



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลพานทอง คณะทำงานตรวจติดตามคุณภาพภายใน

ที่ ขบ ๐๐๓๒.๓๐๓/(รพ.) ๒๗๘ วันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๒

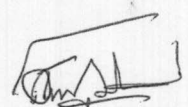
เรื่อง ส่งรายงานสรุปผลการตรวจติดตามคุณภาพภายในโรงพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๑

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพานทอง / ประธานคณะกรรมการบริหารคุณภาพและมาตรฐาน

ด้วย คณะทำงานตรวจติดตามคุณภาพภายใน โรงพยาบาลพานทอง ได้ดำเนินการตรวจติดตามคุณภาพภายในหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาลพานทอง ประจำปี ๒๕๖๑ ปีละ ๒ ครั้ง โดยใช้ข้อกำหนดตามมาตรฐาน ISO ๙๐๐๑:๒๐๑๕ และดำเนินการแล้วเสร็จไปแล้วนั้น

ในการนี้ คณะทำงานตรวจติดตามคุณภาพภายใน (Internal audit) ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว จึงขอส่งรายงานสรุปผลการตรวจติดตามคุณภาพภายในโรงพยาบาล และข้อบกพร่องที่ตรวจพบ ตามเอกสารที่แนบพร้อมหนังสือนี้ จำนวน ๑ ชุด

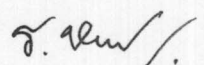
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ).....


(นางโสภา กุลประยงค์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ประธานคณะกรรมการตรวจติดตามคุณภาพภายใน โรงพยาบาลพานทอง


(นางรานี หงษ์สถิตย์)

ประธานคณะกรรมการบริหารคุณภาพและมาตรฐาน


(นายปิยะวิทย์ หมดมลทิน)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพานทอง

สรุปผลการ Internal Audit ครั้งที่ 1 / 2561

ระหว่างวันที่ 21 - 22 พฤษภาคม 2561 และ 27 มิถุนายน - 6 กรกฎาคม 2561

1. หน่วยงานและทีมงานที่ได้รับการตรวจ		จำนวน	34	หน่วย
2. ประเภทข้อบกพร่อง	ทั้งหมด	จำนวน	16	เรื่อง
	* CAR	จำนวน	12	เรื่อง
	* Obs.	จำนวน	4	เรื่อง

ประเด็นข้อบกพร่อง แยกตามหน่วยงานและทีมงาน

ลำดับ	หน่วยงานและทีมงาน	NC		Obs.	
		การปฏิบัติ	เอกสาร	การปฏิบัติ	เอกสาร
1	งานจ่ายกลาง				
2	อัครศิภย		1		
3	สำนักงานควบคุมเอกสารคุณภาพ	1			
4	กลุ่มงานโภชนศาสตร์				
5	กลุ่มงานทันตกรรม	2			
6	คอมพิวเตอร์	2			
7	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก แผนกตรวจโรคทั่วไป				
8	งานยานพาหนะ				
9	งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช				
10	กลุ่มงานรังสีวิทยา				
11	กลุ่มงานการแพทย์				
12	งานซັกฟอก				
13	งานการเงินและบัญชี				
14	งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยพิเศษ 1				
15	งานการพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ				
16	งานอาชีวอนามัย				3
17	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม				1
18	งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล				
19	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก แผนกคลินิกพิเศษ				
20	งานพัสดุและบำรุงรักษา (งานจัดซื้อและซ่อมบำรุง)	3			
21	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู				
22	งานสอบเทียบ				
23	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ				

สรุปผลการ Internal Audit ครั้งที่ 1 / 2561

ระหว่างวันที่ 21 - 22 พฤษภาคม 2561 และ 27 มิถุนายน - 6 กรกฎาคม 2561

ลำดับ	หน่วยงานและทีมงาน	NC		Obs.	
		การปฏิบัติ	เอกสาร	การปฏิบัติ	เอกสาร
24	งานการพยาบาลผู้คลอด				
25	กลุ่มภารกิจด้านงานการพยาบาล				
26	กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค				
27	งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม (น้ำ ชยะ แม่บ้าน)				
28	ศูนย์คุณภาพ	2			
29	กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์				
30	ตรวจติดตามคุณภาพภายใน				
31	งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล				
32	บริหารความเสี่ยง	1			
33	งานเวชระเบียน + สังคมสงเคราะห์				
34	งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ				
รวม		11	1		4

3. ประเด็นข้อบกพร่องที่พบ (CAR)

3.1 ไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ/วิธีปฏิบัติ/ข้อกำหนดตามมาตรฐาน

3.2 เอกสารไม่เป็นปัจจุบัน

3.2.1 มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติงาน แต่ยังไม่ได้แก้ไขเอกสาร

3.2.2 มีการนำเอกสารฉบับที่ยกเลิกมาใช้งาน

4. ประเด็นข้อเสนอแนะ

4.1 ควรเพิ่มวิธีการปฏิบัติ เพื่อความปลอดภัย/รัดกุมของระบบ

4.2 ควรตรวจให้ครบตามกระบวนการหลักของหน่วยงาน

4.3 หน่วยงานควรวิเคราะห์ความเสี่ยง ให้เป็นปัจจุบัน และนำมาวางแผนป้องกัน/แก้ไข

4.4 หน่วยงานควรใช้ KPI action plan ในการติดตามผลลัพธ์ดำเนินงาน

แบบปฏิบัติการแก้ไขข้อบกพร่องที่ตรวจพบ ครั้งที่ 2561

ลำดับ	วันที่	No. CAR	ข้อบกพร่อง	สาเหตุ	วิธีการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ		วันที่ แล้วเสร็จ	วันที่ตรวจ ติดตาม	หมายเหตุ
						Auditee	Auditor			
1	21 พ.ค. 61	1802438 (NC 1/61) และ 1801705	จากการตรวจงานอัตรากำลัง พบมีการเปลี่ยนโซนพื้นที่ เมื่อ เกิดอัตรากำลัง แต่ในเอกสาร PM-QMR-10 ยังไม่มีการแก้ไข เอกสาร จึงไม่สอดคล้องกับ ข้อกำหนดที่ 7.5.2	รพ.มีการสร้างอาคารเพิ่มและ มีการปรับปรุงพื้นที่ใหม่	ดำเนินการขอแก้ไขปรับปรุง ระเบียบปฏิบัติให้เป็นปัจจุบัน	ทีม ENV	พิมพ์ธูดา	30/07/61	03/08/61	ปิดประเด็น
2	22 พ.ค. 61	(NC 2/61)	จากการตรวจ สทน.ควบคุม เอกสารระบบคุณภาพ พบมีการ ทำสำเนาเอกสารในระบบฯ ให้กับ ทีม Internal audit เมื่อวันที่ 17 พ.ค. 61 แต่ไม่พบเอกสารการขอ เข้าถึงเอกสารในระบบคุณภาพ จึงไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดที่ 7.5.3.1	1. สทน.ควบคุมเอกสาร ไม่ได้วาง ระบบถึงทีม IQA	1. ประชาน IQA เขียนขอเข้าถึง เอกสารในระบบฯ สทน.ควบคุมจึง จะดำเนินการ 2. ให้ดำเนินการ ตามระบบที่กำหนดไว้ใน PM-QMR-02	ปัฐม, พรพรรณประกา	ปิยะสิริ	23/05/61	23/05/61	ปิดประเด็น
3	21 พ.ค. 61	1802356 (NC 3/61)	จากการตรวจสอบงาน คอมพิวเตอร์ ไม่พบบันทึก อุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ ของห้องคอมพิวเตอร์ ในวันที่ 5, 6, 13, 17 พ.ค. 61 ซึ่งใน PM- COM-01 ข้อ 5.3.4 ระบุไว้ต้อง มีการตรวจสอบวันละ 1 ครั้ง จึง ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดที่ 8.5.1	1. เจ้าหน้าที่ไม่ได้ทำงานประจำอยู่ ในห้อง server 2. ไม่มีการ กำหนดเวลาในการตรวจสอบ 3. ขาดการควบคุมกำกับงาน	1. กำหนดช่วงเวลาตรวจสอบ อุณหภูมิ เวลา 09:00-12:00 น. 2. จัดทำป้ายข้อความเตือน "ตรวจสอบอุณหภูมิทุกครั้ง ก่อน ออกจากห้อง" 3. หัวหน้างาน ติดตามนิเทศ	ศุภวิทย์, วัชรพงษ์	กนกพร	05/07/61	17/07/61	ปิดประเด็น

แบบปฏิบัติการแก้ไขข้อบกพร่องที่ตรวจพบ ครั้งที่ 2561

ลำดับ	วันที่	No. CAR	ข้อบกพร่อง	สาเหตุ	วิธีการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ		วันที่ แล้วเสร็จ	วันที่ตรวจ ติดตาม	หมายเหตุ
						Auditee	Auditor			
4	21 พ.ค. 61	1802355 (NC 4/61)	จากการตรวจงานคอมพิวเตอร์ สำรวจหน้าจอในห้องควบคุม Server พบกล่องขาดแต่ไม่มี การส่งต่อม จึงไม่สอดคล้องตาม ข้อกำหนดที่ 7.1.3	1.เมื่อจนท.ไปตรวจสอบเบื้องต้น พบว่ากล่องวางจริงบิดบางครั้งติดๆ ดับๆ แต่ยังไม่เก็บข้อมูลได้ จึงไม่ ส่งต่อม	ให้ส่งซ่อมเครื่องมีอุปกรณ์ เมื่อพบปัญหา/ชำรุด	ศุภวิชัย, วัชรพงษ์	กนกพร	05/07/61	17/07/61	ปิดประเด็น
5	21 พ.ค. 61	1802333 (O 5/61)	จากการตรวจงานอาชีวอนามัย ได้สอบถามวิธีการตรวจสอบสุขภาพ เจ้าหน้าที่ใหม่ พบว่ามีกร เปลี่ยนวิธีการตรวจสอบสุขภาพ เจ้าหน้าที่แล้ว แต่ใน WI-CC-01 ยังไม่ได้รับการแก้ไขให้เป็น ปัจจุบัน จึงไม่สอดคล้องตาม ข้อกำหนดที่ 7.5.2	ส่งขอแก้ไขตามระบบแล้ว แต่ เอกสารไม่ถูกต้องและครบคลุม จึงต้องเพิ่มข้อมูล	ศึกษาวิธีการเขียนเอกสารจาก สนง.ควบคุมเอกสาร/ศูนย์ คุณภาพ	รุ่งทิวา	วันทนา	31/07/61	30/09/61	ปิดประเด็น (ขอแก้ไข เอกสาร แล้วแต่รอ ตรวจสอบ และลงนาม)
6	21 พ.ค. 61	1802332 (O 6/61)	จากการตรวจงานอาชีวอนามัย ไม่พบหลักฐานการส่งข้อมูลการ ตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่ให้ พยาบาลป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อในโรงพยาบาลเพื่อวาง แผนการเฝ้าระวังในบุคคลากร จึงไม่สอดคล้องตามข้อกำหนดที่ 8.2	มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบ ระบบงาน แต่ศึกษาเอกสารที่ เกี่ยวข้องไม่ครบถ้วน	ส่งมอบผลการตรวจสอบภาพให้ ICN ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ และรูปเล่ม เมื่อดำเนินการแล้ว เสร็จ ภายใน 2 สัปดาห์	รุ่งทิวา	วันทนา	16/07/61	31/07/61	ปิดประเด็น

แบบปฏิบัติการแก้ไขข้อบกพร่องที่ตรวจพบ ครั้งที่ 2561

ลำดับ	วันที่	No. CAR	ข้อบกพร่อง	สาเหตุ	วิธีการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ		วันที่ แล้วเสร็จ	วันที่ตรวจ ติดตาม	หมายเหตุ
						Auditee	Auditor			
7	21 พ.ค. 61	1802331 (O 7/61)	จากการตรวจงานเอาชีวอนามัย ได้สอบถามวิธีการตรวจสอบสุขภาพ ประจำปี พบว่ามีเปลี่ยนแปลง วิธีการตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่ แล้ว แต่ใน WI-ICC-02 ยังไม่ได้ รับการแก้ไขให้เป็นปัจจุบัน จึง ไม่สอดคล้องตามข้อกำหนดที่ 7.5.2	ส่งขอแก้ไขตามระบบแล้ว แต่ เอกสารไม่ถูกต้องและครอบคลุม ต้องเพิ่มข้อมูล	ศึกษาวิธีการเขียนเอกสารจาก สนง.ควบคุมเอกสาร/ศูนย์ คุณภาพ	รุ่งทิวา	วันทนา	31/07/61	30/09/61	ปิดประเด็น (ขอแก้ไข เอกสาร แล้วแต่รอ ตรวจสอบ และลงนาม)
8	21 พ.ค. 61	1802352 (NC 9/61)	จากการตรวจงานซ่อมบำรุง พบ เครื่องกำเนิดไฟฟ้า มีการ บำรุงรักษาโดยหน่วยงาน ภายนอกตามแผน แต่ไม่พบการ บันทึกในบัตรผ่านการ บำรุงรักษาและซ่อมแซมอุปกรณ์ (FM-ADM-13) จึงไม่สอดคล้อง กับข้อกำหนดที่ 8.5.2	1. ยัดรังกาลังไม่เพียงพอ มีช่าง ซ่อม 1 คน ทำให้ควบคุมดูแล ช่างที่เข้ามาบำรุงรักษาได้ ไม่ครอบคลุม 2. มีการจัดทำบัตรติดครุภัณฑ์ ไม่ครบทุกชนิด	การแก้ไขเบื้องต้น : หน่วยงานนำ บัตรฯไปติดที่เครื่องกำเนิดไฟฟ้า แนวทางการป้องกันกรเกิดซ้ำ 1. จัดหาอัตรากำลังช่างซ่อมเพิ่ม 2. ทบทวนแผนการบำรุงรักษา และแนวทางปฏิบัติ 3. กำหนด แนวทางให้บริษัทที่เข้ามา บำรุงรักษาครุภัณฑ์ เป็นผู้ติด บัตรฯที่ครุภัณฑ์นั้นๆ 4. ทน. งานติดตามนิเทศ	นันทพร / ฤทธิ	เยวามาลย์	06/07/61	06/07/61	ปิดประเด็น
FM-QMR-22(แก้ไขครั้งที่ 03-27/05/59)										

แผนปฏิบัติการแก้ไขข้อบกพร่องที่ตรวจพบ ครั้งที่ 561

ลำดับ	วันที่	No. CAR	ข้อบกพร่อง	สาเหตุ	วิธีการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ		วันที่แล้วเสร็จ	วันที่ตรวจติดตาม	หมายเหตุ
						Auditee	Auditor			
9	21 พ.ค. 61	1802350 (NC 10/61)	จากการตรวจหน่วยงานพิเศษ พบเอกสารแนวทางการประเมินผู้ขายแต่หน่วยงานยังไม่จัดทำเกณฑ์และการประเมินผู้ขายจึงไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดที่ 8.4.1	1. ขาดความเข้าใจในมาตรฐาน ISO 9001:2015 จึงไม่ได้ทำตามข้อกำหนดที่ 8.4.1 เนื่องจากมุ่งเน้นการปฏิบัติตามพรบ.การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 เป็นหลัก	1. ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง เหมาะสมสำหรับพร. 2. ดำเนินการทบทวนเอกสาร PMW/IFM ที่เกี่ยวข้อง 3. ดำเนินการขอแก้ไขเอกสาร 4. ดำเนินการประเมินผู้ขายตามแนวทาง	นันทพร / สุภาพร	เยาวมาลย์	06/07/61	06/07/61	ปิดประเด็น
10	21 พ.ค. 61	1802351 (NC 11/61)	จากการตรวจหน่วยงานพิเศษ พบกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างในปัจจุบันต้องปฏิบัติตามพรบ.การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 แต่ใน PM-ADM-01 การประเมินผู้ขายและการจัดซื้อจัดจ้าง ยังไม่ได้แก้ไขให้เป็นปัจจุบัน จึงไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดที่ 7.5.2	1. มีการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดซื้อจัดจ้างใหม่ 2. จนท. อยู่ระหว่างการศึกษา ระบบ ทดลองปฏิบัติงานและต้องปรับปรุงให้ถูกต้อง เหมาะสม เป็นไปตามมาตรฐานและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	1. ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง เหมาะสมสำหรับพร. 2. ดำเนินการทบทวนเอกสาร PMW/IFM ที่เกี่ยวข้อง 3. ดำเนินการขอแก้ไขเอกสาร เมื่อ 13 มิ.ย. 61	นันทพร / สุภาพร	เยาวมาลย์	06/07/61	06/07/61	ปิดประเด็น
FM-QMR-22(แก้ไขครั้งที่ 03-27/05/59)										

แบบปฏิบัติการแก้ไขข้อบกพร่องที่ตรวจพบ ครั้งที่ 2561

ลำดับ	วันที่	No. CAR	ข้อบกพร่อง	สาเหตุ	วิธีการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ		วันที่แล้วเสร็จ	วันที่ตรวจติดตาม	หมายเหตุ
						Auditee	Auditor			
11	28 พ.ค. 61	(NC12/61)	จากการตรวจสอบคุณภาพ ไม่พบหลักฐานการวิเคราะห์ ความเสี่ยงระดับองค์กร ประจำปี 2560 จึงไม่สอดคล้องกับ ข้อกำหนดที่ 6.1	<p>1. มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการวิเคราะห์ความเสี่ยง</p> <p>2. ทีม RM ไม่ได้ประชุมเพื่อพิจารณาหลักเกณฑ์การวิเคราะห์</p> <p>3. ขาดระบบการควบคุม กำกับติดตามการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงระดับองค์กร</p>	<p>1. ประชุมคณะกร. RM เมื่อ 11/06/61 และปรับแก้ไข PM-QMR-09</p> <p>2. ให้ทุกหน่วยงานดำเนินการดังนี้ 2.1 วิเคราะห์ความเสี่ยงและส่งมาที่ศูนย์คุณภาพ ภายใน 15/06/61</p> <p>2.2 ศูนย์คุณภาพรวบรวมข้อมูลและจัดเก็บเสนอผู้บริหาร</p> <p>2.3 กำหนดให้ทุกหน่วยวิเคราะห์ความเสี่ยงทุก 6 เดือน</p> <p>2.4 กรณีวิเคราะห์ความเสี่ยงแล้วพบระดับสัม/แดง เพิ่มขึ้น ให้จัดทำแนวทางแก้ไขป้องกันความเสี่ยง 2.5 กรณีหน่วยงานเกิดความเสียหาย ให้ทำการวิเคราะห์และวางแผนทางป้องกันการเกิดซ้ำเพิ่มเติม</p>	โสภา กุลประยงค์	มณีรัตน์	25/07/61	10/08/61	หมายเหตุ ปิดประเด็น

แบบปฏิบัติการแก้ไขข้อบกพร่องที่ตรวจพบ ครั้งที่ 561

ลำดับ	วันที่	No. CAR	ข้อบกพร่อง	สาเหตุ	วิธีการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ		วันที่เสร็จแล้วเสร็จ	วันที่ตรวจติดตาม	หมายเหตุ
						Auditee	Auditor			
12	21 พ.ค. 61	1802357 (NC 13/61)	จากการตรวจจุดคุณภาพ สุ่ม ใบแสดงความคิดเห็นลำดับที่ 11 IR เลขที่ 1800807 ลงวันที่ 16 ก.พ .61 เรื่องไม่พอใจระบบ บริการของ Lab แต่ไม่พบ หลักฐานการทบทวนเหตุการณ์ จึงไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดที่ 10.2	1.ขาดระบบการติดตามใบรายงาน เหตุการณ์ (FM-QMR-20)	3. กำหนดให้ทีม IQA ตรวจ ติดตามการวิเคราะห์ความเสี่ยง ของหน่วยงาน ทุกครั้งที่ตรวจ 4. ศูนย์คุณภาพ ประสานผู้ตรวจ เยี่ยมให้ความรู้แก่หัวหน้างาน ใน วันที่ 05/06/61 5. ทีม RM วิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงระดับ มาก(กลุ่มส้ม)และมากที่สุด(กลุ่ม แดง) และดำเนินการวางแผน ทางแก้ไข/ป้องกันการเกิดซ้ำ และ ส่งให้ศูนย์คุณภาพ	ทีม RMI สุ นพารวรรณ	ไพรินทร์	14/07/61	31/07/61	ปิดประเด็น
i FM-QMR-22(แก้ไขครั้งที่ 03-27/05/59)										

แบบปฏิบัติการแก้ไขข้อบกพร่องที่ตรวจพบ ครั้งที่ 561

ลำดับ	วันที่	No. CAR	ข้อบกพร่อง	สาเหตุ	วิธีการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ		วันที่แล้วเสร็จ	วันที่ตรวจติดตาม	หมายเหตุ
						Auditee	Auditor			
13	21 พ.ค. 61	1802503 (NC 14/61)	จากการตรวจทีมบริหารความเสี่ยง ไม่พบหลักฐานการทำ RM Safety round ตามแผนที่กำหนดไว้ จึงไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดที่ 6.1.1	- ขาดระบบการติดตามการดำเนินงานตามแผนอย่างต่อเนื่อง	1. ประชุมทีมบริหารความเสี่ยง 2. ทบทวนแผนการดำเนินงาน 3. มอบหมายงานกับสมาชิกในทีม 4. กำหนดให้สมาชิกดำเนินการทำ RM safety round ให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ 16/06/61 5. รวบรวมผล สรุปผลการดำเนินงาน	สุนทรวารรณ์	วารกรณ์	16/06/61	25/06/61	ปิดประเด็น
14	23/05/61	1802328 (O 5/61)	จากการตรวจกลุ่มงานบริการ ด้านปฐมภูมิและองค์รวม พบเอกสาร FM-SMD-01 แบบสอบสวนรายโรคใช้เลือดออกไม่มีการระบุ เลขที่ FM จึงไม่สอดคล้อง กับข้อกำหนดที่ 7.5.1	1. ขาดการตรวจสอบเอกสาร 2. ขาดระบบการควบคุมกำกับ	1. ให้นำแบบฟอร์มที่ขึ้นทะเบียนมาใช้ 2. กรณีทำสำเนาเอกสารในระบบคุณภาพ ให้ดำเนินการตามระบบ ดังนี้ 1.เขียนใบขออนุมัติ สำเนาฯ 2.แนบเอกสารที่ต้องการทำ 3.เสนอให้ สผง. ควบคุมเอกสารตรวจสอบความถูกต้อง 4.ส่งเอกสารที่ต้องทำ สำเนาที่งานบริหาร	ยุพิน	มันทนา	09/07/61	09/07/61	ปิดประเด็น
FM-QMR-22(แก้ไขครั้งที่ 03-27/05/59)										

แบบปฏิบัติการแก้ไขข้อบกพร่องที่ตรวจพบ ครั้งที่ 561

ลำดับ	วันที่	No. CAR	ข้อบกพร่อง	สาเหตุ	วิธีการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ		วันที่แล้วเสร็จ	วันที่ตรวจติดตาม	หมายเหตุ
						Auditee	Auditor			
15	02/07/61	1802857	จากการตรวจกลุ่มงานทันตกรรม ไม่พบ แนวทางการแก้ไขความเสียหายที่ระบุไว้ใน PM-QMR-09 จึงไม่สอดคล้องตามข้อกำหนดที่ 6.1.2	ขาดระบบการกระจายงานในความรับผิดชอบ เนื่องจากหัวหน้างาน มีการะงายมากและอยู่ระหว่างการลาเรียนต่อ 4 เดือน	การแก้ไขเบื้องต้น ; ดำเนินการจัดทำแนวทางการป้องกันความเสี่ยง ตามที่วิเคราะห์ไว้ว่าการป้องกันการเกิดซ้ำ : 1. มอบหมายงานให้ระดับรอง ไปดำเนินการจัดพิมพ์ หลังจากประชุมได้แนวทาง 2. หัวหน้างานติดตามงานที่มอบหมาย	นันทวรรณ	ปราณี	09/07/61	09/07/61	ปิดประเด็น
16	02/07/61	1802858	จากการตรวจกลุ่มงานทันตกรรม ไม่พบ JD ของทันตแพทย์และทันตภิบาล และไม่พบผลการนิเทศเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน จึงไม่สอดคล้องตามข้อกำหนดที่ 7.2	หัวหน้างานมีการะงายมากและอยู่ระหว่างการลาเรียนต่อ 4 เดือน	ดำเนินการจัดทำ JD และนิเทศงานตามแผน	นันทวรรณ	ปราณี	16/07/61	17/07/61	ปิดประเด็น
FM-QMR-22(แก้ไขครั้งที่ 03-27/05/59)										

สรุปผลการ Internal Audit ครั้งที่ 2 / 2561

ระหว่างวันที่ 5 - 16 พฤศจิกายน 2561

1	หน่วยงานและทีมงานที่ได้รับการตรวจ	จำนวน	30	หน่วย
2	ประเภทข้อบกพร่อง	ทั้งหมด	จำนวน	6 เรื่อง
		* CAR	จำนวน	6 เรื่อง
		* Obs.	จำนวน	0 เรื่อง

ประเด็นข้อบกพร่อง

2.1 งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ 2 เรื่อง

2.1.1 การติดตามกำกับเกี่ยวกับการป้องกันและแพร่กระจายเชื้อในหน่วยงาน พบว่า

* ไม่ระบุชนิดสารน้ำ วันที่/เวลาเริ่ม/เวลาหมด

* ไม่ระบุวันเปิดและวันหมดอายุ ของ Sterile water, 0.9%NSS รวมถึงการจัดเก็บชุดพ่นยาและชุดให้ O2 mask c bag ตามหลัก FIFO

ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดตามมาตรฐาน ISO9001:2015 ข้อที่ 8.5.1

2.1.2 การจำแนกประเภทผู้ป่วยใน พบว่า

* การจำแนกผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบันไม่ระบุวัน เวลา

* การจัดประเภทผู้ป่วยไม่ตรงกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในเอกสาร

ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดตามมาตรฐาน ISO9001:2015 ข้อที่ 8.5.1

2.2 งานพัสดุ 1 เรื่อง : พบตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยงาน ยังทำ KPI action plan ไม่แล้วเสร็จ

ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดตามมาตรฐาน ISO9001:2015 ข้อที่ 6.2.2

2.3 ระบบป้องกันและระงับอัคคีภัย 2 เรื่อง

2.3.1 พบ PM-QMR-09 มีการกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบในการปฏิบัติงาน ข้อ 8 บันทึกคุณภาพ ไม่ตรงกับการปฏิบัติงานจริง ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดตามมาตรฐาน ISO9001:2015 ข้อ 7.5.2

2.3.2 พบเกิดเหตุไฟลุกไหม้ 2 ครั้งจากไฟฟ้าช็อต แต่พบมีการรายงานเหตุการณ์และทบทวน 1 เหตุการณ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดตามมาตรฐาน ISO9001:2015 ข้อ 10.2.1,10.2.2

2.4 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก แผนกตรวจโรคทั่วไป 1 เรื่อง คือ การบริการ USG

OPD มีการให้บริการเฉพาะด้านสูตินรีเวช เท่านั้น บริการประเภทอื่นอยู่ในความรับผิดชอบของงานรังสีแล้ว ตั้งแต่ ม.ค. 2561 แต่ในวิธีปฏิบัติงาน PM-OPD-09, WI-OPD-48 ยังมีการให้บริการทุกประเภท ซึ่งไม่สอดคล้องตามมาตรฐาน ISO9001:2015 ข้อกำหนด 7.5.2

3 ประเด็นข้อบกพร่องที่พบ (CAR)

3.1 ไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ/วิธีปฏิบัติ/ข้อกำหนดตามมาตรฐาน

3.2 เอกสารไม่เป็นปัจจุบัน : มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติงาน แต่ยังไม่ได้แก้ไขเอกสาร

4 การติดตามสถานการณ์ ในประเด็นที่พบ

4.1 ปิดประเด็น 6 เรื่อง

4.2 อยู่ระหว่างดำเนินการ (ยังไม่ถึงกำหนดเวลาแล้วเสร็จ) - เรื่อง

4.3 ไม่ปิดประเด็น - เรื่อง

แผนปฏิบัติการแก้ไขข้อบกพร่องที่ตรวจพบ ครั้งที่ 2/2561

No. IR	โปรแกรม	ระดับความรุนแรง	ข้อบกพร่อง	สาเหตุ	วิธีการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบแก้ไข	วันที่กำหนดแล้วเสร็จ	วันที่ตรวจติดตาม	วันที่ปิดประเด็น	Auditor	หมายเหตุ
C 1804323	6	2	จากการตรวจ QA Ward เรื่อง การติดตามกำกับเกี่ยวกับ การป้องกันและแพร่กระจายเชื้อในหน่วยงาน พบว่า * ไม่ระบุชนิดสารน้ำ วันที่เวลาเริ่ม/เวลาหมด * ไม่ระบุวันเปิดและวันหมดอายุของ Sterile water, 0.9%NSS รวมถึงการจัดเก็บชุดพ่นยาและ O2 mask c bag ตามหลัก FIFO ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดตามมาตรฐาน ISO9001:2015 ข้อที่ 8.5.1	มีการนิเทศ ติดตาม กำกับ การปฏิบัติงานไม่ครอบคลุม	*พบทวนแนวทางปฏิบัติงานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในหน่วยงาน โดย ICWN ได้แก่ 1.การดูแลผู้ป่วยที่ให้การนำทางตลอดเล็ดดำ การเตรียมสารน้ำตามแผนการรักษา ให้ผู้เตรียมเป็นผู้ระบุชนิดสารน้ำ วันที่ที่ เวลาเริ่มและหมด ทุกครั้ง 2. การเปิดใช้ Sterile water , 0.9%NSS 2.1สำหรับทำหัตถการ ให้ระบุวันเปิด และวันหมดอายุ และเมื่อพบว่าหมดอายุให้เก็บทิ้งทันที 2.2ให้เปิดใช้ที่สะอาด เมื่อหมดแล้วค่อยเปิดขวดใหม่ 3.การจัดเก็บและการหยิบใช้อุปกรณ์ Sterile 3.1ให้ปฏิบัติตามหลัก FIFO ทุกครั้ง 3.2ทุกเวรตักให้ พ.ช่วยเหลือ คนไข้ตามที่มอบหมายให้รับผิดชอบ ช่วยตรวจสอบ จัดเรียงให้เรียบร้อย *ติดตามนิเทศ กำกับ ให้บุคลากร ปฏิบัติตามแนวทาง โดย หัวหน้างาน/ ICWN/ บุคลากรบริหารจัดการการะของหน่วยงาน	สุนทรารรณ์ แก้วไข	6/12/61	6/12/61	6/12/61	พัชรี	ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง กำหนด

แผนปฏิบัติการแก้ไขข้อบกพร่องที่ตรวจพบ ครั้งที่ 2/2561

No. IR	โปรแกรม	ระดับความรุนแรง	ข้อบกพร่อง	สาเหตุ	วิธีการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบแก้ไข	วันที่กำหนดแล้วเสร็จ	วันที่ตรวจติดตาม	วันที่ปิดประเด็น	Auditor	หมายเหตุ
1	J	2	จากการตรวจ IQA Ward เรื่อง การจำแนกประเภทผู้ป่วยใน พบว่า * การจำแนกผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ระบุวัน เวลา * การจัดประเภทผู้ป่วยไม่ตรงกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในเอกสาร ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด ตามมาตรฐาน ISO9001:2015 ข้อที่ 8.5.1	ขาดการนิเทศติดตาม	*พบทวนแนวทางการปฏิบัติงาน WH-IPD-34 ดังนี้ 1.ให้มีการแยกประเภทผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับเป็น 5 ประเภท โดยใช้หลักการของวาสเลอร์ ให้มีการบันทึกประเภทผู้ป่วยในแบบ บันทึกประวัติและการตรวจร่างกาย และอาการเมื่อแรกรับ(FM-IPD-41) ด้วยดินสอ 2.ให้มีการประเมินประเภทผู้ป่วยทุกเวรและแก้ไขประเภทผู้ป่วยในเอกสารให้เป็นปัจจุบัน 3.ให้มีการส่งข้อมูลประเภทผู้ป่วย ระหว่างเวรเพื่อการวางแผนดูแลต่อไป	สุนทรวารรณ์ แก้วไช	6/12/61	6/12/61	6/12/61	พัชรี	ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง กำหนด
2					*ติดตามนิเทศ กำกับ ให้บุคลากร ปฏิบัติตามแนวทาง โดย หัวหน้างาน/ หัวหน้าเวร เมื่อสรุบบยอดผู้ป่วยในแต่ละเวร						

แผนปฏิบัติการแก้ไขข้อบกพร่องที่ตรวจพบ ครั้งที่ 2/2561

คำ ใบ	No. IR	โปรแกรม	ระดับ ความ รุนแรง	ข้อบกพร่อง	สาเหตุ	วิธีการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ แก้ไข	วันที่ กำหนด แล้วเสร็จ	วันที่ตรวจ ติดตาม	วันที่ปิด ประเด็น	Auditor	หมายเหตุ
IC 3	1804352	6	2	จากการตรวจ IQA งานพัสดุฯ พบตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยงาน ยิ่งทำ KPI action plan ไม่แล้วเสร็จซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด ตามมาตรฐาน ISO9001:2015 ข้อที่ 6.2.2	1.ระบบการสื่อสารไม่ชัดเจน	พบทวนตัวชี้วัดของหน่วยงานและ ดำเนินการจัดทำ KPI Action Plan	นันทพร	11/12/61	11/12/61	11/12/61	เขวามาลัย	ไม่เป็นตาม ข้อ กำหนด
IC 3	1804412	6	3	จากการตรวจ IQA ระบบป้องกัน และระงับอัคคีภัย พบใบเอกสารมี การกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบ ในกรปฏิบัติงาน ข้อ 8 บันทึกรุณ ภาพีไม่ตรงกับกรปฏิบัติงานจริง ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดตาม มาตรฐาน ISO9001:2015 ข้อที่ 7.5.2	1.พบทวนเอกสารคุณภาพเฉพาะ บางหัวข้อที่เป็นประเด็น ไม่ได้ พบทวนทั้งฉบับ	ดำเนินการทบทวนเอกสารทั้งฉบับและ ขอแก้ไขเอกสาร	ทีม ENV	30/11/61	7/12/61	7/12/61	วารภรณ์	เอกสารยัง ไม่แก้ไข เป็นปัจจุบัน

แผนปฏิบัติการแก้ไขข้อบกพร่องที่ตรวจพบ ครั้งที่ 2/2561

No. IR	โปรแกรม	ระดับความรุนแรง	ข้อบกพร่อง	สาเหตุ	วิธีการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบแก้ไข	วันที่กำหนดแล้วเสร็จ	วันที่ตรวจติดตาม	วันที่ปิดประเด็น	Auditor	หมายเหตุ
1804452	6	1	จากการตรวจ IQA OPD พบการบริการ USG OPD มีการให้บริการเฉพาะด้านสูตินรีเวช เท่านั้น บริการประเภทอื่นอยู่ในความรับผิดชอบของงานรังสีแล้ว ตั้งแต่ ม.ค. 2561 แต่ในวิธีปฏิบัติงาน PM-OPD-09, WI-OPD-48 ยังระบุให้บริการทุกประเภท ซึ่งไม่สอดคล้องตามมาตรฐาน ISO9001:2015 ข้อกำหนด 7.5.2	ไม่ได้กำหนดระบบการทบทวนเอกสารคุณภาพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงบริการ	1.ทบทวน PMW/FM/SD ที่เกี่ยวข้อง และขอแก้ไขเอกสารในระบบเอกสารคุณภาพที่สนง.ควบคุมเอกสารคุณภาพ 2.กำหนดระยะเวลา ดังนี้ 2.1 ให้ ทบทวน PMW/FM/SD ที่เกี่ยวข้อง ภายใน 1 สัปดาห์ เมื่อมีการปรับระบบบริการ 2.2 ดำเนินการขอแก้ไขเอกสาร กับสนง.ควบคุมเอกสารคุณภาพ ภายในไม่เกิน 1 เดือน	สมล	11/12/61	11/12/61	11/12/61	ณภัช	เอกสารยังไม่แก้ไข เป็นปัจจุบัน

แผนปฏิบัติการแก้ไขข้อบกพร่องที่ตรวจพบ ครั้งที่ 2/2561

ลำดับ	No. IR	โปรแกรม	ระดับความรุนแรง	ข้อบกพร่อง	สาเหตุ	วิธีการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบแก้ไข	วันที่กำหนดแล้วเสร็จ	วันที่ตรวจติดตาม	วันที่ปิดประเด็น	Auditor	หมายเหตุ
NC 06	1864412	6	3	จากการตรวจ IQA ระบบป้องกันและระงับอัคคีภัย จนท.แจ้งเกิดเหตุไฟฟ้าช็อต ปรากฏไฟลุกไหม้สายไฟ 2 ครั้ง คือ 1.ไฟฟ้าช็อตที่บ้านพักแพทย์ 2.ไฟฟ้าช็อตบริเวณ cover way เหนือตู้ MDB สุ่มพบมีการรายงานและทบทวนเหตุการณ์เฉพาะเหตุการณ์ที่ 1 เท่านั้น ไม่พบการรายงานเหตุการณ์ที่ 2 ตามที่กำหนดไว้ใน PM-QMR-09, WI-QMR-04 ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดตามมาตรฐาน ISO9001:2015 ข้อที่ 10.2.1, 10.2.2	1.ไม่ได้วางระบบการรายงานในโปรแกรม IOR กรณีที่เป็นเหตุการณ์ส่วนกลาง	1.กำหนดให้ผู้พบ แจ้งเหตุการณ์ ส่วนกลางมาที่ทีมเลขા ENV และให้ทีมเลขાเป็นผู้บันทึกเหตุการณ์ในโปรแกรม IOR 2.ทีมเลขાนำเหตุการณ์เข้าในการประชุมทีม ENV เพื่อทบทวน	ทีม ENV	6/12/61	7/12/61	7/12/61	วรภรณ์	ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง กำหนด