค่าจ้าง

9. ในกรณีที่คำนวณเงินปรับค่าจ้างแล้วมีเศษไม่ถึงสิบบาท ให้รับเพิ่มขึ้นเป็นสิบบาท

10. หน่วยบริการอาจกำหนดรายละเอียดเพิ่มเติมได้เท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินบำรุงเพื่อเป็นค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราวหรือลูกจ้างรายคาบของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545

บัญชีค่าจ้างขั้นต่ำ-ขั้นสูงของลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ(เงินบำรุง) กลุ่มวิชาชีพ
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สายงานเภสัชกร	อัตราค่าจ้าง: บาท (หลักสูตร ๕ ปี)	อัตราค่าจ้าง: บาท (หลักสูตร ๖ ปี)
ขั้นสูง	๑๗,๑๕๐	๑๗,๑๕๐
ขั้นต่ำ	๑๒,๕๐๐	๑๔,๕๕๐
ขั้นต่ำชั่วคราว(แรกบรรจุ)	๑๑,๗๓๐	๑๓,๘๒๐

สายงานพยาบาลวิชาชีพ	อัตราค่าจ้าง : บาท
ขั้นสูง	๑๗,๑๕๐
ขั้นต่ำ	๑๑,๗๖๐
ขั้นต่ำชั่วคราว(แรกบรรจุ)	๑๑,๒๓๐

สายงานนักวิชาการสาธารณสุข	อัตราค่าจ้าง : บาท
ขั้นสูง	๑๔,๗๕๐
ขั้นต่ำ	๑๑,๓๔๐
ขั้นต่ำชั่วคราว(แรกบรรจุ)	๑๑,๐๓๐

สายงานสหวิชาชีพ	อัตราค่าจ้าง : บาท
ขั้นสูง	๑๗,๑๕๐
ขั้นต่ำ	๑๑,๗๖๐
ขั้นต่ำชั่วคราว(แรกบรรจุ)	๑๑,๒๓๐

นักเรียนทุนสายงานอื่นๆ	อัตราค่าจ้าง : บาท (หลักสูตร ๒ ปี ปวท.)	อัตราค่าจ้าง : บาท (หลักสูตร ๒ ปี ปวส.)
ขั้นสูง	๑๒,๕๕๐	๑๒,๙๐๐
ขั้นต่ำ	๘,๙๐๐	๙,๕๓๕
ขั้นต่ำชั่วคราว(แรกบรรจุ)	๘,๖๖๐	๘,๙๘๕

หมายเหตุ สายงานที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพจะได้รับเพิ่มเงิน พ.ต.ส. ตามระเบียบที่ ก.พ. กำหนด

บัญชีค่าจ้างขั้นต่ำ-ขั้นสูงของลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ(เงินบำรุง) กลุ่มสนับสนุน

สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นค่าจ้าง/วุฒิ	กรณีไม่กำหนดวุฒิ
ขั้นสูง	๙,๕๗๒
ขั้นต่ำ	๖,๙๐๕
ขั้นต่ำชั่วคราว (แรกบรรจุ)	๖,๕๕๒

ขั้นค่าจ้าง/วุฒิ	วุฒิ ปวช.
ขั้นสูง	๙,๘๘๗
ขั้นต่ำ	๗,๑๐๕
ขั้นต่ำชั่วคราว(แรกบรรจุ)	๖,๗๓๘

ขั้นค่าจ้าง/วุฒิ	วุฒิ ปวท.
ขั้นสูง	๑๐,๙๗๔
ขั้นต่ำ	๗,๙๐๓
ขั้นต่ำชั่วคราว(แรกบรรจุ)	๗,๔๙๑

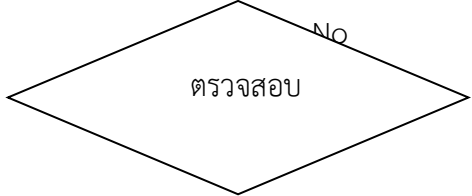
ขั้นค่าจ้าง/วุฒิ	วุฒิ ปวส.
ขั้นสูง	๑๑,๙๕๖
ขั้นต่ำ	๘,๕๙๖
ขั้นต่ำชั่วคราว(แรกบรรจุ)	๘,๑๔๖

ขั้นค่าจ้าง/วุฒิ	วุฒิปริญญาตรี
ขั้นสูง	๑๓,๓๐๐
ขั้นต่ำ	๙,๕๓๐
ขั้นต่ำชั่วคราว(แรกบรรจุ)	๙,๐๓๒

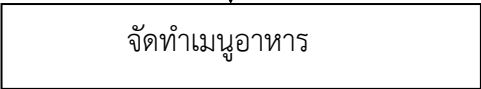
ตัวชี้วัดที่สำคัญของกระบวนการ....ร้อยละ๙๐% ของการจัดอาหารรับรองไม่พบข้อผิดพลาด

ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดของงาน	ผู้รับผิดชอบ
๑	หน่วยงานขออนุมัติจัดอาหารว่าง,เครื่องดื่ม,อาหารกลางวัน ↓	ก่อนการประชุม ๑ อาทิตย์	หน่วยงานที่ขออาหารว่างเครื่องดื่ม,อาหารกลางวันในการจัดประชุม/อบรมต้องเขียนใบขอใช้ห้องประชุมและขออนุมัติอาหารว่างเครื่องดื่ม	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๒	กลุ่มงานยุทธศาสตร์ประสานงานมาที่งานโภชนาการ ↓	๑๐ นาที	กลุ่มงานยุทธศาสตร์ประสานงานมายังงานโภชนาการ	กลุ่มงานยุทธศาสตร์
๓	งานโภชนาการดำเนินการเตรียมอาหารว่าง ,เครื่องดื่ม,อาหารกลางวันตามวันเวลาที่กำหนด ↓	๖๐ นาที	ดำเนินการเตรียมอาหารว่าง,เครื่องดื่มอาหารกลางวัน	โภชนาการ
๔	เสิร์ฟอาหารว่าง /เครื่องดื่ม/อาหารกลางวันตามวันเวลาที่กำหนด ↓	๖๐ นาที	เสิร์ฟอาหารว่าง/เครื่องดื่ม/อาหารกลางวัน	โภชนาการ
๕	เก็บถาดอาหารว่างและอุปกรณ์ที่จัดเสิร์ฟ ↓	๓๐ นาที	เก็บถาดอาหารว่างและอุปกรณ์	โภชนาการ
๖	ล้างทำความสะอาดภาชนะและอุปกรณ์	๓๐ นาที	ล้างทำความสะอาดภาชนะและอุปกรณ์	โภชนาการ

ตัวชี้วัดที่สำคัญของกระบวนการ....จำนวนครั้งการจัดทำป้ายอาหารถูกต้องตามใบสั่งอาหาร

ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดของงาน	ผู้รับผิดชอบ
๑		ก่อนเวลา๖.๐๐น. ทุกวัน	เจ้าหน้าที่งานโภชนาการขึ้นเก็บใบสั่งอาหารจากหอผู้ป่วยทุกวันเวลา ๖.๐๐น.	เจ้าหน้าที่ เวรเช้า
๒		๑๕ นาที	เจ้าหน้าที่งานโภชนาการตรวจสอบจำนวนผู้ป่วยสามัญ/พิเศษ/เฉพาะโรค ถ้าคำสั่งอาหารไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่งานโภชนาการจะโทรสอบถามไปยังหอผู้ป่วย	เจ้าหน้าที่งาน โภชนาการ
๓		๑๕ นาที	จัดทำป้ายกำกับอาหารพิเศษ เฉพาะโรค	เจ้าหน้าที่งาน โภชนาการ

ตัวชี้วัดที่สำคัญของกระบวนการ...จำนวนครั้งของอาหารสดมีคุณภาพไม่ตรงที่กำหนด

ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดของงาน	ผู้รับผิดชอบ
๑		๑๐ นาที	รวบรวมยอดอาหารผู้ป่วยสามัญ พิเศษตึกอุบัติเหตุ๑ อุบัติเหตุ๒ ห้องคลอด ตึก พิเศษอังฮวด เวลา ๑๕.๐๐น.ทุกวัน	สุดาพร
๒		๑๐ นาที	กำหนดเมนูอาหารสำหรับผู้ป่วยสามัญ พิเศษ เฉพาะโรค เพื่อกำหนดปริมาณอาหารที่จะสั่งซื้อ	ชนัญชิตา
๓		๑๐ นาที	ระบุประเภทอาหารที่สั่งซื้อลงในใบสั่งซื้ออาหาร	ชนัญชิตา
๔		ล่วงหน้า ๑ วัน	ส่งใบสั่งซื้ออาหารให้พ่อค้าเพื่อดำเนินการจัดซื้ออาหารตามรายการที่สั่งซื้อ	พ่อค้า
๕	 No	๑๐ นาที	คณะกรรมการตรวจรับอาหาร ตรวจสอบคุณภาพอาหารทุกวันเวลา๘.๐๐น. ถ้าคุณภาพอาหารมีตรงที่กำหนดให้พ่อค้าจัดซื้อทดแทนภายในเวลา๙.๓๐น.	คณะกรรมการตรวจรับอาหาร
๖	Yes 	๑๐ นาที	ดำเนินการแยกประเภทอาหาร เพื่อเตรียมผลิตอาหารต่อไป	เจ้าหน้าที่งานโภชนาการ

ชื่อกระบวนการ...ขั้นตอนการเตรียมอาหาร

งานโภชนาการ

ตัวชี้วัดที่สำคัญของกระบวนการ...จำนวนครั้งที่พบการปนเปื้อนในการเตรียมอาหาร

ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดของงาน	ผู้รับผิดชอบ
๑	เตรียมอาหารตามเมนูใน แต่ละวัน	๑๕-๓๐ นาที	เจ้าหน้าที่งานโภชนาการ อ่านเมนูอาหาร ในแต่ละวัน และดำเนินการเตรียมอาหาร ตามมื้ออาหาร	เจ้าหน้าที่ งานโภชนาการ
๒	↓ ผัก-ล้าง -ปอก -หั่น เนื้อสัตว์-ล้าง - หั่น ไข่ -ล้าง -ผึ่งให้แห้ง อาหารทะเล -ล้าง -หั่น ↓	๑.๕ ชม.	แยกประเภทล้าง โดยแยกอ่างล้างเนื้อสัตว์ และผักสด ล้างผักตามวิธีการปฏิบัติแช่น้ำ ส้มอ.ส.ร.๑๕นาทีล้างน้ำสะอาดอีก๑ครั้ง ก่อนหั่นเตรียมปรุง เนื้อสัตว์ล้างและหั่นเข้าตู้เย็นทันที ไข่ล้างโดยใช้แผ่นใยขัดให้สะอาด ผึ่งให้แห้งก่อนนำไปปรุง	เจ้าหน้าที่ งานโภชนาการ
๓	ทำความสะอาดภาชนะ/ อุปกรณ์บริเวณใช้งาน	๒๐ นาที	ทำความสะอาดมิด /เชียง และโต๊ะ เตรียมอาหารด้วยน้ำยาทำความสะอาด	เจ้าหน้าที่ งานโภชนาการ

ตัวชี้วัดที่สำคัญของกระบวนการ....จำนวนครั้งที่พบการจัดอาหารผิดประเภท

ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดของงาน	ผู้รับผิดชอบ
๑	<pre> graph TD A([เตรียมพื้นที่ปฏิบัติงาน]) --> B[เตรียมเนื้อสัตว์/ผักที่เตรียมไว้] </pre>	๓๐ นาที	ทำความสะอาดห้องประกอบอาหารโดยการกวาด ถูพื้น เช็ดทำความสะอาดเคาเตอร์และบริเวณเตาประกอบอาหารตรวจสอบถังแก๊ส	เจ้าหน้าที่งานโภชนาการ
๒	<pre> graph TD B[เตรียมเนื้อสัตว์/ผักที่เตรียมไว้] --> C[ปรุงอาหารตามเมนูที่กำหนด] </pre>	๑๐ นาที	นำเนื้อสัตว์ที่จะปรุงออกจากตู้เย็น โดยดูปริมาณตามเมนูที่กำหนด เตรียมผัก และเตรียมเบกเครื่องปรุงให้ครบก่อนประกอบอาหาร	เจ้าหน้าที่งานโภชนาการ
๓	<pre> graph TD C[ปรุงอาหารตามเมนูที่กำหนด] --> D[จัดอาหารให้ผู้ป่วย] </pre>	๑ ช.ม.	ปรุงอาหารผู้ป่วยพิเศษ สามัญ เฉพาะโรค ประเภทธรรมดา(หุงข้าว +กับข้าว ๓อย่าง)	เจ้าหน้าที่งานโภชนาการ
๔	<pre> graph TD D[จัดอาหารให้ผู้ป่วย] --> E{ตรวจสอบคุณภาพ} </pre>	๓๐ นาที	จัดอาหารตามประเภทอาหารสามัญพิเศษ เฉพาะโรค	เจ้าหน้าที่งานโภชนาการ
๕	<pre> graph TD E{ตรวจสอบคุณภาพ} -- No --> D E -- Yes --> F[จัดเรียงถาดอาหารขึ้นรถ] </pre>	๑๐ นาที	ตรวจสอบความครบถ้วนของอาหารแต่ละประเภท ความสะอาดของอาหารแต่ละถาด ตรวจสอบความถูกต้องในการจัดอาหาร ให้ผู้ป่วยเบาหวาน ถ้าไม่ถูกต้อง ดำเนินการจัดอาหารใหม่ให้ถูกต้องตามแต่ละประเภท	เจ้าหน้าที่งานโภชนาการ
๖	<pre> graph TD F[จัดเรียงถาดอาหารขึ้นรถ] --> G([เก็บล้างภาชนะ/อุปกรณ์ประกอบอาหารและบริเวณห้องประกอบอาหาร]) </pre>	๑๐ นาที	จัดเรียงอาหารผู้ป่วยขึ้นตามแต่ละหอผู้ป่วย	เจ้าหน้าที่งานโภชนาการ
๗	<pre> graph TD G([เก็บล้างภาชนะ/อุปกรณ์ประกอบอาหารและบริเวณห้องประกอบอาหาร]) </pre>	๓๐ นาที	เก็บล้างภาชนะ/อุปกรณ์ในการปรุง /จัดและทำความสะอาดบริเวณประกอบอาหารและห้องจัดอาหาร	เจ้าหน้าที่งานโภชนาการ

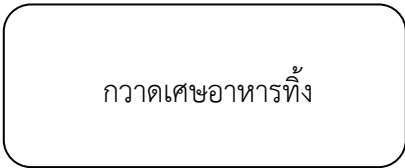
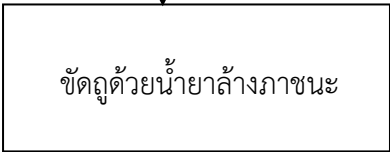
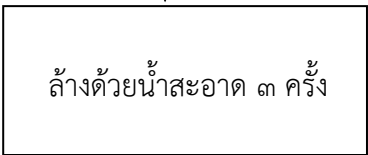
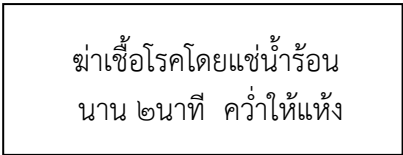
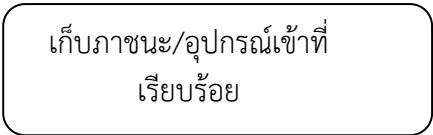
ชื่อกระบวนการ...การบริการอาหารบนหอผู้ป่วย

ตัวชี้วัดที่สำคัญของกระบวนการ....จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานอาหาร

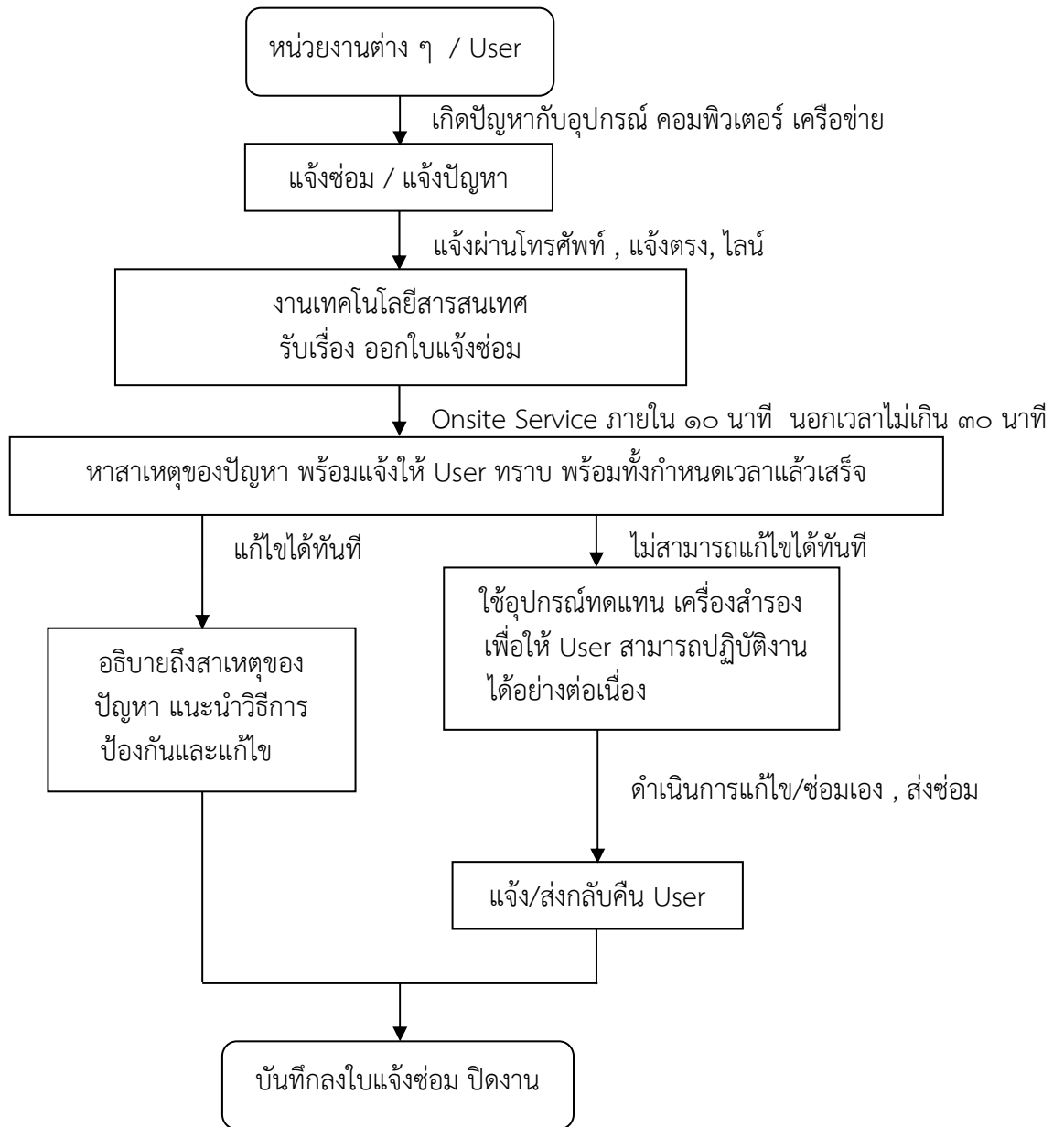
ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดของงาน	ผู้รับผิดชอบ
๑	เมื่อถึงเวลาส่งอาหารผู้ป่วย ↓	๑๐ นาที	เมื่อถึงเวลาส่งอาหารผู้ป่วย สำนวความเรียบร้อยของตัวคนขึ้นแจกอาหาร อุปกรณ์ที่จะต้องนำขึ้นไปด้วย ใบส่งอาหารผู้ป่วย แต่ละหอผู้ป่วย	เจ้าหน้าที่งานโภชนาการ
๒	นำอาหารส่งมอบให้ผู้ป่วย ↓	๑ ช.ม.	นำอาหารส่งมอบให้ผู้ป่วยแต่ละเตียง โดยแจกตามใบส่งอาหารผู้ป่วย กรณีที่มีข้อสงสัยเรื่องอาหารที่จะให้ผู้ป่วย ให้สอบถามเจ้าหน้าที่บนหอผู้ป่วย	เจ้าหน้าที่งานโภชนาการ
๓	เก็บถาดอาหาร	๑๕ นาที	เมื่อถึงเวลาเก็บถาดอาหารเจ้าหน้าที่งานโภชนาการเดินเก็บถาดอาหารตามเตียงผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยยังไม่ได้กินให้ล้างถาดได้ รวบรวมเศษอาหารลงถัง และนำถาดอาหารมาล้างที่งานโภชนาการต่อไป	เจ้าหน้าที่งานโภชนาการ

ชื่อกระบวนการ...การล้างทำความสะอาดถาดอาหารผู้ป่วย

ตัวชี้วัดที่สำคัญของกระบวนการ....จำนวนครั้งที่พบภาชนะไม่สะอาด

ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดของงาน	ผู้รับผิดชอบ
๑		๕ นาที	ใช้น้ำล้างเศษอาหารทิ้งก่อน ๑ ครั้ง	เจ้าหน้าที่ งานโภชนาการ
๒		๒๐ นาที	น้ำที่ ๑ น้ำยาล้างจาน ใช้ฟองน้ำขัดถูถาดอาหารให้สะอาด	เจ้าหน้าที่ งานโภชนาการ
๓		๑๐ นาที	น้ำที่ ๒-๔ น้ำสะอาด นำถาดอาหารผ่านการล้างน้ำสะอาด อีก ๓ ครั้ง	เจ้าหน้าที่ งานโภชนาการ
๔		๑๕ นาที	นำถาดอาหารมาต้มในน้ำร้อน นาน ๒ นาที ก่อนนำไปตากแดดให้แห้งสนิท	เจ้าหน้าที่ งานโภชนาการ
๕		๑๐ นาที	เมื่อถาดอาหารแห้งสนิท ให้รวบรวมถาดอาหารเก็บเข้าที่ให้เรียบร้อย	เจ้าหน้าที่ งานโภชนาการ

ผังการบำรุงรักษาระบบคอมพิวเตอร์และเครือข่าย งานเทคโนโลยีสารสนเทศ



แนวทางปฏิบัติสำหรับงานเทคโนโลยีสารสนเทศ

ตอบสนองด้านข้อมูล

๑. ความครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลาของการส่งออกข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเหนือขึ้นไป
๒. ความถูกต้องของข้อมูลในการบันทึกลงในโปรแกรมรักษาพยาบาลสำหรับนำข้อมูลไปวางแผนการดูแลผู้ป่วยทั้งในและนอกระบบเครือข่าย
๓. ความถูกต้องของข้อมูลในโปรแกรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ตอบสนองด้านความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ และโปรแกรม

๑. หน่วยงานมีความพร้อมใช้ของคอมพิวเตอร์ และอุปกรณ์ต่อพ่วง สำหรับหน่วยบริการภายในโรงพยาบาลก่อนให้บริการในแต่ละวัน
๒. หน่วยงานมีแผนการใช้คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วงอย่างเพียงพอในปีงบประมาณ
๓. หน่วยงานสามารถจัดหาคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วง ได้อย่างรวดเร็ว กรณีที่มีความต้องการเร่งด่วน

ตอบสนองความต้องการด้านต้องการของผู้ใช้

๑. ออกแบบและเขียนรายงาน (Report Designer) ต่างๆ ที่จำเป็นทั้งภายในและภายนอกองค์กร
๒. เขียนรายงานตอบสนองหน่วยงานอื่น ทั้งภายในและภายนอกองค์กร หรือตามที่ได้รับมอบหมาย

ผังขั้นตอนการรับบริการทันตกรรม

ผู้ป่วยใหม่

๑

ทำบัตร รพ. ที่ห้องบัตร

๒

ติดต่อกลุ่มงานทันตกรรม
-หยิบบัตรคิว
ในเวลาราชการ ๗.๐๐ น.
นอกเวลาราชการ ๑๔.๐๐ น.

๓

ยื่นบัตร
ซักประวัติ วัดความดันโลหิต

๔

รับบัตรคิว

๕

เข้ารับบริการ

บัตรทอง
(ในเวลา)

กลับบ้าน

สิทธิจ่าย
ตรง

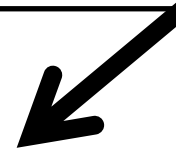
รูดบัตร บชช ที่
ห้องยา

ทำหัตถการ

กลับบ้าน

ผู้ป่วยนอกเขต
สิทธิเบิกได้
ประกันสังคม
บัตรทอง (นอก
เวลา)

ชำระเงินที่ห้องยา



ทำหัตถการ

กลับบ้าน

ผู้ป่วยเก่า

๑

ติดต่อกลุ่มงานทันตกรรม
-หยิบบัตรคิว
ในเวลาราชการ ๗.๐๐ น.
นอกเวลาราชการ ๑๔.๐๐ น.

๒

ยื่นบัตร
ซักประวัติ วัดความดันโลหิต

๓

รับบัตรคิว

๔

เข้ารับบริการ

บัตรทอง
(ในเวลา)

กลับบ้าน

สิทธิจ่าย
ตรง

รูดบัตร บชช ที่
ห้องยา

ทำหัตถการ

กลับบ้าน

ผู้ป่วยนอกเขต
สิทธิเบิกได้
ประกันสังคม
บัตรทอง (นอก
เวลา)

ชำระเงินที่ห้องยา



ทำหัตถการ

กลับบ้าน

ผู้ป่วยทางด่วน ไม่ต้องหยิบบัตรคิว
ผู้ป่วยสูงอายุ ๗๐ ปีขึ้นไป , หญิงตั้งครรภ์, พระภิกษุ



บันทึกข้อความ

ห้องผู้อำนวยการ
เลขที่... ๕๐๕๕
วันที่... ๒๑ ธ.ค. ๒๕๖๖
เวลา... ๑๖.๐๐ ผู้รับ... ๑๖๐๗

ส่วนราชการ งานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานประกันฯ โรงพยาบาลบ้านนา โทร ๐ ๓๗๓๘ ๑๘๓๒ ต่อ ๑๒๑๗

ที่ นย ๐๐๓๓.๓๐๓/๒๓

วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน ในเว็บไซต์ของโรงพยาบาลบ้านนา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา

ต้นเรื่อง

ด้วยงานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานประกันสุขภาพ มีความประสงค์จะเผยแพร่เปิดเผย

ข้อมูล ข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน ดังนี้

๑. ข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบัน

๒. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม MOPH

๓. พระราชบัญญัติมาตรฐานทางจริยธรรม พ.ศ. ๒๕๖๒

๔. ประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๖๔

๕. ข้อกำหนดจริยธรรมเจ้าหน้าที่ของรัฐสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๔

๖. อินโฟกราฟิกคณะกรรมการจริยธรรมประจำสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขชุดปัจจุบัน

๗. ยุทธศาสตร์ฯ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติฯ แผนการปฏิรูปประเทศฯ แผนพัฒนา

เศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฯ ของประเทศ

๘. นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

๙. แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน (แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงานทุกแผน)

๑๐. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน (เป็นไปตามข้อ ๙.)

๑๑. แผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปีของหน่วยงาน และผลการใช้จ่ายงบประมาณประจำปีของหน่วยงาน ตามแผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปีของหน่วยงาน

๑๒. คู่มือการปฏิบัติงานการร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือให้บริการของเจ้าหน้าที่

๑๓. คู่มือการปฏิบัติงานการร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ

๑๔. คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน

๑๕. คู่มือขั้นตอนการให้บริการ (ภารกิจให้บริการประชาชนตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘)

๑๖. รายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ รอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๑๗. รายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ รอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๑๘. ข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้าง

ข้อพิจารณา...

โรงพยาบาลคุณธรรม

“ชื่อสัตย์ มีวินัย รับผิดชอบและเสียสละ

ข้อพิจารณา

เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ที่กำหนด จึงเห็นควรเผยแพร่การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน ของโรงพยาบาลบ้านนา

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติให้เผยแพร่การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน ตามรายละเอียดดังกล่าวข้างต้น



(นายอ.สกล อมรการ)
นักวิชาการสาธารณสุข



(นางกาญจณี คำเพ็ญ)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
และสารสนเทศทางการแพทย์

ทราบ/อนุมัติ



(นายธำปกรณ์ พรประภาคศักดิ์)
นายแพทย์ชำนาญการ
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ งานเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลบ้านนา โทร. ๐ ๓๗๓๘ ๑๘๓๒ ต่อ ๑๒๑๗
ที่ นย ๐๐๓๓.๓๐๓/๕๔ วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน ในเว็บไซต์ของโรงพยาบาลบ้านนา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา

ต้นเรื่อง

ด้วยงานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานประกันสุขภาพ มีความประสงค์จะเผยแพร่เปิดเผยข้อมูล ข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน ดังนี้

๑. ข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบัน
๒. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม MOPH
๓. พระราชบัญญัติมาตรฐานทางจริยธรรม พ.ศ.๒๕๖๒
๔. ประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือน พ.ศ.๒๕๖๔
๕. ข้อกำหนดจริยธรรมเจ้าหน้าที่ของรัฐสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๔
๖. ยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ
๗. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ และการส่งเสริม

คุณธรรม จริยธรรม ของกระทรวง

๘. นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน
๙. แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน (แผนปฏิบัติการประจำปีฯ หน่วยงานทุกแผน)
๑๐. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน
๑๑. แผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปีของหน่วยงาน และผลการใช้จ่ายงบประมาณประจำปี

ของหน่วยงาน ตามแผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปีของหน่วยงาน

๑๒. คู่มือการปฏิบัติงานการร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือให้บริการของเจ้าหน้าที่
๑๓. คู่มือการปฏิบัติงานการร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ
๑๔. คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน
๑๖. รายงานผลการดำเนิน การเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงาน หรือการให้บริการ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ รอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗

๑๗. รายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่อง ร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ รอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗

๑๘. ข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้าง

ข้อพิจารณา...

โรงพยาบาลคุณธรรม

“ชื่อสัตย์ มีวินัย รับผิดชอบและเสียสละ

ข้อพิจารณา

เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ที่กำหนด จึงเห็นควรเผยแพร่การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน ของโรงพยาบาลบ้านนา

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติให้เผยแพร่การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน ตามรายละเอียดดังกล่าวข้างต้น



(นายอ.สกล อมรการ)

นักวิชาการสาธารณสุข

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา
เพื่อโปรดพิจารณา



(นายจักร เกตุทอง)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ และพัฒนาคุณภาพบริการ

ทราบ/อนุมัติ



(นายธำปกรณ์ พรประภาคดี)

นายแพทย์ชำนาญการ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา

โรงพยาบาลคุณธรรม

“ซื่อสัตย์ มีวินัย รับผิดชอบต่อและเสียสละ

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค
โรงพยาบาลบ้านนา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๘
สำหรับหน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน โรงพยาบาลบ้านนา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

วัน/เดือน/ปี วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๗

หัวข้อ MOIT๒ การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารของโรงพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

โรงพยาบาลบ้านนา : ๑. ข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบัน / ๒. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม MOPH / ๓. พระราชบัญญัติมาตรฐานทางจริยธรรม พ.ศ.๒๕๖๒ / ๔. ประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือน พ.ศ.๒๕๖๔ / ๕. ข้อกำหนดจริยธรรมเจ้าหน้าที่ของรัฐสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๔ / ๖. ยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ / ๗. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ และการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม ของกระทรวง / ๘. นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน / ๙. แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน / ๑๐. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน / ๑๑. แผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปีของหน่วยงาน และผลการใช้จ่ายงบประมาณประจำปีของหน่วยงาน ตามแผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปีของหน่วยงาน / ๑๒. คู่มือการปฏิบัติงานการร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือให้บริการของเจ้าหน้าที่ / ๑๓. คู่มือการปฏิบัติงานการร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ / ๑๔. คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน / ๑๖. รายงานผลการดำเนิน การเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงาน หรือการให้บริการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ รอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ / ๑๗. รายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่อง ร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ รอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ / ๑๘. ข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้าง

Link ภายนอก: www.bannahospital.org

หมายเหตุ :

ผู้รับผิดชอบให้ข้อมูล



(นายอ.สกล อมรการ)

นักวิชาการสาธารณสุข

วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๗

ผู้อนุมัติรับรอง



(นายฐาปกรณ์ พรประภาคักดิ์)

นายแพทย์ชำนาญการ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา

วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๗

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่



(นายรัชชานนท์ โปรยเจริญ)

นักวิชาการคอมพิวเตอร์

วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๗