ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

รายงานการประเมินผลการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานย่อย กระบวนการศึกษาวิจัย

สำหรับระยะเวลาการดำเนินงานสิ้นสุดวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

(๑) ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนการดำเนินการ ภารกิจอื่นๆ ที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ / วัตถุประสงค์	(๒) ความเสี่ยง	(๓) การควบคุมภายในที่มีอยู่	(๔) การประเมินผลการควบคุมภายใน	(๕) ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	(๖) การปรับปรุงการควบคุม	(๗) หน่วยงานที่รับผิดชอบ / กำหนดเสร็จ
กระบวนการศึกษาวิจัย						
๑. ศึกษา วิเคราะห์ กำหนดขอบเขตและลำดับความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ๑.เพื่อให้ผลงานวิจัยของศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ถูกต้องตามระเบียบวิธีวิจัย และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล	ไม่มี	มีนโยบายกรมอนามัยและข้อมูลด้านส่งเสริมสุขภาพ	การควบคุมที่มีอยู่เพียงพอ สามารถป้องกันความเสี่ยงได้แต่เนื่องจากเป็นความเสี่ยงจากภายนอกจึงยังคงต้องติดตามความเสี่ยงอยู่	ไม่มี	ศึกษาข้อมูลกรอบวิจัยกรมอนามัยและให้การช่วยเหลือนักวิจัยอย่างต่อเนื่อง	คณะกรรมการ จริยธรรมฯ และนักวิชาการ/ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗
๒.ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์: เพื่อให้ข้อมูลที่ใช้อ้างอิงมีความครอบคลุมเพียงพอและทันสมัย	ไม่มี	-มีการทบทวนวรรณกรรมหลายช่องทางเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทันสมัย	-การควบคุมที่มีอยู่เพียงพอ สามารถป้องกันความเสี่ยงได้	ไม่มี	ไม่มี	คณะกรรมการ กพว. และนักวิชาการ/ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗
๓. นักวิจัยส่งโครงร่างการวิจัยผ่านกรรมการ กพว. พิจารณากลั่นกรองผลงาน วัตถุประสงค์เพื่อพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาโครงร่างการวิจัย	ไม่มี	คกก. กพว. พิจารณาความสอดคล้องของโครงร่างการวิจัย พร้อมทั้งให้คำแนะนำ	การควบคุมที่มีอยู่เพียงพอ สามารถป้องกันความเสี่ยงได้	ไม่มี	ไม่มี	คณะกรรมการ กพว. และนักวิชาการ/ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

๔. นักวิจัยส่งโครงร่างฯ เพื่อพิจารณาเรื่องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เพื่อพิจารณาความถูกต้องของโครงร่างการวิจัยให้เป็นไปตามหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ	การขอจริยธรรมใช้เวลานาน	คกก.จริยธรรมฯพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมตามหลักจริยธรรมฯของโครงร่างการวิจัย พร้อมทั้งให้คำแนะนำ	การควบคุมที่มีอยู่เพียงพอ แต่เนื่องจากเป็นความเสี่ยงจากภายนอกจึงยังคงต้องติดตามความเสี่ยงอยู่	การขอจริยธรรมประเภท Full Board ใช้เวลานาน	จัดตั้ง คกก. จริยธรรมการวิจัยฯ เพื่อให้การพิจารณาโครงร่างฯ ประเภท Full Board ของบุคลากร	คณะกรรมการ จริยธรรมฯ และนักวิชาการ/ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗
๕. เสนอโครงร่างเพื่อขออนุมัติผู้อำนวยการศูนย์ฯ วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้บริหารเห็นชอบและอนุมัติให้ศึกษา/วิจัย ในพื้นที่	ไม่มี	มีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนการเสนอโครงการ	การควบคุมที่มีอยู่เพียงพอ สามารถป้องกันความเสี่ยงได้	ไม่มี	ไม่มี	งานส่งเสริมการวิจัย และนักวิชาการ/ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗
๖.ดำเนินตามแผนงานวิจัยที่กำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อดำเนินการวิจัยตามแผนปฏิบัติการงานวิจัย	การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้	มีการติดตามและการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ	นักวิจัยต้องปฏิบัติงานตามภาระกิจหลักที่ได้รับมอบหมายเร่งด่วนในช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้ส่งผลกระทบต่อแผนงานวิจัยที่วางไว้	การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้	งานส่งเสริมการวิจัยให้การสนับสนุน และนักวิจัยปรับแผนการดำเนินงานเพื่อให้สามารถดำเนินงานวิจัยจนเสร็จสิ้น	งานส่งเสริมการวิจัย และนักวิชาการ/ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗
๗. เขียนรายงานการวิจัย และเผยแพร่ผลงานนักวิจัย วัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและนำไปใช้ประโยชน์	ไม่มี	มีผู้เชี่ยวชาญในการปรึกษาและให้คำแนะนำการเขียนรายงานวิจัยตามรูปแบบมาตรฐาน	การควบคุมที่มีอยู่เพียงพอ สามารถป้องกันความเสี่ยงได้	ไม่มี	ไม่มี	งานส่งเสริมการวิจัย และนักวิชาการ/ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

ลายมือชื่อ (.....)

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

วันที่ เดือน พ.ศ.

(นางจารินี [illegible])
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านโภชนาการ)
รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

รายงานการประเมินผลการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานย่อย กระบวนการบริหารงบประมาณ

สำหรับระยะเวลาการดำเนินงานสิ้นสุดวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕- ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

(๑) ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนการดำเนินการ ภารกิจอื่น ๆ ที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ / วัตถุประสงค์	(๒) ความเสี่ยง	(๓) การควบคุมภายในที่มีอยู่	(๔) การประเมินผลการควบคุมภายใน	(๕) ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	(๖) การปรับปรุงการควบคุม	(๗) หน่วยงานที่รับผิดชอบ / กำหนดเสร็จ
ภารกิจสนับสนุน						
กระบวนการบริหารงบประมาณ						
๑. ชี้แจงนโยบาย ยุทธศาสตร์		กลุ่มขับเคลื่อนยุทธ-	การควบคุมที่มีอยู่	-	-	- กลุ่มขับเคลื่อนยุทธ-
แนวทางการดำเนินงานประจำปี		ศาสตร์และพัฒนากำลังคน	เพียงพอ สามารถป้องกัน			ศาสตร์และพัฒนา-
วัตถุประสงค์		จัดประชุมชี้แจงแก่	ความเสี่ยงได้			กำลังคน
เพื่อให้บุคลากรรับทราบแนวทางการดำเนินงานของศูนย์ฯ		บุคลากร				- ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗
๒. กลุ่ม/หน่วย/งาน จัดทำแผน/		ตรวจสอบความถูกต้อง	การควบคุมที่มีอยู่	-	-	- กลุ่มงาน/หน่วย/งาน
โครงการเพื่อขอรับการพิจารณา และ		ของระเบียบการใช้เงิน	เพียงพอ สามารถป้องกัน			ที่เกี่ยวข้อง
อนุมัติการดำเนินงาน		งบประมาณ ระยะเวลา	ความเสี่ยงได้			- ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗
วัตถุประสงค์		การดำเนินงาน และ				
เพื่อพิจารณาโครงการ งบประมาณ		การเบิกจ่ายงบประมาณ				
		ให้เป็นไปตามเป้าหมาย				
		ที่กรมบัญชีกลาง				
		กำหนดก่อนเสนอ				
		ผู้อำนวยการศูนย์ฯ				
๓. กลุ่ม/หน่วย/งาน ดำเนินการตาม	- การเบิกจ่ายงบประมาณ	กลุ่มขับเคลื่อนยุทธ-	-	- การเบิกจ่าย	ปรับแผนการใช้จ่าย	- กลุ่มงาน/หน่วย/งาน
แผนงาน/โครงการที่ได้รับอนุมัติแล้ว	ไม่เป็นไปตามแผน	ศาสตร์และพัฒนากำลังคน		งบประมาณไม่เป็นไป	เงินให้สอดคล้องกับ	ที่เกี่ยวข้อง
วัตถุประสงค์	- การเบิกจ่ายงบประมาณ	ควบคุมกำกับการเบิก		ตามแผน	กิจกรรมตามระยะเวลา	- ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗

เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามแผนงาน/	ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	จ่ายให้เป็นไปตามแผน		- เป้าหมายเบิกจ่ายไม่	ที่เหมาะสม	
โครงการและงบประมาณ	ที่กรมบัญชีกลางกำหนด	ที่กำหนด และบรรลุ		เป็นไปตามเป้าหมายที่		
		เป้าหมายของ		กรมบัญชีกลางกำหนด		
		กรมบัญชีกลาง				

(๑) ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนการดำเนินการ ภารกิจอื่นๆ ที่สำคัญ ของหน่วยงานของรัฐ / วัตถุประสงค์	(๒) ความเสี่ยง	(๓) การควบคุมภายใน ที่มีอยู่	(๔) การประเมินผล การควบคุมภายใน	(๕) ความเสี่ยง ที่ยังมีอยู่	(๖) การปรับปรุง การควบคุม	(๗) หน่วยงานที่รับผิดชอบ / กำหนดเสร็จ
ภารกิจสนับสนุน						
๔. งานการเงินและบัญชี	-	รายงานสรุปผลภายใน	การควบคุมที่มีอยู่	-	-	- งานการเงินและบัญชี
กลุ่มอำนวยการ จัดทำสรุปผลการ		ระยะเวลาที่กำหนด และ	เพียงพอ สามารถป้องกัน			กลุ่มอำนวยการ
เบิกจ่ายงบประมาณเสนอ		การประกาศขึ้นเว็บไซต์	ความเสี่ยงได้			- ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗
ผู้อำนวยการศูนย์ เป็นประจำทุกเดือน **วัตถุประสงค์** เพื่อสรุปภาพรวมการใช้จ่ายเงินและติดตามผลการใช้จ่ายงบประมาณ						
๕. คณะกรรมการติดตามเร่งรัด	การเบิกจ่ายงบประมาณ	-มีการประชุมคณะ-	การควบคุมที่มีอยู่	การเบิกจ่ายงบประมาณ	คณะกรรมการฯ	- กลุ่มงาน/หน่วย/งาน
การเบิกจ่ายงบประมาณ	ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	กรรมการบริหารศูนย์ฯ	ไม่เพียงพอที่จะทำให้การ	ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	แจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ	ที่เกี่ยวข้อง
นำผลการเบิกจ่ายรายเดือนวเคราะห์	ที่กำหนด	ทุกเดือน เพื่อวิเคราะห์	ดำเนินงานบรรลุ	ที่กำหนด	เพื่อเร่งรัดการใช้จ่ายงบ	- ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗
แนวโน้มการเบิกจ่ายงบประมาณ		ผลการเบิกจ่าย	วัตถุประสงค์		ให้เป็นไปตามแผนงาน	
วัตถุประสงค์		- เงินที่ยังไม่เป็นไปตาม			โครงการที่กำหนด	
เพื่อแก้ไขปัญหา อุปสรรค การใช้จ่าย		เป้าหมาย			โดยเร็ว	
งบประมาณ						

ลายมือชื่อ (นางจารินี ยศปัญญา).....)
นักวิชาการเชี่ยวชาญ (ด้านโภชนาการ)
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
วันที่ เดือน พ.ศ.

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

รายงานการประเมินผลการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานย่อย กระบวนการหลัก การจัดการอบรม/ประชุม/สัมมนา(ทุกกลุ่มวัย)

สำหรับระยะเวลาการดำเนินงานสิ้นสุดวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

(๑) ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนการดำเนินการ ภารกิจอื่นๆ ที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ / วัตถุประสงค์	(๒) ความเสี่ยง	(๓) การควบคุมภายในที่มีอยู่	(๔) การประเมินผลการควบคุมภายใน	(๕) ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	(๖) การปรับปรุงการควบคุม	(๗) หน่วยงานที่รับผิดชอบ / กำหนดเสร็จ
กระบวนการหลัก การจัดอบรม/ประชุม/สัมมนา (ทุกกลุ่มวัย)						
๑. ศึกษานโยบาย/ยุทธศาสตร์ และประเมินสถานการณ์ปัญหา	๑. ตัวชี้วัด/template จากส่วนกลางล่าช้า	- ประสานกับผู้รับผิดชอบของส่วนกลางโดยตรงอย่างต่อเนื่อง	- ทราบแนวทางการดำเนินงาน/ตัวชี้วัดที่ชัดเจน ทันเวลา	-	-	ทุกกลุ่มวัย ๓๐ ก.ย. ๖๗
๒. จัดทำโครงการ	การจัดทำโครงการล่าช้าเนื่องจากการปรับแก้งบประมาณ	- กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ ตรวจสอบแผนงบประมาณ	- การจัดทำโครงการเสร็จทันเวลา	การจัดทำโครงการล้าช้า	พัฒนาทักษะบุคลากรในการจัดทำแผนงบประมาณ และระเบียบเบิกจ่าย	ทุกกลุ่มวัย ๓๐ ก.ย. ๖๗
๔. พิจารณาอนุมัติโครงการ	ไม่ผ่านการอนุมัติ	- ลงลายมือชื่อผู้จัดทำโครงการ - ผู้มีอำนาจพิจารณาและลงลายมือชื่ออนุมัติภายใน ๒ วันทำการ	- โครงการได้รับการอนุมัติ	-	-	ทุกกลุ่มวัย ๓๐ ก.ย. ๖๗

๕. เตรียมการอบรม/ประชุม/สัมมนา	๑. การเตรียมอุปกรณ์ประชุมไม่ครบถ้วน	กำหนดวันที่จะขอรับการสนับสนุนและประสานผู้เกี่ยวข้อง	- ได้รับงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ก่อนจัดการอบรมล่วงหน้าอย่างน้อย ๓ วัน	-	-	ทุกกลุ่มวัย ๑ ต.ค. ๖๖ – ๓๐ ก.ย. ๖๗
	๒. วิทยากรไม่ว่างในวันประชุม	- รายชื่อและความเชี่ยวชาญของวิทยากร	- วิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญบรรยายในการประชุม	- วิทยากรไม่ว่างในวันประชุม	- ส่งไฟล์หนังสือยืนยันการขอเชิญเป็นวิทยากร	
๖. ดำเนินการจัดอบรม	๑. ผู้เข้าร่วมประชุมไม่ทราบวิธีการเข้าสู่ห้องประชุม	- ประสานผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดเพื่อยืนยันลิงค์การประชุม	จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม	ผู้เข้าร่วมอบรมไม่สามารถเข้าระบบประชุมได้	- ให้ผู้เข้าประชุมตอบรับและแจ้ง E-mail เพื่อส่งลิงค์การประชุมและแนวทางการติดตั้งโปรแกรมให้ล่วงหน้า - ทดสอบระบบการประชุมก่อนการจัดประชุมล่วงหน้า ๑ วัน	ทุกกลุ่มวัย ๓๐ ก.ย. ๖๗
	๒. ผู้เข้าร่วมอบรมไม่เข้าร่วมเต็มหลักสูตร	- หนังสือแจ้งความสำคัญของการประชุมและกำหนดการ	จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม	ผู้เข้าร่วมอบรมไม่เข้าร่วมเต็มหลักสูตร	บันทึกวิดีโอการประชุม	
	๓. เสียงการบรรยายของวิทยากรไม่ชัดเจน	- แจ้งวิทยากรเพื่อเตรียมอุปกรณ์ที่เหมาะสม	เสียงการบรรยายชัดเจน	เสียงการบรรยายของวิทยากรไม่ชัดเจน	- ทดสอบระบบการประชุมก่อนการจัดประชุมล่วงหน้า ๑ วัน	

	๓. เครื่องมืออุปกรณ์ขัดข้องระหว่างการอบรม	- ตรวจความพร้อมใช้อุปกรณ์ก่อนเริ่มประชุมทุกครั้ง	- ปัญหาเครื่องมือไม่พร้อมใช้	- สัญญาณขัดข้อง	- ประสานวิทยากรเพื่อขอเอกสารนำเสนอหรือเครื่องมือที่ใช้นำเสนอล่วงหน้า	
๗. สรุปจัดอบรม/ประชุม/สัมมนา	สรุปรายงานล่าช้า	- งบประมาณดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๗ วัน - เนื้อหาประชุมดำเนินการแล้วเสร็จภายใน ๖๐ วัน	มีการสรุปเอกสารภายในเวลาที่กำหนด	การสรุปเอกสารล่าช้า	- ประสานวิทยากรในการเตรียมเอกสารทางการเงินก่อนการประชุม	ทุกกลุ่มวัย ๓๐ ก.ย. ๖๗
๘. เผยแพร่/จัดเก็บรายงานผล การจัดอบรม	-	- จัดเก็บเอกสารเข้าแฟ้มเรียงตามลำดับเหตุการณ์ - เผยแพร่ทางอินทราเน็ต	มีเอกสาร/ไฟล์สรุปผล	-	-	ทุกกลุ่มวัย ๓๐ ก.ย. ๖๗

ลายมือชื่อ (.....)

(นางจารินี ยศปัญญา)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านโภชนาการ)

รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

วันที่ เดือน พ.ศ.

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

รายงานการประเมินผลการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานย่อย กระบวนการหลัก ภารกิจการให้บริการงานเวชระเบียน

สำหรับระยะเวลาการดำเนินงานสิ้นสุดวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

(๑) ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนการดำเนินการ ภารกิจอื่นๆ ที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ / วัตถุประสงค์	(๒) ความเสี่ยง	(๓) การควบคุมภายในที่มีอยู่	(๔) การประเมินผลการควบคุมภายใน	(๕) ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	(๖) การปรับปรุงการควบคุม	(๗) หน่วยงานที่รับผิดชอบ / กำหนดเสร็จ
ภาระกิจการให้บริการงานเวชระเบียนและ คัดกรองผู้รับบริการ ๑.คัดกรองผู้รับบริการ/ให้คิวผู้รับบริการ วัตถุประสงค์ เพื่อให้การส่งตรวจถูกคน/ถูกคลินิก ตามอาการของผู้รับบริการ	*ส่งตรวจผู้รับบริการผิด คลินิคให้สิทธิการรับบริการ ไม่ถูกต้อง *ตู้คีย์ออสระบบส่งตรวจ เซฟเวอร์ไม่ทำงาน *ผู้รับบริการให้ข้อมูลไม่เป็นจริง	*ซักถามความต้องการ การรับบริการและอาการที่ผู้ รับบริการต้องการมาปรึกษา ให้มีความละเอียดมากขึ้น * ตรวจสอบและแก้ไขใบคิว ก่อนให้ใบนำทางแก่ ผู้รับบริการ *ให้ผู้รับบริการยื่นบัตรประชาชนทุกครั้งที่มารับบริการ *ตรวจสอบชื่อ/สกุล/อายุ วัน/เดือน/ปีเกิด ทุกครั้งและตรวจสอบรูปในระบบHosxpกับตรวจจริงทุกครั้ง ก่อนให้บัตรคิว	*มีการปฏิบัติตามการควบคุม บางครั้งขาดการซักประวัติ ที่ละเอียด *ขาดความชำนาญในการวิเคราะห์การใช้สิทธิ	*ส่งผู้รับบริการผิดคลินิก สาเหตุ *ขาดการซักประวัติที่ไม่ละเอียด *ผู้รับบริการลืมนำบัตรประชาชนมา	*ซักถามความต้องการ การรับบริการ *ซักประวัติคัดกรอง อาการที่ผู้มารับบริการต้องการขอคำปรึกษา ให้มีความละเอียด มากขึ้น *การรับฟังและการตอบกลับ ความต้องการของผู้รับ บริการ *จัดทำคู่มือการใช้สิทธิ ผู้รับ	๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ จนท.งานเวชระเบียน

		*งดให้บริการกรณีที่โทรมาเปิดvisit ออกบัตรคิว			บริการประเภทต่างๆ	
๒.จัดพิมพ์ประวัติผู้รับบริการเพิ่มรายใหม่/จัดค้นประวัติผู้รับบริการรายเก่า วัตถุประสงค์ *เพื่อให้ได้รับบัตรถูกคน ครบถ้วนสมบูรณ์	๒.พิมพ์ประวัติผู้รับบริการใหม่ผิด/พิมพ์ประวัติไม่ครบ สาเหตุ *ข้อมูลในใบกรอกประวัติไม่ครบถ้วน *ผู้รับบริการไม่ให้ข้อมูลในใบกรอกประวัติ ๓.ประวัติผู้รับบริการเก่าสูญหาย/เก็บประวัติผิดที่/ค้นประวัติผิดคน สาเหตุ ประวัติคงค้างที่คลินิคต่างๆ *ประวัติคงค้างจากการนำไปใช้ประโยชน์อื่นๆ *ประวัติคงค้างจากการลงทะเบียนของงานเวชระเบียน *ผู้รับบริการถึงแก่กรรม *ขาดความรอบครอบประวัติคงค้างจากการนำไปใช้ประโยชน์อื่นๆ ผู้รับบริการถึงแก่กรรม ประวัติคงค้างจากการลงทะเบียนของงานเวช	๒.ขณะพิมพ์ประวัติถ้าพบข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือข้อมูลไม่ตรงกับประวัติเดิมให้สอบถามผู้รับบริการอีกครั้ง *ก่อนส่งบัตรใหม่ให้ผู้รับบริการควรตรวจสอบข้อมูลในประวัติร่วมกับผู้รับบริการให้ถูกต้องอีกครั้ง *ตรวจสอบการลงทะเบียนรับกลับในระบบHosXP *ตรวจสอบบัตรที่คงค้างยังไม่ลงทะเบียนและตรวจสอบถามไปยังคลินิคที่ผู้รับบริการมาครั้งล้าสุด *เน้นย้ำผู้รับผิดชอบลงทะเบียนรับกลับเร็วที่สุดเมื่อได้รับบัตรคืน	*มีการตรวจสอบบัตรไม่ครบทุกรายและเป็นส่วนน้อย	๒.พิมพ์ประวัติผู้รับบริการใหม่ผิด/พิมพ์ประวัติไม่ครบ สาเหตุ *ข้อมูลในใบกรอกประวัติไม่ครบถ้วน *ผู้รับบริการไม่ให้ข้อมูลในใบกรอกประวัติ ๓.ประวัติผู้รับบริการเก่าสูญหาย/เก็บประวัติผิดที่/ค้นประวัติผิดคน สาเหตุ ประวัติคงค้างที่คลินิคต่างๆ	*ขณะพิมพ์ประวัติถ้าพบว่าข้อมูลไม่ครบหรือข้อมูลไม่ถูกต้องให้สอบถามผู้รับบริการเพิ่มเติม *ตรวจสอบการลงทะเบียนรับกลับในโปรแกรมHosXP *ตรวจสอบประวัติคงค้างที่ยังไม่ลงทะเบียนและสอบถามไปยังคลินิที่ผู้รับบริการไปใช้บริการล่าสุด	๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ จนท.งานเวชระเบียน

	ระเบียน ขาดความรอบครอบ					
๓. ตรวจสอบสิทธิพร้อมบันทึกในระบบHosxp และลงทะเบียนส่งตรวจ วัตถุประสงค์ เพื่อสิทธิ์ในการใช้บริการครั้งนี้ถูกต้อง	ตรวจสอบสิทธิและลงบันทึกสิทธิการรักษาของผู้รับบริการ *ระบบตรวจสอบสิทธิล้ม สาเหตุ มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพของผู้รับบริการ เข้าWebตรวจสอบสิทธิไม่ได้ ผู้รับบริการไม่ได้แจ้งการเปลี่ยนแปลงเรื่องสิทธิการรักษา	กรณีตรวจสอบสิทธิไม่ได้ให้แจ้งกับผู้รับบริการว่าให้ใช้สิทธิเดิมตามที่ผู้รับบริการเคยแจ้งไปครั้งก่อนแต่หากพบว่าสิทธิของผู้รับบริการไม่ถูกต้องหรือมีการเปลี่ยนแปลงจะมีการแจ้งให้ผู้รับบริการทราบ *หรือมีการสอบถามข้อมูลจากผู้รับบริการเพิ่มเติมว่ามีการใช้สิทธิเบิกกับหน่วยงานใดหรือไม่	*พบสิทธิผิดในบัตรคิวของผู้รับบริการ *ตรวจสอบสิทธิผิดและลงส่งสิทธิในระบบ Hos xp ผิด	๔บันทึกสิทธิการรักษาไม่ถูกต้อง/ไม่เป็นปัจจุบัน สาเหตุ มีการเปลี่ยนแปลงสถานะภาพของผู้รับผิดชอบ	*สอบถามผู้ใช้บริการร่วมกันพิจารณาข้อมูลที่พบในการตรวจสอบกับโปรแกรมสปสช. *กรณีตรวจสอบสิทธิไม่ได้ตกลงกับผู้ใช้บริการว่าให้ใช้สิทธิตามที่ผู้รับบริการแจ้งไปก่อนแต่หากพบว่าสิทธิไม่ถูกต้องจะแจ้งให้ผู้รับบริการทราบอีกครั้ง	๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ จนท.งานเวชระเบียน
๔.ส่ง OPD Card ไปยังคลินิกต่างๆ วัตถุประสงค์ เพื่อส่งบัตรได้ถูกต้องตามคลินิกครบถ้วนทันเวลา	*ส่งบัตรผิดคลินิก/ส่งบัตรช้าเกิน๒๐ นาที/คน	*จัดแยกกลุ่มบัตรตามคลินิกและนำส่งโดยเจ้าหน้าที่	มีการบัติตามการควบคุมที่มีอยู่	๕.ส่งบัตรช้าเกิน๒๐นาที/คน สาเหตุ *มีผู้มารับบริการจำนวนมาก *เจ้าหน้าที่รอรวมบัตรได้จำนวนหนึ่งค่อยนำส่งตามคลินิก	*มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ทุกคนเป็นผู้เดินบัตรหากพบว่ามีบัตรรอส่งให้รีบนำส่งที่คลินิกเร็วที่สุดถึงแม้จะมีบัตรจำนวนน้อย	๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ จนท.งานเวชระเบียน
๕.การับกลับ OPD Card ตรวจสอบคุณภาพ เวชระเบียนผู้ป่วยนอกให้รหัส ICD ๑๐/ICD๙	*ให้รหัสโรคไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน/ไม่ลงรหัสโรค	*มีคู่มือการให้รหัสโรค/รหัสหัตถการ	*มีการใช้คู่มือการให้รหัสโรค	๕.ให้รหัสโรคไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน	*การควบคุมที่มีอยู่เพียงพอสามารถป้องกันความเสี่ยง	๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ จนท.งานเวชระเบียน

						ทุกวัน
๗.เรียงและจัดเก็บ OPD Cardเข้าชั้นจัดเก็บเอกสาร <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้มีการเก็บ OPD Card ตามระบบสากล	*จัดทำระบบและคู่มือการเก็บบัตร	๗.เก็บ OPD Card ผิดที่ <u>สาเหตุ</u> *ขาดความละเอียดรอบครอบ *ขาดความละเอียดรอบครอบ *OPD Card มีจำนวนมากและบัตรซ้อนกัน	*จัดทำระบบและคู่มือการจัดเก็บ OPD Card โดยมีการแยกสีของ OPD Card ตามหมายเลข *จัดทำป้ายคั่นหมวดหมู่ในชั้นเก็บ OPD Card	๓๐ กันยายน ๒๕๖๖ เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน	O	<u>วิธีการติดตาม</u> ระหว่างการปฏิบัติงานทุกวัน ถ้าพบให้ลงบันทึกในแบบบันทึกความเสี่ยง และรวบรวมคีย์ลงโปรแกรมความเสี่ยงทุกเดือน <u>สรุปผลการประเมิน</u> ยังหาบัตรไม่พบเนื่องจากมีการเก็บผิดที่ <u>ข้อคิดเห็น</u> ตรวจสอบการเรียงผิดหมวดสี ที่ให้รหัสสีตาม HN

☆ = ดำเนินการแล้วเสร็จ
✓ = ดำเนินการแล้วแต่ล่าช้ากว่ากำหนด
X = ยังไม่ได้ดำเนินการ
O = อยู่ระหว่างดำเนินการ

ลายมือชื่อ (.....)
(นางจารินี ยศปัญญา)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านโภชนาการ)
รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

รายงานการประเมินผลการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานย่อย กระบวนการสนับสนุน กระบวนการตรวจสอบโครงการ

สำหรับระยะเวลาการดำเนินงานสิ้นสุดวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

(๑) ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตามแผนการดำเนินการ ภารกิจอื่นๆ ที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ / วัตถุประสงค์	(๒) ความเสี่ยง	(๓) การควบคุมภายในที่มีอยู่	(๔) การประเมินผลการควบคุมภายใน	(๕) ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	(๖) การปรับปรุงการควบคุม	(๗) หน่วยงานที่รับผิดชอบ / กำหนดเสร็จ
กระบวนการ : การตรวจสอบโครงการ						
๑. รับและตรวจสอบเอกสารโครงการจากกลุ่ม/หน่วย **วัตถุประสงค์ :** ตรวจสอบความครบถ้วนของชุดเอกสารโครงการ (บันทึกข้อความจากกลุ่ม/หน่วย เอกสารโครงการ รายละเอียดงบประมาณ ผังควบคุมกำกับ กำหนดการ)	๑.เอกสารชุดโครงการไม่ครบ	๑. ผู้รับเอกสารชุดโครงการต้องตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารทุกครั้ง ๒. ประสานผู้รับผิดชอบ ให้รับทราบ เพื่อจัดส่งเอกสารให้ครบถ้วน	การควบคุมที่มีอยู่เพียงพอสามารถป้องกันความเสี่ยงได้			๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗ จนท.กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์
๒. ตรวจสอบรายละเอียดโครงการและงบประมาณ ก่อนเสนอขออนุมัติดำเนินการ **วัตถุประสงค์ :** เพื่อตรวจสอบโครงสร้างของโครงการ (เฉพาะ ศอ.๗ กำหนดไว้ ๑๓ หัวข้อ) และรายละเอียดงบประมาณ (แหล่งงบประมาณ ผลผลิต กิจกรรมหลักและรายละเอียดค่าใช้จ่ายทุกรายการ)	๑.ส่วนใหญ่ระบุรายละเอียดงบประมาณไม่ถูกต้อง และไม่เป็นไปตามข้อตกลงของศูนย์ฯ	๑. ตรวจสอบซ้ำทุกครั้งก่อนเสนอหัวหน้ากลุ่ม ๒. สอบทานโดยหัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์	การควบคุมที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอในการป้องกันความเสี่ยงได้	๑. ตรวจสอบโครงการไม่ถูกต้อง สาเหตุ : ผู้ตรวจโครงการไม่รอบคอบ ๒. โครงการส่วนใหญ่ระบุรายละเอียดงบประมาณไม่ถูกต้อง	- สอบทานซ้ำโดยบุคลากรงานแผนฯ ก่อนเสนอหัวหน้ากลุ่ม	๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗ จนท.กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

		๓. แจ้งผู้รับผิดชอบโครงการทราบข้อผิดพลาดและส่งกลับให้แก้ไขและกำหนดเวลาการส่งกลับคืนให้เหมาะสม		สาเหตุ : ๑.ผู้รับผิดชอบโครงการไม่ตรวจสอบก่อนส่ง ๒.ความเข้าใจในระเบียบการเบิกจ่ายคลาดเคลื่อน		
๓. เสนอโครงการต่อ ผู้อำนวยการศูนย์ฯ ผ่านหัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ **วัตถุประสงค์ :** เพื่อขอความเห็นชอบ และขออนุมัติโครงการ	๑. ไม่ได้ส่งโครงการเสนอขออนุมัติต่อผู้อำนวยการศูนย์ฯ หลังตรวจสอบแล้วทันที	๑.แจ้งผู้เกี่ยวข้องและกำหนดระยะเวลาในการส่งกลับเอกสารให้เหมาะสม	การควบคุมที่มีอยู่เพียงพอสามารถป้องกันความเสี่ยงได้			๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗ จนท.กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์
๔. พิจารณาอนุมัติ วัตถุประสงค์ : เพื่อขอความเห็นชอบ และขออนุมัติโครงการ	๑. ผู้อำนวยการติดภารกิจเป็นเวลาหลายวัน	๑. จัดลำดับความสำคัญเพื่อให้เสนอให้พิจารณาและลงลายมือชื่ออนุมัติ ภายใน ๒ วันทำการ	การควบคุมที่มีอยู่เพียงพอสามารถป้องกันความเสี่ยงได้			๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗ จนท.กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์
๕. รับและสำเนาโครงการที่ได้รับอนุมัติ **วัตถุประสงค์ :** เพื่อรวบรวมโครงการที่ดำเนินการในปีงบประมาณให้ครบถ้วน	๑. โครงการที่ได้รับอนุมัติไม่ส่งกลับมาที่กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์	๑. เจ้าหน้าที่ผู้รับเอกสารงานยุทธฯ รับโครงการที่ได้รับการลงนามอนุมัติสำเนาเก็บใส่แฟ้มเอกสารโครงการ	การควบคุมที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอในการป้องกันความเสี่ยงได้	๑. ยังมีโครงการที่ได้รับอนุมัติบางฉบับไม่ส่งกลับมาที่กลุ่ม บยศ. สาเหตุ : การส่งเอกสารของผู้เกี่ยวข้องไม่เป็นไปตามขั้นตอน ๒. ไม่ได้สำเนาโครงการ สาเหตุ : ไม่มีการตรวจสอบรายชื่อโครงการที่เสนอขออนุมัติกับโครงการที่ได้รับกลับภายหลังอนุมัติแล้ว	- จัดทำเอกสารเพื่อรวบรวมรายชื่อโครงการที่ผ่านการตรวจสอบจากงานแผนฯ ก่อนนำเสนอ ผอ. ศูนย์ฯ เพื่อใช้ในการติดตามโครงการว่าสำเนาครบถ้วนหรือไม่	๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗ จนท.กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

๖. ส่งโครงการที่ได้รับอนุมัติคืนให้ผู้รับผิดชอบโครงการ (ต้นฉบับ) **วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้ผู้รับผิดชอบโครงการนำไปวางแผนการดำเนินงานตามที่กำหนด	๑. ผู้รับผิดชอบโครงการไม่ได้รับต้นฉบับ	๑. ประสานผู้เกี่ยวข้องในการจัดส่งเอกสารคืนกลุ่มวิชาการ/โรงพยาบาล	การควบคุมที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอในการป้องกันความเสี่ยงได้			๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗ จนท.กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลายมือชื่อ (.....)
(นางจารินี ยศปัญญา)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านโภชนาการ)
รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น