	แผนการตรวจสอบด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Audit Plan Procedure)	รหัสเอกสาร	KSK MOPH Audit Plan -01
		แก้ไขครั้งที่	00
		วันที่บังคับใช้	2 มี.ค. 2569
		ชั้นความลับของเอกสาร	ใช้ภายในเท่านั้น

การอนุมัติเอกสาร

ลงนาม	ผู้เรียบเรียง/จัดทำโดย	ผู้ตรวจทาน/ผู้ทบทวน	ผู้อนุมัติ
ลายเซ็นต์			
ชื่อ-สกุล	นายวิษณุ กลางทุ่ง	นายพิทักษ์พงษ์ เพียเพ็งต้น	นายแพทย์พิริยะ ภิบาลกุล
ตำแหน่ง	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	หัวหน้างานสุขภาพดิจิทัล (Lead Implementer)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาสุกิม (CISO)
วันเดือนปี	24 กุมภาพันธ์ 2569	27 กุมภาพันธ์ 2569	2 มีนาคม 2569

ประวัติการแก้ไข

ครั้งที่	วันที่ประกาศใช้	รายละเอียดการแก้ไข
00	2 มีนาคม 2569	จัดทำเอกสารครั้งแรก พร้อมขึ้นระบบ พรบ ไซเบอร์

สารบัญ

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของโรงพยาบาลเขาสุกิม ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเขาสุกิม เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

หน้า

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของโรงพยาบาลเขาสุกิม ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเขาสุกิม เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

แผนการตรวจสอบด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Audit Plan Procedure)

อ้างอิง : พรบ ไซเบอร์ (ม.44, ม.54), ประมวลและกรอบ [ข้อ 17.1, ข้อ 17.1(ก), ข้อ 17.1(ข), ข้อ 17.1(ค), ข้อ 17.2, ข้อ 17.3, ข้อ 17.4, ข้อ 17.5]

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่ออธิบายถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการตรวจสอบภายใน

1.2 เพื่ออธิบายขั้นตอนในการดำเนินการตรวจสอบภายใน

1.3 เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของการปฏิบัติงานและประสิทธิภาพในการปฏิบัติตามข้อกำหนดที่ระบุไว้ในประมวลแนวทางปฏิบัติและกรอบมาตรฐานด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ ๒๕๖๔สำหรับหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานสำคัญ รวมถึงกฎหมายหลัก กฎหมายย่อย คำสั่งที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่ใช้บังคับ ข้อบังคับ นโยบายความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์แห่งชาติ (๒๕๖๕ – ๒๕๗๐) และเอกสารประกอบการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง

1.4 เพื่อประเมินความเพียงพอและประสิทธิผลของการควบคุมหรือมาตรการที่ใช้ในการปกป้องของหน่วยงาน ตามหลักการบริหารความเสี่ยง

ทั้งนี้ ต้องจัดให้มีการตรวจสอบด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์โดยผู้ตรวจสอบด้านความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ สอบภายใน หรือสอบอิสระภายนอก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของโรงพยาบาลเขาสุกิม ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเขาสุกิม เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

2. คำจำกัดความ

ลำดับ	คำศัพท์	คำจำกัดความ
1	Non - Conformance	สิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งเหตุการณ์/การปฏิบัติงานที่ ไม่สอดคล้องหรือไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจเกิดได้จากความบกพร่อง การเปลี่ยนแปลง หรือความเบี่ยงเบนที่เกิดขึ้นในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้ 1. ไม่สอดคล้องตามประมวลแนวทางปฏิบัติและกรอบมาตรฐาน 2. ไม่สอดคล้องตามนโยบายความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ (Policy) 3. ไม่สอดคล้องตามเอกสารประกอบการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง (Process, Procedure, Work) เช่น เอกสารมอบหมายงาน เอกสารข้อตกลง 4. ไม่สอดคล้องตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Law and Relevant Legislation) 5. ไม่สอดคล้องตามระเบียบ เช่น ระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรม ระเบียบข้อบังคับของกระทรวงสาธารณสุข 6. ไม่สอดคล้องตามสัญญาการให้บริการ (Contract)

3. คุณสมบัติของผู้ตรวจสอบภายใน

กำหนดให้ผู้ตรวจสอบภายใน มีคุณสมบัติ ข้อหนึ่งข้อใด ดังต่อไปนี้

- เป็นผู้ได้รับการฝึกอบรม หลักสูตร Lead Auditor พรบ ไซเบอร์ จากสำนักงานคณะกรรมการการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์แห่งชาติ (สกมช.)
- เป็นผู้ได้รับการฝึกอบรม หลักสูตร Lead Auditor พรบ ไซเบอร์ จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดขึ้น
- เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม หลักสูตร ISMS Lead Audit โดยหลักสูตรการอบรมดังกล่าวจะต้องได้รับการรับรองจากสถาบันสากลที่มีการยอมรับ เช่น IRCA, PECB, Exemplar Global
- เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรผู้ตรวจสอบภายใน จากหน่วยงานภายนอกที่เชื่อถือได้

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของโรงพยาบาลเขาสุกิม ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเขาสุกิม เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

- เป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจระบบบริหารความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ หรือกระบวนการปฏิบัติงานต่าง ๆ ของหน่วยงานที่ถูกตรวจสอบ
- เป็นผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้ตรวจสอบภายในหรือเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับเชิญเป็นกรณีพิเศษ

4. หน้าที่และความรับผิดชอบของทีมผู้ตรวจสอบภายใน

ลำดับ	ผู้รับผิดชอบ	ความรับผิดชอบ
1	หัวหน้าทีมผู้ตรวจสอบภายใน (Lead Internal Auditor)	- จัดทำโปรแกรมการตรวจสอบภายในประจำปี - จัดทำแผนการตรวจสอบภายในให้สอดคล้องกับโปรแกรมการตรวจสอบภายในประจำปี - ควบคุมให้มีการตรวจสอบตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรมการตรวจสอบภายในประจำปี และแผนการตรวจสอบภายใน - ศึกษาและทำความเข้าใจเอกสารและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบ - จัดเตรียมรายการตรวจสอบ - รับผิดชอบในการดำเนินการเปิด - ปิดประชุม - ดำเนินการตรวจสอบภายในตามแผนการตรวจสอบภายใน - บันทึกสิ่งที่เป็นข้อบกพร่อง ข้อสังเกตเป็นลายลักษณ์อักษร - ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน - จัดทำรายงานผลการตรวจสอบภายใน - ชี้แจงผลการตรวจสอบภายในและข้อเสนอแนะ - จัดทำรายงานการดำเนินการแก้ไขและป้องกัน - ตรวจสอบการดำเนินงานแก้ไขและป้องกันปัญหาและลงนามรับรองผลการดำเนินการในรายงานการดำเนินการแก้ไขและป้องกัน

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของโรงพยาบาลเขาสุกิม ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเขาสุกิม เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

ลำดับ	ผู้รับผิดชอบ	ความรับผิดชอบ
2	ผู้ตรวจสอบภายใน (Internal Auditor)	- ศึกษาทำความเข้าใจเอกสารและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบ - จัดเตรียมรายการตรวจสอบ - ดำเนินการตรวจสอบภายในตามแผนการตรวจสอบภายใน - บันทึกสิ่งที่เป็นข้อบกพร่อง ข้อสังเกตเป็นลายลักษณ์อักษร - ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน - จัดทำรายงานผลการตรวจสอบภายใน - จัดทำรายงานการดำเนินการแก้ไขและป้องกัน

5. ขั้นตอนปฏิบัติการตรวจสอบภายใน

ข้อ	รายละเอียดขั้นตอน/กิจกรรม/กระบวนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
1	**การทำโปรแกรมการตรวจสอบภายใน** หัวหน้าทีมผู้ตรวจสอบภายใน จะต้องจัดเตรียมตาราง การตรวจสอบภายในภายใต้ขอบเขตตามผลการวิเคราะห์จากกระบวนการจัดทำและผลการวิเคราะห์ผลกระทบทางธุรกิจ (Business Impact Analysis: BIA) เป็นประจำทุกปี โดยตารางดังกล่าวจะต้องประกอบไปด้วย o ช่วงเวลาในการตรวจสอบ o ขอบเขตในการตรวจสอบ o ผู้ตรวจสอบ • โปรแกรมการตรวจสอบภายในประจำปี ต้องได้รับการอนุมัติโดยผู้บริหารหรือคณะกรรมการที่มีอำนาจหน้าที่ • ทุกกระบวนการจะต้องมีการตรวจสอบอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ทั้งนี้ หัวหน้าทีมผู้ตรวจสอบภายในอาจเพิ่มความถี่ในการตรวจสอบได้ ขึ้นอยู่กับผลของการตรวจสอบ	หัวหน้าทีมผู้ตรวจสอบภายใน	โปรแกรมการตรวจสอบภายในประจำปี

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของโรงพยาบาลเขาสุกิม ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเขาสุกิม เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

ข้อ	รายละเอียดขั้นตอน/กิจกรรม/กระบวนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
	ในครั้งที่ผ่านมา หรือมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานภายใต้ขอบเขต • ข้อกำหนดที่จะปฏิบัติต้องสอดคล้องกับประมวลแนวทางปฏิบัติและกรอบมาตรฐาน บริบทองค์กรในแต่ละปี จะต้องได้รับการตรวจสอบอย่างน้อยปีละ1 ครั้ง • ต้องมีการทบทวนและแก้ไขโปรแกรมการตรวจสอบประจำปี หากมีเหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้น o การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญขององค์กร (Major organization change) o ข้อบกพร่องหลักที่กระทบกับระบบงาน (Major Non-conformances for a function) o ข้อบกพร่องหลักที่กระทบต่อข้อกำหนดของประมวลแนวทางปฏิบัติและกรอบมาตรฐาน		
2	**การเตรียมการเพื่อวางแผนการตรวจสอบภายใน (Preparation for Audit Plan)** 1. ทบทวนผลการตรวจสอบภายในและผลการดำเนินการแก้ไข Finding ที่พบจากการตรวจสอบภายในและการตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอก ครั้งที่ผ่านมา (ถ้ามี) 2. ทบทวนรายงานการประชุมทบทวนของผู้บริหาร 3. ทบทวนเหตุการณ์ด้านความมั่นคงปลอดภัยต่างๆ ที่เกิดขึ้น 4. ทบทวนรายงานการประเมินความเสี่ยงของปีที่ผ่านมา 5. ทบทวนประสิทธิภาพการดำเนินงานตามประมวลแนวทางปฏิบัติและกรอบมาตรฐานในปีที่ผ่านมา	ผู้ตรวจสอบภายใน	
3	**จัดทำแผนการตรวจสอบ (Audit Plan)** จัดเตรียมรายละเอียดของแผนการตรวจสอบประจำปี สำหรับการดำเนินงานในแต่ละช่วงลงในแผนการตรวจสอบภายใน (Internal Audit Plan) โดยจะต้องประกอบไปด้วย:	ทีมผู้ตรวจสอบภายใน	แผนการตรวจสอบภายใน

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของโรงพยาบาลเขาสุกิม ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเขาสุกิม เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

ข้อ	รายละเอียดขั้นตอน/กิจกรรม/กระบวนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
	• วัตถุประสงค์ • มาตรฐานที่ใช้ในการตรวจสอบ • ขอบเขตงาน • กำหนดพื้นที่หรือระบบที่จะตรวจสอบ (ฟังก์ชั่นงาน หน่วยงานหรือที่ตั้ง) • เอกสารอ้างอิง ถ้ามี • ผู้ตรวจสอบภายใน • ผู้รับการตรวจสอบ • วัน เวลา		(Internal Audit Plan)
4	**การเสนอแผนเพื่อขออนุมัติ (Audit Plan Approval)** เมื่อจัดทำแผนการตรวจสอบเสร็จแล้ว หัวหน้าทีมผู้ตรวจสอบภายใน เป็นผู้เสนอขออนุมัติแผนการดำเนินงานดังกล่าวไปยัง ผู้บริหารหรือคณะกรรมการที่มีอำนาจหน้าที่ ทั้งนี้แผนการตรวจสอบภายในต้องได้รับความเห็นชอบร่วมกันทั้งผู้ตรวจสอบภายในและผู้รับการตรวจสอบ	หัวหน้าทีมผู้ตรวจสอบภายใน	แผนการตรวจสอบภายใน (Internal Audit Plan)
5	**การดำเนินการตรวจสอบ (Audit Execution)** 1. การจัดเตรียมการตรวจสอบ • ผู้ตรวจสอบภายในควรทำการศึกษาเอกสารนโยบาย กระบวนการ มาตรฐานและแนวทางอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง • จัดทำรายการการตรวจสอบ (Audit Checklist) เพื่อใช้เวลาตรวจสอบจริง และเพื่อใช้อ้างอิงเมื่อถูกตรวจสอบกระบวนการตรวจสอบภายใน 2. การประชุมเพื่อเริ่มการตรวจสอบ (Opening Meeting) • การประชุมจะดำเนินการร่วมกับผู้รับการตรวจสอบก่อนที่จะเริ่มการตรวจสอบจริง	ผู้ตรวจสอบภายใน/ผู้รับการตรวจสอบ	1. Audit Checklist 2.Internal Audit Report

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของโรงพยาบาลเขาสุกิม ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเขาสุกิม เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

ข้อ	รายละเอียดขั้นตอน/กิจกรรม/กระบวนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
	• ทีมผู้ตรวจสอบภายในจะต้องอธิบายแผนการตรวจสอบและหารือร่วมกับผู้รับการตรวจสอบเกี่ยวกับกระบวนการที่จะใช้ในการตรวจสอบ ทั้งนี้ผู้รับการตรวจสอบอาจหารือในบางประเด็นร่วมกับผู้ตรวจสอบภายในได้ 3. การจัดเก็บข้อมูลการตรวจสอบ (Recording of Objective Evidence) • ทีมผู้ตรวจสอบดำเนินการตรวจสอบตามหน้าที่ของผู้ตรวจสอบแต่ละคน และใช้รายการตรวจสอบที่ได้จัดเตรียมขึ้นเป็นแนวทางในการตรวจสอบ โดยใช้เทคนิคในการตรวจสอบ เบื้องต้นดังต่อไปนี้ o ทำการตรวจเอกสาร (Document) และ “บันทึก” ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง o สัมภาษณ์หรือสอบถามข้อมูลจากบุคคลที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานในแต่ละจุด o สังเกตการณ์การปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริง ว่าเป็นไปตามเอกสารและข้อกำหนดหรือไม่ • ผู้ตรวจสอบต้องจดบันทึกสิ่งที่ได้พบจากการเข้าตรวจสอบ อย่างเหมาะสม ตามผลการตรวจสอบที่เกิดขึ้นจริง โดยแยกตามประเด็นที่ตรวจพบได้ ทั้งที่อาจมีอยู่ในรายการตรวจสอบหรือไม่ก็ได้ • ในการดำเนินการตรวจสอบในแต่ละสถานที่ ผู้ตรวจสอบภายในควรจัดเก็บข้อมูลให้เพียงพอต่อการจัดทำรายงานผลการตรวจสอบภายใน (Internal Audit Report) อาทิ เช่น o วัน - เวลาที่ทำการตรวจสอบ o หน่วยงานที่ถูกตรวจสอบ o สถานที่ / พื้นที่ที่ถูกตรวจสอบ o ข้อมูลบุคคลที่ได้พบ o เอกสารอ้างอิงที่พบ เช่น นโยบาย ระเบียบการปฏิบัติ หรือวิธีการปฏิบัติงาน		

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของโรงพยาบาลเขาสุกิม ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเขาสุกิม เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

ข้อ	รายละเอียดขั้นตอน/กิจกรรม/กระบวนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
	o ข้อมูลหลักฐานการตรวจสอบ เช่น รายการสำรองข้อมูลล็อก การดำเนินงาน (operator logs) ซอฟต์แวร์ลิขสิทธิ์ (software licenses) รายการการฝึกอบรม (training records) o การดำเนินงานที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดในมาตรฐานที่ใช้อ้างอิง • หากเกิดข้อสงสัยต่อเหตุการณ์ที่ ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด (Non-conformance) ผู้ตรวจสอบภายในควรจัดเก็บข้อมูลโดยการสังเกตจากสถานการณ์จริง และตั้งข้อสังเกตถึงสาเหตุที่ไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด ทั้งนี้ผู้ตรวจสอบต้องตระหนักว่า การรายงานสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด (Non-conformance) ต้องมีหลักฐานที่ชัดเจนและเชื่อถือได้ (Objective Evidence) 4. การรายงานผลการตรวจสอบ (Audit Reporting) • หัวหน้าผู้ตรวจสอบภายใน (Lead Auditor) และผู้ตรวจสอบภายใน (Auditor) จะต้องจัดทำรายงานผลการตรวจสอบภายใน (Internal Audit Report) ของแต่ละคน พร้อมทั้งจัดส่งรายงานผลการตรวจสอบดังกล่าวให้หัวหน้าผู้ตรวจสอบภายใน (Lead Auditor) เพื่อร่วมกันปรึกษาและหาข้อสรุปที่ได้จากการตรวจสอบ ก่อนให้หัวหน้าผู้ตรวจสอบภายในจัดเก็บบันทึกต่อไป • โดยรายละเอียดที่ปรากฏในรายงานผลการตรวจสอบภายใน (Internal Audit Report) จะต้องประกอบไปด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้ o รายงานสรุปสิ่งที่พบในการตรวจสอบ o พื้นที่ ที่ได้รับการตรวจสอบ o ขอบเขตการตรวจสอบ o รายละเอียดและประเภทของข้อบกพร่องหรือสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ได้แก่ NC ประเภท Major หรือ Minor o ข้อสังเกต (Observation)		

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของโรงพยาบาลเขาสุกิม ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเขาสุกิม เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

ข้อ	รายละเอียดขั้นตอน/กิจกรรม/กระบวนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
	o ข้อเสนอแนะ (Opportunity for Improvement) o สรุปจำนวนข้อบกพร่อง ข้อสังเกต และข้อเสนอแนะ • หัวหน้าผู้ตรวจสอบภายใน (Lead Auditor) ต้องเป็นผู้นำเสนอรายงานการตรวจสอบแก่คณะกรรมการหรือผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง		

6. การปฏิบัติงานที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด (Non-conformance)

ลำดับ	คำศัพท์	ความหมาย
1	การปฏิบัติงานที่ ไม่สอดคล้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ	oไม่ปฏิบัติตาม หรือปฏิบัติตามแต่ไม่มีประสิทธิภาพตามผู้บริหารหรือคณะกรรมการที่มีอำนาจหน้าที่ oไม่ปฏิบัติตาม หรือปฏิบัติตามแต่ไม่มีประสิทธิภาพตามประมวลแนวทางปฏิบัติและกรอบมาตรฐาน oไม่ปฏิบัติตาม หรือปฏิบัติตามแต่ไม่มีประสิทธิภาพตามนโยบายความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ (Policy) oไม่ปฏิบัติตาม หรือปฏิบัติตามแต่ไม่มีประสิทธิภาพตามเอกสารประกอบการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง (Process, Procedure, Work Instructions etc.)

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของโรงพยาบาลเขาสุกิม ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเขาสุกิม เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

ลำดับ	คำศัพท์	ความหมาย
		oไม่ปฏิบัติตาม หรือปฏิบัติตามแต่ไม่มีประสิทธิภาพตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Law and relevant legislation) oไม่ปฏิบัติตาม หรือปฏิบัติตามแต่ไม่มีประสิทธิภาพตามระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรม ระเบียบข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข oไม่ปฏิบัติตาม หรือปฏิบัติตามแต่ไม่มีประสิทธิภาพตามสัญญาการให้บริการ (Contract)
2.	การปฏิบัติงานที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด (Non-Conformance) จำแนกออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ‘Minor’ หรือ ‘Major’ โดยเหตุการณ์ที่จะเป็น ‘Major’	oเป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งระบบ ข้อบังคับ กระบวนการหรือขั้นตอนการทำงาน oขาดเอกสารการดำเนินงานหลักตามที่กำหนดไว้ในประมวลแนวทางปฏิบัติและกรอบมาตรฐาน oมีเหตุการณ์ระดับ Minor ตั้งแต่ 5 เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับข้อกำหนดเดียวกัน ตามที่กำหนดไว้ในมาตรฐานและเอกสารกระบวนการหรือเอกสารขั้นตอนการทำงาน
3.	ข้อสังเกต (Observation)	oข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบไม่เพียงพอที่จะสามารถสรุปผลได้ในเวลาที่ดำเนินการตรวจสอบว่าเป็น Non-conformance หรือไม่ oข้อสังเกตทุกประเด็น จะต้องถูกนำไปใส่ไว้ใน รายการตรวจสอบ (Audit Checklist) สำหรับการตรวจสอบครั้งต่อไป
4.	ข้อเสนอแนะ (Opportunity for Improvement)	oเมื่อเหตุการณ์ที่พบ เป็นไปตามข้อกำหนดแต่ผู้ตรวจสอบภายในมีข้อเสนอแนะเพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น oผู้รับตรวจสอบจะปฏิบัติตามข้อเสนอแนะหรือไม่ก็ได้

พิจารณาระยะเวลาการแก้ไขตามความเหมาะสม ดังนี้

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของโรงพยาบาลเขาสุกิม ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเขาสุกิม เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

ประเภทความไม่สอดคล้อง	ระยะเวลาแก้ไข	การแก้ไขปัญหาแบบชั่วคราว	วิเคราะห์สาเหตุ	แนวทางการแก้ไข
ความไม่สอดคล้องหลัก (Major Non-Conformance)	ภายใน 30 วัน	✓	✓	✓
ความไม่สอดคล้องย่อย (Minor Non-Conformance)	ภายใน 60 วัน	✓	✓	✓
ข้อสังเกต (Observation)	ภายใน 365 วัน	-	-	✓
โอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement: OFI)	ภายใน 365 วัน	-	-	✓

7. สรุปผลการตรวจสอบ (Audit Closing)

- เมื่อสิ้นสุดการตรวจสอบ ให้ทีมผู้ตรวจสอบภายในประชุมร่วมกับผู้รับการตรวจสอบ เพื่อสรุปผลการตรวจสอบทุกครั้ง
- หัวหน้าผู้ตรวจสอบควรทำการประชุมปิดการตรวจสอบโดยกล่าวสรุปถึงผลการตรวจสอบที่ได้ดำเนินการไป สิ่งที่ตรวจพบทั้งหมด โดยแยกตามประเด็นที่ตรวจพบตามที่ได้กำหนดไว้ และควรกล่าวถึงส่วนที่ดีที่ได้ตรวจพบก่อน ที่จะกล่าวถึงสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด (Non-conformance)
- ทั้ง 2 ฝ่ายต้องทำความเข้าใจและชี้แจงรายละเอียดของสิ่งที่ตรวจพบทั้งหมด และควรอธิบายให้ผู้รับการตรวจสอบยอมรับ ถึงสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด (Non-Conformance)
- หัวหน้าทีมผู้ตรวจสอบภายในจะต้องจัดส่ง รายงานผลการตรวจสอบภายใน (Internal Audit Report) ให้กับผู้รับการตรวจสอบภายใน 15 วัน นับจากวันสรุปผลการตรวจสอบ

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของโรงพยาบาลเขาสุกิม ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเขาสุกิม เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

8. การรายงานการแก้ไขและป้องกัน (Corrective and Preventive Action Report)

8.1 Internal Audit Finding

- กลุ่มงานหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้รายงานการดำเนินการแก้ไขและป้องกัน (Corrective and Preventive Action Report : CAR)
- กรณีที่มีการจ้างบริษัทจากภายนอกเพื่อทำการตรวจสอบภายใน ให้กลุ่มงานหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้รายงานการดำเนินการแก้ไขและป้องกัน (Corrective and Preventive Action Report : CAR)

8.2 External Audit Finding

- กลุ่มงานหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้รายงานการดำเนินการแก้ไขและป้องกัน (Corrective and Preventive Action Report : CAR)

9. การตอบรับการแก้ไขและป้องกัน

9.1 Internal Audit Finding

- ผู้ที่ได้รับผู้รายงานการดำเนินการแก้ไขและป้องกัน (Corrective and Preventive Action Report : CAR) ต้องจัดส่งแนวทางหรือวิธีการแก้ไขปัญหาที่พบ ให้แก่ผู้รายงานการดำเนินการแก้ไขและป้องกัน ตามระยะเวลาและขั้นตอนที่ระบุไว้ในเอกสารระเบียบการปฏิบัติงาน เรื่อง การแก้ไขและป้องกัน (Corrective and Preventive action Procedure)

9.2 External Audit Finding

- ให้ปฏิบัติตามมมาตรา 54 แห่งพระราชบัญญัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. 2562 โดยดำเนินการตามประมวลแนวทางปฏิบัติและกรอบมาตรฐาน ดังนี้

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของโรงพยาบาลเขาสุกิม ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเขาสุกิม เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

- กรณี เป็นหน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานสำคัญทางสารสนเทศจัดส่งผลสรุปรายงานการตรวจสอบด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ต่อ สกมช. ภายในกำหนด 30 วันนับแต่วันที่ดำเนินการแล้วเสร็จตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 54 พร้อมทั้งส่งสำเนาให้หน่วยงานควบคุมหรือกำกับดูแลด้วย ทั้งนี้ รูปแบบและรายละเอียดผลสรุปรายงานการตรวจสอบด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์เป็นไปตามที่ สกมช. กำหนด
- ในกรณีที่การตรวจสอบดำเนินการภายใต้มาตรา 54 ระบุการไม่ปฏิบัติตามข้อ 17.1 ของประมวลแนวทางปฏิบัติและกรอบมาตรฐาน เว้นแต่ คณะกรรมการกำกับดูแลด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (กกม.) จะระบุเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นอย่างอื่น ให้หน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานสำคัญทางสารสนเทศส่งแผนการดำเนินการแก้ไขไปยัง สกมช. ภายในกำหนด 30 วันนับแต่จากวันที่ได้รับรายงานการตรวจสอบโดยแผนการดำเนินการแก้ไขต้องมีรายละเอียดอย่างน้อย ดังนี้

  (ก) ให้รายละเอียดการดำเนินการแก้ไขที่หน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานสำคัญทางสารสนเทศจะดำเนินการเพื่อจัดการกับการไม่ปฏิบัติตาม และ

  (ข) กำหนดระยะเวลาสำหรับการดำเนินการตามที่ระบุไว้ในข้อ 17.3 (ก) ของประมวลแนวทางปฏิบัติและกรอบมาตรฐาน
- ในกรณีที่ กกม. เห็นสมควรให้ปรับปรุงแผนการดำเนินการแก้ไข ให้หน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานสำคัญทางสารสนเทศดำเนินการและส่งแผนการดำเนินการแก้ไขที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปยังสกมช. ภายในระยะเวลาที่ กกม. กำหนด พร้อมส่งทั้งสำเนาให้หน่วยงานควบคุมหรือกำกับดูแลด้วย
- เมื่อแผนการดำเนินการแก้ไขได้รับความเห็นชอบจาก กกม. หน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานสำคัญทางสารสนเทศจะดำเนินการตามแผนการดำเนินการแก้ไขดังกล่าว และดำเนินการแก้ไขทั้งหมดให้แล้วเสร็จภายในกำหนดระยะเวลาตามที่ระบุไว้ เพื่อให้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาของ กกม.

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของโรงพยาบาลเขาสุกิม ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเขาสุกิม เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

10. การแก้ไขและการป้องกัน (Corrective and Preventive Action)

- ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ตรวจสอบผลการแก้ไขและป้องกัน ต้องดำเนินการตรวจสอบตามระเบียบการปฏิบัติงาน เรื่อง การแก้ไขและป้องกัน (Corrective and Preventive action Procedure)
- ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ตรวจสอบฯ ต้องตรวจสอบจากข้อเท็จจริง หรือหลักฐานที่ปรากฏให้เชื่อถือได้ว่า ผู้ที่ได้รับมอบหมาย ได้ดำเนินการแล้วเสร็จอย่างมีประสิทธิภาพ

11. การติดตามผลการแก้ไขและป้องกัน (Corrective and Preventive Action Follow up)

11.1 Internal Audit Finding

- กลุ่มงานหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายมีหน้าที่ในการติดตามสถานะการดำเนินงานการแก้ไขและป้องกัน

11.2 External Audit Finding 1

- กลุ่มงานหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายมีหน้าที่ในการติดตามสถานะการดำเนินงานการแก้ไขและป้องกัน

12. การตรวจสอบผลการแก้ไขและป้องกัน (Verification of Corrective and Preventive Action)

- ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ตรวจสอบผลการแก้ไขและป้องกัน ต้องดำเนินการตรวจสอบตามระเบียบการปฏิบัติงาน เรื่อง การแก้ไขและป้องกัน (Corrective and Preventive action Procedure)
- ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ตรวจสอบฯ ต้องตรวจสอบจากข้อเท็จจริง หรือหลักฐานที่ปรากฏให้เชื่อถือได้ว่า ผู้ที่ได้รับมอบหมาย ได้ดำเนินการแล้วเสร็จอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของโรงพยาบาลเขาสุกิม ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเขาสุกิม เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ

การทบทวนกระบวนการดำเนินการ

แนวทางดำเนินการนี้จะได้รับการทบทวนเป็นประจำทุกปีหรือตามความจำเป็นเพื่อให้มั่นใจในประสิทธิภาพและและถ้ามีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการดำเนินการนี้จะต้องมีการสื่อสารไปยังทุกฝ่ายที่ได้รับผลกระทบหรือทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทราบ

เอกสารอ้างอิง

1. แผนงานการตรวจสอบ (Audit Programme / Audit Plan)
2. รายงานการตรวจสอบ (Audit Reporting)
3. ผลการดำเนินการแก้ไข และรายงานผลการแก้ไข (Corrective Action Report)
4. แผนการตรวจสอบระยะเวลา 1 ปี (Annual Audit Plan) หรือ เกินกว่า 1 ปี (Multi-Year Audit Plan)
5. รายงานหรือเอกสารแสดงการจัดทำ BIA

เอกสารนี้ ฉบับทางการจะอยู่ในรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในระบบเครือข่ายเท่านั้น หากปรากฏเอกสารนี้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งฉบับในรูปสื่อเอกสาร เช่น กระดาษ ให้ตรวจสอบเอกสารกับฉบับทางการบนระบบเครือข่ายก่อนใช้เพื่ออ้างอิง เอกสารนี้ถือว่าเป็นสมบัติของโรงพยาบาลเขาสุกิม ห้ามแจกจ่ายไปยังบุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเขาสุกิม เอกสารกระดาษนี้ ถือว่าเป็นเอกสารไม่ควบคุม เว้นแต่มีการประทับตรา “สำเนาควบคุม” เท่านั้น ซึ่งผู้ครอบครองจะถูกระบุในบัญชีแจกจ่ายเอกสารที่เป็นสื่อกระดาษ