-สำเนาคู่ฉบับ-



**การควบคุมภายใน โรงพยาบาลตำรวจ**

**ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕60**

**รอบ ๑๒ เดือน**

**จัดทำโดย ฝ่ายยุทธศาสตร์ กองบังคับการอำนวยการ โรงพยาบาลตำรวจ**

**กลุ่มงานในสังกัด รพ.ตร.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **หน่วยงาน** | **ปย.2** |
| 1 | กลุ่มงานกุมารเวชกรรม รพ.ตร. | 1.ผู้ป่วยเด็กตกเตียง  2.มารดาทอดทิ้งบุตร  3.การเก็บและส่งสิ่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด  4.ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด |
| 2 | กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด รพ.ตร. | 1.ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง  2.การตรวจพิสูจน์ตัวบุคคลของผู้รับบริการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด  3.ผู้ป่วยในหลบหนีกลับบ้านโดยไม่ได้รับอนุญาต |
| 3 | กลุ่มงานชีวเคมี รพ.ตร. | 1.การควบคุมคุณภาพภายใน(internal auditX  2.การสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการห้องปฏิบัติการ  3.การปรับปรุงพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการหน่วยรับสิ่ง  3.ตรวจของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ |
| 4 | กลุ่มงานตา รพ.ตร. | 1.พัฒนาศูนย์เลสิกโรงพยาบาลตำรวจ  2.การสรุปเวชระเบียนและส่งคืนภายในกำหนดระยะเวลา 7 วัน  3.จัดจักษุแพทย์เข้าร่วมประชุมและรับการอบรมทางจักษุของราชวิทยาจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 5 | กลุ่มงานทันตกรรม รพ.ตร. | 1.สามารถระบุตัว /ระบุตำแหน่งในการทำหัตถการทางทันตกรรม ได้อย่างถูกต้อง  2.ลดอุบัติการณ์การใช้เวชระเบียนแทนในผู้ป่วยนัดทันตกรรม  3.การทำ Surgical Checklistก่อนการทำหัตถการในห้องผ่าตัดเล็กของกลุ่มงานทันตกรรม |
| 6 | กลุ่มงานผู้ป่วยนอก รพ.ตร. | 1.ความปลอดภัยของผู้ป่วย(Patient safety) เรื่องการidentify ถูกคน ถูกต้อง  2.ความปลอดภัยของผู้ป่วย(Patient safety) เรื่องผู้ป่วยตกเตียง  3.การบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ทันสมัย ทันเหตุการณ์  4.ด้านการให้บริการตรวจรักษาข้าราชการตำรวจและครอบครัว และประชาชน ให้ได้รับการบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานทั่วถึงและเป็นธรรม  5.ด้านการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความเป็นเลิศทางด้านวิชาการในภูมิภาค |
| 7 | กลุ่มงานพยาธิวิทยา | 1.การให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ  กลุ่มงานพยาธิวิทยารพ.ตร. |
| 8 | กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร. | 1.การจัดทีมผู้บริหาร  2.การจัดอัตรากำลัง  3.การดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ  4.การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย  5.การพัฒนาบุคลากรและวิชาการ  6.การบริหารพัสดุ |

**กลุ่มงานในสังกัด รพ.ตร.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **หน่วยงาน** | **ปย.2** |
| 9 | กลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.ตร. | 1.การบริการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน  2.การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ  3.การบริบาลเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยใน  4.การคัดเลือกสรรยาและเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ  5.การจัดหายาและเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพถูกต้องตามระเบียบพัสดุฯ  6.การรักษาอุณหภูมิของตู้เย็นให้อยู่ในช่วงที่ต้องการ  7.การป้องกันยา/เวชภัณฑ์สูญหาย |
| 10 | กลุ่มงานโภชนาการ รพ.ตร. | 1.โครงสร้างทางกายภาพ  2.อัตรากำลังพลไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน  3.เส้นทางการขนส่งและรถเข็นบริการอาหาร  4.สารสนเทศและการสื่อสารในด้านการบริการอาหารและโภชนบำบัดมีประสิทธิภาพ ลดข้อผิดพลาดจากระบบสารสนเทศและการสื่อสาร  5.สารสนเทศและการสื่อสารในด้านการบริการอาหารและโภชนบำบัดมีประสิทธิภาพลดข้อผิดพลาดจากระบบสารสนเทศและการสื่อสาร  6.สารสนเทศและการสื่อสารในด้านการบริการอาหารและโภชนบำบัดมีประสิทธิภาพ |
| 11 | กลุ่มงานรังสีวิทยา รพ.ตร. | 1.โครงการรักษามาตรฐานเครื่องมือทางรังสีวิทยา  2.โครงการบำรุงรักษาเครื่องมือทางรังสีวิทยา  3.โครงการ WE CARE |
| 12 | กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา รพ.ตร. | 1.กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา ทำหน้าที่ให้บริการระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทั้งในและนอกเวลาราชการครอบ  2.การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังให้ยาระงับความรู้สึก  3.การจัดตั้งหน่วยระงับปวดที่ได้มาตรฐานสากล |
| 13 | กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว รพ.ตร. | ไม่ส่งรายงายควบคุมภายใน |
| 14 | กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ตร. | 1.การระบุตัวผู้ป่วย (patient Identification)  2.เฝ้าระหวังผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา  3.เฝ้าระวังผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม |
| 15 | กลุ่มงานศัลยกรรม รพ.ตร. | 1.การสรุปเวชระเบียนและส่งคืนภายในกำหนดระยะเวลา 7 วัน  2.จัดแพทย์เข้าร่วมประชุมและรับการอบรมทางศัลยศาสตร์ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และสถาบันทางการแพทย์อื่น ๆ  3.รณรงค์ให้มีการชี้ตำแหน่งผู้ป่วยที่จะผ่าตัดก่อนเข้าห้องผ่าตัด |
| 16 | กลุ่มงานศูนย์ส่งกลับและรถพยาบาล รพ.ตร. | 1.โครงการตำรวจช่วยเพื่อตำรวจ  2.โครงการ “ร่วมใจรับผิดชอบสังคมไทย”  3.โครงการ “ร่วมใจรับผิดชอบสังคมไทย”  4.การรับ-ส่งหนังสือ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **หน่วยงาน** | **ปย.2** |
| 17 | กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ รพ.ตร. | 1.การลงทะเบียนผู้ป่วยศูนย์พึ่งได้ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์  2.การแจ้งกำหนดส่งข้อมูลการปฏิบัติงาน  3.การควบคุมการใช้ทรัพยากรน้ำไฟในหน่วยงาน |
| 18 | กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม รพ.ตร. | 1.ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชโดยไม่เกิดการบาดเจ็บอวัยวะข้างเคียง หรือเกิดอุบัติการณ์น้อยกว่าระดับ E  2.เฝ้าระวังผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด  3.ด้านการให้บริการการตรวจรักษาผู้ป่วย Ectopic pregnancy  ได้อย่างถูกต้องรวดเร็วโดย |
| 19 | กลุ่มงานหู คอ จมูก รพ.ตร. | 1.คลินิก นอนกรนผู้ป่วยผิดนัดการเข้ารักษา  2.คลินิก Otoneuro ขอเปิดตำแหน่ง Audiologist  มีหลายขั้นตอนทำให้เกิดความล่าช้า  3.โครงการ Ear Plug อุปกรณ์แจกในการรณรงค์ไม่เพียงพอ |
| 20 | กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ รพ.ตร. | 1.ให้การตรวจรักษาผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์และข้อ  2.ผลิตบุคลากรทางการแพทย์ด้านออร์โธปิดิกส์ |
| 21 | กลุ่มงานอายุรกรรม | 1.ด้านเวชระเบียน  2.ด้านการฝึกอบรม  3.ด้านบริการสุขภาพ |

**กองบังคับการในสังกัด บก.อก.รพ.ตร.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **หน่วยงาน** | **ปย.2** |
| 1 | ฝ่ายธุรการกำลังพล บก.อก.รพ.ตร. | 1.การรับ - ส่งหนังสือราชการ  2.การรักษาความปลอดภัย  3.ด้านทะเบียนประวัติ  4.ด้านบัญชีถือจ่าย  5.ด้านสวัสดิการ |
| 2 | ฝ่ายเวชระเบียน บก.อก.รพ.ตร. | 1.การจัดทำข้อมูล ICD/DRG  2.การบริการข้อมูลเวชระเบียน  3.การดำเนินการด้านเวชระเบียนผู้ป่วยนอก |
| 3 | ฝ่ายยุทธศาสตร์ บก.อก.รพ.ตร. | 1.ด้านการจัดทำยุทธศาสตร์ รพ.ตร. และแผนปฏิบัติราชการประจำปี  2.การจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปี |
| 4 | ฝ่ายส่งกำลังบำรุง บก.อก.รพ.ตร. | 1.การบริหารจัดการฝ่ายส่งกำลังบำรุง |
| 5 | ฝ่ายซ่อมบำรุง บก.อก.รพ.ตร. | 1.งานซ่อมบำรุงยังมีงานค้างเรื่อง การซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ประจำหน่วยบริการไม่สามารถดำเนินการได้ตามปกติ  2.สนับสนุนเจ้าหน้าที่ช่างเข้ารับการฝึกอบรม หลักสูตรต่างๆ  3.ข้าราชการตำรวจและลูกจ้างยังต้องศึกษาเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการจัดจ้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์(e-bidding) |
| 6 | ฝ่ายกฎหมายและวินัย บก.อก.รพ.ตร | 1.กิจกรรมส่งเสริมให้ข้าราชการโรงพยาบาลตำรวจปฏิบัติตามระเบียบวินัยและจรรยาบรรณของ ตร. |
| 7 | ฝ่ายงบประมาน บก.อก.รพ.ตร. | 1.ด้านงบประมาณ  2.การบริหารงบประมาณ  3.การรายงานและติดตามผล |
| 8 | ฝ่ายการเงิน บก.อก.รพ.ตร. | 1.การรับเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามสิทธิของผู้รับบริการ  2.การบันทึกบัญชีและการรายงาน |
| 9 | ฝ่ายฝึกอบรม บก.อก.รพ.ตร. | 1.การจัดฝึกอบรมโครงการภายในโรงพยาบาลตำรวจ บางโครงการเป็นนโยบายเร่งด่วน  2.ดำเนินการลาศึกษาฝึกอบรมให้ข้าราชการตำรวจในสังกัด |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **หน่วยงาน** | **ปย.2** |
| 1 | วิทยาลัยพยาบาล รพ.ตร. | 1.วิทยาลัยพยาบาลตำรวจกิจกรรมด้านการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรทางการสาธารณสุข  2.นักศึกษาสอบไม่ผ่านตามเกณฑ์การสอบความรู้  3.ทรัพย์สินของทางราชการ และทรัพย์สินของนักศึกษา  สูญหาย  4.ขาดการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (AC) |
| 2 | โรงพยาบาลนวุติสมเด็จย่า รพ.ตร. | 1.การลงทะเบียนรับ-ส่งเอกสารทางสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์  2.การปฏิบัติตามกฎ ระเบียบของทางราชการ  3.การบันทึกประวัติข้อมูลบุคคล |
| 3 | สถาบันนิติเวชวิทยา รพ.ตร. | 1.การออกเขต/ตรวจชันสูตรพลิกศพ ร่วมกับแพทย์  2.การตรวจหาหมู่เลือด/การตรวจอสุจิ/การตรวจ DNA  3.ควบคุมรายงานผลการวิเคราะห์ทางพิษวิทยาในระบบสารสนเทศ  4.การตรวจพิสูจน์หลักฐานบุคคล  5.กระบวนการปฏิบัติงานการผ่าตรวจพิสูจน์ศพ  6.การออกรายงานการตรวจศพ |
| 4 | โรงพยาบาลดารารัศมี รพ.ตร. | 1.การพัฒนาทรัพยากรบุคคล  2.การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์  3.การบันทึกบัญชีและการรายงานผลทางบัญชี |
| 5 | ศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนใต้ รพ.ตร. | 1.งานการทำเครื่องมือปราศจากเชื้อ  2.งานด้านการสื่อสารประสานงานระหว่างนอกหน่วยกับ ชต.รพ.ตร.  3.งานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ  4.งานด้านการสื่อสารส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย  5.งานธุรการทั่วไป  6.งานกำลังพล  7.งานจัดซื้อจัดจ้าง  8.งานการเงินและงบประมาณ  9.งานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ  10.งานด้านความพึงพอใจของผู้มารับบริการ  11.งานด้านการจัดทำบัญชีครุภัณฑ์และวัสดุทางการแพทย์  12.การยืดอายุน้ำยา AST, ALT ด้วยวิธีการแช่แข็งน้ำยา  13.งานด้านการควบคุมเก็บรักษา ( บริหารคลังยาเวชภัณฑ์และวัสดุ )  14.งานด้านการสื่อสาร ประสานงานระหว่างนอกหน่วย  15.งานการทำเครื่องมือปราศจากเชื้อ  16.งานเบิกจ่ายวัสดุ ครุภัณฑ์  17.งานรังสีวิทยา  18.การจัดทำแผนจัดซื้อเครื่องมือการให้บริการตรวจรักษาทางจิตวิทยาคลินิก |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| กองบังคับการในสังกัด รพ.ตร. | | | |
| **ลำดับ** | **โครงการ/กิจกรรม** | **จำนวน** | **รวม** |
| **หน่วยงาน** |
| 1 | กลุ่มงานกุมารเวชกรรม รพ.ตร. | 4 | 4 |
| 2 | กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด รพ.ตร. | 3 | 3 |
| 3 | กลุ่มงานชีวเคมี รพ.ตร. | 3 | 3 |
| 4 | กลุ่มงานตา รพ.ตร. | 3 | 3 |
| 5 | กลุ่มงานทันตกรรม รพ.ตร. | 3 | 3 |
| 6 | กลุ่มงานผู้ป่วยนอก รพ.ตร. | 5 | 5 |
| 7 | กลุ่มงานพยาธิวิทยา รพ.ตร. | 1 | 1 |
| 8 | กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร. | 6 | 6 |
| 9 | กลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.ตร. | 2 | 2 |
| 10 | กลุ่มงานโภชนาการ รพ.ตร. | 6 | 6 |
| 11 | กลุ่มงานรังสีวิทยา รพ.ตร. | 3 | 3 |
| 12 | กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา รพ.ตร. | 3 | 3 |
| 13 | กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว รพ.ตร. | ไม่ส่งรายงานควบคุมภายใน | |
| 14 | กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ตร. | 3 | 3 |
| 15 | กลุ่มงานศัลยกรรม รพ.ตร. | 3 | 3 |
| 16 | กลุ่มงานศูนย์ส่งกลับและรถพยาบาล รพ.ตร. | 4 | 4 |
| 17 | กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ รพ.ตร. | 3 | 3 |
| 18 | กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม รพ.ตร. | 3 | 3 |
| 19 | กลุ่มงาน หู คอ จมูก รพ.ตร. | 3 | 3 |
| 20 | กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ รพ.ตร. | 2 | 2 |
| 21 | กลุ่มงานอายุรกรรม รพ.ตร. | 3 | 3 |
| **รวมกลุ่มงานในสังกัด รพ.ตร.** | | **66** | **66** |
| **บก.อก.รพ.ตร.** | | | |
| 22 | ฝ่ายธุรการกำลังพล บก.อก.รพ.ตร. | 5 | 5 |
| 23 | ฝ่ายเวชระเบียน บก.อก.รพ.ตร. | 3 | 3 |
| 24 | ฝ่ายยุทธศาสตร์ บก.อก.รพ.ตร. | 2 | 2 |
| 25 | ฝ่ายส่งกำลังบำรุง บก.อก.รพ.ตร. | 1 | 1 |
| 26 | ฝ่ายซ่อมบำรุง บก.อก.รพ.ตร. | 3 | 3 |
| 27 | ฝ่ายกฎหมายและวินัย บก.อก.รพ.ตร. | 1 | 1 |
| 28 | ฝ่ายงบประมาณ บก.อก.รพ.ตร. | 3 | 3 |
| 29 | ฝ่ายการเงิน บก.อก.รพ.ตร. | 2 | 2 |
| 30 | ฝ่ายฝึกอบรม บก.อก.รพ.ตร. | 2 | 2 |
| **รวม บก.อก.ในสังกัด รพ.ตร.** | | **22** | **22** |
| 31 | วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ รพ.ตร. | 4 | 4 |
| 32 | โรงพยาบาลนวุติสมเด็จย่า รพ.ตร. | 3 | 3 |
| 33 | สถาบันนิติเวชวิทยา รพ.ตร. | 6 | 6 |
| 34 | โรงพยาบาลดารารัศมี รพ.ตร. | 3 | 3 |
| 35 | โรงพยาบาลศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนภาคใต้ รพ.ตร. จังหวัดยะลา | 18 | 18 |
| **รวม บก.ในสังกัด รพ.ตร.** | | **34** | **34** |
| **รวม** | | **122** | **122** |

**กลุ่มงานกุมารเวชกรรม รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 1. ผู้ป่วยเด็กตกเตียง  วัตถุประสงค์  เพื่อป้องกันผู้ป่วยเด็กตกเตียง | 1. ด้านผู้ดูแล  1.1 ประเมินผู้ดูแลว่ามีความพร้อมในการดูแลหรือไม่  - ผู้ดูแลต้องมีการผลัดเปลี่ยนเวรในการเฝ้าผู้ป่วยเพื่อให้มีร่างการที่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย  1.2 ให้คำแนะนำการป้องกันการผลัดตกหกล้มแก้ผู้ดูแล เช่น ไม่ทิ้งเด็กให้อยู่ตามลำพังยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งที่เด็กนอนเตียงเป็นต้น  2. ด้านบุคลากรที่ดูแล  2.1 ขณะตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกเวรให้ตรวจสอบไม้กั้นเตียง | - หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก ฉกร. 4 - 5 ผู้รับผิดชอบการประเมิน | จำนวนผู้ป่วยเด็กตกเตียง 0 ราย/ปี |  | ปีงบประมาณ 2560 หน.กลุ่มงานกุมารเวชกรรม รพ.ตร. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
|  | 2.2 แนะนำผู้ดูแลเรื่องการป้องกันการตกเตียงซ้ำหลังตรวจเยี่ยมรวมกับแพทย์ และติดตามประเมินการปฏิบัติจริงหลังให้คำแนะนำ  2.3 ต้องมีการส่งต่อข้อมูลกันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง  3. ด้านอุปกรณ์  3.1 ปรับเตียงไม่ให้สูงเกินไป  3.2 ส่งซ่อมเมื่อเตียงชำรุด  3.3 ควรจัดหาเตียงที่เหมาะสมสำหรับเด็กโดยเฉพาะ  4. ด้านการสื่อสาร  4.1 ติดป้ายสัญลักษณ์ “การระวังการพลัดตกหกล้ม” ที่หน้าห้องผู้ป่วย แฟ้มผู้ป่วย เป็นต้น  - สื่อสารและทำความเข้าใจต่อสิ่งสัญลักษณ์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้เข้าใจตรงกัน  4.2 ส่งเวรให้เฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม ทุกเวร | |  | |  | |  | ปีงบประมาณ 2560 หน.กลุ่มงานกุมารเวชกรรม รพ.ตร. |  |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 2. มารดาทอดทิ้งบุตร  วัตถุประสงค์  เพื่อป้องกันมารดาทอดทิ้งบุตร | 1. การประเมินมารดา ตั้งแต่มา ANC  - ความพร้อมในการเลี้ยงลูก  - ความเสี่ยงต่อการทอดทิ้งลูก  2. ประเมินมารดาระหว่างที่มารดาเลี้ยงดูลูก  3. กรณีที่มารดานำลูกมาฝากที่ห้องทารกแรกเกิดถ้าฝากไว้เกิน 1 ชั่วโมงตรวจเยี่ยมมารดาที่เตียง  4. ให้มีการการสื่อสารระหว่างพยาบาลสูติกับพยาบาลทารกแรกเกิด กรณีมารดามีปัญหา และหรือมีความเสี่ยงต่อการทอดทิ้งลูก  5. กรณีที่มารดาต้องไปติดต่อหน่วยงานอื่น เช่น ไปรับสูติบัตรไปพบสังคมสงเคราะห์เป็นต้นให้คนงานพาไปทุกครั้ง | - หัวหน้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดผู้รับผิดชอบการประเมิน | | จำนวนทารกที่ถูกทอดทิ้ง 0 ราย / ปี | |  | | ปีงบประมาณ 2560 หน.กลุ่มงานกุมารเวชกรรม รพ.ตร. |  |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
|  | 6. ด้านมารดาก่อนคลอด  - ปลูกจิตสำนึกแก่มารดาในกลุ่มเสี่ยงต่อการทอดทิ้งบุตร  - ให้เข้าคอร์สอบรมการเลี้ยงดูบุตร  7. มารดาระหว่างคลอดบุตรแล้ว  - สร้างสายสัมพันธ์มารดาทารกโดยการให้มารดาเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่เป็นต้น  8. ประกาศแนวทางให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบและปฏิบัติตามแนวทาง  ทุกคน |  | |  | |  | | ปีงบประมาณ 2560 หน.กลุ่มงานกุมารเวชกรรม รพ.ตร. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 3. การเก็บและส่งสิ่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด  วัตถุประสงค์  เพื่อป้องกันการเก็บส่งสิ่งตรวจผดพลาด | 1. จัดทำแผ่นป้ายในการใช้อุปกรณ์ในการเก็บสิ่งตรวจ และคำขวัญรณรงค์การเก็บสิ่งตรวจห้องปฏิบัติการตามขั้นตอนคำขวัญ  ก่อนเจาะเลือด-เช็ค order/ดูใบ Lab/แถบ Sticker/Tube เลือดตรง/ลงมือเจาะ  หลังเจาะเลือด-จับเข้าคู่/ดูใบ Lab/แถบ Sticker/Tube เลือดตรง/ส่งตรวจได้  2. จัดทำชุดอุปกรณ์ในการเก็บสิ่งส่งตรวจประกอบด้วยภาชนะใส่สิ่งส่งตรวจ Tube Lab ใบ Lab และสติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วย  3. เน้นย้ำเจ้าหน้าที่ผู้เก็บสิ่งส่งตรวจให้ปฏิบัติตามคู่มือการเก็บ specimen ส่งตรวจห้องปฏิบัติทั้งก่อนและหลังการเก็บสิ่งตรวจ | | - หัวหน้าห้องตรวจโรคกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยเด็ก ฉกร.4-5 ผู้รับผิดชอบการประเมิน | |  | | - ทบทวนแนวทางการปฏิบัติและประเมินผลโดยหัวหน้าตึกทุกเดือน | | ปีงบประมาณ 2559 หน.กลุ่มงานกุมารเวชกรรม รพ.ตร. | |  |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | | **หมายเหตุ**  **(๗)** | |
| 4. ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด  วัตถุประสงค์  - ป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด  - ลดอุบัติการณ์ของท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด  - สามารถช่วยเหลือเบื้องต้นได้ทันที เพื่อลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด | 1. ด้านผู้ป่วย  - ผู้ป่วยมีนำลายในปากมากตลอด ให้เปลี่ยนพลาสเตอร์ที่ติดท่อช่วยหายใจทุกครั้ง  - ตรวจสอบตำแหน่งที่ติด พลาสเตอร์ให้อยู่ในตำแหน่งเดิม  2. ด้านบุคลากร  - ทบทวนแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด  - ตรวจสอบตำแหน่งที่ติดของพลาสเตอร์  3. ด้านอุปกรณ์  - เปลี่ยนท่อช่วยหายใจให้เหมาะสมกับน้ำหนักผู้ป่วย  - ใช้เทปกาวที่ยึดติดท่อช่วยหายใจที่เหนียว  4. ด้านสิ่งแวดล้อม  - เปิดไฟให้สว่างขณะสังเกตตำแหน่งที่ติดพลาสเตอร์ | หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด | |  | |  | |  | | แนวทางการปฏิบัติ ตุลาคม 2560 | |

**กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ๑. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง  วัตถุประสงค์ของการควบคุม  เพื่อป้องกันอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้รับบริการหรือญาติรายอื่น | ๑. ประเมินอาการจากการสังเกตและซักประวัติ  ๒. แยกผู้ป่วยออกจากผู้รับบริการรายอื่น  ๓. ให้รอพบแพทย์บริเวณที่มีสิ่งเร้าน้อย เช่น ไม่มีคนพลุกพล่าน เงียบสงบ  ๔. เจ้าหน้าที่พยาบาลสามารถสังเกตเห็นผู้ป่วยได้ตลอดเวลา  ๕. หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเอง หรือรบกวนผู้อื่น หรือมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่นสูง ให้รีบดำเนินการเข้าพบจิตแพทย์ทันที เพื่อรับการรักษาที่จำเป็นและเร่งด่วน | พยาบาลเป็นผู้ดำเนินการตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่มีอยู่ในมาตรการตรวจสอบคุณภาพโรงพยาบาล (HA) และรายงานผล | - | - | หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช  และยาเสพติด |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ๒. การตรวจพิสูจน์ตัวบุคคลของผู้รับบริการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด  วัตถุประสงค์ของการควบคุม  เพื่อป้องกันการตรวจ  ผู้รับบริการผิดตัว | ๑. ตรวจสอบหลักฐานยืนยันตัวบุคคลจากบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่าย เช่น บัตรประชาชน บัตรอนุญาตขับขี่รถยนต์  ๒. เขียนชื่อผู้รับบริการที่ถ้วยสำหรับบรรจุปัสสาวะ  ๓. เจ้าหน้าที่นำผู้รับบริการไปห้องน้ำ  ๔. ติดกล้องวงจรปิดในห้องน้ำ | เจ้าหน้าที่ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดเป็นผู้ดำเนินการและรายงานผล | - | - | หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช  และยาเสพติด |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ๓. ผู้ป่วยในหลบหนีกลับบ้านโดยมิได้รับอนุญาต  วัตถุประสงค์ของการควบคุม  เพื่อป้องกันอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่น | ๑. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบตั้งแต่แรกรับว่าหากไม่สมัครใจอยู่ให้เซ็นต์ชื่อไม่สมัครใจรับการรักษา  ๒. เจ้าหน้าที่พยาบาลหมั่นสังเกตความผิดปกติ | พยาบาลเป็นผู้ดำเนินการตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่มีอยู่ในมาตรการตรวจสอบคุณภาพโรงพยาบาล (HA) และรายงานผล | **-** | **-** | หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช  และยาเสพติด |  |

**กลุ่มงานชีวเคมี รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ๑. การควบคุมคุณภาพภายใน(internal audit)  - เพื่อรักษามาตรฐานระบบปฏิบัติการตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ | - แผนการตรวจติดตามภายใน  - มาตรฐานISO 15189::2012 | - จุลทรรศน์ฯดำเนินการแล้วเสร็จใน ก.ค.๖๐ (บันทึกเครื่องมือ,บันทึกน้ำยา)  - งานอื่นๆ อยู่ในระหว่างการทำ Hyperlink เชื่อมข้อมูลเอกสาร  - รออนุมัติขอใช้อินเตอร์เน็ตในอาคารมหาภูมิพลฯ | - การบันทึกข้อมูลคุณภาพไม่ครบถ้วน/ค้นหายาก/ข้อมูลกระจัดกระจาย  - คอมพิวเตอร์ติดไวรัส/เห่า/Harddiskเต็ม | - ตรวจติดตามภายในตามข้อกำหนด ISO 15189 :2012 อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง | - ปีงบประมาณ๖๐/  พ.ต.อ.หญิง รุ่งอรุณ |  |
| ๒. การสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการห้องปฏิบัติการเพื่อพัฒนาปรับปรุงการบริการมีประสิทธิภาพและเป็นที่พอใจมากยิ่งขึ้น | - มาตรฐานISO 15189::2012 | - รอการย้ายอาคาร  - อยู่ในขั้นการจัดเตรียมพื้นที่เพื่อรองรับการใช้บริการ | - สถานที่คับแคบไม่เป็นที่พอใจต่อการใช้บริการเจาะเลือด | - จัดประชุมทบทวนระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการชันสูตรเพิ่มพื้นที่ในการให้บริการโดยย้ายไปยังอาคารมหาภูมิพลฯ | - ปีงบประมาณ๖๐/  พ.ต.อ.หญิง สมพร |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ๓. การปรับปรุงพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ หน่วยรับสิ่งส่งตรวจเพื่อให้บริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว | - โทรแจ้งความผิดพลาดไปยังหอผู้ป่วย | - รอการย้ายอาคาร  - อยู่ในขั้นการจัดเตรียมพื้นที่เพื่อรองรับการใช้บริการ | - เจ้าหน้าที่ส่งสิ่งส่งตรวจผิดห้อง | - การรับสิ่งส่งตรวจของห้องปฏิบัติการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว | - ปีงบประมาณ๖๐  พ.ต.อ.หญิง รุ่งอรุณ,พ.ต.ต.กิตติพงษ์ |  |

**กลุ่มงานตา รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ยุทธศาสตร์  เพิ่มประสิทธิภาพการ ให้บริการสุขภาพ  กิจกรรม  พัฒนาศูนย์เลสิกโรงพยาบาลตำรวจ  วัตถุประสงค์  1. บุคลากรมีจิตบริการผู้ป่วย  2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการ LASIK ได้ในราคาถูกอย่างทั่งถึงและเป็นธรรม ประกอบกับเพื่อให้มีเครื่องมือที่ทันสมัยที่ใช้งานได้อย่างคล่องตัวรวดเร็วในการทำ LASIK | 1. ได้รับการตรวจโดยจักษุแพทย์, พยาบาลและเจ้าหน้าที่ Technician ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านทางเลสิก  2. นำเครื่องมือที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพมาใช้ในการรักษาเลสิก | 1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเลสิก มีความพึงพอใจ > 90%  2. ผลการมองเห็นของผู้รับบริการที่ได้รับการผ่าตัด ≥20/40 ร้อยละ80 | 1. ความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดโอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 0.1 | 1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติก่อน - หลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วย | หน.กลุ่มงานตา รพ.ตร.ปีงบประมาณ 2560 | เป็นกิจกรรมที่ทำต่อเนื่อง |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ยุทธศาสตร์  เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพ  กิจกรรม  การสรุปเวชระเบียนและส่งคืนภายในกำหนดระยะเวลา 7 วัน  วัตถุประสงค์  เพื่อให้การสรุปส่งคืนเวชระเบียนของผู้ป่วยในที่ใช้สิทธิเบิกกรมบัญชีกลางภายในกำหนด 7 วัน ได้ 100% | 1. มีขั้นตอนในการดำเนินการรับ - ส่งเวชระเบียนผู้ป่วยใน  2. ควบคุมภายในเวลาที่กำหนด (ไม่เกิน 7 วัน) | 1. ขั้นตอนที่ทีอยู่สามารถควบคุมการสรุปและส่งคืนเวชระเบียนผู้ป่วยในได้ร้อยละ 92 แต่ยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ในระดับ 100% | 1. การสรุปเวชระเบียนของผู้ป่วยในตามวัตถุประสงค์ภายในกำหนด 7 วัน ยังไม่ได้ตามเป้าฯ 100%  2. จักษุแพทย์เจ้าของไข้สรุปเวชระเบียน ช้า หรือลงข้อมูลไม่สมบูรณ์  3. การส่งต่อแฟ้มประวัติทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่เป็นไปตามขั้นตอน | 1. จัดทำขั้นตอนที่เป็นมาตรการกำหนดระบบการสรุปเวชระเบียนให้เป็นมาตรฐาน  2. กำชับจักษุแพทย์เจ้าของไข้สรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในให้ทันเวลาที่กำหนด | หน.กลุ่มงานตา รพ.ตร.  ปีงบประมาณ 2560 | เป็นกิจกรรมที่ทำต่อเนื่อง |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ยุทธศาสตร์  ผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความเป็นเลิศทางด้านวิชาการในภูมิภาค  กิจกรรม  จัดจักษุแพทย์เข้าร่วมประชุมและรับการอบรมทางจักษุของราชวิทยาจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย  วัตถุประสงค์  เพื่อเพิ่มพูนความรู้ที่ทันสมัยในการให้การรักษาทางจักษุและในการส่งเสริมเป็นสถาบันการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ได้มาตรฐานในอนาคต | 1. จำนวนจักษุแพทย์ที่เข้ารับการประชุมและรับการอบรมทางจักษุของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 | 1. จำนวนจักษุแพทย์ที่เข้ารับการประชุมและรับการอบรมทางจักษุของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยได้ถึงเป้าหมายร้อยละ 80 | 1. ระยะเวลาที่เข้าร่วมประชุมและรับการอบรมฯ ไม่สอดคล้องกับภารกิจประจำที่ปฏิบัติอยู่ และภารกิจอื่นที่ได้รับมอบหมายพิเศษ | 1. วางแผนล่วงหน้าอย่างน้อย 1 ปี  2. ปรับเปลี่ยนภารกิจและบุคลากร เพื่อให้มีความคล่องตัวต่อการปฏิบัติหน้าที่ | หน.กลุ่มงานตา รพ.ตร. ปีงบประมาณ 2560 |  |

**กลุ่มงานทันตกรรม รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| วัตถุประสงค์  ให้บริการรักษาทางทันตกรรมทั่วไป และเฉพาะทางป้องกันโรคในช่องปากส่งเสริมและฟื้นฟูทันตสุขภาพผู้ป่วยอย่างปลอดภัย  ๑. สามารถระบุตัว /ระบุตำแหน่งในการทำหัตถการทางทันตกรรม ได้อย่างถูกต้อง | ๑.๑ ผู้ป่วยมายังกลุ่มงาน  ทันตกรรมตึกฉกร.ชั้น ๔ เพื่อผ่านการตรวจชื่อนามสกุล HN ซักประวัติ วัด Vitalsign และบันทึกลงในเวชระเบียน โดยเจ้าหน้าที่  ๑.๒ ทันตแพทย์ห้องตรวจ คัดกรองระบุตัวผู้ป่วยเพื่อ จำแนกประเภทและจัดลำดับความเร่งด่วนและลงบันทึกใน เวชระเบียน จากนั้นส่งต่อ ผู้ป่วยไปยัง คลินิกชั้น ๔ และและชั้น ๕ เพื่อทำการรักษา | มีขั้นตอนกาดำเนินงานชัดเจนบุคลากรมีความเข้าใจแต่ยังพบว่ามีการทวนซ้ำที่ ไม่สม่ำเสมอในบางขั้นตอนและเมื่อพบอุบัติการณ์ บุคลากรจะทำการแก้ไข มีการรายงานและลงสถิติ มากขึ้นแต่ยังไม่สม่ำเสมอ ทุกครั้งที่เกิดอุบัติการณ์ | ยังพบการบันทึกข้อมูลระบุ ตำแหน่งในการทำหัตถการ ทางทันตกรรมผิดพลาดใน เวชระเบียน (แต่อุบัติการณ์มีแนวโน้ม ลดลง)ยังพบการ บันทึกชื่อ นามสกุลผู้ป่วย ผิดพลาดในบันทึกประวัติ ภาพถ่ายรังสีทาง  ทันตกรรม และพบการติด VN ผู้ป่วย ผิดพลาดในเวชระเบียน (แต่อุบัติการณ์ลดลง) | มีการทวนซ้ำชื่อ นามสกุล ผู้ป่วยในVN ได้แก่ ห้องบัตร ห้องตรวจ ห้องเอกซเรย์  ทันตกรรม และโดย ทันตแพทย์ผู้รักษา เมื่อพบความผิดพลาดจะรายงานและแก้ไขทันที การรายงานอุบัติการณ์และกิจกรรม ทบทวนความเสี่ยง จะทำในที่ประชุม กลุ่มงานทุก ๓ เดือนและเน้นย้ำ ให้เก็บสถิติทุกครั้งที่พบอุบัติการณ์ | กลุ่มงานทันตกรรม รพ.ตร. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
|  | ๑.๓ ก่อนทำการรักษาทันตแพทย์ที่ทำการรักษาซักประวัติตรวจ วินิจฉัยระบุตัวผู้ป่วย และระบุหัตถการอีกครั้งจากนั้นจึง ให้การรักษาและลงบันทึกในเวชระเบียน  ๑.๔ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาเรียบร้อยแล้วจึงมาชำระค่ารักษาพยาบาลตามหัตถการที่ได้รับโดยเจ้าหน้าที่จะบันทึกรายการรักษาและเก็บค่ารักษาพยาบาล |  |  |  | กลุ่มงานทันตกรรม รพ.ตร. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ๒. ลดอุบัติการณ์การใช้เวชระเบียนแทนในผู้ป่วยนัด  ทันตกรรม | ๒.๑ ผู้ช่วยทันตแพทย์ทำการนัดหมายผู้ป่วยโดยลงบันทึกการนัดหมายในคอมพิวเตอร์ล่วงหน้าอย่างน้อย ๓ วัน  ๒.๒ ก่อนวันนัด ๑ วัน ผู้ช่วยทันตแพทย์จะทำการตรวจสอบเวชระเบียนที่เบิกได้หรือไม่ได้กับห้องบัตรทันตกรรม หากพบว่ามีเวชระเบียนที่ยังเบิกไม่ได้จะทำการค้นหาและติด ตามกับห้องบัตรของรพ.  ๒.๓ ผู้ป่วยมาตามนัด และยื่นบัตรนัดที่ห้องบัตรทันตกรรม ชั้น ๔  ๒.๔ เจ้าหน้าที่ห้องบัตร  ทันตกรรมลงทะเบียนผู้ป่วยพิมพ์ VN และจัดส่งเวชระเบียนผู้ป่วยให้ทันตผู้รักษาแพทย์ |  |  |  | กลุ่มงานทันตกรรม รพ.ตร. |  |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ๓. การทำ Surgical Checklistก่อนการทำหัตถการในห้องผ่าตัดเล็กของกลุ่มงาน  ทันตกรรม | ๓.๑ เจ้าหน้าที่พยาบาลระบุตัวผู้ป่วย และพาผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเล็กของกลุ่มงานทันตกรรม  ๓.๒ ทันตแพทย์ระบุตัวผู้ป่วยและทบทวนหัตถการที่จะทำร่วมกับผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำห้องผ่าตัด  ๓.๓ มีการทวนซ้ำตามSurgical Checklist ร่วมกันระหว่างทันตแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาล ก่อนและหลังทำหัตถการ | มีการกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานใหม่ที่ชัดเจนแต่ยังอยู่ในขั้นตอนการทดลองดำเนินการ | ยังไม่มีการรายงานความครบถ้วนของการทำ Surgical Checklistและยังไม่มีการเก็บสถิติเนื่องจากอยู่ในขั้นตอนการทดลองดำเนินการ | ยังอยู่ในขั้นตอนการทดลองดำเนินการและการปรับปรุง Surgical Checklist | กลุ่มงานทันตกรรม รพ.ตร. |  |

**กลุ่มงานผู้ป่วยนอก รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ๑. ความปลอดภัยของผู้ป่วย(Patient safety) เรื่องการidentify ถูกคน ถูกต้อง การ identify lab การเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากห้องฉุกเฉินฯ | ๑. มีการทำ double check จากสติ๊กเกอร์ผู้ป่วยบนภาชนะใส่สิ่งส่งตรวจ เปรียบเทียบกับใบส่งตรวจห้องปฏิบัติการให้ตรงกัน โดยพยาบาล๒ คน check ซ้ำ ๒ ครั้ง  ๒. มีการบันทึกชื่อผู้ป่วย ,รายละเอียดสิ่งส่งตรวจ,ชื่อพยาบาลผู้เจาะเลือดส่งตรวจ บันทึกลงในสมุดสิ่งตรวจห้องปฏิบัติการ  ๓. ก่อนทำการเก็บสิ่งส่งตรวจ พยาบาลที่เก็บมีการสอบถามชื่อสกุลผู้ป่วยให้ถูกต้องเสมอ | Incident report ที่ส่งกลับมาจากห้องตรวจปฏิบัติการณ์มีจำนวนลดลง เป็น ๐.๑๖ % ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี (จากรายงานประจำปี๒๕๕๙ ของห้องปฏิบัติการ รพ ตำรวจ) (อัตราการผิดพลาดในการชี้บ่ง)  และกำลังรวบรวมข้อมูลของปี ๒๕๖๐ | ๑. แพทย์ไม่ได้ระบุชื่อผู้ป่วยในใบสิ่งส่งตรวจทำให้มีการสลับชื่อผู้ป่วยได้  ๒. มี incident เภสัชจัดยาผิด ผิดยา/ผิดประเภท/ผิดขนาด/ผิดคน | ๑. มีการทบทวนเน้นย้ำให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด  ๒. มีการนิเทศแนวทางปฏิบัติเป็นระยะให้แก่พยาบาล แพทย์เวร นักศึกษาแพทย์ก่อนการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน  ๓. มีการใช้ doctor statation เพื่อให้แพทย์พิมพ์สั่งยา พิมพ์ส่ง Labเอง เพื่อป้องกันการผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น | คณะกรรมการความเสี่ยงของผู้ป่วยนอก  แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินทุกท่าน  พ.ต.อ.หญิงวิสิฏฐ์ศรี เพ็ญโภไคย |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ๒. ความปลอดภัยของผู้ป่วย(Patient safety) เรื่องผู้ป่วยตกเตียง | ๑. มีการเฝ้าระวัง double check เรื่องการยกไม้กั้นเตียงขึ้นหลังการตรวจหรือทำหัตถการ | ๑. เก็บสถิติผู้ป่วยตกเตียงอัตราการตกเตียงของผู้ป่วย ร้อยละ ๐ | ๑. ผู้ป่วยที่ไม่รู้ตัว อาจตกเตียงได้ | ๑. มีการประชุมอบรมเรื่องการยกเคลื่อนย้ายและการส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยให้ถูกต้องเมื่อ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ซึ่งเป็นการจัดการอบรมโดยกลุ่มงานผู้ป่วยนอก  ๒. จัดซื้อเปลและเตียงผู้ป่วยที่สามารถใช้งานได้ปลอดภัยมากขึ้น จำนวน 6 เตียง | พ.ต.อ. วรวุฒิ ชัยยศบูรณะ หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก  หัวหน้าห้องฉุกเฉินแลอุบัติเหตุ |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ๓. การบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ทันสมัย ทันเหตุการณ์ โดยมีการคัดกรองผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ | ๑. มีพยาบาลคัดกรองที่หน้าห้องฉุกเฉิน  ๒. มีแนวทางการซักประวัติเน้นย้ำในผู้ป่วยที่มีอาการที่สงสัย  ๓. จัดห้องแยกตรวจโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่สงสัย  ๔. จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข | ๑. เก็บสถิติผู้ป่วยที่เข้าข่ายต้องสงสัยรับการตรวจ  ๒. มีความผิดพลาดในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ | ๑. ผู้ป่วยให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน/ปิดบังข้อมูล  ๒. มีปัญหาเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยต่างชาติ  ๓. ผู้ป่วยไม่ปรากฏอาการเข้าข่ายต้องสงสัย | ๑. ให้ความรู้แก่พยาบาล พนักงานเปล เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายในห้องฉุกเฉินฯ  ๒. มีการทำแผ่นป้าย/โปสเตอร์ ประชาสัมพันธ์ ให้ข้อมูลแก่ผู้มารับบริการ  ๓. อบรมเรื่องการใช้ภาษาอังกฤษ และภาษาจีนสำหรับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ | หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอกและ หัวหน้าห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ๔. ด้านการให้บริการตรวจรักษาข้าราชการตำรวจและครอบครัว และประชาชน ให้ได้รับการบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานทั่วถึงและเป็นธรรม | ๑. มีการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อการรักษาผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว  ๒. อาจารย์แพทย์ต่อแพทย์ประจำบ้านมีจำนวนมากขึ้น  ๓. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจากใบชมเชยของผู้ป่วยและญาติ | ๑. มีการคัดกรองผู้ป่วยทุกรายที่เข้าตรวจในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน  ๒. ตรวจสอบคัดกรองผู้ป่วยหากไม่ถูกต้อง จะมีการแก้ไขโดยผู้ควบคุม(แพทย์หรือพยาบาลหัวหน้าเวร | ๑. การคัดกรองไม่ถูกต้อง  ๒. แพทย์ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย จึงทำให้ตรวจล่าช้า | ๑. จัดระบบการคัดกรองผู้ป่วยตามความรุนแรง  ๒. ขอบรรจุข้าราชการ(แพทย์) เป็นแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน  ๓. มีเวรพยาบาล พิเศษเพื่อในการให้การดูแลข้าราชการตำรวจชั้นผู้ใหญ่เป็นการพิเศษ เรื่อง police policy -ข้าราชการตำรวจจะได้ รับการดูแลเป็นพิเศษ | หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอกและ หัวหน้าห้องฉุกเฉิน พตร. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ๕. ด้านการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความเป็นเลิศทางด้านวิชาการในภูมิภาค สนับสนุนการเป็นสถาบันร่วมผลิตแพทย์ที่มีมาตรฐานสากล | ๑. จำนวนอาจารย์แพทย์ต่อแพทย์ประจำบ้านมีจำนวน ๒ต่อ ๑  ๒. มีการส่งแพทย์อบรมเพื่อพัฒนาความรู้ให้ทันสมัยอยู่เสมอ อบรมอย่างน้อย ๒ครั้ง/คน/ปี  ๓. มีการเพิ่มศักยภาพ โดยเพิ่มการผลิตแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินจาก ๓ เป็น ๕ คน | ๑. สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย อนุญาตให้เปิดเพิ่มการผลิตแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินจาก ๓ เป็น ๕ คน ในปีการศึกษา ๒๕๖๐  ๒. พ.ต.ต.กวิน อิสริยโอภาสเป็นแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินที่จบเฉพาะทางพิษวิทยา ได้มาปฏิบัติงานตั้งแต่ ๑ ก.ค.๒๕๖๐ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว  ๓. ปี ๒๕๖๐ ได้เพิ่มอาจารย์แพทย์ที่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินเป็นจำนวน ๔ ท่าน | ๑. อาจารย์แพทย์ต่อแพทย์ประจำบ้านมีไม่เพียงพอ  ๒. การดูแลควบคุมนักศึกษาแพทย์ในตรวจรักษาไม่ทั่วถึง | ๑. มีแผนในการขอกรอบอัตราอาจารย์ ที่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินเพิ่มจำนวน ๓ คน  ๒. ส่งแพทย์และพยาบาลเพื่ออบรมเฉพาะทาง  เวชศาสตร์การบินใน  ปีงบประมาณ ๒๕๖๑  ๓. แพทย์อบรม พัฒนาความรู้มากกว่า ๒ ครั้ง/คน/ปี ๑๐๐% และนำมาเผยแพร่ในการประชุมประจำเดือน  ๔. มีการทำdouble check และมีการ triple check โดยสุ่มตรวจสอบเอกสารเวชระเบียนเวรเช้า บ่าย ดึก | พ.ต.อ. วรวุฒิ  ชัยยศบูรณะ หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก |  |

**กลุ่มงานพยาธิวิทยา รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | | | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน**  การให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ  กลุ่มงานพยาธิวิทยารพ.ตร.  (งานธนาคารเลือด  งานภูมิคุ้มกันวิทยา  งานพยาธิวิทยากายวิภาค)  **วัตถุประสงค์ของการควบคุม**  เพื่อให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการมีความถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ | 1. การควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) และการประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์โดยองค์กรภายนอก (EQA)  2. การตรวจยืนยันผลหมู่โลหิต (ABO & Rh) ก่อนจ่ายโลหิต กรณีผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติหมู่โลหิต  3. ตรวจสอบความถูกต้องก่อนรายงานผล  4. เฝ้าระวังอุบัติการณ์การรายงานผลผิดพลาด  5. กระตุ้นให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด | | | - พบว่ายังมีความเสี่ยงในการรายงานผลผิดพลาด | - สถิติอุบัติการณ์รายงานผลผิดพลาดเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2560จำนวน 2 ครั้ง | - เนื่องจากน้ำยาตรวจมีการเปลี่ยน version ใหม่ ทำให้ไม่สามารถส่งผลจากเครื่องตรวจอัตโนมัติ จึงใช้การคีย์ผลตรวจทำให้เกิดความผิดพลาด งานภูมิคุ้มกัน-วิทยาจึงได้ดำเนินการติดต่อบริษัทเจ้าของเครื่องตรวจกับบริษัทที่ดูแลระบบ LISเพื่อเชื่อมระบบให้ส่งผลอัตโนมัติเข้าสู่ระบบ LIS | ภายใน 30 ก.ย. 60/หัวหน้างานภูมิคุ้มกันวิทยา |  |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
|  | | 6. รายงานผลเบื้องต้นทุกรายภายในTurnaround time กำหนด โดยระบุหมายเหตุกรณีที่มีการส่งปรึกษา หรือย้อมพิเศษ  7. พยาธิแพทย์ติดต่อแพทย์เจ้าของไข้โดยตรง กรณีที่มีความซับซ้อนในการวินิจฉัย | - ไม่พบว่ามีความเสี่ยงในการรายงานผลล่าช้า | | - สถิติเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2560 ไม่มีอุบัติการณ์รายงานผลล่าช้า | - ไม่มีมาตรการควบคุมเพิ่มเติม | แล้วเสร็จ 31 ส.ค. 60/หัวหน้างาน  พยาธิวิทยากาย-วิภาค |  |

**กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | | **หมายเหตุ**  **(๗)** | |
| 1. การจัดทีมผู้บริหาร  1.1 ปรับสายงานการพยาบาลให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล  1.2 เพื่อควบคุมกำกับดูแลบุคลากรทางด้านการพยาบาลให้การบริการทางการพยาบาลแบบองค์รวมตามมาตรฐานวิชาชีพ  1.3 เพื่อประกันคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพด้วยการทำงานเป็นทีมอย่างต่อเนื่อง | - การบริหารตามสายการบังคับบัญชีมี 3 ระดับ  1. ผู้บริหารระดับสูงคือ  ผู้บังคับการโรงพยาบาลตำรวจ  2. ผู้บริหารระดับกลางคือหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลหัวหน้าสายงานการพยาบาลที่ครอบคลุมทุกสาขาการพยาบาล  3. ผู้บริหารระดับต้นคือหัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วย  - และการบริหารแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับโดยจัดตั้งคณะกรรมการคณะทำงานชุดต่างๆ | - การกำหนดการตรวจสอบแผนงานการเตรียมความพร้อมของการเจริญเติบโตขึ้นสู่ตำแหน่งมีผลให้บุคลากรสามารถวางแผนการเจริญเติมโตของตนเองได้ในตำแหน่งบริหาร | - มีปัญหาการกระจุกและกระจายตัวของบุคลากรในแต่ละสาขา  - การเจริญเติบโตทางการบริหารไม่สอดรับกับตำแหน่งที่สูงขึ้นตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติจึงยากต่อการผลักดันบุคคลขันสู่ตำแหน่งบริหาร | | - ทบทวนและทำความเข้าใจกับบุคลากรและบริหารจัดการบุคลากรให้เหมาะสมกับ  สถานการณ์ | ปีงบประมาณ 2560/ คณะกรรมการบริหารกลุ่มงานพยาบาล | |  | |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | | | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 2. การจัดอัตรากำลัง  ทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ  2.1 เพื่อให้ทุกหน่วยงานมีอัตรากำลังที่เหมาะสมกับภาระงาน | - กำหนดอัตรากำลังแต่ละรอบเวรตามสัดส่วนและปริมาณงานให้สามารถบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมงทั้งในภาวะปกติ และฉุกเฉิน | - มีการวิเคราะห์อัตรากำลังโดยคำนึงถึงคุณสมบัติและความเชี่ยวชาญตามลักษณะงาน | - การโอนย้ายของบุคลากรพยาบาลออกนอกสังกัดกลุ่มงานพยาบาลมีเป็นจำนวนมากอัตรากำลังในบางหน่วยงานจึงไม่เป็นไปตามสัดส่วนและปริมาณงาน  - บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด | - ผู้บริหารกลุ่มงานฯ จัดทำแผน OT ในการจัดอัตรากำลังตามภาระงานให้เป็นปัจจุบันที่สุด | | | ปีงบประมาณ 2560/หัวหน้าสายงานพัฒนาคุณภาพพยาบาล | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 3. การดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ  3.1 เพื่อให้บุคลากรพยาบาลปฏิบัติงานบนพื้นฐานของจริยธรรมวิชาชีพ  3.2 ส่งเสริมให้ธำรงไว้ซึ่งจริยธรรมและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ | - กำหนดนโยบาย/แนวทางปฏิบัติใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน  - วางแผนการอบรมและปลูกจิตสำนึกให้กับบุคลากร | - ตรวจสอบติดตามการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด  - มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการซึ่งเป็นผลดีต่อการประเมินความสามารถด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณของบุคลากรพยาบาล | - พฤติกรรมบริการของบุคลากรที่ไม่เหมาะสมพบอยู่เป็นเนืองๆ และจากข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการ | - นิเทศกำกับดูแลการปฏิบัติการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันสรุปรายงานผลในการ Morning Report ทุกวันทำการให้กับคณะกรรมการบริหาร | คณะกรรมการบริหารกลุ่มงานพยาบาลผู้ตรวจการพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 4. การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย  4.1 เพื่อให้ข้าราชการตำรวจครอบครัว และประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้รับความปลอดภัย | - นโยบายความปลอดภัยของโรงพยาบาลเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติในหอผู้ป่วย/หน่วยงานตามประเด็นยุทธศาสตร์ เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพ  - กำหนดแนวทาง/มาตรการป้องกันความเสี่ยงที่เหมาะสมตามบัญชีความเสี่ยงและมีระบบการรายงานความเสี่ยง | - มีระบบตรวจสอบซ้ำเป็นตัวดักจับ และมีการทบทวนอุบัติการณ์ของกลุ่มงานพยาบาลทุกเดือน เป็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย | - พบว่าอุบัติการณ์ส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางด้านการดูแลรักษาพยาบาล และความซับซ้อนของโรคของผู้ป่วยที่มีมากขึ้น | - บุคลากรจะได้รับการทบทวนและติดตามเรื่องแนวทางปฏิบัติงานในด้านการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในทุกหน่วยงาน | ปีงบประมาณ 2560/ผู้บริหาร กลุ่มงานพยาบาลทุกระดับ |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 5. การพัฒนาบุคลากรและ  วิชาการ  5.1 เพื่อทำแผนใช้จ่ายเงินบำรุง รพ.ตร. ประจำปีงบประมาณหมวดค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมภายในและภายนอก | - มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานประจำปี | - ตรวจสอบแผนการฝึกอบรมบุคลากรเป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติงาน และได้รับอนุมัติจากผู้บริหาร | - หน่วยงานคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมไม่เข้าใจวิธีการในการจัดทำแผนหรือเขียนโครงการทำให้การจัดแผนไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน | - จัดแนวทางการจัดทำแผนการฝึกอบรมตามขั้นตอนการทำโครงการที่ฝ่ายฝึกอบรม บก.อก.รพ.ตร. กำหนด | ปีงบประมาณ 2560/สายงานพัฒนาคุณภาพพยาบาล |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 5.2 เพื่อให้แผนการฝึกอบรมบุคลากรเป็นไปตามนโยบายสอดคล้องกับกรอบแผนงานประจำปีจำของ รพ.ตร. ตามแผนยุทธศาสตร์ | - จัดทำแผนการประชุม/อบรมภายในกลุ่มงาน  พยาบาล  - จัดทำผังการไหลการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมภายนอกโรงพยาบาล | - ตรวจสอบว่ามีการดำเนินตามแผนการประชุม/อบรมภายในกลุ่มงานพยาบาลและการอบรมภายนอกโรงพยาบาลรวมทั้งประเมินผลการปฏิบัติว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ และมีปัญหาอย่างไร | - หน่วยงาน/คณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมและบุคลากรที่ไปประชุม/ฝึกอบรมไม่เข้าใจวิธีการปฏิบัติทำให้การเบิกจ่ายงบประมาณต้องมีการแก้ไข | - จัดทำแนวทางปฏิบัติการฝึกอบรมภายในรวมทั้งจัดทำแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมให้หน่วยงาน/คณะทำงานที่รับผิดชอบจัดอบรมนำไปใช้  - จัดทำแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมภายนอกให้บุคลากรที่ไปรับการฝึกอบรมนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์จริง | ปีงบประมาณ 2560/สายงานพัฒนาคุณภาพพยาบาล |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 6. การบริหารพัสดุ  6.1 เพื่อให้มีการวางแผนการดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารพัสดุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล | - ติดตามการดำเนินงานเพื่อให้การจัดหาพัสดุเป็นไปตามกรอบเวลาที่ได้วางแผนไว้ | - สามารถลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการจัดหาพัสดุได้  - สามารถปรับปรุงแผนการจัดหาที่กำหนดไว้เมื่อพบว่ามีข้อบกพร่องหรือข้อผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน | - ความจำเป็นในการเร่งรัดจัดหาพัสดุอย่างเร่งด่วนทำให้การปฏิบัติไม่เป็นไปตามระเบียบฯ หรือข้อบังคับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารพัสดุ | - จัดให้มีการกำหนดแผนการจัดหาพัสดุอย่างเป็นระบบเพื่อให้มีพัสดุเพียงพอต่อการใช้งานตามกรอบเวลาที่วางแผนไว้  - มีระบบการควบคุม/ติดตามขั้นตอนการดำเนินการตามแผนที่กำหนดตามระเบียบฯ ของทางราชการ  - จัดให้มีโครงการอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูความรู้ด้านการบริหารพัสดุให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่ส่งผลต่องานพัสดุ | ปีงบประมาณ 2560/ หน่วยงานที่จัดหา |  |

**กลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| **1. ด้านการให้บริการสุขภาพ**  **๑.1 การบริการจ่ายยาสำหรับ**  **ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน**  - เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามใบสั่งแพทย์และเป็นไปตาม  ระเบียบของโรงพยาบาล  - เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาในเวลาที่เหมาะสม  - เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ | - มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานประจำและมีการมอบหมายที่ชัดเจน  - ตรวจสอบและส่งมอบยาโดยเภสัชกร  - มีการติดตามผลการปฏิบัติงานโดยกำหนด  ตัวชี้วัด ได้แก่ ความ  คลาดเคลื่อนทางยา,  เวลารอรับยา | - ติดตามอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา  - ติดตามข้อมูลเวลารอรับยา  - ติดตามข้อร้องเรียนของผู้ป่วยเรื่องรอยานาน | - ความคลาดเคลื่อนทางยา  - ข้อร้องเรียนของผู้ป่วยเรื่องรอยานาน | - ทบทวนอุบัติการณ์และข้อร้องเรียนมาโดยทีมพัฒนาคุณภาพของกลุ่มงานฯ  - พัฒนาระบบสารสนเทศให้ช่วยเตือนหรือป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา  - ให้ความรู้เรื่องยาแก่  เจ้าหน้าที่  - จัดเจ้าหน้าที่เสริมในช่วงเวลาที่มีผู้ป่วยมาก ได้แก่ 11:00 – 13:00 น.  - จัดผังงานให้คล่องตัว | ก.ย. ๒๕60  หน.กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| **1.2 การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ**  - เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยา  - ป้องกันการแพ้ยาซ้ำ  - ป้องกันการแพ้ยารุนแรง | - มีการกำหนดแนวทาง  ปฏิบัติงานที่ชัดเจน  - มีการติดตามผลการ  ปฏิบัติงานโดยกำหนด  ตัวชี้วัดได้แก่ การแพ้ยาซ้ำการแพ้ยารุนแรง | - ติดตามอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ และการแพ้ยารุนแรง | - อาจเกิดอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ และการแพ้ยารุนแรง | - ทบทวนอุบัติการณ์การ  แพ้ยาซ้ำและแพ้ยารุนแรงโดยทีมพัฒนาคุณภาพของกลุ่มงานฯ  - พัฒนาระบบสารสนเทศให้ช่วยเตือนหรือป้องกันการแพ้ยาซ้ำ  - เฝ้าระวังและป้องกันการแพ้ยารุนแรงเชิงรุก ได้แก่การแนะนำผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีโอกาสแพ้รุนแรงและการติดตามการทำงานของไตกรณีผู้ป่วยในที่ได้รับยาปฏิชีวนะชนิดฉีดที่มีผลต่อไต  - ส่งตรวจหายีนแพ้ยา กรณีเป็นยาที่สามารถตรวจยีนได้และผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบ  ค่าใช้จ่ายเองได้ | | ก.ย. ๒๕60  หน.กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ |  |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| **1.3 การบริบาลเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยใน ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยที่รับยา Warfarin ผู้ป่วยที่ใช้ยาเทคนิคพิเศษ ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตและอื่น ๆ**  - เพื่อให้การสั่งใช้ยามีความสมเหตุสมผลตามหลักวิชาการและส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย  - เพื่อทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ | - มีระเบียบปฏิบัติQP-PTC-๐๑  - มีการติดตามผลการปฏิบัติงานโดยคณะ  อนุกรรมการพัฒนา  ระบบยาเพื่อความปลอดภัย ของผู้ป่วย รพ.ตร. | - ติดตามผลการปฏิบัติงานโดยคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รพ.ตร. โดยมีการประชุม  ทุก 4 เดือน | - การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน  - การบริบาลเภสัชกรรมอาจให้บริการไม่ทั่วถึงหรือไม่ทันเวลา เนื่องจากเภสัชกรประจำหอผู้ป่วยมีไม่เพียงพอ | - ขอความร่วมมือผู้เกี่ยวข้องในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยให้ครบถ้วน  - จัดเภสัชกรที่มีอยู่ให้อยู่ประจำหอผู้ป่วยอายุร-  กรรมและหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม  - ขอขยายตำแหน่งเภสัชกร  - จัดระบบการจัดการความรู้ (Knowledge management)  - พัฒนาระบบสารสน เทศให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน | ก.ย. ๒๕60  หน.กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ | |  |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| **2. ด้านการบริการจัดการที่ดี**  **2.๑ การคัดเลือกสรรยาและเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานสำหรับผู้ป่วย**  - เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพตามมาตรฐานการรักษาสากลอย่างสมเหตุสมผล | - มีการกำหนดแนวทาง  การพิจารณาคัดเลือกยา  และเวชภัณฑ์ที่ชัดเจนโดยคณะกรรมการบริหารยา  รพ.ตร.  - มีการพิจารณาคัดเลือก สรรยาและเวชภัณฑ์โดยคณะอนุกรรมการจากหน่วยงานต่าง ๆ | - มีการประชุมเพื่อพิจารณารายการยาและเวชภัณฑ์เข้า-ออกในบัญชีเวชภัณฑ์โรงพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง | - การเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาตาม  มาตรฐานสากลซึ่งต้อง  ติดตามอย่างต่อเนื่อง | ติดตามการเปลี่ยนแปลงของมาตรฐานการรักษาอย่างต่อเนื่อง | ก.ย. ๒๕60  หน.กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| **2.2 การจัดหายาและเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพถูกต้องตามระเบียบพัสดุฯและระเบียบอื่นๆที่เกี่ยวข้อง**  - เพื่อให้สามารถจัดหายาและเวชภัณฑ์ได้ถูกต้องตามความ  ต้องการของผู้ใช้  - เพื่อให้การจัดหายาและเวชภัณฑ์เป็นไปตามระเบียบพัสดุฯ และระเบียบอื่นๆที่เกี่ยวข้องและมีความโปร่งใสตรวจสอบได้ | - มีการปฏิบัติตามระเบียบพัสดุฯและระเบียบอื่นๆที่เกี่ยวข้อง  - การกำหนดระเบียบ/  ขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน  - ติดตามการเปลี่ยนแปลงรหัส GPSC และข้อมูลหลักผู้ขายอย่างสม่ำเสมอ | - มีการติดตามผลการ  ปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นไป  ตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง  - มีการติดตามการปฏิบัติตามขั้นตอนการจัดหาอย่างเป็นระบบ  - ปรับปรุงรหัส GPSCและข้อมูลหลักผู้ขายให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ | - การจัดหายาและเวชภัณฑ์ไม่ทันกำหนด  - การเปลี่ยนแปลงระเบียบ/ขั้นตอนการปฏิบัติต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อ  - การขาดคราวของยาและเวชภัณฑ์ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าบัญชีเวชภัณฑ์ตามเกณฑ์การพิจารณาของคณะอนุกรรมการฯ | - กำหนดเกณฑ์ยาคงเหลือขั้นต่ำที่ต้องดำเนินการจัดหาให้สอดคล้องกับระยะเวลาในการจัดหา  - ตรวจสอบยอดคงเหลือ  อย่างสม่ำเสมอ  - ติดตามการเปลี่ยน  แปลงระเบียบพัสดุ/และระเบียบอื่นๆ รวมทั้งขั้นตอนปฏิบัติที่เกี่ยว  ข้องอย่างสม่ำเสมอ  - พิจารณาคัดสรรยาและ  เวชภัณฑ์จากผู้ขายรายอื่นเสนอขออนุมัติต่อ พตร. เพื่อลดปัญหายาขาดคราว | ก.ย. ๒๕60  หน.กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ |  |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| **2.3 การรักษาอุณหภูมิของตู้เย็นให้อยู่ในช่วงที่ต้องการ (๒-๘ °C)**  - เพื่อให้สามารถเก็บรักษายาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ | - มีการตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็นทุกวัน วันละ ๒ ครั้ง  - มีการCalibrateตู้เย็นทุกปี  - เชื่อมโยงไฟฟ้าจากอาคารสูติซึ่งมีระบบไฟสำรองเมื่อไฟดับ  - การติดตั้งระบบเตือนเมื่อ อุณหภูมิไม่อยู่ในช่วงที่ต้องการ | - มีรายงานการบันทึก  อุณหภูมิและทบทวน  รายงานสม่ำเสมอ | - ระบบไฟสำรองที่เชื่อมจากอาคารสูติฯขัดข้อง กรณีมีการซ่อมบำรุง  - ระบบเตือนอาจชำรุด | - เมื่อได้รับแจ้งซ่อมบำรุง หน่วยธุรการฯแจ้งห้องยาและคลังยาทันที เพื่อเตรียมกล่องโฟมและ  น้ำแข็งบรรจุยาให้เพียงพอ  - ตรวจสอบการทำงานของระบบเตือนสม่ำเสมอ  - ติดตั้งเครื่องบันทึก  อุณหภูมิ (Data logger)  เพื่อบันทึกอุณหภูมิในช่วงเวลาต่างๆ | ก.ย. ๒๕60  หน.กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| **2.4 การป้องกันยา/เวชภัณฑ์สูญหาย**  - เพื่อควบคุมดูแลยา/เวชภัณฑ์ซึ่ง  เป็นทรัพย์สินของราชการ | - มีการตรวจนับยา/  เวชภัณฑ์คงเหลือทุกเดือน  - สุ่มตรวจนับยาที่มีราคาแพงเป็นระยะ  - มีการติดกล้องวงจรปิด  - กำหนดระเบียบห้าม บุคคลภายนอกเข้าพื้นที่เก็บยา | - ตรวจสอบยอดคงเหลือในระบบคอมพิวเตอร์หรือStock card เทียบกับจำนวนยาที่ตรวจนับได้  - ไม่พบว่ามียา/เวชภัณฑ์สูญหาย | - อาจมีการสูญหายของยา/เวชภัณฑ์ | - กำชับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามการควบคุมที่มีอยู่อย่างเคร่งครัด | ก.ย. ๒๕60  หน.กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ |  |

**กลุ่มงานโภชนาการ รพ.ตร**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 1. โครงสร้างทางกายภาพ  วัตถุประสงค์  เพื่อให้ถูกต้องตามหลักสุขลักษณะในการผลิตสำหรับสถานที่ผลิตและให้บริการอาหาร (GMP in Mass Catering) | 1. ติดตะแกรงเหล็กตาถี่รอบหน่วยงาน ติดม่านพลาสติกใสบริเวณประตู เพื่อป้องกันสัตว์พาหะ  2. มีการปรับปรุงท่อระบายน้ำพร้อมทั้งฝาปิดท่อ แต่ยังไม่ได้มาตรฐาน  3. มีแผนการบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์ | - ตรวจสอบนับจำนวนโดยใช้แบบบันทึกการตรวจสอบร่องรอยสัตว์พาหะ | - พบสัตว์พาหะภายในหน่วยงานน้อยลง  - พบพนักงานสะดุดฝาปิดท่อลดลง  - สามารถดำเนินการบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์ได้ตามแผน 100% | - ทวนสอบจำนวนสัตว์พาหะโดยใช้แบบบันทึกฯอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ  - ดำเนินการวางระบบท่อระบายน้ำพร้อมทั้งฝาปิดท่อให้ถูกหลัก GMP in Mass Catering  - ปรับแผนการบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์ให้เป็นปัจจุบันหากมีการเปลี่ยนแปลง | ปีงบประมาณ ๒๕๖๐  หน.ภน.รพ.ตร. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
|  | 4. ซ้อมแผนอัคคีภัยปีละ 1 ครั้ง  5. มีการป้องกันถังแก๊สล้มโดยใช้โซ่คล้อง  6. มีแผนการดำเนินการติดตั้งฝาครอบหลอดไฟ | - รวบรวมข้อมูลการซ้อมแผนอัคคีภัย  - ตรวจสอบโดยใช้แบบรายงานการปฏิบัติงานโภชนาการเวรเย็น  - ตรวจสอบโดยใช้แบบบันทึกความเสี่ยงการเกิดอัคคีภัย  - ตรวจสอบโดยใช้แบบควบคุมหลอดไฟ เครื่องแก้ว และพลาสติกแข็ง | - สามารถปฏิบัติตามแผนได้อย่างครบถ้วน (1 ครั้ง/ปี)  - อุบัติการณ์ถังแก๊สล้มเกิดขึ้น 0 ครั้ง  - สามารถป้องกันอันตรายจากหลอดไฟหล่นได้ 100% | - ดำเนินการซ้อมแผนอัคคีภัยเป็นประจำต่อเนื่องทุกปี  - ดำเนินการปรับพื้น  - ดำเนินการติดตั้งแนวป้องกันถังแก๊สให้ได้มาตรฐานและปลอดภัย  **-** ติดตั้งฝาครอบหลอดไฟให้ครบถ้วนทุกจุดปฏิบัติงาน | ปีงบประมาณ ๒๕๖๐  หน.ภน.รพ.ตร. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 2. อัตรากำลังพลไม่เพียงพอ ต่อการปฏิบัติงาน  วัตถุประสงค์  เพื่อเตรียมพร้อมและพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล  เพื่อรองรับบุคลากร ที่จะเกษียณอายุหรือลาออก | - มีการจัดสรรค่าตอบแทนนอกเวลาทำการให้แก่พนักงานที่ปฏิบัติงานเกิน 8 ชั่วโมง/วัน  - ปรับหน้าที่และภาระงานของผู้ปฏิบัติงานให้เหมาะสม และเท่าเทียมกัน  - จัดทำแผนอัตรากำลังพลของหน่วยงานล่วงหน้าให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ (5ปี) ของโรงพยาบาลตำรวจ  - ดำเนินการจัดหาบริษัทจ้างเหมาบริการประกอบอาหารปรุงสำเร็จสำหรับผู้ป่วยใน รพ.ตร. | - พนักงานปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น  - พนักงานมีความอ่อนล้าจากการปฏิบัติงานลดลง | - พนักงานปฏิบัติงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ อ่อนล้าจากการปฏิบัติงาน เนื่องจากปฏิบัติงานเกิน 8 ชั่วโมง/วัน เป็นเวลาติดต่อกันหลายวัน | - จัดเวลาในการปฏิบัติงานของพนักงานให้ไม่เกิน ๘ ชั่วโมง/วัน และไม่ต่อเนื่องกันเกิน ๒ วัน  - หมุนเวียนหน้าที่ของพนักงานให้สามารถทำหน้าที่แทนกันได้ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๐  หน.ภน.รพ.ตร. | อยู่ในระหว่างหารืออัยการสูงสุด เพื่อตรวจสอบร่างรายละเอียดการจ้างเหมาบริการประกอบอาหารปรุงสำเร็จสำหรับผู้ป่วยใน รพ.ตร. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 3. เส้นทางการขนส่งและรถเข็นบริการอาหาร  วัตถุประสงค์  เพื่อให้การบริการอาหารเป็นไปด้วยความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย และเป็นการถนอมสุขภาพพนักงานบริการ | - กำหนดเวลาในการขึ้นบริการอาหารให้พร้อมกัน เพื่อให้พนักงานสามารถช่วยเหลือกันได้  - จัดซื้อรถขนส่งอาหารแบบไฟฟ้า เพื่อลดปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ปวดหลัง ปวดขา เนื่องจากการเข็นรถบริการอาหาร | - อุบัติเหตุขณะขึ้นบริการอาหารลดลง ประเมินจากแบบบันทึกสถิติการเกิดอุบัติเหตุขณะขึ้นบริการอาหาร  - พนักงานมีปัญหาด้านสุขภาพลดลงและมีสุขภาพโดยรวมดีขึ้น ประเมินจากรายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงาน | - เกิดอุบัติเหตุขณะขึ้นบริการอาหาร 1 ครั้งในรอบ12 เดือน  - พนักงานที่มีเคยมีอาการปวดเข่า สามารถกลับมาปฏิบัติงานในตำแหน่งเดิมได้ 100% | - ประสานขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย อำนวยความสะดวกแก่พนักงานขณะขึ้นบริการอาหาร  - จัดแตรลมเพื่อใช้บีบให้สัญญาณในเส้นทางที่มีผู้คนพลุกพล่าน เพื่อลดอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้น  - ดำเนินการจัดซื้อรถขนส่งอาหารระบบไฟฟ้าให้ครบจำนวน 13 คัน | ปีงบประมาณ ๒๕๖๐  หน.ภน.รพ.ตร. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 4. สารสนเทศและการสื่อสาร  วัตถุประสงค์  เพื่อให้การปฏิบัติงานในด้านการบริการอาหารและโภชนบำบัดมีประสิทธิภาพ ลดข้อผิดพลาดจากระบบสารสนเทศและการสื่อสาร | - ใช้ระบบคอมพิวเตอร์เชื่อมต่อข้อมูลระหว่างหอผู้ป่วยและกลุ่มงานโภชนาการ รพ.ตร.  - ประสานข้อมูลทางโทรศัพท์ | บันทึกข้อผิดพลาดจากการใช้ระบบคอมพิวเตอร์เชื่อต่อข้อมูลและรวบรวมไว้เป็นสถิติ เพื่อลดข้อผิดพลาดจากระบบสารสนเทศและการสื่อสารลงมากกว่าร้อยละ ๘๐ | ด้านโภชนบริการ  - มีข้อผิดพลาดของระบบคอมพิวเตอร์   * หน้าจอเบิกอาหารใหม่ไม่สามารถใช้งานได้ทันที กรณีมีคนไข้รับใหม่หรือมีการปรับเปลี่ยนอาหารผู้ป่วย (มากกว่า 1 ครั้ง/วัน) ข้อมูลจะไม่แสดงที่ระบบของกลุ่มงานโภชนาการทันที * พบข้อบกพร่องของระบบเบิกอาหารส่งผลให้บางกรณีพยาบาลไม่สามารถเบิกและแก้ไขข้อมูลการเบิกอาหารของผู้ป่วยได้ * ข้อมูลการเบิกอาหารของผู้ป่วยไม่ถูกนำออกจากระบบหลังจากมีการจำหน่ายผู้ป่วย | - ประสานขอความร่วมมือกับบริษัทผู้รับผิดชอบระบบ ฯ โดยผ่านศูนย์คอมพิวเตอร์ สังกัดเวชระเบียน ดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากระบบคอมพิวเตอร์ | ปีงบประมาณ ๒๕60  หน.ภน.รพ.ตร. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 5. สารสนเทศและการสื่อสาร  วัตถุประสงค์  เพื่อให้การปฏิบัติงานในด้านการบริการอาหารและโภชนบำบัดมีประสิทธิภาพ ลดข้อผิดพลาดจากระบบสารสนเทศและการสื่อสาร | - ใช้ระบบคอมพิวเตอร์เชื่อมต่อข้อมูลระหว่างหอผู้ป่วยและกลุ่มงานโภชนาการ รพ.ตร.  - ประสานข้อมูลทางโทรศัพท์ | บันทึกข้อผิดพลาดจากการใช้ระบบคอมพิวเตอร์เชื่อมต่อข้อมูลและรวบรวมไว้เป็นสถิติ เพื่อลดข้อผิดพลาดจากระบบสารสนเทศและการสื่อสารลงมากกว่าร้อยละ ๘๐ | - มีข้อผิดพลาดของบุคลากรในการใช้ระบบสารสนเทศและการสื่อสาร   * ผู้ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ขาดทักษะในการเบิกเปลี่ยนอาหาร เช่น การบันทึกข้อมูลการเบิก/เปลี่ยนอาหารไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการจัดบริการอาหารผู้ป่วย * การประสานข้อมูลผู้ป่วยในการเบิกเปลี่ยนอาหารไม่ครบถ้วน ทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการจัดอาหารผู้ป่วย | - ทำหนังสือเวียนแจ้งถึงขั้นตอนการเบิกอาหารที่ถูกต้อง และขอความร่วมมือกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการแจ้งข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง ในการเบิกเปลี่ยนอาหารให้ครบถ้วน ลดอัตราการผิดพลาดให้น้อยลง | ปีงบประมาณ ๒๕60  หน.ภน.รพ.ตร. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 6. สารสนเทศและการสื่อสาร  วัตถุประสงค์  เพื่อให้การปฏิบัติงานในด้านการบริการอาหารและโภชนบำบัดมีประสิทธิภาพ | - ใช้แบบฟอร์ม Nutrition Assessment ในการคัดกรองภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเบื้องต้น | บันทึกข้อผิดพลาดจากการใช้ระบบคอมพิวเตอร์เชื่อมต่อข้อมูลและรวบรวมไว้เป็นสถิติ เพื่อลดข้อผิดพลาดจากระบบสารสนเทศและการสื่อสารลงมากกว่าร้อยละ ๘๐ | ด้านโภชนบำบัด  - ระบบคัดกรองภาวะโภชนาการผู้ป่วย (Nutrition Alert Form – NAF)  ไม่สามารถใช้งานได้ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2558 | - ประสานขอความร่วมมือกับศูนย์คอมพิวเตอร์ สังกัดเวชระเบียน เพื่อดำเนินการแก้ไข  - ใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการแบบออนไลน์Nutrition Assessment Program โดย สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำ (SPENT) | ปีงบประมาณ ๒๕60  หน.ภน.รพ.ตร. |  |

**กลุ่มงานรังสีวิทยา รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 1. โครงการรักษามาตรฐานเครื่องมือทางรังสีวิทยา  วัตถุประสงค์  1. เครื่องมือทางรังสีวิทยาได้รับการตรวจสอบ สามารถใช้งานได้ดีตามมาตรฐานและระเบียบที่ทางราชการกำหนด | 1. หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยาหัวหน้าฝ่ายหัวหน้าหน่วยร่วมตรวจสอบข้อมูลเครื่องเอกซเรย์และประชุมชี้แจงประสานขอข้อมูลการใช้งานเครื่องเอกซเรย์นอกกลุ่มงานฯเพื่อดำเนินการขอตรวจสอบมาตรฐานเครื่องมือ  2. ดำเนินการขออนุมัติจาก พตร. เพื่อขอตรวจสอบฯ ตามมาตรฐาน | 1. หัวหน้ากลุ่มงานฯ พิจารณาแล้วมีความเห็นควรดำเนินการตามโครงการเพื่อบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการจึงนำเสนอขออนุมัติ พตร.  2. ผู้รับผิดชอบประเมินผลโครงการตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด | 1. มีการใช้เครื่องมือทางรังสีวิทยาในกลุ่มงานต่างๆ สังกัด รพ.ตำรวจ ทำให้ขาดข้อมูลในการติดตามเมื่อมีการจัดหาเครื่องมือใหม่  2. การตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์โดยหน่วยงานภายนอกซึ่งให้บริการตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์ทั้งประเทศ ทำให้มีระยะเวลารอคอย | 1. กำหนดให้มีการจัดทำแผนการตรวจสอบตามความต้องการของหัวหน้าหน่วยผู้ควบคุมดูแล  2. กำหนดผู้รับผิดชอบดูแลเครื่องเอกซเรย์และเครื่องมือของกลุ่มงานรังสีวิทยา รพ.ตร. ในภาพรวมทั้งหมด เพื่อกำหนดกรอบระยะเวลาสัมพันธ์กับการขอรับการตรวจสอบต่อไป | กำหนดเสร็จ ภายในปีงบประมาณ พ.ศ.2560  ผู้รับผิดชอบ  หัวหน้าโครงการฯ |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 2. โครงการบำรุงรักษาเครื่องมือทางรังสีวิทยา  วัตถุประสงค์  1. เพื่อให้เครื่องเอกซเรย์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ของกลุ่มงานรังสีวิทยา รพ.ตร. ได้รับการบำรุงรักษาให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานตลอดเวลา | 1. หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยาหัวหน้าฝ่ายหัวหน้าหน่วยร่วมพิจารณาความจำเป็นและความเหมาะสม กำหนดรายการเครื่องเอกซเรย์และอุปกรณ์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องรวมถึงระบบสารสนเทศที่จำเป็นต้องได้รับการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน  2. ดำเนินการเรื่องการจัดจ้างตามขั้นตอนและระเบียบของทางราชการ | 1. หัวหน้ากลุ่มงานฯ พิจารณาแล้วมีความเห็นควรดำเนินตามโครงการเพื่อบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการจึงนำเสนอขออนุมัติ พตร.  2. ผู้รับผิดชอบประเมินผลโครงการได้ตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด |  | 1. หัวหน้าหน่วยผู้ควบคุมดูแล เครื่องเอกซเรย์ประเมินผลการบำรุงรักษาและส่งผลเข้าที่ประชุมเพื่อพิจารณาการบำรุงรักษาในคราวต่อไป  2. กำหนดผู้รับผิดชอบดูแลระบบสารสนเทศ เครื่องฯ และอุปกรณ์ในภาพรวมทั้งหมดเพื่อกำหนดกรอบระยะเวลาสัมพันธ์กับการจัดจ้างเหมาบริการบำรุงรักษาเชิงป้องกันต่อไป | กำหนดเสร็จ  ภายในปีงบประมาณ พ.ศ.2560  ผู้รับผิดชอบ  หัวหน้ากลุ่มงานฯ หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้าหน่วย กลุ่มงานรังสีวิทยา รพ.ตร. และหัวหน้าโครงการ |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 3. โครงการ WE CARE  วัตถุประสงค์  1. เพื่อส่งเสริมสุขภาพตำรวจในเชิงรุก  2. เพื่อให้ข้าราชการตำรวจและลูกจ้างประจำที่มีรายงานผลเอกซเรย์ปอดตรวจสุขภาพประจำปีไม่ปกติได้รับรายงานผลอย่างรวดเร็วและได้รับคำแนะนำการตรวจพิเศษทางรังสีวิทยาเหมาะสมกับรายงานผลเพื่อพบแพทย์ตรวจวินิจฉัย และนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ต่อไป |  |  |  |  | ในปีงบประมาณ พ.ศ.2560  กลุ่มงานรังสีวิทยา รพ.ตร. ไม่ได้รับมอบหมายภารกิจให้บริการตรวจสุขภาพข้าราชการตำรวจ สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติจึงไม่สามารถดำเนินการตามแผนโครงการได้ |  |

**กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน**  ๑. กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา ทำหน้าที่ให้บริการระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทั้งในและนอกเวลาราชการครอบ คลุมในห้องผ่าตัดและนอกห้องผ่าตัดเมื่อได้รับการร้องขอ  - ให้บริการทางวิสัญญีแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แลผู้รับบริการพึงพอใจ  - ให้บริการด้านผ่าตัดหัวใจโดยนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก | * จัดสรรบุคคลากรวิสัญญีให้เพียงพอใจต่อการให้ * บริการทางด้านวิสัญญีกำหนดแนวทางการในการปฏิบัติงานของกลุ่มงานวิสัญญีวิทยาชัดเจนเพื่อใช้ปฏิบัติเป็นไปในทางเดียวกัน * จัดทำคู่มือในการปฏิบัติงานที่เป็นเทคโนโลยีสมัยใหม่ เพื่อให้บุคคลากรปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง * จัดให้มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการทุก ๖ เดือน | - การจัดสรรบุคคลากรไม่สามารถครอบคลุมการบริการทางวิสัญญีได้ตามเป้าหมายที่กลุ่มงานกำหนดเนื่องจากบุคคลากรที่มีอยู่ในระดับขั้นต่ำกว่ามาตรฐาน  - ผลจากการควบคุมพบว่าสถิติความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานลดลงเหลือ๕๐%  - ผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการใน ๖ เดือนหลังมีค่า= ๙๗ % | * ขาดบุคลากรปฏิบัติงาน   ตามมาตรฐานวิชาชีพ ดังนี้   * วิสัญญีแพทย์ ๑ คนต่อ๔ห้องผ่าตัด ซึ่งอยู่ในระดับพึงมี * วิสัญญีพยาบาล ๓ คนต่อ ๒ ห้องผ่าตัด ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ * นักวิทยาศาสตร์ทำหน้าที่นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ๒คน ต่อ ๑ ห้องผ่าตัดซึ่งอยู่ในระดับพึงมี | - ขออนุมัติขยายกรอบอัตรากำลังพลทั้งวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล  - กำหนดคุณลักษณะและวางแผนการการขอบรรจุกำลังพล  - ส่งบุคคลากรศึกษาอบรมเฉพาะทางให้สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงาน  - รับสมัครนักวิทยาศาสตร์  ทำหน้าที่นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก | หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีวิทยา |  |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ๒. การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลัง  ให้ยาระงับความรู้สึก | - วิสัญญีแพทย์เป็นผู้ประเมินก่อนถอดท่อช่วยหายใจหลังให้ยาระงับความรู้สึก  - ใช้อุปกรณ์และเครื่องมือช่วยในการประเมินการถอดท่อช่วยหายใจ  - กำหนดแนวทางการการถอดท่อช่วยหายใจโดยจัดทำคู่มือถอดท่อช่วยหายใจหลังให้ยาระงับความรู้สึก | - ผลจากการควบคุมพบว่าสถิติความเสี่ยงการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำที่เกิดขึ้นในหน่วยงานลดลงเหลือ๓๓% | - อัตราการเกิดการใส่ท่อหายใจซ้ำยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดของหน่วยงาน  (เท่ากับ ๐ ) | - ทบทวนหาสาเหตุร่วมกันระหว่างวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล  - มุ่งเน้นให้วิสัญญีแพทย์เป็นผู้ประเมิน/ร่วมประเมินผู้ป่วยก่อนถอดท่อช่วยหายใจ  - จัดทำคู่มือถอดท่อช่วยหายใจหลังให้ยาระงับความรู้สึก | หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีวิทยา |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ๓. การจัดตั้งหน่วยระงับปวดที่ได้มาตรฐานสากล | - กำหนดแนวทางในการปฏิบัติการให้บริการระงับปวดของหน่วยระงับปวดอย่างชัดเจน  - ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการให้บริการการระงับปวดเป็นไปตามเป้าหมายที่หน่วยงานกำหนด | - อัตราการให้บริการระงับปวดของหน่วยระงับปวดเพิ่มขึ้น | - ขาดงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ  - ขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระงับปวด | - เชิญวิสัญญีแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญจากภายนอกมาเป็นผู้ให้คำปรึกษา ดูแลรักษาผู้ป่วยสัปดาห์ละ ๑ วัน  - อยู่ระหว่างดำเนินขออนุมัติจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์  - ประสานงานเพื่อขอรับการสนับสนุนและการให้ความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้น | หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีวิทยา |  |

**กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**\* กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว รพ.ตร. ไม่ส่งรายงานผลการดำเนินการควบคุมภายใน**

**กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ๑. การระบุตัวผู้ป่วย  (Patient Identification)  วัตถุประสงค์ :  - เพื่อให้ผู้ใช้บริการมีความมั่นใจที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐานและเป็นธรรม | - กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ถาม ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด เลขบัตรประชาชน  - ตรวจสอบซ้ำในแต่ละจุดที่มีผู้ป่วยมารับการรักษา | - ให้เขียนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นและ รายงานผล ต่อคณะกรรมการความเสี่ยง และคณะกรรมการตัวชี้วัด | มีข้อผิดพลาดเกิดขึ้น 1 ราย | มีการทบทวนแนวทางการปฏิบัติงานและข้อตกลงเกี่ยวกับมาตรฐานความปลอดภัยด้านต่าง ๆ ของผู้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง | ปีงบฯ ๒๕๖๐/  หัวหน้ากลุ่มงาน  เวชศาสตร์ฟื้นฟู |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ๒. เฝ้าระวังผู้ป่วยที่เกิด  ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา  วัตถุประสงค์ :  - เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการสุขภาพที่มีความปลอดภัย ได้มาตรฐาน | - ดูแลให้บริการตามมาตรฐานของแต่ล่ะวิชาชีพ  - กำหนดขั้นตอนและแนวทางการปฏิบัติอย่างชัดเจน | - ให้เขียนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นและรายงานผล ต่อคณะกรรมการความเสี่ยง และคณะกรรมการตัวชี้วัด | ยังไม่มีข้อผิดพลาดเกิดขึ้น (แต่จำเป็นต้องควบคุมต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาด) | มีการทบทวนแนวทางการดูแลรักษาและข้อตกลงเกี่ยวกับมาตรฐานความปลอดภัยด้านต่าง ๆ ของผู้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง | ปีงบฯ ๒๕๖๐/  หัวหน้ากลุ่มงาน  เวชศาสตร์ฟื้นฟู | - |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ๓. เฝ้าระวังผู้ป่วยพลัดตก  หกล้ม  วัตถุประสงค์ :  - เพื่อให้ผู้ใช้บริการทั่วไปได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน | - กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน  - เฝ้าระวังในแต่ละจุดที่เริ่มมีผู้ป่วยมารับการรักษา | - ให้เขียนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นและ รายงานผล ต่อคณะกรรมการความเสี่ยง และคณะกรรมการตัวชี้วัด | ยังไม่มีข้อผิดพลาดเกิดขึ้น(แต่จำเป็นต้องควบคุมต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาด) | - ให้ผู้รักษาดูแลคนไข้ตลอดการเคลื่อนย้ายในรายที่มีความเสี่ยง  - มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยและข้อตกลงเกี่ยวกับมาตรฐานความปลอดภัยด้านต่าง ๆ ของผู้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง | ปีงบฯ ๒๕๖๐/  หัวหน้ากลุ่มงาน  เวชศาสตร์ฟื้นฟู | **-** |

**กลุ่มงานศัลยกรรม รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| กิจกรรม  การสรุปเวชระเบียนและส่งคืนภายในกำหนดระยะเวลา 7 วัน  วัตถุประสงค์  เพื่อให้การสรุปและส่งคืนเวชระเบียนของผู้ป่วยใน ที่ใช้สิทธิเบิกกรมบัญชีกลาง  สิทธิประกันสังคม และ  สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายในกำหนด 7 วัน บรรลุผล 100 % | 1. กำชับแพทย์เจ้าของไข้/แพทย์ผู้ดูแล สรุปเวชระเบียนให้ทันเวลาที่กำหนดไว้  2. กำชับทางหอผู้ป่วยให้ส่งเวชระเบียนให้ทันภายในกำหนด | 1. รายงานผล และติดตามเวชระเบียนล่าช้า เกิน 7 วัน จากฝ่ายเวชระเบียน  2. จำนวนของเวชระเบียนที่ถูกส่งกลับมาแก้ไข | 1. การสรุปเวชระเบียนของผู้ป่วยใน ตามวัตถุประสงค์ ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย 100 %  2. แพทย์เจ้าของไข้/แพทย์ผู้ดูแล สรุปเวชระเบียนล่าช้า หรือลงข้อมูลไม่สมบูรณ์  3. การส่งเวชระเบียนผู้ป่วยในจากหอผู้ป่วยล่าช้า เนื่องจากเอกสารไม่ครบ | - เจ้าหน้าที่ของสำนักงานศัลยกรรม ที่มีหน้าที่รับ-ส่ง เวชระเบียน ได้ตรวจสอบเวชระเบียนอย่างละเอียด ก่อนส่งให้แก่ฝ่ายเวชระเบียน เพื่อป้องกันความผิดพลาด และความไม่สมบูรณ์ของเวชระเบียน อันเป็นสาเหตุให้ต้องส่งกลับมาแก้ไขอีก | กลุ่มงานศัลยกรรม  รพ.ตร. | เป็นกิจกรรมที่ทำต่อเนื่อง |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| กิจกรรม  จัดแพทย์เข้าร่วมประชุมและรับการอบรมทางศัลยศาสตร์ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และสถาบันทางการแพทย์อื่น ๆ  วัตถุประสงค์  1. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และทราบถึงนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัย ในการให้การรักษาทางด้านศัลยกรรม  2. พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความเป็นเลิศทางด้านวิชาการ | - ได้ส่งแพทย์เข้าร่วมประชุมและอบรมทางศัลยศาสตร์ ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และสถาบันทางการแพทย์อื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง | - จำนวนครั้งของการประชุมหรือการอบรม ของสถาบันทางการแพทย์อื่น ๆ ที่ได้จัดส่งแพทย์เข้าร่วมกิจกรรมด้วย | - แพทย์ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม หรืออบรมได้ทุกครั้ง เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาของแพทย์ ซึ่งมีภาระงานมาก | - วางแผนการล่วงหน้า เพื่อกำหนดตัวบุคคลที่จะไปประชุมหรืออบรม | กลุ่มงานศัลยกรรม รพ.ตร. | เป็นกิจกรรมที่ทำต่อเนื่อง |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| กิจกรรม  รณรงค์ให้มีการชี้ตำแหน่งผู้ป่วยที่จะผ่าตัดก่อนเข้าห้องผ่าตัด  วัตถุประสงค์  ไม่ให้มีการผ่าตัดผิดข้างหรือผิดตำแหน่ง | มีขั้นตอนการทำ mark site โดยแพทย์ตั้งแต่หอผู้ป่วย | เก็บข้อมูลหรือให้เจ้าหน้าที่ สุ่มสำรวจแล้วรายงานผล | มีการอะลุ้มอล่วยเกิดขึ้น ทำให้ยังไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ 100 % | กำชับเจ้าหน้าที่ให้มีการ Mark site ให้ครบถูกต้อง | กลุ่มงานศัลยกรรม รพ.ตร. | เป็นกิจกรรมที่ทำต่อเนื่อง |

**กลุ่มงานศูนย์ส่งกลับและรถพยาบาล รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| โครงการตำรวจช่วยเพื่อตำรวจ | ข้าราชการตำรวจ ที่เข้ารับการอบรมมีความรู้และสามารถให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นรวมทั้งการลำเลียงเคลื่อนย้ายได้อย่างถูกต้อง | ร้อยละ ๘๐ ของผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความเข้าใจและพึงพอใจต่อการฝึกอบรม | - | - | พ.ต.อ.สามารถ  ม่วงศิริ  กลุ่มงานศูนย์ส่งกลับและรถพยาบาล รพ.ตร. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| โครงการ “ร่วมใจรับผิดชอบสังคมไทย” | - ผู้เข้าร่วมโครงการ ได้ประสบการณ์และเสริมสร้างจิตสาธารณะในการช่วยเหลือสังคม  - ผู้เข้าร่วมโครงการ เกิดความสัมพันธ์ ความสามัคคี ที่ดีต่อกันมากขึ้น  - ผู้เข้าร่วมโครงการ เห็นคุณค่าความสำคัญของการจัดกิจกรรมครั้งนี้  - ทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อมเกิดการฟื้นฟูมากยิ่งขึ้น | - ร้อยละ ๙๐ ตระหนักและเห็นความสำคัญของสิ่งแวดล้อม  - ร้อยละ ๘๐ เห็นความสำคัญของความมีน้ำใจ ,จิตสาธารณและความสมัครสมานสามัคคี  - สิ่งแวดล้อมได้รับการฟื้นฟู ร้อยละ ๗๐ | เจ้าหน้าที่ไม่มีเวลาว่างที่จะเข้าร่วมจัดทำโครงทั้งหมดเนื่องจากภารกิจงานมาก |  | พ.ต.อ.สามารถ  ม่วงศิริ  กลุ่มงานศูนย์ส่งกลับและรถพยาบาล รพ.ตร. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| โครงการ “ร่วมใจรับผิดชอบสังคมไทย” | - เจ้าหน้าที่กลุ่มงานศูนย์ส่งกลับและรถพยาบาล ที่ได้รับการฝึกอบรม มีการพัฒนาองค์ความรู้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บได้  - ผู้ผ่านการอบรม มีประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ  - ผู้ผ่านการอบรม สามารถถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ร่วมงานได้  - ผู้ผ่านการอบรมใส่ใจต่อการให้บริการดีขึ้น | - ร้อยละ ๘๐ ของผู้เข้าฝึกอบรมมีความรู้ความเข้าใจ ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ หรือผู้ป่วยได้อย่างมีมาตรฐาน  - ร้อยละ ๘๐ มีการพัฒนาทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงานเป็นทีม  - อัตราความพึงพอใจของการใช้บริการสูงขึ้น ที่ร้อยละ ๙๐ | - ถูกตัดงบไปใช่ในโครงการเวชปฏิบัติฉุกเฉิน | - | พ.ต.อ.สามารถ  ม่วงศิริ  กลุ่มงานศูนย์ส่งกลับและรถพยาบาล รพ.ตร. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| **การรับ-ส่งหนังสือ**  ๑. เพื่อให้การจัดส่งหนังสือราชการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย รวดเร็ว ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ  ๒. เพื่อให้รับ-ส่ง หนังสือราชการในช่วงวันหยุดราชการดำเนินการได้ตามปกติหากมีหนังสือสำคัญเร่งด่วน | ๑. ตรวจสอบทะเบียนคุมรับหนังสือเป็นระยะ  ๒. ตรวจสอบหนังสือที่หน่วยรองรับ - ไม่รับไปดำเนินการ  ๓. ให้หน่วยงานต่าง ๆ รายงานปัญหาเกี่ยวกับการรับ-ส่งหนังสือ  ๔. ผู้บังคับบัญชาติดตามสอบถามปัญหาต่อตัวด้วยตนเอง | ๑. การควบคุมที่มีอยู่ มีการกำหนดแนวทาง จากผู้บริหารที่ดีต่อการควบคุมและติดตามในระดับหนึ่ง  แต่ยังไม่เพียงพอต่อการบรรลุความสำเร็จ  ๒. ลงโทษอย่างจริงจังสำหรับผู้ที่ไม่เอาใจใส่ ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อหน่วยงานหรือบุคคล | ๑. หนังสือราชการสูญหายไม่ถึงมือผู้รับ หรือถึงช้า  ๒. การแจกจ่ายหนังสือให้ฝ่ายที่เกี่ยวข้องช้า  ๓. จัดทำและเสนอหนังสือล่าช้า  ๔. จัดส่งงานเอกสารซ้ำซ้อน | ๑. จัดให้มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิด ชอบตรวจสอบสมุดออกเลขที่รับ-ส่งหนังสือราชการอยู่เสมอ  ๒. ให้หัวหน้าแผนกธุรการกำชับควบคุมการดำเนินการของเจ้าหน้าที่  ๓. อบรมชี้แจงพัฒนา  ข้าราชการที่เกี่ยวข้องให้ทราบถึงขั้นตอนวิธีการดำเนินการรับ-ส่ง หนังสือราชการ  ๔. ดำเนินการลดขั้นตอนการนำเสนองานผู้บังคับบัญชา | กลุ่มงานศูนย์ส่งกลับและรถพยาบาล รพ.ตร. |  |

**กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| กิจกรรมที่ 1 การลงทะเบียนผู้ป่วยศูนย์พึ่งได้ไม่ครบถ้วน  สมบูรณ์  กิจกรรมที่ 2 การแจ้งกำหนดส่งข้อมูลการปฏิบัติงาน  กิจกรรมที่ 3 การควบคุมการใช้ทรัพยากรน้ำไฟในหน่วยงาน | เจ้าหน้าที่ธุรการได้รับมอบหมายให้ตรวจสอบและแจ้งนักสังคมสงเคราะห์ลงบันทึกทะเบียนผู้ป่วยให้ครบถ้วนสมบูรณ์  1. ทำตารางแจ้งเตือนล่วงหน้า  2. ส่งข้อความแจ้งเตือน  ประชุม ทบทวนและตรวจสอบ | พบว่านักสังคมสงเคราะห์มีการลงบันทึกทะเบียนฯ ดีขึ้นกว่าเดิม คิดเป็นร้อยละ 90  จากการติดตามผลการแจ้งเตือนพบว่ามีการส่งข้อมูลทันตามกำหนดเวลา  มีการจัดทำเอกสารควบคุมและลงบันทึกการควบคุมการใช้ทรัพยากรน้ำไฟในหน่วยงาน | การลงทะเบียนยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ | เจ้าหน้าที่ธุรการจะเพิ่มการตรวจสอบการลงทะเบียนสัปดาห์ละ 2 ครั้ง  ผู้รับผิดชอบมีการลงลายมือชื่อและตรวจสอบโดย หน.กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ | ปีงบประมาณ2561  ผู้รับผิดชอบคือ หน.กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์  บรรลุวัตถุประสงค์ ปีงบประมาณ2560 |  |

**กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 1. ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชโดยไม่เกิดการบาดเจ็บอวัยวะข้างเคียง หรือเกิดอุบัติการณ์น้อยกว่าระดับ E | มีอุบัติการณ์การบาดเจ็บอวัยวะข้างเคียงจากการผ่าตัด ระดับ D 1 ราย  ระดับ F 1 ราย | 1. การประเมินและการปฏิบัติเพื่อลดโอกาสหรือควบคุมความรุนแรงในการเกิดอันตรายต่ออวัยวะข้างเคียงจากการผ่าตัดทางนรีเวช | มีอุบัติการณ์การบาดเจ็บอวัยวะข้างเคียงจากการผ่าตัด ระดับ D 1 ราย  ระดับ F 1 ราย | 1. จัดทำแนวทางการประเมินและการปฏิบัติเพื่อลดโอกาสหรือควบคุมความรุนแรงในการเกิดอันตรายต่ออวัยวะข้างเคียงจากการผ่าตัดทางนรีเวช | หัวหน้ากลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม รพ.ตร. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 2. เฝ้าระวังผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อ  - ไม่ให้มีอัตราการเสียชีวิตของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด  - ลดความเสี่ยงต่อการเกิดความล้มเหลวของอวัยวะสำคัญจาก Hypovolemic shock และลดอัตราการเกิด Postpartum Hysterectomy ไม่เกิน 0.1 %  - ลดอัตราการเกิด PPH ไม่เกิน 2%  - เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง  - เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาให้อยู่ใน DRG ของโรคนั้น | - อัตรามาดารเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด 0%  - อัตราการเกิด Postpartum Hysterectomy 0.15 %  - อัตราการเกิด PPH 1.01% | 1. Flow chart การ ดูแลรักษาผู้ป่วย PPH  2. การประเมินการเสียเลือดหลังทางช่องคลอดโดยใช้ถุงตวงเลือดกับหญิงหลังคลอดทุกราย  3. ประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดในผู้ป่วยทุกรายที่มาคลอด  4. จัดหายากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกในห้องคลอดหอผู้ป่วย รวมทั้งวัสดุที่เหมาะสมสำหรับการใช้เย็บรัดตัดมดลูกแบบ B-lynch suture ให้พร้อมใช้ในห้องผ่าตัดตลอดเวลา | อัตรามารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด 0%  - อัตราการเกิด Postpartum Hysterectomy0.15 %  - อัตราการเกิด PPH 2.59 % | 1. ปรับปรุง Flow chart การดูแลรักษาผู้ป่วย PPH  2. ปรับปรุงการประเมินการเสียเลือดหลังคลอดทางช่องคลอด โดยใช้ถุงตวงเลือดกับหญิงหลังคลอดทุกราย  3. จัดทำแบบประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดในผู้ป่วยทุกรายที่มาคลอด  4. จัดหายากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกในห้องคลอดหอผู้ป่วย รวมทั้งวัสดุที่เหมาะสมสำหรับการใช้เย็บรัดตัวมดลูกแบบ B-Lynch suture ให้พร้อมใช้ในห้องผ่าตัดตลอดเวลา | หัวหน้ากลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม รพ.ตร. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| 3. ด้านการให้บริการการตรวจรักษาผู้ป่วย Ectopic pregnancy ได้อย่างถูกต้องรวดเร็วโดย  - ไม่วินิจฉัยผิดพลาด  - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าตั้งครรภ์นอกมดลูกที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้รับการผ่าตัดภายใน 15 นาที  - ไม่พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก  - ลดอัตราการเกิด PPH ไม่เกิน 2 %  - เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง  - เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาให้อยู่ใน DRG ของโรคนั้น | - ไม่มีอุบัติการณ์การวินิจฉัยผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกผิดพลาด  - พบผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกในภาวะวิกฤต  รอผ่าตัดนานเกิน 15 นาที 2 ราย  - ไม่พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก | 1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก (CPG: Ectopic Pregnancy)  2. จัดทำ standing ’S order สำหรับผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก  3. กระบวนการเตรียมและผ่าตัดผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกในภาวะวิกฤตได้อย่างรวดเร็วภายใน 15 นาที  4. จัดหาเครื่องตรวจคลื่นความถี่สูง (U/S) ใหม่ที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าเดิมและมีหัวตรวจทางช่องคลอดเพื่อพร้อมใช้ในทันท่วงที | - มีอุบัติการณ์การวินิจฉัยผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกผิดพลาด 1 ครั้ง  - ไม่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกในภาวะวิกฤตรอผ่าตัดนานเกิน 15 นาที  - ไม่พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก | 1. ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก (CPG: Ectopic Pregnancy)  2. จัดทำ standing’ order สำหรับผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก  3. ปรับปรุงกระบวนการเตรียมและผ่าตัดผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกในภาวะวิกฤตได้อย่างรวดเร็วภายใน 15 นาที  4. จัดหาเครื่องตรวจคลื่นความถี่สูง (U/S) ใหม่ที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าเดิมและมีหัวตรวจทางช่องคลอดเพื่อพร้อมใช้ในทันท่วงที | หัวหน้ากลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม รพ.ตร. |  |

**กลุ่มงานหู คอ จมูก รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| กระบวนการปฏิบัติงาน  คลินิก นอนกรน  ผู้ป่วยผิดนัดการเข้ารักษา  วัตถุประสงค์การควบคุม  คัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่คลินิก โรคนอนกรน ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการนอนหลับ และตรวจรักษาด้วยเครื่องตรวจเพื่อหาภาวะหยุดหายใจขณะนอนกลับ | มีการโทรติดตามยืนยันการนัดหมาย | ยังไม่สามารถติดตามคนไข้กลับมาเข้ารับการรักษาได้ทั้งหมด | คนไข้ขาดการติดต่อ ทำให้การรักษาไม่สามารถทำได้ต่อเนื่อง | อัพเดตเบอร์โทรศัพท์ของคนไข้ ตั้งแต่แรกเข้าคลินิก เพื่อให้มีข้อมูลการติดต่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่ตรงกัน | พ.ต.อ.สรรเพ็ชญ์ บุณยวณิชย์  พ.ต.ท.หญิง จินตนา วชิรกิติกุล  พญ. เพชรรัตน์  แสงทอง  กลุ่มงานหู คอ จมูก รพ.ตร.  ปีงบประมาณ  ๒๕๖๐ |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| กระบวนการปฏิบัติงาน  คลินิก Otoneuro  ขอเปิดตำแหน่ง Audiologist  มีหลายขั้นตอนทำให้เกิดความล่าช้า  วัตถุประสงค์การควบคุม  ตั้งคณะกรรมการ และประชุมกลุ่มงานฯเพื่อจัดหาบุคลากรทางการแพทย์ ตำแหน่ง Audiologist | ดำเนินการขอเปิดตำแหน่งตามสายงานบังคับบัญชา ตามระเบียบแบบแผน | และขั้นตอนการขอเปิดตำแหน่งค่อนข้างยาก ซับซ้อน ทำให้ล่าช้า | ระยะเวลา ๑๒ เดือนต่อปีงบประมาณอาจไม่เพียงพอในการดำเนินการ ต้องใช้ระยะเวลามากกว่านั้น  สามารถหาผู้เหมาะสมได้แล้ว ในตำแหน่ง Audiologist  แต่เป็นลูกจ้างชั่วคราว | ศึกษาทำความเข้าใจการดำเนินการเพื่อเปิดตำแหน่ง เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปด้วยความราบรื่น เรียบร้อยมากขึ้น  เร่งการเปิดตำแหน่ง | กลุ่มงานหู คอ จมูก รพ.ตร.  ปีงบประมาณ  ๒๕๖๐ | เป็นการดำเนินงานต่อเนื่องคาบเกี่ยวปีงบประมาณหน้า ๒๕๖๑ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| กระบวนการปฏิบัติงาน  โครงการ Ear Plug  อุปกรณ์แจกในการรณรงค์ไม่เพียงพอ  วัตถุประสงค์การควบคุม  รณรงค์ป้องกันประสาทหูเสื่อมจากเสียงดังในตำรวจและบุคลากร | แจกอุปกรณ์ป้องกันประสาทหูเสื่อมให้กับผู้มาเข้ารับการตรวจการได้ยิน ที่มีความเสี่ยงต่ออาการประสาทหูเสื่อม  พร้อมทั้งอธิบายการใช้อุปกรณ์ ให้ความรู้เรื่องการป้องกัน | มีผู้ให้ความสนใจจำนวนอุปกรณ์แจกในการรณรงค์ไม่เพียงพอ | ผู้ได้รับแจกอุปกรณ์การป้องกันไม่ใส่ใจในการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตป้องกันประสาทหูเสื่อม หรือบางคนยังไม่รู้ถึงผลเสียของประสาทหูเสื่อมที่แท้จริง | ๑.ทำโครงการจัดซื้อมาให้เพียงพอต่อความต้องการ  ๒.จัดทำแผ่นพับเพิ่มเติมเพื่อแจกจ่ายให้ความรู้เชิงวิชาการในภาษาที่เข้าใจง่าย  ๓.มีการทำป้ายแบนเนอร์รณรงค์บริเวณหน้าคลินิกตรวจการได้ยิน | กลุ่มงานหู คอ จมูก รพ.ตร.  ปีงบประมาณ  ๒๕๖๐ |  |

**กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน**  ๑. ให้การตรวจรักษาผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์และข้อ  1.1 การป้องการภาวะ PE ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในผู้ป่วยที่เป็น Elective case | 1. จัดทำแนวทางการป้องกันการเกิด DVT  2. จัดทำแนวทางการ Screening ภาวะ DVT เพื่อให้ยาป้องกัน  3. จัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์, พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกระดับ | 1. มีการประเมินความเสี่ยงเรื่องป้องการภาวะ PE ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในผู้ป่วยที่เป็น Elective case | 1. อัตราการป้องการภาวะ PE ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในผู้ป่วยที่เป็น Elective case 0% | 1. แพทย์, พยาบาล, วิสัญญีแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ทุกระดับรับทราบ แนวทางการป้องกันความเสี่ยง เรื่อง การป้องการภาวะ PE ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในผู้ป่วยที่เป็น Elective case | พ.ต.อ.วัชรินทร์  พิภพมงคล  1 ต.ค. 2559 -30 ก.ย. 2560 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ๒. ผลิตบุคลากรทางการแพทย์ด้านออร์โธปิดิกส์  2.1 บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ  ในสาขาที่ขาดแคลน  **วัตถุประสงค์ของการควบคุม**  ๑. เพื่อให้การบริการตรวจ รักษาผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ  ๒. เพื่อให้มีบุคลากรทางการแพทย์เพียงพอต่อการใช้บริการ  ๓. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนงานของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ | 1. จัดส่งบุคลการทางการแพทย์ไปอบรมทั้งในและต่างประเทศในสาขาที่ขาดแคลน  2. จัดจ้างแพทย์ลูกจ้างชั่วคราวในสาขาที่ขาดแคลนเพิ่มเติม | 1. มีการนำเสนอให้ผู้บริหารเรื่องความต้องการบุคลากรแพทย์ในสาขาที่ขาดแคลน ซึ่งสอดคล้องกับตรวจประเมินสถาบันฝึกอบรมของราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย | 1. บุคลากรทางการแพทย์ยังไม่เพียงพอ ยังขาดแคลนในบางสาขา เช่น เด็ก, วิจัย, มือ | 1. ประชุมกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ วิเคราะห์อัตรากำลังพลบุคลากรทางการแพทย์ใหม่ ในสาขาที่ยังขาดแคลน เช่น เด็ก, วิจัย, มือ  2. จัดส่งแพทย์ที่สนใจไปอบรม/ดูงานในสาขาที่ขาดแคลน | พ.ต.อ.วัชรินทร์  พิภพมงคล  1 ต.ค. 2559 -30 ก.ย. 2560 |  |

**กลุ่มงานอายุรกรรม รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| **๑. ด้านเวชระเบียน**  **วัตถุประสงค์**  ๑.๑ เพื่อให้แพทย์สรุปเวชระเบียนของผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ทันตามกำหนด  ๑.๒ เพื่อจัดทำรายงานข้อมูล ICD 9, ICD 10 และเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ครบถ้วน | - กำหนดให้มีผู้ติดตาม  การสรุปเวชระเบียน  - ค้นหารายชื่อผู้ป่วย  อายุรกรรมที่จำหน่าย  ออกจากโรงพยาบาล  ทุกวัน รวบรวมข้อมูล  ใส่ Excel เพื่อติดตาม  ให้แพทย์เจ้าของไข้  สรุปได้ทันเวลา | - จำนวนเวชระเบียนที่  สรุปล่าช้าลดลงเหลือน้อยกว่า ๒๐ รายต่อเดือน | - เวชระเบียนที่สรุป  การวินิจฉัยโรคหัตถการ ซึ่งส่งล่าช้าอยู่เป็นจำนวนประมาณ ๒๐ ราย/เดือน | - ติดตามการสรุปเวช  ระเบียนที่แพทย์เจ้าของไข้นำไปสรุป  - ค้นหารายชื่อผู้ป่วย  อายุรกรรมที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกวัน | สำนักงานอายุรกรรม  พ.ต.ต.หญิง ดวงนภา  เบญจวงศ์เสถียร |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| **๒. ด้านการฝึกอบรม**  **วัตถุประสงค์**  ๒.๑ เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้ถูกต้องตามมาตรฐาน | - เตรียมจัดทำห้องสมุด  สำหรับแพทย์ประจำ  บ้าน เมื่อหอผู้ป่วยย้าย  ไปอาคารมหาภูมิพลราชานุสรณ์ ๘๘ พรรษา  - ขอเพิ่มหนังสือที่  จำเป็น ใน E-library | - ขอเพิ่มหนังสือที่  จำเป็นให้หน่วย  วิทยบริการ เพิ่มใน  E-library แล้ว | - การเรียนรู้ด้วย  ตัวเองของแพทย์ประจำบ้านต้องอาศัยห้องสมุด  E-library ซึ่งมีอยู่จำกัด  - Internet ไม่  เพียงพอ สำหรับใช้สืบค้นข้อมูล | - จัดหาหนังสือและงานวิจัยใหม่ๆ เพิ่มใน E-library  - เตรียมจัดทำห้องสมุดสำหรับแพทย์ประจำบ้านในหน่วยงาน | กลุ่มงานอายุรกรรมคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน หน่วยวิทยบริการ |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ๒.๒ ผู้เข้ารับการฝึกอบรม  สามารถสอบผ่านเพื่อหนังสืออนุมัติบัตรและวุฒิบัตร สาขาอายุรยศาสตร์ | - จัดการเรียน การสอน  เพื่อให้ผู้เข้ารับการ  ฝึกอบรมมี Interactive  Learning  - จัดวิทยากรบรรยายให้ความรู้เรื่องการลง  รหัสโรค | • จัดกิจกรรมการเรียน  การสอน เพิ่มเติมดังนี้  - MM Conference  ๓-๔ ครั้ง/๖ เดือน  - Grand round ๒  ครั้งต่อ ๖ เดือน  - Interdepartment  Conference ๑ – ๒ ครั้ง/ ๖ เดือน  - จัดการบรรยายเรื่องการขอรหัสโรค ๑ ครั้ง/๖ เดือน | - ผู้เข้ารับการฝึกอบรม ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ  - แพทย์ประจำบ้านลง  รหัส ICD 9, ICD 10 ไม่ถูกต้องและครบถ้วน | - เพิ่มการเรียน การสอน  เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมี Interactive  Learning  - จัดวิทยากรบรรยายให้ความรู้เรื่องการลงรหัสโรค | สำนักงานอายุรกรรมคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน หน่วยวิทยบริการ |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผล**  **การควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุง**  **การควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| **๓. ด้านบริการสุขภาพ**  **วัตถุประสงค์**  ๓.๑ ลดอัตราการเกิดพลัดตก หกล้มของผู้ป่วยใน  กลุ่มงานอายุรกรรม | - ประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มผู้ป่วยในทุกราย  - รายที่มีความเสี่ยงสูง  กำหนดให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด ถ้าญาติไม่อยู่ต้องแจ้งพยาบาลให้ดูแล เพื่อ  ป้องกันการพลัดตก หกล้ม  - ติดตั้ง Nurse call  เพื่อให้ผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ ติดต่อเจ้าหน้าที่ได้  - ติดป้ายในทุกห้องที่หอผู้ป่วยไม่ให้ผู้ป่วย เอาที่กั้นเตียงลงเอง | - อัตราการเกิดพลัดตก  หกล้มลดลง เป็น ๐.๖๔ ครั้ง/๑๐๐๐ วันนอน | - อัตราการเกิดพลัดตก  หกล้มยังมีมาก (๐.๙๕  ครั้ง/๑๐๐๐ วันนอน) | - ทำการประเมินความ  เสี่ยงในการพลัดตก หกล้มในผู้ป่วยในทุกราย (๑๐๐%)  - รายที่มีความเสี่ยงสูง กำหนดให้ญาติดูแลใกล้ชิด ถ้าญาติไม่อยู่เฝ้าต้องแจ้งพยาบาลให้ดูแล เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม  - ติดป้ายในห้องผู้ป่วยทุกห้องไม่ให้ผู้ป่วยเอาที่กั้นเตียงลงเอง | คณะกรรมการความเสี่ยง |  |

**ฝ่ายธุรการกำลังพล บก.อก.รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  (๖) | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **การรับ - ส่งหนังสือราชการ**  1. เพื่อให้งานรับ-ส่งหนังสือ  ราชการในภาพรวมของ บก.อก.รพ.ตร. และ รพ.ตร. เป็นไปด้วยความเรียบร้อย  2. เพื่อให้หน่วยงานต่างๆได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง รวดเร็วและทันเวลา  3.เพื่อป้องกันหนังสือราชการสูญหาย  4. เพื่อให้เกิดความเป็นระเบียบเรียบร้อยในการจัดเก็บและง่ายต่อการค้นหาเอกสาร | 1. กำหนดให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตามระเบียบทางราชการ  2. มีสมุดควบคุมการรับ-ส่ง  3.มีการจัดเก็บเอกสารต่างๆ อย่างมีระบบ  4. มีการจัดส่งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเข้ารับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้  5. มีการประชุม วางแผนเพื่อพัฒนาระบบงานเป็นระยะ | 1. หนังสือราชการไม่สูญหายระหว่างดำเนินการ  2. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตามกรอบเวลาที่กำหนด |  | 1. มีการปรับเปลี่ยนหน้าที่พร้อมทั้งเพิ่มจำนวนผู้รับผิดชอบเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการปฏิบัติ  2. จัดลำดับความสำคัญของหนังสือพร้อมลดขั้นตอนปฏิบัติตามสมควร  3. นำระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการรับ-ส่ง  4. มีการตรวจสอบโดย  ผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นและลงโทษอย่างจริงจัง | กำหนดเสร็จปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ผกก.กพ.บก.อก.รพ.ตร. |  |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  (๖) | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| **การรักษาความปลอดภัย**  1. เพื่อความเรียบร้อยและป้องกันการเกิดเหตุ  2. เพื่อให้บุคลากรในสังกัด รพ.ตร. และผู้มาใช้บริการทุกคนอยู่กันอย่างมีความสุข | 1. จัดให้เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยอยู่เวรตลอด 24 ชั่วโมง  2. จัดให้มีสายตรวจเดินตรวจตามจุดที่กำหนด  3. ให้เจ้าหน้าที่ CCTV ตรวจสอบกล้องวงจรปิด | 1. ตรวจสอบจากสมุดลงบันทึกประจำวันของแต่ละเวร  2. ตรวจสอบการเกิดเหตุ  3. ข้อร้องเรียนต่างๆ | 1. เจ้าหน้าที่ขาดความกระตือรือร้น  2. มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยไม่เพียงพอ | 1. ให้มีการกำกับติดตามการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย  2. จัดการฝึกระเบียบวินัย  3. จัดหาเทคโนโลยีช่วยในการปฏิบัติงาน  4. นำข้อร้องเรียนมาปรับปรุงแก้ไข | กำหนดเสร็จปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ผกก.กพ.บก.อก.รพ.ตร. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  (๖) | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ด้านทะเบียนประวัติ**  1. เพื่อจัดให้มีระบบการเก็บรักษา การแก้ไข เพิ่มเติมประวัติของข้าราชการตรวจให้มีความถูกต้องและเป็นปัจจุบัน  2. เพื่อจัดให้มีข้อมูลประวัติข้าราชการที่สามารถนำประโยชน์ในการวางแผนกำลังพล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ | 1. จัดประชุมสร้างจิตสำนึกให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรับผิดชอบ  2. การจัดเก็บข้อมูลในตู้เก็บเอกสารที่เป็นระเบียบ เรียบร้อยและค้นหาง่าย  3. จัดหาเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ | การจัดเก็บเป็นไปด้วยความเป็นระเบียบ เป็นระบบสามารถสืบค้นได้โดยง่ายและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น |  |  | กำหนดเสร็จปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ผกก.กพ.บก.อก.รพ.ตร. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  (๖) | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ด้านบัญชีถือจ่าย**  1. เพื่อให้การจัดทำบัญชีถือจ่ายเงินเดือนข้าราชการตำรวจและลูกจ้างในสังกัดเป็นไปอย่างถูกต้อง  2. ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินเดือนและเงินอื่นๆ ได้ไม่ผิดพลาดรวมทั้งสามารถจัดทำบัญชีถือจ่ายเงินเดือนได้อย่างมีประสิทธิภาพ | 1. จัดประชุมสร้างจิตสำนึกให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรับผิดชอบ  2. กำหนดขั้นตอนการกำกับติดตามการปฏิบัติ งานของเจ้าหน้าที่  3. ให้คำแนะนำและให้ความรู้ในการปฏิบัติ | การควบคุมที่มีอยู่ทำให้เกิดความถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น |  |  | กำหนดเสร็จปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ผกก.กพ.บก.อก.รพ.ตร. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  (๖) | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ด้านสวัสดิการ**  เพื่อเป็นสวัสดิการให้แก่ข้าราชการตำรวจและลูกจ้างให้ได้รับสิทธิต่างๆ เช่น สิทธิการเบิกจ่ายกรมบัญชีกลาง,สิทธิประกันสังคม | 1. ให้ผู้บังคับบัญชาควบคุมการดำเนินการของเจ้าหน้าที่เป็นไปตามระเบียบฯ และแนวทางการปฏิบัติต่อไปในทิศทางเดียวกัน  2. จัดเจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิหลังจากดำเนินการทางเอกสารแล้วว่าได้รับสิทธิหรือไม่ | จำนวนบุคลากรที่ได้รับสิทธิครบถ้วน | จำนวนข้าราชการตำรวจและลูกจ้างที่ยังไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการ | 1. จัดอบรมพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่ดำเนินการเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการภายในหน่วยงาน | กำหนดเสร็จปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ผกก.กพ.บก.อก.รพ.ตร. |  |

**ฝ่ายเวชระเบียน บก.อก.รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. การจัดทำข้อมูล ICD/DRG  วัตถุประสงค์  เพื่อให้ Process ของการส่งข้อมูลเรียกเก็บเงิน ไปยังผู้จ่ายเงินทันในเวลากำหนด | การจัดทำเวชระเบียนคืนภายใน 7 วัน การจัดทำ  - จัดส่งข้อมูล ICD/DRG ภายใน 7 วัน | - ได้รับเวชระเบียนคืนภายใน 7 วัน ไม่น้อยกว่า 80% ผลปฏิบัติได้ 92.98%  - จัดส่งข้อมูล ICD/DRG ภายใน 7 วัน ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ไม่น้อยกว่า 80% ผลปฏิบัติได้ 96.52% | ยังมีการส่งคืนเวช.ในล่าช้า | - ประสานผู้เกี่ยวข้องและรายงานการส่งเวชระเบียนล่าช้า ยังคณะกรรมการเวชระเบียน/คณะติดตามรายรับ รพ.ตร./หน.กลุ่มงาน  - ใบรายชื่อผู้ป่วยผู้ป่วยจำหน่วยตามเอกสารแนบ 1 | 2560/ฝ่ายเวชระเบียน บก.อก.รพ.ตร. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. การบริการข้อมูลเวชระเบียน  วัตถุประสงค์  เพื่อให้ผู้ร้องขอได้รับข้อมูล  รวดเร็วอย่างช้าไม่เกิน 15 วัน ตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสาร | การบริการข้อมูลเวชระเบียน | ล่าช้าเกิน 15 วันได้ไม่เกินกว่า 0.5% ผลปฏิบัติได้ 1.21% | ไม่ได้รับผลตอบกลับจากแพทย์ผู้เกี่ยวข้องภายในเวลากำหนด | - เพิ่มเอกสารปะหน้าด้วยอักษรตัวใหญ่เห็นได้ชัดเจน ระบุข้อความให้ส่งคืนเวชระเบียนภายในวันที่ เดือน ปี ตามเอกสารแนบ 3  - กระตุ้นและติดตามเรื่องเมื่อครบ 3 วัน ยังไม่ได้รับคืนโดยโทรศัพท์ติดตามเรื่อง  - ทำหนังสือติดตามเมื่อครบกำหนด 7 วัน ทำการ | 2560/ฝ่ายเวชระเบียน บก.อก.รพ.ตร. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ด้านเวชระเบียน**  การดำเนินการด้านเวชระเบียนผู้ป่วยนอก  **วัตถุประสงค์**  เพื่อให้เวชระเบียน ผู้ป่วยนอกถึงห้องตรวจโรคถูกต้องรวดเร็วภายใน 20 นาที | 1. แนวทางปฏิบัติ(เอกสารแนบ 1)  2. การจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอกตามระบบ Terminal digit  3. การนำระบบสารสนเทศมาช่วยจัดการด้านเวชระเบียน(การส่งค้นเวชระเบียนการติดตามเวชระเบียน)โดยควบคุมด้วย Username Password ของเจ้าหน้าที่ | 1. เพิ่มจุดบริการเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ห้องเก็บ เวชระเบียนบริเวณลานจอดรถอีกแห่งหนึ่ง  2. จัดทำกรอบอัตราบุคลากรให้สัมพันธ์กับภาระงาน  3. ประสาน CTC เพื่อแก้ไข  4. สร้างจิตสำนึกให้กับผู้ปฏิบัติงานให้คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง  5. จัดเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสมกับงาน | 1. สถานที่เก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอกมี 2 แห่ง  2. ปริมาณบุคลากรไม่สัมพันธ์กับภาระงาน(บุคลากรเดิมลาออกและไม่ได้รับการจ้างทดแทน)  3. ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง  4. ผู้ปฏิบัติยังไม่เข้าใจและขาดทักษะในการปฏิบัติหน้าที่ เนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างชั่วคราวมีการเข้า-ออกบ่อยครั้ง | 1. จัดทำกรอบอัตราบุคลากรให้สัมพันธ์กับภาระงาน  2. ประสาน CTC เพื่อแก้ไขและจัดหาคอมพิวเตอร์ให้เพียงพอ และพร้อมใช้  ๓. สร้างจิตสำนึกให้กับผู้ปฏิบัติงานให้คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง  ๔. จัดเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสมกับงาน  ๕. ศึกษาพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ให้เหมาะสมกับระบบเวชระเบียน | ฝ่ายเวชระเบียน บก.อก.รพ.ตร./วบ.(เวชระเบียน  และสถิติ ๒)บก.อก.รพ.ตร. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 4. ทบทวนปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการบริการทางด้านเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และวิเคราะห์เพื่อนำมาแก้ปัญหาต่างๆ โดยประเมินจากรายงานสถิติรายเดือนอุบัติการณ์และข้อร้องเรียน | 6. ศึกษาพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ให้เหมาะสมกับระบบเวชระเบียน  7. เก็บสถิติและผลการปฏิบัติงานเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนา | 5. ลักษณะหน่วยงานที่รับบริการมีลักษณะการกระจายตัวอยู่หลายอาคารและมีปริมาณของห้องตรวจเพิ่มขึ้นตลอด  6. บุคลากรปฏิบัติงานผิดพลาด เช่น เก็บเวชระเบียนผิดที่ ฯลฯ  7. บุคลากรทางการแพทย์มีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลในเวชระเบียนพร้อมกัน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ต้องติดตามแฟ้มจากสถานที่อื่นๆ เช่นสำนักงานแผนกต่างๆ, งานวิจัย,การติดตามรายได้ ฯลฯ เป็นต้น | 6. นำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยบริหาร จัดการในด้านเวชระเบียน (อยู่ระหว่างการดำเนินการโครงการพัฒนาระบบบริหารจัดการเอกสารทางการแพทย์(เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์)ร่วมกับระบบคอมพิวเตอร์ รพ.ตร. (HIS)  7. ติดตามตรวจสอบและร่วมประชุมเพื่อวางแผนการปฏิบัติงานและแก้ไขข้อผิดพลาดร่วมกัน | ฝ่ายเวชระเบียน บก.อก.รพ.ตร./วบ.(เวชระเบียน  และสถิติ ๒)บก.อก.รพ.ตร. |  |

**ฝ่ายยุทธศาสตร์ บก.อก.รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ยศ.(ยศ.) บก.อก.รพ.ตร.  ด้านการจัดทำยุทธศาสตร์ รพ.ตร. และแผนปฏิบัติราชการประจำปี  - เพื่อให้การจัดทำยุทธศาสตร์ รพ.ตร. และแผนปฏิบัติราชการประจำปีเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนด | - ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงานจัดทำยุทธศาสตร์ รพ.ตร. และแผนปฏิบัติราชการประจำปี | - ยังมีความล่าช้าในการจัดทำยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติราชการเนื่องจากคณะทำงานฯ บางท่านติดภารกิจจึงไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ | - การจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติราชการประจำปียังไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นได้เนื่องจากความถูกต้องของข้อมูลเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนไม่มีข้อมูลของที่มาชัดเจน | - ได้มีการจัดประชุมการจัดทำยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติราชการประจำปีเพื่อติดตามผลอย่างต่อเนื่อง | 1 ต.ค.2560  ยศ.(ยศ.) บก.อก.รพ.ตร. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ฝ่ายยุทธศาสตร์ กองบังคับการอำนวยการ โรงพยาบาลตำรวจ**  **๑. การจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปี**  - เพื่อเป็นแนวทางการบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพ | ๑. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปี รพ.ตร.  ๒. ประชุมกำหนดหลักเกณฑ์  ๓.แจ้งเวียนทุกหน่วยงาน  ๔. รวบรวม สรุปจัดทำรายละเอียดเพื่อกลั่นกรอง  ๕.ประชุมเชิงปฏิบัติการปรับปรุงแผน  ๖. เสนอแผนฯ ขออนุมัติใช้  ๗. ติดตามผล การรายงานปีละ ๒ ครั้ง | ๑. สามารถดำเนินการได้ตามขั้นตอนที่มีอยู่ | ๑. อุปสรรคตามเงื่อนเวลาไม่สามารถปฏิบัติตามได้ทันกำหนดเวลา หน่วยงานต่างๆมีการรายงานผลช้ากว่ากำหนดที่วางไว้ | ๑. มีการติดตามผลล่วงหน้าอย่างน้อย ๑ เดือนให้เวลาในการจัดทำการรายงานของแต่ละหน่วยงาน | ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕60  ฝ่ายยุทธศาสตร์ บก.อก.รพ.ตร. |  |

**ฝ่ายส่งกำลังบำรุง บก.อก.รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| กระบวนการปฏิบัติ  - การบริหารจัดการฝ่ายส่งกำลังบำรุง  วัตถุประสงค์ของการควบคุม  -เพื่อให้การจัดซื้อเป็นไปตามเวลาที่กำหนด | แผนการจัดซื้อ  - ร้อยละความสำเร็จที่ได้รับการอนุมัติและส่งถึงหน่วยผู้ขอภายในกำหนดตามสัญญา :  ๙๙.๕๗% | 1.ร้อยละการติดตามหน่วยงานที่ส่งเรื่องขอซื้อล่าช้า : ๑๐๐ %  2.จำนวนรายการที่ผู้ขายส่งของเกินกำหนดสัญญา  เป้าหมาย ไม่เกิน 10 รายการ  ผลลัพธ์ ๕ รายการ | 1. หน่วยที่มีความต้องการจัดซื้อ ส่งเรื่องล่าช้า  2. ผู้ขายส่งของล่าช้าเกินกำหนดสัญญา | 1.1 ดำเนินการติดตามหน่วยงานที่ส่งเรื่องขอซื้อล่าช้า  1.2 ทำหนังสือแจ้งเวียนตามระยะเวลาการดำเนินการแต่ละขั้นตอน  2.1 ดำเนินการติดตามและกำชับผู้ขายก่อนสัญญา และตามระยะเวลาสัญญา  2.2 ดำเนินการปรับ ตามระเบียบฯ | 30 ก.ย.60/  งานจัดหา 1,2 กบ.บก.อก.รพ.ตร. |  |

**ฝ่ายซ่อมบำรุง บก.อก.รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ๑. งานซ่อมบำรุงยังมีงานค้างเรื่อง การซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ประจำหน่วยบริการไม่สามารถดำเนินการได้ตามปกติ  เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการจัดหาพัสดุ/การซ่อมบำรุง | - จัดประชุมสำหรับเจ้าหน้าที่ช่างทุกสัปดาห์ที่ ๓ ของเดือน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาต่างๆ และรายงานความคืบหน้าของการปฏิบัติงานประจำเดือน  - เจ้าหน้าที่ช่างส่งสมุดบันทึกภารกิจประจำวันกับ รอง สว. ที่กำกับดูแลแต่ละแผนกแล้วเสนอ สว. และ รอง ผกก. ตามลำดับ เพื่อตรวจสอบติดตามผลการดำเนินการ | - มีความล่าช้า ไม่เป็นไปตามกรอบเวลาเนื่องจากมีปริมาณงานมากขึ้นและเจ้าหน้าที่ช่างไม่เพียงพอ ซึ่งปัจจุบันผลงานอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ | - ไม่สามารถซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ให้แล้วเสร็จภายในเวลา ๕ วันตามที่ ซร. กำหนดไว้เนื่องจากมีระเบียบ, แนวทาง, ขั้นตอนการปฏิบัติให้ถูกต้องตามสำนักงบประมาณได้กำหนดหลักการจำแนกประเภทครุภัณฑ์ให้ดูจากความคงทนถาวรซ่อมแซมได้เช่น โทรศัพท์, พัดลมดูดอากาศฯ (เอกสารหมายเลข ๑) เมื่อตรวจสอบแล้วไม่สามารถซ่อมได้ ได้ | - วันที่ ๓๐ มี.ค.๖๐ ในรอบ ๖ เดือน ซร.บก.อก.รพ.ตร. ได้แจ้งเวียนหนังที่ ๐๐๓๖.๑๕/๐๘๘๒ ลง ๒๑ มี.ค.๖๐ เรื่อง การจัดทำแผนการใช้จ่าย เงินบำรุงหมวดงบลงทุน ครุภัณฑ์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ (เอกสารหมายเลข ๒)  - จัดทำแผนการปฏิบัติงานซ่อมบำรุงล่วงหน้า ( แผนปฏิบัติการทำงานประจำปี) |  |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | หรือซ่อมแล้วไม่คุ้มค่าต้องจัดหาของใหม่ทดแทนแต่ไม่สามารถจัดหาได้เนื่องจากหน่วยไม่ได้ตั้งแผนงบประมาณสำหรับจัดหาครุภัณฑ์รายการนั้นๆ ทำให้ไม่สามารถจัดหาครุภัณฑ์มาทดแทนให้หน่วย | - ปฏิบัติการเชิงรุกโดย รอง ผกก.,สว.รอง สว. ลงพื้นที่ตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ช่างเป็นประจำทุกวัน  - จัดสรรเจ้าหน้าที่ช่างที่มีความรู้ความสามารถให้ตรงกับงานที่ทำ  - เบิกวัสดุอุปกรณ์จากคลังพัสดุสำรองไว้ใช้ในกรณีเร่งด่วน |  |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ๒. สนับสนุนเจ้าหน้าที่ช่างเข้ารับการฝึกอบรม หลักสูตรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานซ่อมบำรุง เพื่อเพิ่มความรู้ทักษะในการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลเป็นประโยชน์ต่อทางราชการ และผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย | - จัดทำแผนฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรภายนอกประจำปีงบประมาณทุกปี  - จัดเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ หาข้อมูลเพื่อประชาสัมพันธ์ หลักสูตรฝึกอบรม ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับงานซ่อมบำรุงแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่ช่างทราบและเข้าร่วมอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ และศักยภาพในการปฏิบัติงาน | - ซร.บก.อก.รพ.ตร. สามารถจัดเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานซ่อมบำรุงได้ตามแผนฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรภายนอกที่ได้จัดทำไว้  - เจ้าหน้าที่ช่างที่ได้รับการอบรมสามารถนำความรู้มาปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ | - ข้อมูลการฝึกอบรม หลักสูตรต่างๆ ที่หน่วยงานภายนอกจัดฝึกอบรม ส่งข้อมูลมายังหน่วยงานล่าช้าไม่ทันเวลาที่กำหนด  - จำนวนเจ้าหน้าที่ช่างเฉพาะทางมีไม่เพียงพอ | - จัดประชุมเจ้าหน้าที่ช่างทุกสัปดาห์ที่ ๓ ของเดือน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ช่างที่ผ่านการฝึกอบรม มาให้ความรู้เพิ่มเติมกับผู้ร่วมงานและติดตามความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานต่างๆ | ต.ค.๕๙ - ก.ย.๖๐  ซร.บก.อก.รพ.ตร. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ๓. ข้าราชการตำรวจและลูกจ้างยังต้องศึกษาเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการจัดจ้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์(e-bidding) | - ส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้ทันเหตุการณ์อยู่เสมอ | - การควบคุมที่มีอยู่เจ้าหน้าที่ได้เข้าร่วมอบรม สัมมนาหลักสูตรในการจัดจ้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์  (e-bidding) ให้เข้าใจขั้นตอนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และนำมาปฏิบัติงานจริง | - มีระเบียบและหนังสือจากกรมบัญชีกลางแจ้งเวียนเปลี่ยนแปลงวิธีการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์  (e-bidding) | - ให้เจ้าหน้าที่ติดตามข้อมูลข่าวสารระเบียบ ให้ทันต่อเหตุการณ์อยู่เสมอ  - ส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ | ต.ค.๕๙ - ก.ย.๖๐  ซร.บก.อก.รพ.ตร. |  |

**ฝ่ายกฎหมายและวินัย บก.อก.รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| - กิจกรรมส่งเสริมให้ข้าราชการโรงพยาบาลตำรวจปฏิบัติตามระเบียบวินัยและจรรยาบรรณของ ตร.  - วัตถุประสงค์เพื่อให้อัตราการร้องเรียนด้านวินัยของ  ข้าราชการตำรวจในสังกัด รพ.ตร. ลดน้อยลง | - ส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดำเนินการทางวินัย  - ผู้บังคับบัญชามีการควบคุมกำกับดูแลข้าราชการตำรวจให้ปฏิบัติตามกฎหมายและวินัยอย่างเคร่งครัด | - ส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเป็นผลดีต่อการควบคุมในระดับหนึ่ง  - เจ้าหน้าที่ในสังกัดฝ่ายกฎหมายและวินัยไม่มี  ผู้กระทำความผิดวินัย | - ปี 2560 ยังมีข้าราชการตำรวจในสังกัด รพ.ตร. ถูกร้องเรียนว่ากระทำผิดวินัยจำนวน 7 ราย  - กฎ ระเบียบ ข้อบังคับการ ดำเนินการทางวินัย มีการปรับปรุงและแก้ไขเพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา อีกทั้งปัจจุบันเรื่องราวร้องทุกข์และเรื่องร้องเรียนทางวินัยมีความหลากหลายและซับซ้อนมากขึ้น  - ข้าราชการตำรวจยังไม่ค่อยสนใจเกี่ยวกับกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง  - ระบบสารสนเทศที่ใช้ในการปฏิบัติงานยังไม่มีประสิทธิภาพ | - ผู้บังคับบัญชาให้ความสำคัญในการส่งเสริมการเผยแพร่ให้ความรู้ทางด้านกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และประมวลจริยธรรมและจรรยาบรรณของ ตร. โดยผ่านสื่อต่างๆ ของ รพ.ตร. มากขึ้น  - ผู้บังคับบัญชามีการควบคุมกำกับดูแลข้าราชการตำรวจให้ปฏิบัติตามกฎหมายและวินัยอย่างเคร่งครัด  - พิจารณาส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมการอบรม กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ เกี่ยวกับการดำเนินการทางวินัยเพื่อเกิดความชำนาญในการปฏิบัติงาน | ผกก.กมว.บก.อก.รพ.ตร. |  |

**ฝ่ายงบประมาณ บก.อก.รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ด้านงบประมาณ  1. การขอตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปี และการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินบำรุง รพ.ตร.  - เพื่อวางแผนและกำหนดวงเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปีเงินนอกงบประมาณ ประจำปีโดยจัดทำแผนล่วงหน้าให้สอดคล้องกับภารกิจ วัตถุประสงค์ของหน่วยงานสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และนโยบายรัฐบาล | 1. มีการทบทวนภารกิจนโยบาย เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของหน่วยงานให้สอดคล้องกับนโยบายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และนโยบายของรัฐบาลก่อนการจัดทำคำของบประมาณ | 1. การกำหนดนโยบายรวมทั้งการมอบหมายจากผู้บริหารมีผลดีต่อการติดตามในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่เพียงพอต่อการบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์และภารกิจหลักของหน่วยงาน | 1. การกำหนดนโยบายเป้าหมายของหน่วยงานยังไม่ชัดเจนบางส่วนชัดเจน ไม่สอดคล้องกับแผนงานงบประมาณ | 1. ก่อนการจัดทำคำขอตั้งงบประมาณ มีการทบทวนภารกิจหลักนโยบายเป้าหมายของหน่วยงานให้สอดคล้องกับนโยบายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและสำนักงานตำรวจแห่งชาติรวมทั้งประสานงานกับสำนักงบประมาณเพื่อทราบแนวทางเบื้องต้น | ก่อน 30 ก.ย. 2560/นายแพทย์ใหญ่  (สบ 8) |  |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| (ต่อ) | 2. มีการจัดทำเป้าหมายผลผลิตและผลลัพธ์จากการใช้งบประมาณตามแผนระยะสั้นและระยะยาวของหน่วยงาน  3. ระบุลักษณะและปริมาณของผลผลิต/  กิจกรรม วงเงินงบประมาณที่ต้องใช้ในแต่ละผลผลิต/กิจกรรม เพื่อประโยชน์ในการจัดทำข้อตกลงการใช้งบประมาณรวมทั้งวิเคราะห์ผลลัพธ์ผลกระทบที่เกิดขึ้น  4. จัดให้มีการประชุมพิจารณาโดยผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานเพื่อพิจารณาทบทวนยืนยันนโยบาย เป้าหมายและวงเงินงบประมาณที่จัดทำคำขอ | 2. การควบคุมที่มีอยู่เพียงพอสามารถลดความเสี่ยงตามที่ระบุไว้ได้ในระดับหนึ่ง | 2. การวิเคราะห์ความคุ้มค่าและการจัดลำดับความสำคัญของโครงการที่ขอตั้งงบประมาณยังไม่ชัดเจน ไม่เหมาะสม  3. หน่วยไม่สามารถจัดหาครุภัณฑ์/สิ่งก่อสร้างตามแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงฯ ได้เนื่องจากขาดความพร้อมด้านคุณ  ลักษณะเฉพาะและรูปแบบรายการ | 2. จัดทำแผนงบประมาณระยะปานกลางแผนงบประมาณประจำปีให้สอดคล้องกับภารกิจหลักนโยบาย เป้าหมายของหน่วยงาน  3. ให้หน่วยงาน/เจ้าของโครงการจัดทำรายละเอียดแผนงาน/โครงการกำหนดตัวชี้วัดและผลการดำเนินงานพร้อมทั้งจัดลำดับความสำคัญของโครงการ  4. จัดตั้งคณะกรรมการกลั่นกรองการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงฯ และเงินรายได้สถานศึกษาพิจารณาเท่านั้น | ก่อน 30 ก.ย. 2560/นายแพทย์ใหญ่  (สบ 8) |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ต่อ) | 5. แจ้งแนวทางการปฏิบัติในการจัดทำคำขอตั้งงบประมาณแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน |  |  | 5. จัดประชุมเร่งรัดการจัดทำคำขอตั้งงบประมาณและหารือแนวทางในการปฏิบัติแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน | ก่อน 30 ก.ย. 2560/นายแพทย์ใหญ่  (สบ 8) |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. การบริหารงบประมาณ  - เพื่อให้การใช้จ่ายงบประมาณเป็นไปอย่างมีประสิทธิผล  คุ้มค่าบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน | 1. แผนการจัดซื้อจัดจ้างให้สอดคล้องกับแผนการใช้จ่ายเงินฯ  2. จัดให้มีการสอบทานเหตุผลความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงการใช้จ่ายเงินและระยะเวลาในการขอเปลี่ยนแปลง | 1. มีการประชุมเร่งรัดการใช้จ่ายเงินงบประมาณและเงินบำรุงฯ เป็นประมาณทุกไตรมาส เพื่อให้ผลการเบิก-จ่ายเงินเป็นไปตามเป้าหมายที่ ตร. กำหนด | 1. ไม่มีการวางแผนการทำงานที่ชัดเจน โดยเฉพาะระบบจัดซื้อจัดจ้างและแผนการใช้จ่ายเงิน  2. ระบบการควบคุมและบันทึกข้อมูลยังไม่รัดกุมและไม่เป็นปัจจุบัน | 1. กำหนดให้มีความพร้อมด้านคุณลักษณะ เฉพาะ เพื่อจะได้ดำเนินการจัดหาได้ทันทีเมื่อได้รับการจัดสรรงบประมาณ  2. จัดทำแนวทางปฏิบัติหรือคู่มือปฏิบัติงานเพื่อประโยชน์ในการควบคุมการใช้จ่ายงบประมาณและแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบการปฏิบัติงานให้ชัดเจน | จัดซื้อจัดหาเสร็จสิ้นภายในสิ้นปีงบประมาณ กบ.,งบ. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. การรายงานและติดตามผล  - เพื่อให้การใช้จ่ายงบประมาณเป็นไปตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด | 1. จัดระบบการควบคุมการใช้จ่ายเงิน และรายงานผลโดยตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกบัญชีกับระบบการเงินการคลัง GFMIS เป็นประจำทุกเดือนและการเรียกรายงานผลระบบคอมพิวเตอร์โรงพยาบาลตำรวจ 29 ระบบ เป็นประจำทุกสัปดาห์ | 1. การประชุมเร่งรัดการใช้จ่ายเงินงบประมาณและเงินบำรุงฯ รพ.ตร. เป็นประจำทุกไตรมาสเพื่อติดตามผลการเบิก-จ่ายให้เป็นไปตาม  เป้าหมายที่ ตร. กำหนด  2. การประชุมเร่งรัดและตรวจสอบรายงานผลระบบคอมพิวเตอร์โรงพยาบาลตำรวจ 29 ระบบ ทั้งระบบเงินงบประมาณ และระบบเงินบำรุง | 1. ส่งรายงานผลไม่ทันตามกำหนด, หน่วยงานลูกไม่ส่งรายงานผล  2. รายงานผลการใช้จ่ายไม่เหมาะสมต่อการใช้งาน  3.ระบบการสอบทานและติดตามประเมินผลไม่เพียงพอ | 1. มีการตรวจสอบหรือสอบทานโดยผู้มีหน้าที่รับผิดชอบสม่ำเสมอและครอบคลุมทุกขั้นตอน  2. กำหนดวันที่ต้องรายงานผลการใช้จ่าย  3. จัดให้มีการทบทวนรูปแบบและความต้องการใช้รายงานจากผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นครั้งคราวตามความเหมาะสม | - รายงานผลวันที่ 7 ของทุกเดือน  - ประชุมทุกไตรมาส/นายแพทย์ใหญ่  (สบ 8)  - รายงานผลการใช้จ่ายงบประมาณในภาพรวมของหน่วยวันที่ 30 ของทุกเดือน  - รายงานผลการแก้ไขปัญหาระบบ  คอมพิวเตอร์ 29 ระบบ ประจำเดือน |  |

**ฝ่ายการเงิน บก.อก.รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** การรับเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามสิทธิของผู้รับบริการ  เพื่อให้การรับค่ารักษา พยาบาล ของ รพ.ตร. เป็นไปด้วยความถูกต้องและเกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ | 1. การจัดเก็บหรือรับชำระเงินทุกครั้งจะต้องจัดให้มีการออกใบเสร็จรับเงินเพื่อเป็นหลักฐานการรับเงิน  2. ตรวจสอบสิทธิค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานที่เปิดสิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาล หากมีข้อสงสัยในอัตราที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ | 1.การเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลยังพบว่ามีความคลาดเคลื่อนอยู่ เนื่องจากสิทธิในการรักษาพยาบาลยังมีการเปลี่ยนแปลงตามสถานะอยู่บางราย  2.ระบบห้องเก็บเงินที่ใช้สำหรับรับชำระเงินที่มีการเชื่อมต่อกับระบบอื่นที่เกี่ยวข้องกับสิทธิยังการปรับปรุงรายการค่ารักษาพยาบาลสิทธิอยู่ | การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลไม่เป็นไปตามสิทธิที่เป็นปัจจุบัน เนื่องจากผู้รับบริการมีเป็นจำนวนมากและข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาลที่ปรากฏในฐานข้อมูล รพ. อาจยังไม่เป็นปัจจุบัน | 1. แจ้งหน่วยที่ทำหน้าที่ตรวจสอบฐานข้อมูลตรวจสอบจากหน่วยงานต้นสังกัดอีกครั้ง  2. ตรวจสอบระเบียบและแนวทางการกำหนดอัตราที่สามารถเบิกได้จากหน่วยงานต้นสังกัดของผู้รับบริการ (ถ้ามี) อยู่เสมอ | 1. ทุกสิ้นวันทำการ  2. ผกก.กง.บก.อก.รพ.ตร./เจ้าหน้าที่การเงินที่เกี่ยวข้อง |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. การบันทึกบัญชีและการ  รายงาน  เพื่อให้การแสดงรายการบัญชีในงบการเงินของหน่วยงานเป็นไปด้วยความถูกต้องตามมาตรฐานและนโยบายการบัญชีที่กระทรวงการคลังกำหนดและใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาตัดสินใจของผู้บริหารในการบริหารงานขององค์กร | 1.กำหนดคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่ที่จะปฏิบัติงานในงานบัญชีให้เป็นผู้ที่มีความรู้เฉพาะทาง ทางการบัญชีเป็นอันดับแรก  2.กำหนดและกำชับแนวทางการปฏิบัติระหว่างเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานและนอกหน่วยงานกับเจ้าหน้าที่ที่หน้าที่บันทึกรายการทางบัญชีให้มีความเข้าใจในการแจ้งข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกบัญชีไปในทิศทางเดียวกันและถูกต้องตามแนวทางที่ราชการกำหนด  3.ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตรวจสอบรายงานทางการเงินของ ตร. และสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน | รายการบัญชีที่เกี่ยวข้องยังพบความคลาดเคลื่อนอยู่ในบางรายการบัญชี เนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ได้แจ้งการเข้าบันทึกรายการในระบบ GFMIS จากระบบที่เกี่ยวข้อง | พบความคลาดเคลื่อนของการบันทึกบัญชีเนื่องจาก รพ.ตร. เป็นหน่วยงานในสังกัด ตร. ที่มีเงินรายรับสถานพยาบาลใช้ในการบริหารของส่วนราชการนอกเหนือจากเงินงบประมาณ และรายการข้อมูลทางบัญชีมีเป็นจำนวนมาก เช่นรายการลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล/รายการบัญชีสินค้าคงเหลือ | 1. ตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกรณีว่าได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดหรือไม่  2.กำชับเจ้าหน้าที่บัญชีให้ศึกษาและทำความเข้าใจในการบันทึกรายการทางบัญชีให้ถูกต้องตามหลักการบัญชีที่กระทรวงการคลังกำหนด | 1. ทุกสิ้นวันทำการและสิ้นงวด  2.ผกก.กง.บก.อก.รพ.ตร./เจ้าหน้าที่การเงินที่เกี่ยวข้อง |  |

**ฝ่ายฝึกอบรม บก.อก.รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. การจัดฝึกอบรมโครงการภายในโรงพยาบาลตำรวจ บางโครงการเป็นนโยบายเร่งด่วน | - มีการประชุมบุคลากรในสังกัด ฝร.บก.อก.รพ.ตร. เพื่อชี้แจ้งรายละเอียดของการจัดโครงการและมอบหมายหน้าที่ให้แต่ละคนรับผิดชอบ | - มีการประชุมบุคลากรในสังกัด ฝร.บก.อก.รพ.ตร. เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการและมอบหมายหน้าที่ให้แต่ละคนรับผิดชอบมีผลดีต่อการควบคุมและติดตาม เพื่อบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ | - เวลาเตรียมการในการจัดโครงการน้อยเกินไป | - เพิ่มความรอบคอบในการจัดโครงการให้มากขึ้น | ส.ค.60 งานฝึกอบรม ฝร.บก.อก.รพ.ตร. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. ดำเนินการลาศึกษาฝึกอบรมให้ข้าราชการตำรวจในสังกัด | - มีการแจ้งเวียนการลาศึกษา ฝึกอบรมให้กับหน่วยในสังกัด  - มีการซักซ้อมความเข้าใจแก่ทุกหน่วยงานเพื่อให้เข้าใจระเบียบฯ  - มีหนังสือหารือหน่วยงานที่ควบคุมระเบียบการลาศึกษาฝึกอบรม เช่น กมค.,สำนักงาน กพ. เป็นต้นเพื่อปรึกษาประเด็นปัญหาระเบียบในการลาศึกษาหรือลาฝึกอบรม เป็นต้น | - มีการแจ้งเวียนซักซ้อมทำความเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบการลาศึกษาฝึกอบรมให้แก่หน่วยงานซึ่งมีผลดีต่อการควบคุมและติดตาม เพื่อบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ | - ข้าราชการที่มีความประสงค์ลาศึกษาฝึกอบรมปฏิบัติไม่ถูกต้องตามระเบียบการลาศึกษาฝึกอบรม  - ข้าราชการที่มีความประสงค์ลาศึกษาฝึกอบรมยื่นเอกสารมากระชั้นชิดทำให้ไม่อาจดำเนินการได้ทันตามกำหนดเวลา | - จัดทำหนังสือเพื่อหารือระเบียบการลาศึกษาฝึกอบรม กับ กมค. | งานศึกษาฝึกอบรม  ฝร.บก.อก.รพ.ตร. |  |

**วิทยาลัยพยาบาล รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ  กิจกรรมด้านการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรทางการสาธารณสุขของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ตลอดจนการปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรและระบบการเรียนการสอน  **วัตถุประสงค์**  - เพื่อเสริมสร้างให้บุคลากรทางสาธารณสุขของสำนักงานตำรวจแห่งชาติมีสมรรถนะและมีความพร้อมในการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับเอกลักษณ์ของสถาบันคือการจัดการภาวะฉุกเฉิน (เฉพาะการจัดการภาวะฉุกเฉิน) | - จัดทำแผนพัฒนาเพื่อเพิ่มคุณวุฒิ และความเชี่ยวชาญของอาจารย์ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉิน  - พัฒนาแผนการเรียนรู้ในรายวิชา  - บูรณาการการจัดภาวะฉุกเฉินในรายวิชาต่างๆ | - การควบคุมที่มีอยู่ไม่เพียงพอ  - เนื่องจากขาดบุคลากรที่มีความเชียวชาญด้านการจัดการด้านภาวะฉุกเฉิน  - เนื่องจากขาดงบประมาณ | - ยังขาดความพัฒนาด้านการจัดการด้านการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรทางการสาธารณสุขโดยมีผู้มีความรู้และประสบการณ์ไม่เพียงพอในการเรียนการสอน | - จัดทำแผนพัฒนาภาวะฉุกเฉิน  - มีตัวแทนของทุกภาควิชาและหน่วยงานจัดตั้งเป็นคณะกรรมการจัดการภาวะฉุกเฉิน  - คัดเลือกบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านฉุกเฉินเป็นอาจารย์  - ทุกภาควิชามีการ  บูรณาการการจัดการภาวะฉุกเฉินในรายวิชาชีพที่รับผิดชอบ  - จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มคุณวุฒิและความเชียวชาญด้านการจัดการภาวะฉุกเฉิน | - กำหนดเสร็จ  ก.ย.๒๕60  - ผบก.วพ.รพ.ตร.(คณะกรรมการพัฒนาบุคลากร) |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| - นักศึกษาสอบไม่ผ่านตามเกณฑ์การสอบความรู้ เพื่อขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบอาชีพ | 1. การจัดการเรียนการสอนทบทวนตามหลักสูตร  2. สำรวจสาเหตุของปัญหาจากผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด  3. ทำวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการสอบ  4. นำผลการสำรวจ/วิจัยมาวางแผนควบคุมและกำกับติดตามโดย | - มีการรายงานผลตามแบบฟอร์ม มคอ.1-7 | - การสอบความรู้ขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ฯ ในปีแรก | - ดูแลกำกับติดตามแนวทางของหลักสูตร ดังนี้  1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการจัดการเรียนการสอนแก่ผู้สอน  2. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Good Practice เรื่องการจัดการเรียนการสอนระหว่างภาควิชา | - กำหนดเสร็จ  ก.ย.๒๕60  - ผบก.วพ.รพ.ตร. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วัตถุประสงค์**  - เพื่อให้นักศึกษาสอบผ่านความรู้ขอขึ้นทะเบียน | 4.1 กระตุ้นและสร้างความตระหนักให้ผู้สอนจัดทบทวนและพัฒนาวิธีการสอนโดยเน้นการคิดวิเคราะห์  4.2 ปรับปรุงระบบในการทบทวนให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น  4.3 ให้ นศ. ทำ Sefhelp group |  |  | 3. ขอความร่วมมือฝ่ายบริหารในการจัดสิ่งแวดล้อม และความเป็นอยู่ของ นศ. ให้เอื้อต่อการทบทวนวิชาต่างๆ เพื่อสอบความรู้ฯ  4. สร้างความตระหนักให้ นศ. เห็นความสำคัญของการสอบให้ผ่านความรู้ขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ | - กำหนดเสร็จ  ก.ย.๒๕60  - ผบก.วพ.รพ.ตร. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| - ทรัพย์สินของทางราชการ และทรัพย์สินของนักศึกษา  สูญหาย  **วัตถุประสงค์**  - เพื่อรักษาความปลอดภัยในทรัพย์สินของทางราชการและทรัพย์สินของนักศึกษาสูญหาย | - เข้มงวด กวดขันการปฏิบัติหน้าที่เวรรักษาความปลอดภัย  - ประสานหน่วยงานรักษาความปลอดภัยของ รพ.ตร.  - ประสานเจ้าหน้าที่ตำรวจ สน.ปทุมวัน | - มีการตรวจสอบควบคุมพัสดุประจำปี และการควบคุมที่มีอยู่เพียงพอสามารถลดความเสี่ยงตามที่ระบุไว้ในระดับหนึ่ง | - ยังมีความเสี่ยงการสูญหายหรือทรัพย์สินทางราชการสูญหาย/ชำรุด เนื่องจากมีบุคคลภาย นอกเข้าใช้สถานที่และมีจุดเสี่ยงในบางจุด ซึ่งกล้องไม่สามารถติดตั้งได้ | - เข้มงวด กวดขันการปฏิบัติหน้าที่เวรรักษาความปลอดภัย  - ประสานหน่วยงานรักษาความปลอดภัยของ รพ.ตร.  - ประสานเจ้าหน้าที่ตำรวจ สน.ปทุมวัน  - ปลูกจิตสำนึกด้านคุณธรรม จริยธรรม ความรับผิดชอบต่อสังคมและรักษาประเทศชาติ  - ติดตั้งกล้องวงจรปิด CCTV เพื่อเป็นการป้องปราม และติดตามผู้กระทำความผิด | - กำหนดเสร็จ  ก.ย.๒๕60  - ผบก.วพ.รพ.ตร. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| - ขาดการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (AC)  **วัตถุประสงค์**  - เพื่อให้บุคลากรและมีความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน  (AC) | - มีการจัดกิจกรรมปลูกจิตสำนึก  - กำหนดให้มีการจัดการเรียนการสอนวิชาสังคมและวัฒนธรรมโดยมุ่งเน้นในด้านภาษาและวัฒนธรรมตลอดจนการใช้ชีวิตประจำวันของประชาคมอาเซียนเพิ่มเนื้อหาการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในรายวิชา แนวคิดทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล  - กำหนดนโยบายให้บุคลากร อาจารย์ ข้าราชการ มีทักษะการสื่อสารด้านภาษาอังกฤษโดยใช้ผลการทดสอบ CU.tep หรือผลการสอบภาษาอังกฤษอื่น (เช่น ToFle, ฯลฯ) ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน | - ติดตามผลการทดสอบทักษะด้านภาษาอังกฤษของบุคลากรฯ ให้ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน | - นักศึกษาและบุคลากรยังขาดทักษะภาษาอังกฤษ ในด้านการสื่อสารภาษาอังกฤษ | - จัดสรรฯงบประมาณสนับสนุนในการทดสอบภาษาอังกฤษ (CU.tep) | - กำหนดเสร็จ  ก.ย.๒๕60  - ผบก.วพ.รพ.ตร.  (คณะกรรมการพัฒนาบุคลากร) |  |

**โรงพยาบาลนวุติสมเด็จย่า**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **๑.การลงทะเบียนรับ-ส่งเอกสารทางสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์**  **วัตถุประสงค์**  เพื่อให้การลงทะเบียนรับ-ส่งเอกสารภายในหน่วยงาน ถูกต้อง รวดเร็ว ครบถ้วน ตามระเบียบสารบรรณ และสามารถติดตามค้นหางานได้อย่างสะดวกรวดเร็ว | ๑. ส่งเสริมพัฒนาเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่รับ-ส่งเอกสารทางระบบ สารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ ให้มีความรู้ความสามารถใช้งานเกี่ยวกับการลงทะเบียนรับ-ส่งเอกสารทางสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ได้เป็นอย่างดี | ๑. การควบคุมที่มีอยู่ ควบคุมได้ในระดับหนึ่งยังมีความเสี่ยงในเรื่องการติดตามและค้นหาเอกสาร บางครั้งการค้นหาต้องใช้เวลาเนื่องจากเจ้าหน้าที่ลงรายการไม่ครบถ้วนและเอกสารบางเรื่องเจ้าของเรื่องถือเองโดยไม่นำมาลงทะเบียนเพื่อหมายเหตุความเคลื่อนไหวก่อน | พ.ต.อ. ธนิต จิรนันท์ธวัช  นายแพทย์(สบ๕)นย.รพ.ตร.  ๑. การลงรายการเอกสารในระบบอิเล็กทรอนิกส์ บางเรื่อง ลงรายการไม่ละเอียดเพียงพอทำให้การค้นหาเรื่องได้ยาก และเอกสารที่จัดเก็บบางรายการไม่มีการลงทะเบียนว่าได้จัดเก็บแล้ว | ๑. กำชับให้เจ้าหน้าที่อ่านความละเอียดก่อนลงรายการเอกสารในระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ให้ถูกต้อง ครบถ้วน  ๒. ขอความร่วมมือส่วน/ฝ่ายให้ส่งเอกสารผ่านการลงทะเบียนงานสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ทุกครั้งก่อนส่งงานออก | ๑๕ ก.ย. ๒๕๖๐  พ.ต.อ. ธนิต  จิรนันท์ธวัช  นายแพทย์ (สบ๕)  นย.รพ.ตร. | ๑. รพ.ตร. ยังไม่ได้กำหนดให้หน่วยงานในสังกัดใช้โปรแกรมเกี่ยวกับการลงทะเบียนรับ-ส่งเอกสารทางสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งต้องผ่านวาระการประชุมและได้รับการอนุมัติก่อนจึงจะออหนังสือเวียนแจ้งให้หน่วยงานทุกระดับในสังกัดทราบทั่วกัน |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ๒. มีการตรวจสอบเอกสารให้ถูกต้อง ครบถ้วน ก่อนลงทะเบียนรับ-ส่ง เรื่อง  ๓.กำชับเจ้าหน้าที่ให้ลงข้อมูลรายการในทะเบียนรับ-ส่ง ให้ถูกต้อง เพื่อสะดวกในการติดตามและค้นหา  ๔.เอกสารที่มีการเคลื่อนไหวจะต้องลงทะเบียนทุกครั้ง  ๕.การตรวจสอบความเคลื่อนไหวของเอกสารสามารถตรวจสอบ ค้นหา และแจ้งแหล่งที่อยู่ของเอกสารได้ภายในเวลาอันรวดเร็ว |  | ๒. เอกสารบางรายการไม่ส่งผ่านทะเบียนทางระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบค้นหาเรื่องได้  ๓ .การส่งงานมีข้อผิดพลาดบ้างเล็กน้อย เนื่องจากเจ้าหน้าที่ขาดความระมัดระวังเอาใจใส่ | ๓. ได้เชิญผู้ทำหน้าที่ลงทะเบียนรับ-ส่งเอกสาร หารือและซักซ้อมความเข้าใจ เพื่อแจ้งข้อผิดพลาด และหาแนวทางแก้ไข | ๑๕ ก.ย. ๒๕๖๐  พ.ต.อ. ธนิต  จิรนันท์ธวัช  นายแพทย์ (สบ๕)  นย.รพ.ตร. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **๒. การปฏิบัติตามกฎ ระเบียบของทางราชการ**  วัตถุประสงค์  ๑.เพื่อให้การปฏิบัติงานในงานการเจ้าหน้าที่ เป็นไปตามกฎระเบียบ หลักเกณฑ์การปฏิบัติที่กำหนดไว้ในแต่ละเรื่อง เช่น การบริหารงานบุคคล  การลาฯลฯ | ๑.ผู้ปฏิบัติต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบ  ๒.กำหนดเป็นระเบียบข้อบังคับของบุคลากรทุกระดับในการตรวจสอบการปฏิบัติงานให้ถูกต้องทุกขั้นตอน  ๓. ผู้บังคับบัญชาตรวจสอบความถูกต้องตามสายงาน | ๑. พบว่าผู้ปฏิบัติยังมีความบกพร่องบางประการ เช่น เข้าใจระเบียบไม่ดีพอ ตีความระเบียบไม่ถูกต้อง อ้างอิงระเบียบเก่าที่ยกเลิกแล้ว หรือปฏิบัติโดยไม่ศึกษากฎระเบียบ แต่ปฏิบัติตามที่เคยปฏิบัติมา  ๒. ผู้บังคับบัญชาระดับหัวหน้างาน ตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชาไม่เต็มศักยภาพ | ๑. ผู้ปฏิบัติไม่สามารถตอบคำถามหรือให้คำปรึกษาต่อผู้ขอใช้บริการ/ผู้บังคับบัญชาได้ไม่ชัดเจนดีพอ และมีความเข้าใจกฎระเบียบไม่ตรงกัน ทำให้เกิดปัญหากรณีการรักษาสิทธิและสวัสดิการของบุคลากรและผู้ใช้บริการ  ๒. ความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ และมีทัศนคติไม่ดีต่อหน่วยงาน | ๑. จัดให้มีการประชุมผู้ปฏิบัติงานเพื่อทำความเข้าใจในเรื่องกฎ ระเบียบ ให้ตรงกันและแจ้งเรื่อง กฎ ระเบียบ ที่ออกใช้ใหม่ และปรึกษาหารือเรื่องปัญหาในการปฏิบัติเพื่อหาข้อแก้ไข ให้บุคลากรศึกษากฎระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในหน้าที่เพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น  ๒. ผู้บังคับบัญชาทุกระดับเพิ่มความเข้มงวดในการตรวจสอบการปฏิบัติงาน | ๑๕ ก.ย. ๒๕๖๐  พ.ต.อ. ธนิต จิรนันท์ธวัช  นายแพทย์ (สบ๕)นย.รพ.ตร. | แม้ได้จัดให้มีการประชุมหารือชี้แจง กฎ ระเบียบข้อบังคับ การทบทวนทำความเข้าใจและการหาแนวทางเพื่อเป็นกรอบปฏิบัติในทิศทางเดียวกันและการประชุมงาน ใช้หลักการปฏิบัติงานแบบ One stop service โดยกำหนดเป็น LU ของบุคคลากรและเป็นการแก้ปัญหาการทำงานทดแทนกันในกรณีที่ผู้รับผิดชอบไม่อยู่ ซึ่งยังพบว่ามีข้อบกพร่องอยู่บ้างในเรื่องการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับระเบียบในส่วนที่ต้องปฏิบัติเอง และให้ข้อเสนอแนะ จึงยังต้องกำกับดูแลและร่วมหารือระหว่างผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานให้มากขึ้น |
| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| ๒. เพื่อให้เอกสารมีความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ตามระเบียบงานสารบรรณและทันตามกำหนดเวลา | ๑. ผู้ปฏิบัติและหัวหน้างานตรวจสอบตรวจทานความถูกต้องในระหว่างปฏิบัติงานก่อนนำเสนอผู้บังคับบัญชาตามลำดับ  ๒. ประชุมภายในหน่วยงานเพื่อติดตามตรวจสอบการดำเนินการตามห้วงเวลาที่สอดคล้องกับการประเมินผลการปฏิบัติงาน  ๓. ได้เข้าร่วมประชุมหารือในกลุ่มงานธุรการซึ่งทำให้ได้รับทราบปัญหาอุปสรรคและข้อตกลงในเรื่องระเบียบงานสารบรรณ | ๑. ผู้ปฏิบัติและหัวหน้างานยังไม่สามารถสร้างเสถียรภาพให้เกิดความถูกต้องตามระเบียบงานสารบรรณได้ครบถ้วนสมบูรณ์และยังพบข้อผิดพลาดในบางขั้นตอนของการปฏิบัติงาน  ๒. ได้ดำเนินการประชุมชี้แจงและรายงานอย่างต่อเนื่องแต่ยังไม่สามารถสร้างความตระหนักในความรับผิดชอบและค้นพบข้อบกพร่องด้วยตนเองได้ | ๑. สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายวัสดุ/อุปกรณ์โดยไม่จำเป็น และเสียเวลาในการแก้ไขโดยใช่เหตุ  ๒. บุคลากรผู้รับบริการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่มีความเชื่อมั่นในผลงานและไม่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน | ๑. กำหนดมาตรฐานงานที่ชัดเจนในการปฏิบัติงานด้านเอกสารเพื่อวัดประสิทธิภาพของงานและเพิ่มมาตรการตรวจสอบที่เข้มงวดในทุกระดับ  ๒. ชี้แจง และรายงานผลให้มีการรับทราบผลการปฏิบัติงานและนำเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองเพื่อสร้างสำนึกรับผิดชอบและประเมินผลตามห้วงเวลาการประเมิน | ๑๕ ก.ย. ๒๕๖๐  พ.ต.อ. ธนิต  จิรนันท์ธวัช  นายแพทย์ (สบ๕)นย.รพ.ตร. | มีการตรวจสอบความถูกต้อง และแจ้งผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล ทั้งข้อดี สิ่งที่ควรปรับปรุง และความรู้ที่ควรนำมาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้การปฏิบัติงานสัมฤทธิผล ซึ่งยังมีการปฏิบัติงานที่ต้องปรับปรุงแก้ไข โดยจะแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มงานอื่นเพื่อให้บุคลากรทุกคนได้ทราบหลักการ และข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **๓. การบันทึกประวัติข้อมูลบุคคล**  วัตถุประสงค์  เพื่อให้การบันทึกทะเบียนผู้ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงที่มารับบริการตรวจรักษาสุขภาพงานฝ่ายผู้ป่วยนอกในระบบสารสนเทศ มีความครบถ้วน สมบูรณ์ และเป็นปัจจุบัน | ๑. มีการกำหนดแนวทางในการบันทึกข้อมูลผู้ใช้สิทธิโดยมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน | การบันทึกข้อมูลโดยมีผู้รับผิดชอบเป็นผลดีต่อการควบคุมซึ่งสามารถกำกับติดตามในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์เนื่องจากยังขาดการติดตาม และควบคุม ทั้งยังไม่มีการตรวจสอบข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน | เจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถบันทึกข้อมูลให้รวดเร็ว ครบถ้วนเป็นปัจจุบันและมีประสิทธิภาพเนื่องจากผู้ปฏิบัติยังไม่ได้จัดทำแผนการปฏิบัติงานที่เหมาะสมสอดคล้องกันในทุกระดับ ตั้งแต่ หัวหน้างานฝ่ายผู้ป่วยนอกก็ยังไม่ได้กำกับติดตามปัญหานี้ให้หมดไปอย่างจริงจัง | ๑. หัวหน้างานฝ่ายผู้ป่วยนอกต้องกำกับดูแล และกำหนดให้มีการประชุมประสานงานร่วมกัน ระหว่างผู้รับผิดชอบและ ผู้ดูแลระบบ เพื่อให้การบันทึกทะเบียนประวัติมีความสมบูรณ์ถูกต้อง | ๑๕ ก.ย. ๒๕๖๐  พ.ต.อ. ธนิต  จิรนันท์ธวัช  นายแพทย์ (สบ๕)นย.รพ.ตร. | ๑.ได้ปรับปรุงฐานข้อมูลโดยสามารถปรับปรุงข้อมูลที่ได้สำรวจเพื่อแก้ไขแล้วเสร็จตามสิทธิ์ที่ได้รับมอบหมายในส่วนของการปรับปรุงข้อมูลที่เป็นสิทธิในการแก้ไขจะได้ส่งข้อมูลให้กรมบัญชีกลางต่อไป |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ๒. ดำเนินการตามกรอบเวลาที่กำหนดมีการตรวจสอบข้อมูลอย่างเป็นทางการโดยประสานงานกับผู้ดูแลระบบตรวจสอบสิทธิเบิกจ่ายตรงการรักษาพยาบาลของ กรมบัญชีกลาง |  |  | ๒.กำหนดให้มีแผนการปฏิบัติงาน และกำชับให้มีผู้รับผิดชอบดูแลป้อนข้อมูลให้ครบถ้วนถูกต้อง เป็นปัจจุบันอย่างจริงจัง โดยให้มีผลต่อการประเมินการปฏิบัติงานของผู้ที่ได้รับมอบหมาย | ๑๕ ก.ย. ๒๕๖๐  พ.ต.อ. ธนิต  จิรนันท์ธวัช  นายแพทย์ (สบ๕)นย.รพ.ตร. | ๒.กำหนดแผนการปรับปรุงข้อมูลภายใน ๑ วัน หลังจากที่ได้รับข้อมูล ทั้งนี้กระบวนการบันทึกข้อมูลที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์สามารถดำเนินการแล้วเสร็จภายใน ๑๐ นาที/ ๑ record ปัจจุบันการดำเนินงานเรื่องการบันทึกข้อมูล บุคลากรยังต้องทำงานกับโปรแกรมเมอร์ เจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถดำเนินงานให้มีประสิทธิ ภาพตามที่คาดหวังซึ่งต้องมีการสร้างความเข้าใจระหว่างผู้เกี่ยวข้องเพื่อทำให้ข้อมูลมีความครบถ้วน ถูกต้องเป็นปัจจุบัน |

**สถาบันนิติเวชวิทยา รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| การออกเขต/ตรวจชันสูตรพลิกศพ ร่วมกับแพทย์ วัตถุประสงค์  เพื่อเป็นผู้ช่วยแพทย์ชันสูตร และรักษาสภาพศพและสถานที่เกิดเหตุ | การควบคุมการออกตรวจแต่ละครั้งจะมี หน.ชุดซึ่งเป็นข้าราชการชั้นสัญญาบัตรเป็น หน.ผู้ควบคุม | การออกสถานที่เกิดเหตุกับแพทย์ชันสูตร เก็บสถิติ และรายงานผลให้ผู้บังคับบัญชาทราบเป็นเอกสาร | การเข้าถึงที่เกิดเหตุมีความล่าช้าเนื่องจากปริมาณเหตุจำนวนมาก และพื้นที่เกิดเหตุห่างกันมาก และมีกำลังพลน้อย | หน.ชุดในแต่ละผลัดกวดขันเจ้าหน้าที่ให้ปฏิบัติอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ตามแบบแผนการปฏิบัติ | กำหนดแล้วเสร็จ 30 กันยายน 2560 กลุ่มงานพิเศษ นต.รพ.ตร. |  |
| กระบวนการปฏิบัติงาน  การตรวจหาหมู่เลือด/การตรวจอสุจิ/การตรวจ DNA  วัตถุประสงค์  เพื่อให้การตรวจเป็นไปตามมาตรฐานหลักสากลและรับรองคุณภาพการตรวจตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการ ISO  17025:2005 | นักวิทยาศาสตร์เจ้าของเวรประจำวันเป็นผู้รับผิดชอบทุกขั้นตอน | มีการควบคุมโดยนักวิทยาศาสตร์ (สบ 3) - (สบ 5) | อาจมีความผิดพลาดทางด้านเอกสาร | ควรจัดให้มีบุคลากรเพิ่มเติม | กลุ่มงานตรวจเลือดชีวเคมีฯ นต. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ควบคุมรายงานผลการวิเคราะห์ทางพิษวิทยาในระบบสารสนเทศควบคุมห่วงโซ่วัตถุพยาน (e-custody) ให้มีความถูกต้อง อยู่ภายในเวลาที่กำหนด  วัตถุประสงค์  เพื่อควบคุมให้ข้อมูลในระบบ  (e-custody) มีความถูกต้อง โปร่งใส ทวนสอบได้ และอยู่ภายในเวลาที่กำหนด | การออกรายงานผลการวิเคราะห์ภายในกลุ่มงานพิษวิทยา ในระบบ(e-custody) ทั้งการลงลายมือชื่อในเอกสารรายงานผลการลงลายมือชื่อในเอกสารรายงานผลการวิเคราะห์ และ การบันทึก ในระบบ (e-custody) มีการควบคุมตามลำดับชั้น ดังนี้  1. ผู้วิเคราะห์  2. ผู้ตรวจสอบ  3.และ/หรือ ผู้อนุมัติ  เมื่อบันทึกส่งข้อมูลแล้ว ระบบ (e-custody) จะนำข้อมูลไปประกอบเป็นส่วนหนึ่งในรายงานการตรวจศพ ซึ่งแพทย์เจ้าของคดีสามารถตรวจสอบ ผลการวิเคราะห์ผ่านทางระบบ online โดยธุรการกลุ่มงานพิษวิทยาจะ scan รายงานผลการวิเคราะห์เข้าไปเก็บในระบบเพื่อการตรวจสอบสำหรับกรณีที่มีรายงานล่าช้า จะมีระบบรายงานเพื่อให้ผู้รับผิดชอบเข้าไปแก้ไข | รายงานมีความถูกต้อง 100%  รายงานภายในเวลาที่กำหนด 90% | รายงานมีความถูกต้อง – ไม่พบการคลาดเคลื่อน  รายงานภายในเวลาที่กำหนด – พบความล่าช้าประมาณ 3 - 5% ของงานที่รับเข้าโดยประมาณ 2,500 รายในแต่ละเดือน | ตรวจสอบโดย หัวหน้ากลุ่มงาน รายงานผู้บังคับบัญชา เดือนละ 1 ครั้ง และดำเนินการแก้ปัญหากรณีรายงานไม่เป็นไปตามกำหนด | กลุ่มงานพิษวิทยา นต. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| การตรวจพิสูจน์หลักฐานบุคคล | การควบคุมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ตามลำดับชั้น | ส่วนน้อยที่ล่าช้า เกิดจากได้รับผลการทดสอบสาร พันธุกรรมล่าช้ากว่ากำหนด | รายงานออกล่าช้า | เร่งรัดติดตามผลการทดสอบสารพันธุกรรม | กลุ่มงานตรวจพิสูจน์หลักฐานบุคคล |  |
| กระบวนการปฏิบัติงาน  การผ่าตรวจพิสูจน์ศพ  วัตถุประสงค์  เพื่อให้การตรวจพิสูจน์ศพถูกต้องได้มาตรฐานตามหลักสากล | แทพย์ผู้ผ่าทำหน้าที่ในการควบคุมในทุกขั้นตอน | แพทย์ดูแลการผ่าทุกขั้นตอน และส่งตัวอย่างเพื่อนำไปตรวจหาผลต่อไป | บุคลากรที่ทำหน้าที่ด้านการผ่าตรวจพิสูจน์ขาดความรอบคอบ และขาดทักษะในการปฏิบัติงาน | - ให้ผู้เชี่ยวชาญหรือชำนาญการให้ความรู้และคำแนะนำอย่างใกล้ชิด  - ให้ผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์ที่ได้รับการมอบหมายทำการประเมินการปฏิบัติงานของบุคคลเป็นระยะฯ | กลุ่มงานนิติพยาธิ นต. |  |
| การออกรายงานการตรวจศพ  วัตถุประสงค์  เพื่อให้รายงานแล้วเสร็จทันตามกำหนดเวลาและทันต่อสถานการณ์ | เจ้าหน้าที่พิมพ์รายงานโดย มีแพทย์ ควบคุมในการออกรายงาน | แพทย์จะทำหน้าที่ในการตรวจรายงานก่อนส่งออกในตอนสุดท้ายเพื่อความถูกต้อง | รายงานอาจล่าช้าเนื่องจากรอผลตรวจพิสูจน์จากห้องปฏิบัติการต่างๆ | นำเทคโนโลยีมาช่วยเพื่อลดขั้นตอนการปฏิบัติงานและเกิดความรวดเร็ว  มีกำหนดเวลาแล้วเสร็จ  หนังสือเตือนการออกผลตรวจพิสูจน์ไปยังห้องปฏิบัติการต่างๆ | กลุ่มงานนิติพยาธิ นต. |  |

**โรงพยาบาลดารารัศมี รพ.ตร.**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.การพัฒนาทรัพยากรบุคคล  - อัตรากำลังพยาบาล | - ใช้กลยุทธ์ในการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอตามวิชาชีพ  - มีการวางแผนอัตรากำลังไว้ล่วงหน้า  - มีการหมุนเวียนใช้หลัก Right Man Right Job | - ควบคุมและจัดสรรโดย หน.และรอง  หน.พยาบาลที่ได้รับมอบหมาย  - ปรับเพิ่ม-ลด ในบางกรณีตามความเหมาะสมและภาระงาน | - มีการทำงานต่อเนื่องเกิน 16 ชม. (ทำงานมากกว่า 2 ผลัด) ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานอาจลดลงหรือส่งผลต่อพฤติกรรมบริการ | - เพิ่มเวรนอกเวลาให้เพียงพอ  - จัดหาพยาบาลภายนอกมาปฏิบัติงานเพิ่มเติม | ปีงบประมาณ 2560 นายแพทย์ (สบ5)  หน.ดร. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| - การเสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กร | - มีช่องทางรับข้อร้องเรียน  - มีคณะกรรมการความเสี่ยงและรับเรื่องข้อร้องเรียน  - มีการสำรวจความพึงพอใจในการรับบริการ | - ประชุมแก้ไขปัญหาความเสี่ยงและข้อร้องเรียนทุกเดือน  - นำเสนอผู้บริหารเพื่อหาแนวทางปรับปรุง | - สำหรับข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมการที่ไม่ได้รับความสะดวกยังไม่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ | - จัดอบรมเสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กรและพฤติกรรมบริการที่ดีให้กับบุคลากรทุกระดับ  - ติดตามพฤติกรรมบริการและสร้างทัศนคติที่ดีต่อองค์กร | ปีงบประมาณ 2560 นายแพทย์ (สบ5)  หน.ดร. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์  - การบริหารจัดการงบประมาณจัดซื้อจัดหายาและเวชภัณฑ์ ดร.  - เพื่อให้มียาและเวชภัณฑ์เพียงพอตลอดปีงบประมาณ  - เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมทั้งข้อบ่งชี้และปริมาณอย่างต่อ | - รายงานยอดจัดซื้อจัดหายาและเวชภัณฑ์แก่ หน.ดร. เป็นประจำทุกเดือนในช่วง เพื่อแสดงให้เห็นแนวโน้มที่เกิดขึ้นและวางแผนการบริหารจัดการได้ทันท่วงที  - ควบคุมปริมาณการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์แต่ละรายการให้มีปริมาณเพียงพอในการสำรองใช้ไม่เกิน 3 เดือน | - มูลค่าจัดซื้อยาเวชภัณฑ์ประจำเดือนประมาณ 3 ล้านบาทและงบประมาณครึ่งปีหลังเหลือต่ำกว่า 50% ของงบประมาณทั้งหมด | - ดร.มีจำนวนผู้มารับบริการเพิ่มมากขึ้นแบบก้าวกระโดดเป็นจำนวนมาก เพื่อเปรียบเทียบกับปีก่อน  - ดร. มีแพทย์เฉพาะทางต่างๆ ให้บริการแก่ผู้ป่วยหลายสาขา | - ทำความเข้าใจแก่แพทย์ผู้รักษา  - ขอเพิ่มวงเงินงบประมาณจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ระหว่างปีงบประมาณ  - เพิ่มระบบการประเมินความสมเหตุสมผลในการสั่งใช้ยามูลค่าสูงใน ดร. ก่อนการสั่งจ่ายยา | ปีงบประมาณ 2560 นายแพทย์ (สบ5)  หน.ดร. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.การบันทึกบัญชีและการรายงานผลทางบัญชี | - มีการตรวจสอบเอกสารการบันทึกบัญชีและการรายงานตามกำหนดระยะเวลา และมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ไว้อย่างชัดเจน | - การตรวจสอบเอกสารการบันทึกบัญชีและการรายงานตามกำหนดระยะเวลามีผลดีต่อการควบคุมทำให้การบันทึกบัญชีและการรายงานได้ถูกต้องตามระเบียบ | - ปฏิบัติงานไม่แล้วเสร็จตามระยะเวลาที่กำหนดเนื่องจากเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความชำนาญในหลักการบันทึกบัญชีฯ และปริมาณงานมีจำนวนมากทำให้เกิดความล่าช้าจากที่กำหนด | - จัดให้มีระบบการตรวจสอบภายในเพื่อกำกับดูแลการปฏิบัติงานให้มีการบันทึกบัญชีให้ถูกต้องภายในเวลาที่กำหนดส่งเจ้าหน้าที่ให้ไปรับการอบรมฯ และมีการจัดทำคู่มือ/แนวทางการบันทึกบัญชีแก่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน | ปีงบประมาณ 2560 นายแพทย์ (สบ 5)  หน.ดร. |  |

**ศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนใต้ (งานพยาบาล)**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. งานการทำเครื่องมือปราศจากเชื้อ  วัตถุประสงค์  มีสถานที่สำหรับปฏิบัติงานปราศจากเชื้อให้ได้มาตรฐาน เพื่อสนับสนุนให้มีกระบวนการทำลายเชื้ออย่างเป็นระบบ | - จัดสถานที่ในการทำเครื่องมือให้ปราศจากเชื้อของ รพ. อาศัยห้องผ่าตัดเป็นสถานที่ชั่วคราว และใช้ร่วมกับห้องปฏิบัติการ (LAB) | - ควบคุมให้เครื่องมือได้รับการทำให้ปราศจากเชื้อเป็นไปตามมาตรฐานของงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.) | - สถานที่ในการทำงานยังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน IC เนื่องจากสถานที่แออัดและใช้งานร่วมกับ LAB. อาจมีการปนเปื้อนของเชื้อได้ | - จัดทำแผนสร้างอาคารใหม่ให้มีส่วนของพื้นที่ปฏิบัติงานปราศจากเชื้อให้ได้มาตรฐาน  - เสนอแบบอ้างอิงมาตรฐาน IC /เสนอสำนักโยธาพิจารณา | - กำหนดเสร็จปีงบประมาณ 2561-2562 ผู้รับผิดชอบ  - ฝ่ายอำนวยการ  - งานการพยาบาล | ต้องรอให้ได้งบในการก่อสร้างก่อน |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. งานด้านการสื่อสารประสานงานระหว่างนอกหน่วยกับ ชต.รพ.ตร.  วัตถุประสงค์  เพื่อให้ข้อราชการเร่งด่วนได้ดำเนินการตามลำดับความสำคัญ | - ฝ่ายอำนวยการเป็นผู้ปฏิบัติรับหนังสือข้อราชการและดำเนินการเสนอ หน.ชต.รพ.ตร. แจกจ่ายงานปฏิบัติตามความเร่งด่วน | - หนังสือประสานการปฏิบัตินอกหน่วยส่งมานอกเวลาราชการมาที่ห้องฉุกเฉินบ่อยครั้ง เช่น คำสั่งการ การขอ  อนุเคราะห์ต่างๆ | - มีช่องโหวในห้วงเวลานอกราชการ | - ประกาศแนวทางการดำเนินการทางเอกสารโดยให้ประสานร้อยเวรเพื่อดำเนินการตามความเร่งด่วน | - กำหนดเสร็จ 1 ก.ย. 2560 ผู้รับผิดชอบ  - เจ้าหน้าที่ด่วนหน้าทุกส่วน  - ฝ่ายอำนวยการ |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. งานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ  วัตถุประสงค์  ผู้ป่วยไข้เลือดออกที่รับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลปลอดภัยจากภาวะวิกฤต | - ปฏิบัติตามมาฐานการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่แพทย์และพยาบาลตาละคนได้ศึกษามา  - การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ ชต.รพ.ตร.  เวลาเปิดทำการ จันทร์-ศุกร์ 08.00-24.00 น.  เสาร์-อาทิตย์ 08.00-20.00 น. | - มีการกำหนดแนวทางในการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน  - ประเมินองค์ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในบุคลากรหอผู้ป่วยใน | - สามารถป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรงของโรคไม่ให้ดำเนินไปถึงภาวะวิกฤตจนไม่สามารถรักษาได้  - ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษายังโรงพยาบาลตติยภูมิได้อย่างทันทีท่วงที | - กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกให้เป็นรูปแบบและมาตรฐานที่ชัดเจน  - ให้สุขศึกษาเชิงรุกแก่ข้าราชการตำรวจครอบครัวภายใน ศชต. และรวมถึงนักเรียนนายสิบตำรวจสังกัดตำรวจภูธรภาค 9 | - พัฒนา CNPG. ให้เสร็จภายใน มิ.ย.2561  - ผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับการพยาบาล |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. งานด้านการสื่อสารส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย  วัตถุประสงค์  ไม่เกิดความผิดพลาดในการสื่อสาร การส่งต่อข้อมูลในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย | - การรับ - ส่งเวรของทีมการพยาบาลทุก 8 ชั่วโมง  - เน้นให้เห็นความสำคัญของการรับ - ส่งเวร | - ข้อมูลผู้ป่วยถูกถ่ายทอดส่งต่อครบถ้วน  - ไม่เกิดข้อผิดพลาดในการให้การดูแลรักษาพยาบาลอันเนื่องมาจากความผิดพลาดในการสื่อสาร | - พบว่ามีการส่งต่อข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนในขณะส่งเวร โดยที่เจ้าหน้าที่บางคนยังไม่มีสมาธิหรือสนใจขณะที่รับ - ส่งเวร | - ตัดปัจจัยที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้ขาดความสนใจเช่นปิดโทรทัศน์ขณะรับ - ส่งเวรปิดเพลง ฯลฯ  - เยี่ยมอาการและประเมินผู้ป่วยด้วยตนเองก่อนจะส่งข้อมูลให้เวรต่อไปดำเนินการจดทำสมุดรับ - ส่งเวรบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากการรับ - ส่งเวรไว้ | - กำหนดเสร็จ 15 ก.ย.2560  - ผู้รับผิดชอบหัวหน้าที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน |  |

**ศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนใต้ (งานธุรการ)**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| งานธุรการทั่วไป  วัตถุประสงค์  บริหารงานทั่วไป | - ออกคำสั่งมอบหมายหน้าที่ให้เจ้าหน้าที่ให้ชัดเจน  - จัดเก็บเอกสารให้เป็นระบบ | - ลดความเสี่ยงได้ในระดับหนึ่งแต่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจำนวนไม่เพียงพอต่อปริมาณงาน | - การส่งเอกสารทางไปรษณีย์ทำให้เกิดการสูญหายได้ | - ปฏิบัติงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณฯ  - ปฏิบัติงานธุรการทั่วไปให้ทันตามเวลา  - การดำเนินการปรับปรุงจะต่อเนื่องในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 | เจ้าหน้าที่งานธุรการทั่วไป |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| งานกำลังพล  วัตถุประสงค์  บริหารงานด้านกำลังพล | - จัดเก็บข้อมูลเจ้าหน้าที่ให้เป็นปัจจุบัน  - จัดเก็บเอกสารให้เป็นระบบ  - สนับสนุนให้เข้ารับการอบรมด้านกำลังพล | - ลดความเสี่ยงได้ในระดับหนึ่งแต่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบไม่เพียงพอต่อปริมาณงาน | - เจ้าหน้าที่ยังไม่มีความชำนาญ เรื่องงานธุรการกำลังพล | - จัดรวบรวมข้อมูลของกำลังพล  - จัดเก็บข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน  - การดำเนินการปรับปรุงจะต่อเนื่องในปีงบประมาณ พ.ศ.2560 | เจ้าหน้าที่งานกำลังพล |  |

**ศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนใต้ (งานส่งกำลังบำรุง)**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **งานจัดซื้อจัดจ้าง**  วัตถุประสงค์  เพื่อจัดซื้อจัดจ้างพัสดุตามแผนฯ ให้ทันกำหนดเวลาที่ต้องการใช้ | - มอบหมายเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบควบคุมบัญชีคลังให้เป็นปัจจุบัน  - วางแผนการจัดซื้อจัดจ้างให้ทันตามระยะเวลาที่กำหนด  - สนับสนุนบุคลากรให้เข้ารับการอบรมเรื่องระบบจัดซื้อจัดจ้าง  - จัดระบบการทำงาน | - สามารถลดความเสี่ยงได้ในระดับหนึ่ง | - เจ้าหน้าที่ยังไม่มีความรู้ความชำนาญใน พ.ร.บ. จัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ.๒๕๖o ซึ่งเป็น พ.ร.บ. ตัวใหม่  - การลงคุมครุภัณฑ์ยังไม่เป็นปัจจุบัน เนื่องจากรอเลขครุภัณฑ์  - เบิกจ่ายล่าช้า | - ปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ระเบียบจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ.๒๕๖o  - ติดตามการจัดซื้อจัดจ้างและส่งของให้ทันเวลาติดตามการเบิกจ่ายงบประมาณ  -การดำเนินการปรับปรุง จะต่อเนื่องในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ | เจ้าหน้าที่งานจัดซื้อจัดจ้าง |  |

**ศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนใต้ (การเงินและงบประมาณ)**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **งานการเงินและงบประมาณ**  วัตถุประสงค์  เพื่อให้การเบิกจ่ายเป็นไปตามแผนการจัดสรรงบประมาณ | - สนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการอบรม เรื่องการเงินและการบัญชี | - ลดความเสี่ยงได้ระดับหนึ่ง | - อยู่ในระหว่างการจัดระบบในการทำงาน เพื่อให้บุคคลากรมีความชำนาญมากขึ้น  - เจ้าหน้าที่ยังไม่มีความชำนาญในเรื่องการเงิน การบัญชี | - ปฏิบัติตามระเบียบฯ  - ติดตามการเบิกจ่ายให้เป็นไปตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร  -การดำเนินการปรับปรุงจะต่อเนื่องในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖o | เจ้าหน้าที่การเงิน |  |

**ศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนใต้ (งานกายภาพบำบัด)**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **๑.งานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ**  วัตถุประสงค์  เพื่อให้ผู้ป่วยที่มารับบริการทางกายภาพบำบัดเกิดความปลอดภัย | - ประเมินและซักประวัติผู้ป่วยอย่างละเอียดเมื่อมาถึงหน่วยงานทันที  - แยกผู้ป่วยกายภาพบำบัดที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยสูงอายุ ให้อยู่ในจุดที่เจ้าหน้าที่สามารถมองเห็นได้ง่ายต่อการช่วยเหลือ | - สามารถป้องกันการเกิดภาวะฉุกเฉินขณะทำการรักษาทางกายภาพบำบัด และหากเกิดภาวะฉุกเฉินก็สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที | - การออกกำลังกายผู้ป่วยทางระบบประสาท อัมพฤต อัมพาต ขณะทำอาจเกิดอาการวิงเวียนศีรษะ หรือเหนื่อยง่าย | - ประเมินและสอบถามอาการผู้ป่วยเป็นระยะๆ ขณะที่ทำกายภาพบำบัด -สังเกตสีหน้าและท่าทางผู้ป่วยเสมอ หากพบว่ามีอาการหน้าแดง หรือมีการหายใจถี่ขึ้นให้หยุดพักทันที  วิธีปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้นภายในหน่วยงาน  - ติดต่อประสานงานทางโทรศัพท์กับเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วย  - เจ้าหน้าที่จัดเตรียมช่องทางไว้สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย | กายภาพบำบัด  ชต.รพ.ตร. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **๒. งานด้านความพึงพอใจของผู้มารับบริการ**  วัตถุประสงค์  เพื่อให้ผู้มารับบริการการความพึงพอใจในการรับบริการที่งานกายภาพบำบัด | - มีการจัดการระบบนัดผู้ป่วยเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เวลานัดซ้อนกัน | - ผู้ป่วยที่มารับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้น เนื่องจากไม่ต้องเสียเวลามานั่งรอคิวเป็นเวลานานๆ | - พบว่าบางครั้งผู้ป่วยที่มารับบริการต้องรอคิวในการรักษาเป็นเวลานาน เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นและในบางครั้งนักกายภาพบำบัดไม่สามารถให้บริการได้ทันเวลา | **-** ติดตามอาการผู้ป่วยด้วยการตรวจสอบจาก OPD CARD เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำการรักษาทางกายภาพบำบัดได้ต่อไป  - ผู้ประสบเหตุเข้าไปช่วยเหลือเบื้องต้นทันที - รายงานและบันทึกความเสี่ยง  - วางแผนการจัดการในการนัดผู้ป่วย ในกรณีที่นักกายภาพบำบัดขึ้นเวรคนเดียวจะจัดให้มีการนัดคิวผู้ป่วยแต่ละคนห่างกันประมาณครึ่งชั่วโมง เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เวลานัดซ้อนกัน ลดโอกาสที่ผู้ป่วยต้องมานั่งรอเป็นเวลานาน | กายภาพบำบัด  ชต.รพ.ตร. |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **๓. งานด้านการจัดทำบัญชีครุภัณฑ์และวัสดุทางการแพทย์**  วัตถุประสงค์ เพื่อให้สามารถควบคุมการใช้ทรัพย์สินของทางราชการได้อย่างคุ้มค่า และสามารถใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำแผนจัดซื้อในแต่ละไตรมาส | - มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบควบคุมบัญชีคลังให้เป็นปัจจุบัน | - สามารถลดโอกาสในการส่งผ้าคืนผิดหน่วยงาน และ ป้องกันการเกิดการสูญหายของผ้าได้ - สามารถทราบรายละเอียดและจำนวนของวัสดุที่คงเหลือในหน่วยงานและนำข้อมูลไปใช้ในการจัดทำแผนจัดซื้อต่อไปได้ง่ายขึ้น | - พบว่าวัสดุบางชนิด เช่น กระดาษทิชชู่เช็ดเจลอัลตราซาวด์ มีการใช้อย่างสิ้นเปลืองเกินไป - พบว่าวัสดุบางชนิด เช่น ผ้าขนหนู ผ้าปูเตียง มีการชำรุด สูญหาย หรือมีการนำส่งคืนผิดหน่วยงาน | - ประชุมร่วมกันภายในหน่วยงานเพื่อรณรงค์ให้มีการใช้งานทรัพยากรอย่างประหยัดและคุ้มค่า - จัดทำสมุดสำหรับ รับผ้า และส่งผ้าไปซัก เพื่อให้สะดวกต่อการตรวจสอบ - จัดทำสมุดสำหรับการเบิกจ่ายวัสดุภายในหน่วยงานขึ้น - จัดทำบัญชีสำหรับครุภัณฑ์และวัสดุทางการแพทย์ที่ใช้ในหน่วยงานกายภาพบำบัด และตรวจสอบบัญชีทุกเดือน | กายภาพบำบัด  ชต.รพ.ตร. |  |

**ศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนใต้ (งานเทคนิคการแพทย์)**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ๑.การยืดอายุน้ำยา AST, ALT ด้วยวิธีการแช่แข็งน้ำยา | - รักษาสภาพน้ำยา ด้วยการแช่แข็งแบ่งบรรจุน้ำยาโดยระบบ Cold Chain. | - ตรวจสอบ Stability จากการลงสารควบคุมคุณภาพ ทั้งระดับ Normal และระดับ High. | - Stability ของน้ำยายังมีผลต่อการควบคุมคุณภาพกว้าง | - เตรียม Working reagent และเก็บรักษาด้วยการแช่แข็ง รอการติดตั้งเครื่องตรวจทางเคมีคลินิก | ร.ต.ท.หญิง กีรติ  จันปุ่ม |  |

**ศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนใต้ (งานเภสัชกรรม)**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **๑. งานด้านการควบคุมเก็บรักษา** ( บริหารคลังยา เวชภัณฑ์และวัสดุ ) วัตถุประสงค์  เพื่อให้ได้แผนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่ถูกต้อง ครบถ้วน เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และ มีประสิทธิผล | -ปรับปรุงแผนตามสถานการณ์จริงโดยขออนุมัติปรับแผนการจัดซื้อตามการใช้จริง | - ความต่อเนื่องในการมียาใช้ในกรณีมีเหตุการณ์ไม่ปกติจากโรคระบาด หรือ จากสถานการณ์ความไม่สงบ | - ในกรณีมีเหตุการณ์ที่ไม่ปกติ เช่น มีการระบาดของโรคในท้องถิ่นเช่น ไข้เลือดออก ตาแดง โรคมือ เท้า ปาก หรือ ไข้หวัดใหญ่ หรือจากกรณีเหตุการณ์ความไม่สงบทำให้อัตราการใช้ยาในสถานการณ์นั้นๆสูงกว่าปกติ ทำให้ต้องมีการจัดซื้อยาในปริมาณที่เพิ่มขึ้นจากแผนจัดซื้อ | - มีการประสานงานกับหลายหน่วย ควรรายงานความคืบหน้าให้กับทุกหน่วยที่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยา | - ฝ่ายจัดซื้อ  - กลุ่มงานเภสัชกรรม |  |

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **๒. งานด้านการสื่อสาร ประสานงานระหว่างนอกหน่วย**  วัตถุประสงค์  เพื่อคงคลังยาตอบสนองการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ) | - โทรสอบถามสถานะจัดอนุมัติยาตามฎีกาที่ต้องการเบิก กับหน่วยคลังยา กลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.ตร. เพื่อติดตามปัญหาในกรณีที่ส่งยาช้ากว่าปกติ  - เร่งกระบวนการจัดซื้อด้วยตนเองให้เร็วขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการมียาในคลังให้เพียงพอมากขึ้น | - ติดต่อประสานอย่างต่อเนื่อง เพื่อคาดการณ์ใช้ยาได้  - เสนอยาพื้นฐานที่จำเป็นต้องการจัดซื้อก่อนเบื้องต้น | - ยาไม่เพียงพอกับความต้องการใช้ เนื่องจากมีการขนส่งยาล่าช้า/ไม่ส่งยา ให้ รพ. เนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น รพ.ตร.มีกระบวนการอนุมัติเบิกจ่ายยาหลายขั้นตอน หรือ การขนส่งต้องมีการประสานงานขอความร่วมมือที่รวดเร็วชัดเจน | - การอนุมัติเบิกจ่ายยา ต้องรอผ่านหลายขั้นตอน ตามระเบียบ รพ.ตร.  - เบื้องต้นจัดซื้อเฉพาะองค์การเภสัชกรรมและโรงงานเภสัชกรรมทหาร | - ฝ่ายจัดซื้อ  - กลุ่มงานเภสัชกรรม |  |

**ศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนใต้ (งานทันตกรรม)**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **๑. งานการทำเครื่องมือปราศจากเชื้อ**  วัตถุประสงค์  มีสถานที่สำหรับปฏิบัติงานปราศจากเชื้อที่ได้มาตรฐาน เพื่อสนับสนุนให้มีกระบวนการทำลายอย่างเป็นระบบ  **๒. งานเบิกจ่ายวัสดุ ครุภัณฑ์**  วัตถุประสงค์  รับเรื่องแจ้ง ความต้องการพัสดุเพื่อทราบถึงความต้องการพัสดุในแผนกทันตกรรมเพื่อให้ได้พัสดุตรงตามคุณลักษณะ ของการใช้งานและเพียงพอต่อการใช้งาน | - ทำแผนสร้างอาคารให้มีส่วนของพื้นที่ปฏิบัติงานปราศจากเชื้อที่ได้มาตรฐาน  ๑. มีแบบฟอร์มความต้องการพัสดุอย่างชัดเจน  ๒. มีพัสดุใน stock เพียงพอต่อการใช้งานระยะ ๓ เดือน | - เสนอแบบอ้างอิงมาตรฐานสำนักโยธาพิจารณา  - การแจ้งความต้องการพัสดุแต่ละสัปดาห์โดย  - เขียนใบเบิก  - ประสานงานด้วยวาจา | - พบว่าสถานที่ในการทำความสะอาดเครื่องมือยังคงอยู่ห้องเดียวกันกับห้องทำหัตถการ    - การแจ้งความต้องการพัสดุตามข้อตกลง อาจทำให้มีการจัดซื้อไม่ทันเวลา | - มีการประสานงานประชุมหารือกันและมีการรายงานความคืบหน้าทุกครั้ง    - เนื่องจากพัสดุแต่ละชนิดมีการใช้ในปริมาณมากน้อยต่างกันตามจำนวนผู้รับบริการ | - ฝ่ายอำนวยการ  - งานทันตกรรม  - ฝ่ายอำนวยการ  - งานทันตกรรม |  |

**ศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนใต้ (งานรังสีวิทยา)**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **งานรังสีวิทยา**  ทำการตรวจวินิจฉัยภาพทางรังสีให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อให้แพทย์ ชต.รพ.ตร.และรังสีแพทย์ที่ รพ.ตร. สามารถแปรผลภาพทางรังสีได้ | - มีการซักประวัติผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดสารทึบรังสีไหลออกนอกหลอดเลือดเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยสูงวัย เป็นต้น โดยก่อนการฉีดสารทึบรังสีจะมีการทดสอบฉีดน้ำเกลืออัตราความเร็วเท่ากับการฉีดสารทึบรังสี เพื่อตรวจสอบว่าสารน้ำมีการไหลออกนอกหลอดเลือดหรือไม่ | - สามารถลดอัตราการเกิดสารทึบรังสีไหลออกนอกหลอดเลือดได้ | - ในผู้ป่วยบางรายเมื่อทดสอบการฉีดน้ำเกลือด้วยอัตราเร็ว ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บแต่ไม่มีอาการบวมบริเวณที่ฉีด ทำให้ยังคงมีความเสี่ยงเมื่อฉีดสารทึบรังสีในปริมาณมาก ผู้ป่วยยังมีโอกาสเกิดสารทึบรังสีไหลออกนอกหลอดเลือดได้ | - ลดอัตราเร็วขณะฉีดสารทึบรังสีลง โดยมีการปรึกษารังสีแพทย์ทุกครั้ง | นักรังสีเทคนิค |  |

**ศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนใต้ (งานจิตวิทยา)**

**รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน**

**วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560**

| **กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม**  **(๑)** | **การควบคุมที่มีอยู่**  **(๒)** | **การประเมินผลการควบคุม**  **(๓)** | **ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่**  **(๔)** | **การปรับปรุงการควบคุม**  **(๕)** | **กำหนดเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ**  **(๖)** | **หมายเหตุ**  **(๗)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **๑.การจัดทำแผนจัดซื้อเครื่องมือการให้บริการตรวจรักษาทางจิตวิทยาคลินิก**  วัตถุประสงค์  เพื่อให้มีเครื่องมือการให้บริการตรวจรักษาทางจิตวิทยาคลินิกตามมาตรฐานวิชาชีพ | จัดทำแผนเพื่อของบประมาณสำหรับการจัดซื้อเครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยา | ยังไม่สามารถจัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดซื้อเครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยา | งบประมาณที่ขอไปยังไม่ได้รับอนุมัติการจัดซื้อ ทำให้ไม่สามารถให้บริการตรวจรักษาทางจิตวิทยาคลินิกตามมาตรฐานวิชาชีพ | ติดตามการจัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดซื้อเครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยา | จิตวิทยา ชต.รพ.ตร. |  |