

KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA



GARIS PANDUAN AUDIT PETUNJUK PRESTASI UTAMA (KPI) PROGRAM PERUBATAN

2022

ISI KANDUNGAN

BIL.	PERKARA	MUKA SURAT
1.0	Latar Belakang	1
2.0	Objektif Audit	1
3.0	Punca Kuasa	2
4.0	Skop Garis Panduan	2
5.0	Jenis dan Kekerapan Audit	2
6.0	Pasukan Audit	3
7.0	Pencalonan & Pelantikan Juruaudit	3
	7.1 Pencalonan Juruaudit	3
	7.2 Pelantikan Juruaudit	3
8.0	Tempoh Lantikan Juruaudit	4
9.0	Status dan Skop Lantikan Juruaudit	
	9.1 Juruaudit lantikan melalui Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM	4
	9.2 Juruaudit lantikan JKN	4
	9.3 Juruaudit lantikan Hospital/ Institusi	4
10.0	Pengguguran/ Penarikan Balik Lantikan Juruaudit	5
11.0	Tanggungjawab Ketua Juruaudit & Juruaudit	
	11.1 Tanggungjawab Ketua Juruaudit	5
	11.2 Tanggungjawab Juruaudit	5
12.0	<i>Auditee</i>	6
	12.1 Tanggungjawab <i>Auditee</i>	6
13.0	Fasa Audit	6
	13.1 Fasa Perancangan Audit	6
	13.2 Fasa <i>Pre-audit</i>	7
	13.2.1 <i>Performance Verification Form (PVF)</i>	7
	13.3 Fasa Audit	8
	13.3.1 <i>Performance Audit Form (PAF)</i>	9
	13.4 Fasa <i>Post-audit</i>	11
14.0	Pertanyaan Berkenaan Garis Panduan	12
15.0	Tarikh Pelaksanaan	12
16.0	Pembatalan Garis Panduan Terdahulu	12
17.0	Lampiran	
	17.1 <i>Performance Verification Form (PVF)</i>	14
	17.2 <i>Performance Audit Form (PAF)</i>	15
	17.3 <i>Performance Audit Report (PAR)</i>	18
	Sekalung Penghargaan dan Terima Kasih	20

SINGKATAN KATA

CPSU	<i>Clinical Performance Surveillance Unit</i>
CKPP	Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan
PDN	Pusat Darah Negara
HPIA	<i>Hospital Performance Indicator for Accountability</i>
IKN	Institut Kanser Negara
Institusi	PDN dan IKN
IPKKM	Ibu Pejabat Kementerian Kesihatan Malaysia
JKN	Jabatan Kesihatan Negeri
JPA	Jabatan Perkhidmatan Awam
KKM	Kementerian Kesihatan Malaysia
KPI	<i>Key Performance Indicator</i>
PPTPA	Penjawat Pengurusan Tertinggi Perkhidmatan Awam
PTJ	Pusat Tanggungjawab
PKN	Pengarah Kesihatan Negeri
PVF	<i>Performance Verification Form</i>
PAF	<i>Performance Audit Form</i>
PAR	<i>Performance Audit Report</i>
PIC	<i>Person in Charge</i>
RCA	<i>Root Cause Analysis</i>
SIQ	<i>Shortfall in Quality</i>
TPKN	Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri

1.0 LATAR BELAKANG

Garis panduan ini disediakan bertujuan memastikan pengurusan audit petunjuk prestasi utama (KPI) yang dijalankan di peringkat hospital/ institusi Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) dikendalikan dengan cekap, teratur dan telus.

Pencapaian KPI merupakan salah satu alat penilai prestasi Penjawat Pengurusan Tertinggi Perkhidmatan Awam (PPTPA) di KKM yang ditentukan oleh JPA. Konsep KPI dalam perkhidmatan awam telah diperkenalkan pada tahun 2005 melalui Pekeliling Kemajuan Pentadbiran Awam Bil. 2/ 2005. Sehubungan itu, satu proses pemantauan terhadap peraturan dan piawaian yang diguna pakai telah dipatuhi bagi memastikan amalan akauntabiliti dan integriti perkongsian maklumat secara telus dipenuhi.

Unit Survelan Pencapaian Klinik/ *Clinical Performance Surveillance Unit* (CPSU), Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan, Bahagian Perkembangan KKM bertindak selaku Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM. Peranan utama Sekretariat ini adalah untuk memantau semua aktiviti surveilan termasuk aktiviti audit KPI bagi Sektor Teknikal KKM di bawah naungan Ketua Pengarah Kesihatan.

Antara KPI yang dipantau oleh Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM adalah:

- KPI KPK/ TKPK/ Pengarah Kanan/ Pengarah Bahagian KKM
- KPI Pengarah Kesihatan Negeri/ Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri
- KPI Pengarah Hospital/ Institusi KKM
- KPI Pegawai dengan Gred Utama/ Khas JUSA di Sektor Teknikal KKM
- KPI Perkhidmatan Klinikal

2.0 OBJEKTIF AUDIT

Aktiviti audit adalah satu proses verifikasi yang sistematik bagi:

- Melaksanakan semakan terhadap pencapaian KPI yang dipantau di setiap peringkat fasiliti KKM termasuk pengenalpastian punca data (*traceability*) yang digunakan.
- Menilai kepatuhan Pusat Tanggungjawab (PTJ) terhadap *standard* yang telah ditetapkan.
- Memastikan setiap risiko serta tindakan penambahbaikan diambil oleh PTJ masing-masing bagi ketidakcapaian sesuatu indikator.
- Menilai pemahaman *auditee* mengenai aktiviti pemantauan KPI.

3.0 PUNCA KUASA

Surat daripada Pejabat Ketua Pengarah Kesihatan dengan rujukan KKM 87/P3/12/6/6 (51) bertarikh 23 April 2013 bertajuk Pelaksanaan Aktiviti Audit Bagi Pemantauan Pencapaian Indikator Program Perubatan.

4.0 SKOP GARIS PANDUAN

Meliputi semakan pencapaian indikator bagi:

- KPI Pengarah Hospital/ Institusi melalui *Hospital Performance Indicator for Accountability* (HPIA) atau setaraf dengannya
- KPI Perkhidmatan Klinikal
- Mana-mana KPI atau Indikator yang dikenal pasti oleh Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM/ Jabatan Kesihatan Negeri (JKN) dari semasa ke semasa

Audit bagi perkhidmatan yang tidak termasuk di dalam skop di atas serta tiada arahan rasmi daripada Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM adalah tidak terpakai dalam skop garis panduan ini.

Komponen yang diaudit adalah:

- Verifikasi data yang telah divalidasi
- Sistem fail bagi indikator yang diaudit
- Pemahaman *auditee* mengenai aktiviti pemantauan KPI
- Aktiviti surveilan di peringkat Unit/ Jabatan

5.0 JENIS DAN KEKERAPAN AUDIT

Audit KPI boleh dibahagikan kepada 2, iaitu audit dalaman dan audit luaran.

- **Audit Dalaman**

Dijalankan oleh auditor dari fasiliti yang sama. Audit hendaklah dijalankan setiap tahun dengan kekerapan ditentukan oleh pihak JKN masing-masing.

- **Audit Luaran**

Dijalankan oleh auditor dari fasiliti yang berbeza. Audit hendaklah dijalankan setiap tahun dengan kekerapan ditentukan oleh pihak JKN masing-masing.

Sekiranya berlaku wabak, bencana atau krisis yang akan menjejaskan pemberian perkhidmatan di fasiliti, pihak yang terlibat boleh **memohon pelepasan** daripada pelaksanaan aktiviti audit kepada Pengarah Kesihatan Negeri/ Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri (Perubatan).

6.0 PASUKAN AUDIT

Bagi setiap aktiviti audit, satu pasukan audit perlu dibentuk yang terdiri daripada seorang ketua juruaudit dan juruaudit. Bilangan juruaudit di dalam pasukan audit adalah bergantung kepada saiz fasiliti yang diaudit dan perancangan ketua juruaudit.

- Pasukan audit dalaman: Juruaudit adalah terdiri daripada anggota dari fasiliti yang sama.
- Pasukan audit luaran: Juruaudit adalah terdiri daripada anggota dari fasiliti luar.

7.0 PENCALONAN DAN PELANTIKAN JURUAUDIT

Kriteria bagi pencalonan dan pelantikan juruaudit adalah seperti berikut:

- Pegawai yang berkhidmat dengan Kementerian Kesihatan Malaysia.
- Pegawai yang mempunyai pengalaman di Unit Kualiti atau mempunyai pengalaman dalam pemantauan KPI adalah diberi keutamaan.
- Pegawai adalah seorang yang aktif di dalam aktiviti pengauditan.
- Pegawai adalah seorang yang berintegriti dan boleh berkomunikasi dengan baik.

7.1 PENCALONAN JURUAUDIT

Pencalonan juruaudit di hospital/ institusi/ JKN adalah dengan kelulusan Pengarah Kesihatan Negeri/ Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri/ Pengarah Hospital/ Institusi.

7.2 PELANTIKAN JURUAUDIT

Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM akan melantik juruaudit di peringkat JKN manakala pelantikan juruaudit bagi setiap fasiliti di bawah JKN akan dikendalikan oleh JKN masing-masing.

Sekiranya pihak fasiliti memerlukan lebih ramai juruaudit, pihak fasiliti boleh melantik juruaudit di peringkat fasiliti masing-masing dan perlu menjalani latihan audit daripada juruaudit yang telah dilantik oleh Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM atau JKN.

8.0 TEMPOH LANTIKAN JURUAUDIT

Tempoh lantikan bagi seorang juruaudit adalah selama 3 (tiga) tahun. Sekiranya terdapat keperluan untuk penggantian juruaudit dengan justifikasi yang dinilai wajar, pelantikan baru boleh dibuat dalam tempoh tersebut.

9.0 STATUS DAN SKOP LANTIKAN JURUAUDIT

9.1 Juruaudit lantikan melalui Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM

Juruaudit yang dilantik melalui Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM boleh melaksanakan audit bagi semua peringkat fasiliti. Status juruaudit ini adalah sah selagi masih berada di dalam tempoh lantikan yang ditetapkan dan berkhidmat di mana-mana fasiliti di dalam KKM.

9.2 Juruaudit lantikan JKN

Juruaudit yang dilantik oleh JKN boleh melaksanakan audit bagi peringkat Program JKN (yang melantik) dan fasiliti-fasiliti (di bawah seliaan JKN yang melantik). Status juruaudit ini adalah sah selagi masih berada di dalam tempoh lantikan yang ditetapkan dan berkhidmat dalam mana-mana fasiliti di bawah seliaan JKN yang melantik. Sekiranya juruaudit tersebut berpindah keluar ke negeri yang lain, status juruaudit tersebut akan terbatal secara automatik.

9.3 Juruaudit lantikan Hospital/ Institusi

Juruaudit yang dilantik oleh hospital/ institusi boleh melaksanakan audit bagi peringkat hospital/ institusi yang melantik sahaja. Status juruaudit ini adalah sah selagi masih berada dalam tempoh lantikan yang ditetapkan dan berkhidmat di hospital/ institusi berkenaan sahaja. Sekiranya juruaudit tersebut berpindah keluar dari hospital/ institusi tersebut, status juruaudit akan terbatal secara automatik.

Juruaudit lantikan hospital/ institusi boleh diarahkan untuk menjalankan audit ke fasiliti yang lain dengan kebenaran JKN.

10.0 PENGGUGURAN/ PENARIKAN BALIK LANTIKAN JURUAUDIT

Pelantikan sebagai juruaudit boleh digugurkan atau ditarik balik sekiranya terdapat justifikasi yang wajar oleh pihak yang melantik.

11.0 TANGGUNGJAWAB KETUA JURUAUDIT & JURUAUDIT

11.1 Tanggungjawab Ketua Juruaudit

- Menentukan jadual audit bersama-sama dengan wakil *auditee*
- Mengenal pasti juruaudit dan menugaskan juruaudit mengikut bidang tugas yang sesuai
- Memberi penerangan kepada juruaudit berkaitan aktiviti audit yang akan dijalankan
- Menghadiri mesyuarat pembukaan audit
- Memastikan pelaksanaan audit berjalan lancar merangkumi pengagihan tugas juruaudit, penyediaan catatan audit, pengurusan dengan pihak yang diaudit termasuk pengurusan konflik (jika ada)
- Menyelaras penemuan audit dan menyediakan laporan audit di dalam *Performance Audit Report (PAR)*
- Menyampaikan keputusan audit semasa mesyuarat penutup

11.2 Tanggungjawab Juruaudit

- Membuat persediaan dan mengendalikan audit berdasarkan jadual audit atau arahan dan ketetapan daripada Ketua Juruaudit
- Membuat catatan audit sepanjang mengendalikan audit
- Menyemak dan melaporkan tahap pematuhan fasiliti yang diaudit terhadap arahan atau garis panduan semasa.
- Menyemak dan memastikan data pencapaian bagi sesuatu indikator adalah sahih dan lengkap.
- Membantu Ketua Juruaudit menyediakan laporan audit

12.0 AUDITEE

Auditee KPI adalah pegawai yang dilantik oleh Ketua Jabatan suatu fasiliti untuk bertanggungjawab di dalam aktiviti surveilan KPI. *Auditee* boleh terdiri daripada:

- Penyelaras KPI Program/ JKN/ Penyelaras Kualiti hospital atau mana-mana pegawai yang diberi tanggungjawab menjalankan tugas surveilan pencapaian indikator di peringkat fasiliti.
- Pegawai/ Penyelaras indikator.
- Pakar/ pegawai yang menjalankan perkhidmatan (merujuk kepada indikator berkaitan).

12.1 Tanggungjawab *Auditee*

Antara tanggungjawab *auditee* adalah:

- Hadir ke mesyuarat pembukaan dan penutup audit.
- Bekerjasama dengan Ketua Juruaudit untuk mewujudkan jadual audit.
- Memastikan semua dokumen berkaitan telah disediakan.
- Memastikan juruaudit mendapat akses kepada semua dokumen atau kemudahan seperti di dalam skop audit.
- Memastikan persekitaran yang baik agar juruaudit boleh menjalankan tugas dengan selamat dan kondusif.

13.0 FASA AUDIT

Audit boleh dibahagikan kepada 4 fasa iaitu:

- Fasa Perancangan Audit
- Fasa *Pre-audit*
- Fasa Audit
- Fasa *Post-audit*

13.1 Fasa Perancangan Audit

- a) Perancangan audit boleh dilakukan pada awal tahun bagi pemantauan pencapaian Penggal 1 (Januari hingga Jun) dan bagi pencapaian Penggal 2 (Julai hingga Disember).
- b) Surat arahan rasmi akan dikeluarkan bagi memaklumkan setiap aktiviti audit yang akan dijalankan.

- c) Tarikh pengauditan disaran dimaklumkan kepada pihak *auditee* terlebih dahulu secara rasmi tidak kurang daripada 7 (tujuh) hari sebelum audit dilakukan.
- d) Sekiranya terdapat keperluan tertentu pasukan juruaudit boleh melakukan audit pada bila-bila masa yang difikirkan perlu dengan kelulusan Pengarah Hospital/ Institusi yang akan diaudit.
- e) Sekiranya terdapat kekangan/ justifikasi tertentu, pihak *auditee* boleh memohon pindaan tarikh aktiviti audit yang dicadang oleh pihak juruaudit tidak melebihi 30 (tiga puluh) hari dari tarikh audit dimaklumkan oleh pihak juruaudit.

13.2 Fasa *Pre-audit*

- a) Mesyuarat pembukaan audit perlu dilaksanakan dengan dipengerusikan oleh Pengarah Hospital/ Institusi atau wakil.
- b) Pihak juruaudit bebas memilih indikator/ perkhidmatan yang akan diaudit berdasarkan skop perkhidmatan yang dikemukakan. Walaubagaimanapun, saranan daripada pihak *auditee* juga boleh dipertimbangkan berdasarkan pemantauan pencapaian semasa sesebuah fasiliti.
- c) Adalah disarankan, semua indikator yang dipantau diperingkat fasiliti perlu diaudit. Walaubagaimanapun ianya adalah tertakluk kepada justifikasi oleh pasukan audit yang melakukan audit serta tertakluk kepada perkara-perkara lain seperti kekangan masa/ *complexity of the services/ reported SIQs*.
- d) Persediaan fasa *Pre-Audit* juga adalah meliputi penyediaan dokumentasi pencapaian dengan Borang Verifikasi Pencapaian (*Performance Verification Form*, PVF).

13.2.1 *Performance Verification Form (PVF)*

- a) Borang PVF adalah dokumen rasmi yang digunakan bagi tujuan pengesahan pencapaian KPI. Ia perlu dilengkapkan bagi setiap indikator yang dipantau.
- b) Borang PVF perlu diisi sekurang-kurangnya setiap enam (6) bulan bagi setiap indikator.

- c) Maklumat dan data pencapaian perlu diisi oleh Penyelaras KPI/ Pegawai/ Pakar/ Pakar Perunding Yang Menjaga aktiviti kualiti di Unit/ Jabatan berkenaan atau Ketua Jabatan.
- d) Pengesahan pencapaian (*Performance Verification*) perlu dilengkapkan bagi setiap pelaporan oleh pegawai-pegawai yang dipertanggungjawabkan seperti yang berikut:
 - Pegawai yang bertanggungjawab ke atas sesuatu indikator (*Person in charge*) yang boleh terdiri daripada Penyelaras KPI/ Pegawai/ Pakar/ Pakar Perunding Yang Menjaga aktiviti kualiti di Unit/ Jabatan berkenaan atau Ketua Jabatan
 - Ketua Unit/ Jabatan/ Seksyen/ Timbalan Pengarah
 - Pengarah Hospital/ Pengarah Kesihatan Negeri/ Pengarah Bahagian/ Ketua Program
- e) Borang yang telah lengkap perlu dikemukakan dalam tempoh 7 (tujuh) hari pada bulan pelaporan berikutnya kepada Unit/ Jabatan Kualiti sesebuah fasiliti.
- f) Sesalinan borang perlulah disimpan oleh Pegawai/ Penyelaras indikator dan Penyelaras KPI JKN/ Penyelaras Kualiti hospital atau mana-mana pegawai yang diberi tanggungjawab menjalankan tugas surveilan pencapaian indikator di peringkat fasiliti.

13.3 Fasa Audit

- a) Aktiviti audit dilaksanakan dengan menggunakan *Performance Audit Form (PAF)*.
- b) Melalui semakan borang PAF, juruaudit akan membuat kesimpulan samada pencapaian yang dilaporkan memenuhi keperluan verifikasi (*conformance*) atau sebaliknya.
- c) Ketua Juruaudit perlulah membuat kesimpulan hasil keseluruhan audit (*Full Conformance, Partial Conformance, Non- Conformance*).
- d) Setiap juruaudit dan *auditee* perlulah mengesahkan aktiviti audit yang telah dilaksanakan sepertimana dalam borang PAF.

13.3.1 Performance Audit Form (PAF)

Jadual 1: Panduan Pengisian Borang PAF

TERMA	DEFINISI
Full Conformance (Akur/ Patuh Sepenuhnya)	Semua <i>item</i> yang diaudit mematuhi keperluan definisi kepatuhan audit. (All Yes)
Partial Conformance (Akur/ Patuh Sebahagian Daripadanya)	Sebahagian/ terdapat <i>item</i> yang tidak patuh. (Not All Yes)
Non- Conformance (Tidak Akur/ Tidak Patuh)	Semua <i>item</i> yang diaudit tidak mematuhi keperluan definisi kepatuhan audit. (All No)
Understanding of the auditees • Auditees able to show and explain the technical specification • Auditee able to explain on data collection and calculation. • Auditee able to explain necessary actions to be taken if there is any SIQ.	Yes bermaksud spesifikasi teknikal bagi indikator yang diaudit dapat ditunjukkan kepada juruaudit. <i>Auditee</i> juga mampu menerangkan dengan baik akan perkara-perkara penting mengenai indikator tersebut melalui spesifikasi teknikal yang ditunjukkan. Yes bermaksud <i>auditee</i> faham dan boleh memaklumkan proses perolehan data sehingga kemasukan/ penyimpanan perekodan data yang sepenuhnya. <i>Auditee</i> juga faham dan boleh menerangkan tentang anggota yang bertanggungjawab dalam membuat pengumpulan data dan memperakukannya. Yes bermaksud <i>auditee</i> boleh menerangkan dengan baik apa yang perlu dilakukan sekiranya wujud ketidakakuran bagi pencapaian sesuatu indikator. <i>Auditee</i> juga boleh menunjukkan borang SIQ KKM dan kaedah pengisiannya.
Filing system of the audited indicator • Presence of the filing system	Yes bermaksud satu fail khusus telah diwujudkan bagi penyimpanan data/ arahan dan laporan pencapaian berkaitan (bagi fasiliti dengan sistem IT, <i>auditee</i> tetap perlu menyediakan fail khusus bagi penyimpanan PVF dan arahan rasmi pemantauan KPI). Fail khusus tersebut perlu disimpan serta dipelihara selaras dengan keperluan EKSA.

• <i>PVFs are being kept for at least 1 year</i>	Yes bermaksud rekod pencapaian melalui borang PVF perlu disimpan di dalam fail khusus berkaitan sekurang-kurangnya untuk tempoh 1 tahun.
<i>Data validity (Numerator/Denominator) - Refer to the current PVF</i> • <i>Primary data is shown, traceable and SIMILAR to the reported</i> • <i>Secondary data is shown and SIMILAR to the primary source performance</i> • <i>PVF produced by CPSU is being used and shown</i> • <i>Performance verification- PVF must have the name, signature, designation and stamp of the accountable person. Date of verification must also be available.</i>	Data kasar dan belum diproses boleh ditunjukkan kepada juruaudit. Data primer tidak perlu disahkan di dalam buku pendaftaran atau sebagainya. Contoh: Pada bulan Mei terdapat bilangan pelaporan pada <i>numerator</i> sebanyak 100 kes, <i>auditee</i> boleh menunjukkan jumlah bilangan 100 rekod pesakit pada buku pendaftaran/ sistem IT yang berkaitan. Yes bermaksud pengiraan data kasar daripada sumber yang ditunjukkan adalah sama dengan pelaporan PVF. Data sekunder yang telah diceraip/ direkod boleh ditunjukkan dan jumlahnya adalah sama dengan data primer. Yes bermaksud data yang dijumlahkan dalam data sekunder adalah sama dengan yang direkodkan dalam sumber data primer. Yes bermaksud borang PVF yang diedarkan oleh Unit CPSU, CKPP telah digunakan untuk pengisian pencapaian indikator dan boleh ditunjukkan. Yes bermaksud PVF mestilah disahkan dengan memastikan tandatangan, jawatan dan cop anggota yang bertanggungjawab dinyatakan dengan lengkap. Tarikh verifikasi juga hendaklah dinyatakan.
<i>Administrative and surveillance activities in the facility</i> • <i>Person in charge of the KPI appointed</i>	Yes bermaksud terdapat anggota kesihatan yang ditugaskan khas untuk memantau indikator yang mana <i>person in charge</i> (PIC) ini tidak

• <i>This indicator performance has been discussed and documented</i> • <i>If SIQ: action has been taken for improvement and able to show evidence</i> • <i>There is evidence of previous external/ internal audit activity being conducted within 12 months</i>	semestinya merupakan <i>auditee</i> pada hari audit. Pengeluaran surat lantikan untuk PIC adalah perlu dan sekiranya <i>auditee</i> adalah bukan PIC maka adalah memadai <i>auditee</i> berkenaan diperakui oleh Penyelaras Kualiti Hospital secara lisan. Yes bermaksud Hospital/ Jabatan/ Unit yang diaudit ada menjalankan mesyuarat/ perbincangan yang direkodkan/ diminitkan berkenaan pencapaian/ pelaksanaan KPI peringkat Hospital/ Jabatan/ Unit Yes bermaksud <i>auditee</i> dapat menunjukkan bahawa tindakan (beserta bukti) telah diambil sekiranya wujud ketidakakuran bagi sesuatu indikator yang dipantau. Bagi perkara ini, juruaudit perlu merujuk kepada borang SIQ untuk indikator tersebut. Yes bermaksud terdapat bukti proses audit dalaman/ luaran dilakukan dengan salinan borang PAF (<i>Performance Audit Form</i>) (termasuk aktiviti audit sebelum ini) bagi indikator yang di audit dalam tempoh 12 bulan dari tarikh audit.
---	---

13.4 Fasa *Post-audit*

- Mesyuarat penutup audit perlu dilaksanakan dengan dipengerusikan oleh Pengarah Hospital/ Institusi atau wakil.
- Ketua Juruaudit perlu membentangkan hasil penemuan audit dalam mesyuarat tersebut dengan menggunakan borang *Performance Audit Report* (PAR).
- Keputusan Ketua Juruaudit berhubung dengan hasil akhir audit adalah muktamad.
- Sesalinan borang *Performance Audit Form* (PAF) yang telah lengkap bagi setiap indikator yang diaudit, perlulah dikemukakan oleh Ketua Juruaudit kepada Penyelaras KPI/ Penyelaras Kualiti fasiliti yang diaudit dalam tempoh yang tidak lebih daripada tiga (3) hari bekerja setelah audit selesai.
- PAR diperingkat hospital perlu diserahkan kepada Penyelaras Kualiti Negeri dalam tempoh 14 hari selepas aktiviti audit selesai.
- PAR bagi peringkat JKN perlu diserahkan kepada Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM dalam tempoh 30 hari selepas aktiviti audit selesai.

14.0 PERTANYAAN BERKENAAN GARIS PANDUAN

Sebarang pertanyaan mengenai garis panduan ini boleh berhubung dengan Penyelaras Kualiti Bahagian Perubatan Negeri atau:

Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM

Unit Survelan Pencapaian Klinikal

Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan

Bahagian Perkembangan Perubatan

Emel: cpsu.medicaldev@moh.gov.my

15.0 TARIKH PELAKSANAAN

Garis panduan ini berkuatkuasa mulai Jun 2022.

16.0 PEMBATALAN GARIS PANDUAN TERDAHULU

Dengan penguatkuasaan garis panduan ini secara automatik akan membatalkan:

- Polisi Pelaksanaan Audit bagi *Performance Indicator* Program Perubatan tahun 2013.
- Perkara 11 (*Performance Audit*) di dalam Garis panduan & Polisi Pengukuhan Pelaksanaan *Hospital Performance Indicator for Accountability* (HPIA) dan KPI Perkhidmatan Klinikal 2014 bagi Program Perubatan.
- Garis panduan Penambahbaikan Pelaksanaan Audit bagi *Performance Indicator* Program Perubatan 2016.
- Mana-mana garis panduan mengenai audit KPI dan HPIA yang terdahulu.

17.0 LAMPIRAN

17.1 Borang PVF

PERFORMANCE VERIFICATION FORM

PVF.CPSU Ver. 2022

FACILITY (Dept./ Hosp./ Institution/ JKN/ Division/ Program)			
KPI: (Please ☒ the option) ☐ CLINICAL SERVICE ☐ HPIA ☐ PPTPA: Name : Designation :			
PERIOD OF PERFORMANCE: (Please ☒ the option) ☐ JAN – MAR ☐ APR – JUN ☐ JUL – SEPT ☐ OCT– DEC ☐ JAN – JUN ☐ JUL – DEC ☐ JAN – DEC ☐ OTHERS: Please specify:			YEAR:
INDICATOR			STANDARD
NUMERATOR		DENOMINATOR	PERFORMANCE ACHIEVED
SIQ ☐ Yes ☐ No IF Yes, SIQ FORM SUBMITTED ☐ Yes ☐ No ☐ In progress			

NOTE: This form needs to be filled by the Officer in charge of the indicator at the facility.

PERFORMANCE VERIFICATION:

Person in charge of the indicator (Name/ Signature/ Designation/ Stamp) Date: Contact Number:	Head of Unit/ Department/ Section/ Deputy Director (Name/ Signature/ Designation/ Stamp) Date:
Hospital Director/ State Director/ Division Director/ Head of Program (Name/ Signature/ Designation/ Stamp) Date:	

FOR THE USE OF QUALITY/ KPI UNIT ONLY

PERFORMANCE CONFIRMATION:

- ☐ The above performance data is verified by the appropriate officers.
☐ Others (Please specify:)

Person in charge (Name/ Signature/ Designation/ Stamp) Date:

17.2 Borang PAF

PERFORMANCE AUDIT FORM | PAF.CPSU Ver. 2022

AUDIT DATE (dd/mm/yyyy)			
FACILITY (Dept./ Hosp./ Institution/ JKN/ Division/ Program)			
KPI: (Please ☒ the option) ☐ CLINICAL SERVICE ☐ HPIA ☐ PPTPA: Name : _____ Designation : _____			
PERIOD OF PERFORMANCE: (Please ☒ the option) ☐ JAN – MAR ☐ APR – JUN ☐ JUL – SEPT ☐ OCT– DEC ☐ JAN – JUN ☐ JUL – DEC ☐ JAN – DEC ☐ OTHERS: Please specify: _____			YEAR:
INDICATOR			

NOTE: This form is to be filled by the Auditor during the audit activity. Performance that has been stated in the respected Performance Verification Form (PVF) and any other related written/ document should be audited. **Specific clinical processes are NOT part of this performance audit activity.**

AUDIT COMPONENTS	CONFORMANCE STATUS (For each components)
❖ Audit activity should be carried out using specific components (i.e. A, B, C, D & E).	Full Conformance : YES for ALL items
❖ Audit activity must refer to the latest PVF form of the audited indicator.	Partial Conformance: YES for only some items
	Non-Conformance : NO for ALL items

A. Understanding of the auditees	Indicator and the technical specification: Auditee able to show and explain the technical specification (definition of terms, criteria, standards, etc.)	☐ Yes ☐ No	SIQ: Auditee able to explain necessary actions to be taken if there is any SIQ.	☐ Yes ☐ No	Full Conformance	☐
	Data collection process: Auditee able to explain on data collection and calculation.	☐ Yes ☐ No			Partial Conformance	☐
					Non-Conformance	☐

B. Filing system of the audited indicator	Presence of filing system (proper filing system to keep the relevant KPI documents).	☐ Yes ☐ No	Full Conformance	☐
	PVFs are being kept for at least 1 year.	☐ Yes ☐ No	Partial Conformance	☐
			Non-Conformance	☐

C. Data validity (Numerator/ Denominator) - Refer to the current PVF	Primary Data is shown, traceable and SIMILAR to the reported performance.	☐ Yes ☐ No	Secondary Data is shown and SIMILAR to the primary source.	☐ Yes ☐ No	Full Conformance	☐
	Performance Verification Form (PVF) produced by CPSU is being used and shown (available).			☐ Yes ☐ No		
	Performance Verification - PVF must have the name, signature, designation and stamp of the accountable person. Date of verification must also be available.			☐ Yes ☐ No	Partial Conformance	☐
					Non- Conformance	☐

D. Administrative and surveillance activities in the facility	Person in charge of the KPI appointed (appointment letter available).	☐ Yes ☐ No	This indicator performance has been discussed and documented.	☐ Yes ☐ No	Full Conformance	☐
	If SIQ: action has been taken for improvement and able to show evidence.	☐ Yes ☐ No ☐ N/A	There is evidence of previous external/internal audit activity being conducted within 12 months (copy of PAF).	☐ Yes ☐ No	Partial Conformance	☐
					Non-Conformance	☐

AUDITEE COMMENT(S) & ACKNOWLEDGEMENT	
Comment(s) (if any):	
Auditee	
(Name/ Signature/ Designation/ Stamp)	
Date:	
AUDIT RESULT:	
	☐ FULL CONFORMANCE ☐ PARTIAL CONFORMANCE ☐ NON- CONFORMANCE

AUDITORS COMMENT(S) & VERIFICATION	
Comment(s) (if any):	
Auditor 1 (Name/ Signature/ Designation/ Stamp) Date:	
Auditor 2 (Name/ Signature/ Designation/ Stamp) Date:	

17.3 Borang PAR

PERFORMANCE AUDIT REPORT

PAR.CPSU Ver. 2022

AUDIT DATE (dd/mm/yyyy) (Specify the last audit date if audit >1 day)					
FACILITY (Dept./ Hosp./ Institution/ JKN/ Division/ Program)					
TYPE OF AUDIT: (Please ☒ the option)	☐ INTERNAL ☐ EXTERNAL				
KPI: (Please ☒ the option) ☐ CLINICAL SERVICE ☐ HPIA ☐ PTPA: Name : Designation :					
PERIOD OF PERFORMANCE: (Please ☒ the option) ☐ JAN – MAR ☐ APR – JUN ☐ JUL – SEPT ☐ OCT– DEC ☐ JAN – JUN ☐ JUL – DEC ☐ JAN – DEC ☐ OTHERS: Please specify:	YEAR: <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				

NOTE: This form needs to be filled by the Lead Auditor AFTER the audit activities have been completed. Performance Audit Report (PAR) is a summary of the audit activities that were carried out.

SUMMARY OF THE AUDIT RESULTS

KPI (Key Performance Indicator)	Number of Applicable/ Available Indicators	Number of Audited Indicators	NUMBER OF INDICATORS ACCORDING TO THE STATUS ACHIEVED		
			Full Conformance	Partial Conformance	Non-Conformance
PTPA					
OTHERS					
TOTAL					

HPIA (Hospital Performance Indicator for Accountability)	Number of Applicable/ Available Indicators	Number of Audited Indicators	NUMBER OF INDICATORS ACCORDING TO THE STATUS ACHIEVED		
			Full Conformance	Partial Conformance	Non-Conformance
Internal Business Process					
Customer Focus					
Employee Satisfaction					
Learning & Growth					
Financial & Office Management					
Environmental Support					
TOTAL					

CLINICAL SERVICES	Number of Applicable/ Available Indicators for Clinical Services	Number of Audited Indicators	NUMBER OF INDICATORS ACCORDING TO THE STATUS ACHIEVED		
			Full Conformance	Partial Conformance	Non- Conformance
Clinical Services					
TOTAL					

OTHER FINDINGS:

General Requirements of the Audit Activities (Please tick ☒ on the option)- to be filled by Lead Auditor	Pre-Audit Meeting was chaired by the top management of the facility	☐ Yes ☐ No	There are liaison officers appointed for the audited KPIs during the audit day	☐ Yes ☐ No	Excellent (ALL YES)	☐
	ALL auditee(s) of the audited KPI were present on time at the site during the audit activities (Auditee is not necessarily the person in-charge of the KPI)	☐ Yes ☐ No	ALL Unit/ Departments representatives are present during the pre-audit and post audit/ exit conference.	☐ Yes ☐ No	Satisfactory (SOME YES)	☐
	Post-Audit/ Exit Meeting was chaired by the top management of the facility	☐ Yes ☐ No			Poor (ALL NO)	☐

LEAD AUDITOR COMMENT(S) & ACKNOWLEDGEMENT

Comment(s): *Please add attachments if more space is required.

Lead Auditor

(Name/ Signature/ Designation/ Stamp)

Date:

*Kindly attach the name list of all auditors

HEAD OF FACILITY COMMENT(S) & ACKNOWLEDGEMENT

Comment(s):

Head of Facility

(Name/ Signature/ Designation/ Stamp)

Date:

SEKALUNG PENGHARGAAN DAN TERIMA KASIH

Penasihat

Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia
Kementerian Kesihatan Malaysia

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan)
Kementerian Kesihatan Malaysia

Pengarah Perkembangan Perubatan
Bahagian Perkembangan Perubatan

Dr Nor 'Aishah binti Abu Bakar
Pakar Perubatan Kesihatan Awam
Mantan Timbalan Pengarah Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan

Senarai Editor

Dr Erlendawati binti Mohd Anuar

Dr Khairulina Haireen binti Khalid

Dr Mohd Fuad bin Sallehuddin

Dr Anith Shazwani binti Adnan

Penyelia Jururawat Normala bint Salim

Ketua Jururawat Noorafizah binti Mohd Nor

Puan Sarah Suhaini binti Sopian

Unit Surveilan Pencapaian Klinikal,
Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan

Dr Suraya binti Amir Husin

Dr Mohamad Ezzat Bin Mohamad Ismail

Dr Kang Kiat Hong

Dr Nor Hasnira Binti Ningal

Dr Ting Ming Ming

Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan

JKN Perlis

JKN Pahang

JKN Perak

JKN Sarawak